

Comentarios elogiosos previos a la publicación de *Casi nada*

“Sabio, optimista, divertido e inspirador. *Casi nada* desentraña los misterios del tratamiento de los trastornos alimentarios y la recuperación. Carrie Arnold da sentido a la confusión a medida que nos guía a través de su viaje personal hacia la curación. Me hubiese gustado que mi familia y yo hubiésemos podido leer este libro durante mi lucha contra la anorexia y la bulimia. ¡Es lectura obligatoria!”

—*Jenni Schaefer, autora de Life Without Ed: How One Woman Declared Independence from Her Eating Disorder and How You Can Too*

“En este libro —bien escrito y fácil de leer— Carrie Arnold orienta al adolescente que padece un trastorno alimentario respecto de las expectativas del proceso de recuperación valiéndose de su propia experiencia —en la cual tuvo muchos tropiezos— a modo de ilustración. Su mensaje es poderoso y alentador y proporciona consejos que ayudan a sobrevivir día a día en el mundo real. Además, brinda una perspectiva más amplia para permanecer en el rumbo hacia una vida saludable. Este mensaje es mucho más creíble y alentador para el adolescente que sufre ya que ella ha estado en su lugar. Carrie también proporciona información sobre los pensamientos internos del trastorno alimentario que puede ayudar a los padres a comprender lo que su hijo adolescente está viviendo y cómo pueden responder”.

—*Kathleen A. Mammel, M.D., jefa de pediatría y adolescencia, William Beaumont Hospital, y profesora adjunta de pediatría clínica, Universidad Estatal de Wayne (Wayne State University)*

“El humor y la honestidad absoluta son los sellos característicos de Arnold. La mayoría de los escritores escriben sobre todo lo que ya se ha dicho sobre los trastornos alimentarios sin aportar sentido crítico; Arnold reduce la información a una ciencia actualizada y accesible. Este libro es una combinación maravillosa de inteligencia y sabiduría”.

–*Laura Collins, autora de Eating with Your Anorexic*

“Este libro es un relato perspicaz de la lucha de una persona contra un trastorno alimentario. Ofrece una combinación útil de información, que va desde lo personal hasta lo profesional. Ojalá que este libro sea de ayuda tanto para los jóvenes adultos que padecen de un trastorno alimentario *como* para sus familias”.

–*Daniel le Grange, Ph.D., profesor adjunto de psiquiatría y director del Programa de Trastornos Alimentarios (Eating Disorders Program) de la Universidad de Chicago (University of Chicago)*



THE
ANNENBERG FOUNDATION TRUST
AT
SUNNYLANDS

ANNENBERG FOUNDATION TRUST AT SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente
(Adolescent Mental Health Initiative)

Patrick E. Jamieson, Ph.D., *editor de la serie*

Además de *Casi nada*, se están escribiendo otros libros de la serie para jóvenes sobre los siguientes temas:

Trastorno bipolar (2006), disponible actualmente:

Carrera mental: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno bipolar,
de Patrick E. Jamieson, Ph.D., con Moira A. Rynn, M.D.

Depresión (2007), disponible actualmente:

Días grises: relato personal de la experiencia de un adolescente con la depresión,
de Cait Irwin, con Dwight L. Evans, M.D., y Linda Wasmer Andrews

Trastorno de ansiedad social (2007), disponible actualmente:

What You Must Think of Me: A Firsthand Account of One Teenager's Experience With Social Anxiety Disorder,
de Emily Ford, Michael Liebowitz, M.D., y Linda Wasmer Andrews

Esquizofrenia (2007)

Me, Myself, and Them: A Firsthand Account of One Young Person's Experience With Schizophrenia,
de Kurt Snyder, con Raquel E. Gur, M.D., Ph.D., y Linda Wasmer Andrews

Trastorno obsesivo-compulsivo (2008)

The Thought that Counts: A Firsthand Account of One Teenager's Experience With Obsessive-Compulsive Disorder, de Jared Douglas Kant, con Martin Franklin, Ph.D., y Linda Wasmer Andrews

Abuso de sustancias (2008)

Chasing the High: A Firsthand Account of One Young Person's Experience With Substance Abuse, de Kyle Keegan, con Howard B. Moss, M.D., y Beryl Lieff Benderly

Prevención del suicidio (2008)

Eight Stories Up: An Adolescent Chooses Hope Over Suicide, de DeQuincy A. Lezine, Ph.D. con David Brent, M.D.

También disponibles en la serie para padres y otros adultos:

Si su adolescente padece depresión o trastorno bipolar (2005)

Dwight L. Evans, M.D., y Linda Wasmer Andrews

Si su adolescente padece un trastorno alimentario (2005)

B. Timothy Walsh, M.D., y V. L. Cameron

Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad (2006)

Edna B. Foa, Ph.D., y Linda Wasmer Andrews

Si su adolescente padece esquizofrenia (2006)

Raquel E. Gur, M.D., Ph.D., y Ann Braden Johnson, Ph.D.

Casi nada

*Relato personal de la experiencia
de un adolescente
con los trastornos alimentarios*

Carrie Arnold

y B. Timothy Walsh, M.D.



THE
ANNENBERG FOUNDATION TRUST
AT
SUNNYLANDS

ANNENBERG FOUNDATION TRUST AT SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands

Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente

THE ANNENBERG
PUBLIC POLICY CENTER
UNIVERSIDAD DE PENNSILVANIA
(UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA)

OXFORD
UNIVERSITY PRESS

2007

OXFORD

UNIVERSITY PRESS

Oxford University Press, Inc., publica trabajos que fomentan los objetivos de excelencia de la Universidad de Oxford (Oxford University) en investigación, becas y educación.

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania Oxford University Press

Oxford Nueva York

Auckland Ciudad del Cabo Dar es Salaam Hong Kong Karachi Kuala Lumpur Madrid Melbourne Ciudad de México Nairobi Nueva Delhi Shanghai Taipei Toronto

Con oficinas en:

Argentina Austria Brasil Chile República Checa Francia Grecia Guatemala Hungría Italia Japón Polonia Portugal Singapur Corea del Sur Suiza Tailandia Turquía Ucrania Vietnam

Copyright © 2007 de Oxford University Press, Inc.

Publicado por Oxford University Press, Inc. 198 Madison Avenue, New York, New York 10016 www.oup.com

Oxford es una marca registrada de Oxford University Press.

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción, el almacenamiento en sistemas de recuperación y la transmisión de la presente publicación, mediante cualquier método o procedimiento, sea éste electrónico, mecánico, de copiado, de grabación o de otra naturaleza sin el previo consentimiento de Oxford University Press.

Información del catálogo de publicación de la Biblioteca del Congreso

Arnold, Carrie, 1980—

Título original en inglés: *Next to Nothing: a firsthand account of one teenager's experience with an eating disorder* / by Carrie Arnold with B. Timothy Walsh.

p. cm.—(Annenberg Foundation Trust at Sunnylands' adolescent mental health initiative)

“The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands, the Annenberg Public Policy Center.”

Incluye referencias bibliográficas e índice.

ISBN 978-0-19-530965-2; 978-0-19-530966-9 (pbk.)

1. Arnold, Carrie, 1980—Mental health. 2. Eating disorders in adolescence—Patients—Biography. 3. Eating disorders—Treatment. I. Walsh, B. Timothy, 1946— II. Title. RJ506.E18A76 2007

618.92'85260092—dc22 [B] 2007004753

987654321

Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica en papel sin ácido

Tabla de contenidos

Prólogo 10

Prefacio 12

Uno

Un peso agobiante: la vida con la anorexia y la bulimia 16

Consumida por Tali 16

Obsesionada con la comida 18

Aferrada a la recuperación 21

El rostro en el espejo 23

Dos

Evolución de un trastorno alimentario 25

El comienzo 25

Sólo cinco libras... 28

Atlanta, Georgia 29

Paciente impaciente 31

El tratamiento en Filadelfia 34

Hospitalización, toma dos 35

Tres

Principios básicos: lo que debes saber sobre los trastornos alimentarios 37

Definición de los trastornos alimentarios 37

¿Cuáles son las causas de los trastornos alimentarios? 42

Peligros médicos 54

Enfermedades que suelen presentarse conjuntamente con los trastornos alimentarios 56

Migración diagnóstica 60

¿Y ahora? 60

Cuatro

Luego del diagnóstico: cómo buscar el tratamiento adecuado para ti 62

Cómo buscar ayuda 63

Objetivos del tratamiento 64

Inicio del tratamiento 65

Primer plano del equipo de tratamiento: quiénes son y qué pueden hacer por ti 66

Opciones de tratamiento intensivo 80

Recuperación en cualquier entorno 84

Cinco

Los desafíos personales de la recuperación: consejos prácticos 86

Cómo aceptar que TÚ padeces un trastorno alimentario 86

Estrategias y técnicas para sostener la recuperación 87

Cuestiones médicas durante y después de la recuperación 97

Comer para vivir 97

Recuperación a cualquier precio 99

Seis

Cómo enfrentar al mundo durante la recuperación 100

Cómo hablar con la familia y los amigos sobre el trastorno alimentario 100

Cómo conseguir apoyo durante la recuperación 101

Cómo manejar comentarios tontos, parte I 103

La vida cotidiana: las 23 horas del día en las que no estás en terapia 104

Cómo predicar con el ejemplo 107

Siete

Recaída: arriba y abajo otra vez 109

Un paso hacia adelante, dos hacia atrás 111

Regreso a la anorexia 113

Regreso al centro residencial terapéutico 115

Prevención de la recaída 116

Cómo manejar comentarios tontos, parte II 117

Ocho

Cierre 119

Apéndice: Para los responsables de jóvenes que padecen trastornos alimentarios 122

Preguntas frecuentes para aquellos que han recibido un diagnóstico reciente 128

Glosario 137

Recursos 140

Bibliografía 148

Índice 150

Prólogo

La Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative, AMHI por sus siglas en inglés) fue creada por la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands con el objetivo de brindar información a los profesionales de la salud mental, a los padres y a los jóvenes sobre los avances actuales en el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales en adolescentes. La AMHI se hizo realidad gracias a la generosidad y visión de los embajadores Walter y Leonore Annenberg. La administración del proyecto estuvo a cargo del Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania en asociación con Oxford University Press.

La AMIH comenzó en 2003, cuando se convocaron en Filadelfia y Nueva York siete comisiones científicas constituidas por aproximadamente 150 psiquiatras y psicólogos destacados de todo el país. Presididas por los doctores. Edna B. Foa, Dwight L. Evans, B. Timothy Walsh, Martin E. P. Seligman, Raquel E. Gur, Charles P. O'Brien y Herbert Hendin, el objetivo de la creación de estas comisiones era evaluar el estado de las investigaciones científicas sobre los trastornos mentales frecuentes que, en su mayoría, se originan entre los 10 y los 22 años. Actualmente, sus hallazgos colectivos están reflejados en un libro dirigido a profesionales de la salud mental y a los responsables de formular políticas titulado *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders* (2005). Como primer producto de la AMHI, el libro también detalla una agenda de investigación que podría mejorar aún más nuestra capacidad para prevenir y tratar los trastornos mentales, entre ellos, los trastornos de ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y la esquizofrenia.

La AMHI consta de tres partes y la segunda consiste en una serie de libros más pequeños para lectores en general. Algunos de los libros han sido diseñados principalmente para padres de adolescentes con un trastorno mental específico. Otros, éste incluido, están dirigidos a los adolescentes que están luchando contra alguna enfermedad mental. La información científica de estos libros proviene, en parte, de la capacidad profesional de la AMHI y se presenta de forma accesible para los lectores en general de diferentes edades. Los “libros para adolescentes” también incluyen la historia de la vida real de una persona joven que ha luchado contra —y que actualmente controla— una enfermedad mental determinada.

Sirven no solamente como una fuente de investigación sólida sobre la enfermedad sino también como una guía para la recuperación de jóvenes afectados. Por consiguiente, ofrecen una combinación única de ciencia médica y conocimiento práctico personal que inspira a los adolescentes a que participen activamente en su propia recuperación.

La tercera parte de la Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente de Sunnylands consiste en dos sitios web. El primero, www.CopeCareDeal.org, está dirigido a los adolescentes. El segundo, www.oup.com/us/teenmentalhealth, brinda información actualizada a la comunidad médica sobre temas tratados en *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders*, el libro profesional de la AMHI.

Es nuestro deseo que este tomo —fruto de la AMHI— resulte útil y enriquecedor.

Patrick Jamieson, Ph.D.

Editor de la serie

Adolescent Risk Communication Institute

Annenberg Public Policy Center

Universidad de Pensilvania

Filadelfia, Pensilvania

Prefacio

Cuando comencé el largo descenso hacia la anorexia y la bulimia —hace casi ocho años— encontré mucho material de lectura sobre lo que significaba estar enfermo e historias de personas que se habían recuperado. Sin embargo, no encontré prácticamente nada sobre la experiencia real de un joven con trastornos alimentarios, ni una guía práctica que me ayudara en la travesía por el camino tumultuoso del tratamiento y la recuperación. *Casi nada* llena el vacío que existe entre el autodescubrimiento y la autoayuda.

La editora, Sarah Harrington, sugirió el título de este libro— *Casi nada*— que describe perfectamente mis experiencias con los trastorno alimentarios. Capta la desesperación que sentí cuando el trastorno alimentario se apoderó de mi vida y me dejó sin nada más que los rituales que me exigía sin piedad. No era nada si no era perfecta y no podía ser perfecta hasta que mi negación a comer me redujera a casi nada. Debía comer los alimentos perfectos y casi nada reunía los requisitos. Debía realizar la rutina de ejercicios perfecta, la cual me dejaba con casi nada más que hacer. Y, finalmente, al comenzar la recuperación, me di cuenta de que no tenía casi nada en mi vida, debido a los años y años que había dedicado al trastorno alimentario.

En aquellos momentos de desesperación extrema, tenía conductas extrañas relacionadas con los alimentos que no podía comprender pero que me sentía forzada a tener: preparar comidas de siete platos sólo para botarlos a la basura o tragar grandes cantidades de dulces frenéticamente a las 2 de la madrugada, purgarme y luego caer en un sueño profundo. Me sentía profundamente avergonzada y aislada. Estaba loca. Era un bicho raro. Nadie podría entenderlo jamás. A partir de esa experiencia, escribí mi primer libro, una autobiografía titulada *Running on Empty*, donde también incluí mis vivencias personales con la anorexia y la bulimia.

Para escribir este libro, me he asociado con el Dr. B. Timothy Walsh, director de la Unidad de Investigación sobre Trastornos Alimentarios (Eating Disorders Research Unit) perteneciente al New York State Psychiatric Institute. El Dr. Walsh es también profesor del Departamento de Psiquiatría (Department of Psychiatry) de la Facultad de Medicina y Cirujía (College of Physicians and Surgeons) de la Universidad de Columbia (Columbia University),

y ha sido presidente de la Academy for Eating Disorders. En el año 2003, el Dr. Walsh presidió una comisión de profesionales distinguidos para tratar los trastornos alimentarios en adolescentes. Dicha comisión fue convocada por la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands como parte de una iniciativa más amplia para avanzar en la investigación sobre los trastornos mentales en los jóvenes. Gran parte de la información científica incluida en este libro proviene de un informe elaborado por la comisión de Annenberg. Al combinar mis experiencias personales con los conocimientos profesionales del Dr. Walsh, este libro pueda ayudar a analizar todos los aspectos de los trastornos alimentarios. Gracias a la ayuda del Dr. Walsh, he podido proporcionar información sobre los orígenes y las consecuencias médicas de los trastornos alimentarios como así también consejos para buscar tratamientos y continuar con la recuperación.

Dichos consejos no son instrucciones para seguir paso a paso ya que los trastornos alimentarios se manifiestan de distinta forma en cada persona, por lo que la recuperación también es diferente para cada una. He incluido mis propias experiencias contadas en primera persona para reconfortarte y asegurarte que no estás solo en tus luchas y, además, para incorporar algunas de las estrategias de recuperación que me han funcionado. Sin embargo, permíteme unas palabras de advertencia: los consejos y conocimientos incluidos en estas páginas no reemplazan la orientación profesional. Este libro pretende ser un punto de partida, una especie de brújula. Un equipo de profesionales calificados, como por ejemplo, un terapeuta, un dietista, un pediatra o un médico y/o un psiquiatra, te proporcionarán la guía.

Aunque *Casi nada* fue escrito principalmente como un recurso para jóvenes, espero que sus seres queridos —padres, hermanos, familiares, amigos y otros adultos involucrados— se beneficien de la información incluida. Mi historia puede ser bastante diferente de la de sus seres queridos, pero incluso una rápida mirada a mi experiencia puede contribuir con algo.

Les ofrezco mi historia no sólo como una advertencia de hasta dónde puedes llegar, sino también como un recordatorio de que nace una esperanza cuando vuelves a levantarte. Los trastornos alimentarios pueden tratarse y hasta curarse; además, se están diseñando y probando nuevas terapias todos los

Si no continúas leyendo este libro, recuerda esto: hay esperanza.

días. Si no continúas leyendo este libro, recuerda esto: hay esperanza. Mientras continúes respirando, siempre hay esperanza. Una vida feliz y plena te está esperando del otro lado del trastorno alimentario. Espero encontrarte allí.

Casi nada

Capítulo uno

Un peso agobiante: la vida con la anorexia y la bulimia

Durante casi siete años, llevé una doble vida.

En apariencia, era inteligente, feliz y exitosa. Obtuve una medalla de honor en la escuela secundaria y fui la primera de la clase en la universidad. Era muy querida entre mis amigos, familiares y profesores. Para todos —según parecía— lo tenía todo.

Sin embargo, lo que me preocupaba era lo que ellos no podían ver: las horas que pasaba estudiando minuciosamente las guías de recuento de calorías, los incontables pares de zapatillas deportivas que gastaba en la rueda de andar, la incesante suma y resta mental de calorías y gramos de grasa para no comer nunca más de lo “debido” y los días sin probar bocado sólo para ingerir luego grandes cantidades de alimentos, ya que mi cuerpo famélico hacía caso omiso a mis exigencias mentales de inanición.

Nunca tuve la intención de enfermarme ni quise estar enferma. Pensé que bajar de peso me haría perfecta. Pensé que me haría feliz.

Terminé sintiéndome más triste de lo que jamás imaginé.

Padecía un trastorno alimentario.

Consumida por Tali

Los trastornos alimentarios son enfermedades astutas. Se acercan sigilosamente. Te hacen creer que la inanición, los atracones y las purgas son las soluciones a tus problemas. Luego se convierten en problemas en y por sí mismos. Terminan por consumirte por completo. Pueden llegar a matarte, si se lo permites. Yo casi lo hago.

Después de siete largos años de lucha, incontables horas de terapia, varias hospitalizaciones, tratamientos residenciales a largo plazo y dolores físicos y emocionales —no solo míos sino también de aquellos que se atrevían a permanecer a mi lado— puedo decir finalmente que he

logrado llegar al otro lado.

No estoy curada ni me encuentro en perfectas condiciones. El trastorno alimentario (al que he llamado Tali por “trastorno alimentario”) aún me informa ocasionalmente que tengo el trasero muy grande.

A lo que respondo: “Tali, si no te gusta el tamaño de mi trasero, bien puedes besarlo”.

Durante muchísimo tiempo creí que mis conductas eran perfectamente normales y saludables. Nunca nadie me alertó sobre los peligros de las dietas y los ejercicios desmedidos. Nunca nadie me dijo que incluso las purgas ocasionales pueden matarte. Nunca nadie me dijo que los laxantes son despiadadamente adictivos y que pueden causar problemas en la vejiga en el futuro. ¿Qué me *decían*? Lo bien que me veía a medida que bajaba de peso. Lo disciplinada que debía ser por ir siempre al gimnasio o nunca comer postre. O lo afortunada que era porque era muy delgada y podía comer todo lo que deseaba.

Quería golpearlos.

No es fácil tener presente —en una cultura que fomenta y ensalza la delgadez— que los trastornos alimentarios son enfermedades psiquiátricas reales y diagnosticables. Los artículos de revistas y los programas especiales de televisión suelen pasar por alto la realidad de los trastornos alimentarios: el aislamiento social, la debilidad, el agotamiento físico, los múltiples efectos físicos secundarios y el largo y sinuoso viaje de regreso a la “normalidad”. No recurras a la inanición, los atracones y las purgas porque eres fuerte; lo haces porque estás enfermo. Sin embargo, si eres delgado —según nos dicen— te irá muy bien. Nunca era lo suficientemente delgada como para apaciguar mi trastorno alimentario. Tampoco lo era cuando me dijeron que estaba muriendo, ni cuando me hospitalizaron tres veces, ni cuando no podía siquiera sentarme en una silla sin sentir dolor por estar tan delgada. Sencillamente estaba totalmente dominada por la enfermedad.

Nunca era lo suficientemente delgada como para apaciguar mi trastorno alimentario.

Había una voz en mi mente (a la que yo llamaba Tali) que me decía todo tipo de cosas. Me decía qué y cuándo comer, cuáles eran los mejores ejercicios para quemar calorías y qué mentiras decirles a mis padres cuando me preguntaban qué había comido y cuánto pesaba. Tampoco olvidó decirme en todo momento lo gorda que estaba realmente. Ten en

cuenta que en ningún momento estuve psicótica: yo sabía que esa voz se originaba dentro de mí. Tampoco estaba poseída por el demonio (al menos no en el sentido literal).

Permíteme expresarlo de esta manera: todos mantenemos conversaciones con nosotros mismos. Tenemos pensamientos —la mayoría benévolos— que nos dicen: “Levántate el calcetín porque se te está formando una ampolla en el talón” o “Ese hombre conduce muy mal”. Sin embargo, cuando sufres un trastorno alimentario, esa voz dice cosas como: “Estás gorda”, “No vales nada”, “¡No comas eso!” o “Mira cuánto autocontrol posees cuando no comes”.

Tali y yo compartimos una sola mente y un solo cuerpo por muchos años. A los 12 años, pasé por un periodo de anorexia limítrofe. Aunque me recuperé por un tiempo, Tali nunca me abandonó y provocó un perfeccionismo extremo que era devastador para mi autoestima. En la escuela, cuando acertaba a 98 de las 100 preguntas en una evaluación, me preguntaba por qué había echado a perder las otras dos respuestas. Me decía que jamás entraría a la universidad. Cuando lo logré, me decía que nunca tendría éxito. Tali también jugaba a comparar mi cuerpo con cada persona que me cruzaba en la escuela o en la calle. Si yo pesaba más, era un fracaso, incluso si la otra persona era una niña de siete años.

Cuando me fui a la universidad, al oeste de Michigan, el trastorno alimentario se abalanzó sobre mis ansiedades e inseguridades por los estudios. Prestar atención a cada bocado de alimento que ponía en la boca y caminar hasta el gimnasio para hacer ejercicio me daba una sensación de logro que no podía sentir como estudiante de primer año en las clases de segundo año. El trastorno alimentario me servía además de consuelo por tener pocos amigos: si no tenía amigos, tendría más tiempo para hacer ejercicios y estudiar.

Obsesionada con la comida

Al pasar cada vez más tiempo con el trastorno alimentario, mis pensamientos se centraban cada vez más en la comida. Cuándo comer, cuándo deshacerme de la comida y cómo evitarla. Soñaba con postres deliciosos. También fantaseaba con la lechuga. Cuando la desnutrición se hizo presente, comencé a *soñar* con la comida. Cada vez que me despertaba por la mañana, la almohada estaba mojada con baba. Perdía las salidas de la autopista por estar analizando las calorías y gramos de grasa del yogur sin azúcar (o manzana o bastoncitos

de zanahoria). Estos pensamientos me tenían totalmente preocupada.

Cuando estaba en etapa de restricción, me pasaba horas en la tienda de comestibles mirando las etiquetas de los alimentos, controlando que la comida que compraba tuviera cantidades bajas y aceptables de calorías, grasa, sodio, fibra y colesterol. Unos pocos y preciados alimentos eran aceptados. Sentía pánico por comer en presencia de otras personas, por comer alimentos que no estuviesen preparados por mí, por exceder los límites de calorías aceptables para ese día o por cualquier otra situación en la que la comida estuviese involucrada. Me enfrascaba en libros de cocina y comía con los ojos fotos de postres deliciosos que no podía disfrutar, tratando en vano de arañar las fotos para poder olerlas. Me forzaba a caminar por el camino más largo hacia cualquier lado para quemar más calorías.

Mi conducta se volvió más extraña en el momento en que la anorexia y la inanición se apoderaron del cerebro. Miraba programas de comidas en todos los ratos libres que tenía, incluso cuando corría en la rueda de andar. Reorganizaba las despensas para que todo lo que pudiera ver en los paquetes de alimentos fueran las etiquetas. Me pesaba varias veces al día

en distintas balanzas para estar *absolutamente segura* de que no estaba subiendo de peso. Mis “comidas” de bastoncitos de zanahoria y mostaza se convirtieron en mostaza con bastoncitos de zanahoria. Y, al igual que los esquimales tienen cien maneras distintas de llamar a la

Mis “comidas” de bastoncitos de zanahoria y mostaza se convirtieron en mostaza con bastoncitos de zanahoria.

“nieve”, yo inventé muchas palabras para “hambre”. Estaba el tipo agradable que sólo se inmiscuía para hacerme saber que estaba perdiendo peso y que me animaba a abrir otra lata de refresco dietético. Después seguía el tipo persistente, que se caracterizaba, generalmente, por el gruñido revelador del estómago. Por último, estaba la variedad enloquecedora: el hambre que te llevaba a arañarte los ojos por la necesidad, el tipo de hambre en la que el estómago parecía una aspiradora, porque absorbía todos los órganos internos para alimentar su apetito voraz.

Cuando recurría a las conductas bulímicas, me pasaba todo el tiempo planeando el próximo atracón y la próxima purga. Salía en ventiscas huracanadas para comprar comida para el atracón. La compra de laxantes y píldoras adelgazantes casi me lleva a la quiebra. Sabía en qué supermercados los cajeros eran indiferentes o en los que había cajas de autoservicio para no recibir miradas extrañas por comprar un carro colmado de Krispy

Kremes y Ex-Lax. Sólo comía en restaurantes en los que sabía que podía purgarme en secreto. Cuando el trastorno se agravó, me volví completamente paranoica con el hecho de que alguien pudiera descubrir mi sucio secreto y descubrí millones de trucos para evitar que la gente oliera el vómito en mi aliento o el desastre en el baño.

El día estaba completamente delimitado por la bulimia: cuándo podía llevar a cabo el atracón y dónde podía purgarme. Me consumía el frenesí por planificar el atracón, comprar la comida y engullir todo. El horror de darme cuenta de que me había comido *todo* lo que había en mi apartamento. Correr frenéticamente hacia el baño, dar un portazo, levantar el asiento del inodoro, las náuseas, las arcadas, las salpicaduras. El alivio. La promesa de no volver a hacerlo. El rompimiento de dicha promesa en cuestión de horas.

Me regocijaba con el odio hacia mí misma y el perfeccionismo. Me negaba a meter la camisa por dentro porque pensaba que el estómago era demasiado grande. Me pasaba horas con la cabeza estirada hacia atrás para examinar la extensión del trasero en el espejo del baño. Si obtenía un resultado perfecto en un examen, aún así no era lo suficientemente bueno. Me negaba a comer para castigarme. Aceleraba cuando conducía porque temía no agradarle a la persona que venía detrás si no conducía a la velocidad esperada. Pasaba horas estudiando y volviendo a copiar los apuntes para que no tuvieran errores y para que la letra estuviera “perfecta”. Si no sabía la respuesta a una pregunta hecha en clase, me reprochaba interiormente por horas y pensaba que era una estúpida y una incompetente. Incluso si algún logro me parecía “aceptable”, vivía con el temor de fallar la próxima vez.

Por consiguiente, los trastornos alimentarios no tienen que ver realmente con la comida. Tienen que ver con cómo te sientes contigo mismo, la baja autoestima, la tremenda necesidad de controlarte a ti mismo y de controlar al entorno, el perfeccionismo implacable y el distanciamiento entre la mente y el cuerpo. También tienen que ver con el deterioro del cerebro, cables pelados echando chispas y prendiéndose fuego al ser el cerebro incapaz de procesar los mensajes sobre los alimentos y la ansiedad de una manera normal. Aunque el trastorno alimentario suele comenzar como un acto intencional de bajar de peso por parte de quien lo padece para sentirse mejor, luego toma el control de todo. Cuando los problemas de la persona empeoran, ésta cae más profundamente en el trastorno alimentario. Es como vivir en un barco que se hunde, sacando agua constantemente y rehusándose a partir aún cuando llega la ayuda y el nivel de agua sigue subiendo. Todavía piensas que puedes salvar el barco

que se hunde; no confías en la ayuda, no puedes ver la orilla que te llama y temes que la balsa salvavidas que te están arrojando no evitará que te ahogues. No puedo garantizarte que llegarás a la costa si abandonas el barco que se hunde. Pero puedo asegurarte que te ahogaras si no lo dejas ir.

Aferrada a la recuperación

Muy a menudo, no deseaba recuperarme. Este concepto resulta desconcertante para alguien que no padece un trastorno alimentario. ¿Cómo puede ser posible que alguien quiera negarse a comer hasta el punto de poner en riesgo su vida? Aún así, en mi mente, la comida era como un veneno y aumentar de peso equivalía a la tortura. Si comía, sería una persona *común y corriente*. La parte más difícil de la recuperación era el vacío que me quedaba al alejarme del trastorno alimentario. Sin anorexia, no era nadie. La recuperación era, en parte, crear una identidad separada del trastorno alimentario, con el que había compartido la mente y el cuerpo a lo largo de tantos años. (De hecho, no me alejé de la anorexia de una sola vez. Con frecuencia, cuando la vida se tornaba más incierta, regresaba a los brazos de Tali). Sin embargo, lentamente, día a día, comida a comida, comencé a ganar confianza en mí misma y en las habilidades que aprendía durante el tratamiento. Algunos días, permanecer en recuperación consistía en llamar a la terapeuta, a mi madre o a una amiga. Otros, optar por la recuperación era algo tan sencillo como levantar el tenedor y poner comida en la boca. Sencillo, sí. ¿Fácil? Nunca.

Sí comía, sería una persona común y corriente.

En un principio, no me quedaba otra opción más que la recuperación. Me dijeron: “O comes o te mueres”. Puesto que mis padres me habían aclarado que no iban a quedarse de brazos cruzados y verme morir, comencé a comer. Luego empecé a tener hambre: de comida, de *vida*. Todavía me siento igual. A veces me abruma estar ávida de cosas como la amistad o, simplemente, una buena taza de café.

Junto con el trastorno alimentario, tuve que lidiar con las implicaciones de otras dos enfermedades psiquiátricas que me habían diagnosticado: trastorno bipolar y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La anorexia había puesto una barrera entre el trastorno bipolar, el TOC y yo, así como también entre mi persona y el resto del mundo. Cuando dicha barrera

fue derribada con el tratamiento, todo mi interior estaba tan en carne viva que sentía como si lo estuviesen raspando con papel de lija. El mundo era muy grande e inseguro y temía profundamente lo que podía hacerme. Las obsesiones y las compulsiones estallaron. Si no daba la vuelta a la cuadra *una vez más*, entonces nunca estaría segura de que no había atropellado a alguien con el carro y no lo había dejado morir al costado del camino. Si no acomodaba todas mis pertenencias sobre el escritorio antes de irme a acostar por la noche, algo terrible sucedería (nunca pude expresar qué precisamente). Perdí las esperanzas de que me pasara algo bueno; nunca sucedería. Muchas veces pensé en acabar con mi vida.

También tuve que soportar las repercusiones físicas causadas por los años de inanición. Tengo 26 años, pero tengo los huesos de una mujer de 60. La osteoporosis es tan grave que ya me he quebrado tres huesos y he pasado por una cirugía mayor de tobillo. Tuve epilepsia y, como consecuencia de ello, perdí la licencia de conducir por un año y medio antes de que las convulsiones estuviesen completamente bajo control. Los intestinos dejan de funcionar a la más mínima provocación, desgastados luego de un largo periodo de abuso de laxantes. Muchas veces dudé de que la recuperación valiera la pena. Todo lo que acabo de mencionar sucedió después de haberme liberado de las garras de la anorexia y la bulimia; si esto era la recuperación, ¿para qué molestarse?

¿Qué me ayudó a salir adelante? Una combinación de voluntad y perseverancia. No siempre deseaba comer o subir de peso (de hecho, no recuerdo una vez durante los primeros tiempos en que deseara hacerlo), pero estaba dispuesta a intentarlo. Deposité mi confianza en el equipo de tratamiento y en aquellos que me amaban. Era un manojito de nervios más días de los que me animo a contar. Si aumentaba una libra, luego aumentaría cien. Lentamente, cuando me di cuenta de que el apetito no me abrumaba y de que podía aumentar de peso de a poco y de una manera controlada, comencé a relajarme. Sólo un poco. Lo suficiente como para darme cuenta de lo que me había impulsado a dejar de comer en primer lugar.

Quería comer todo lo que estaba a la vista; no quería volver a comer.

Para mí, el trastorno alimentario trajo consigo una sensación de logro, seguridad y protección y una disminución en las olas de ansiedad que me inundaban con frecuencia. Al menos podía hacer algo con la ansiedad por la comida. Tenía esperanza de que una vez que perdiera la suficiente cantidad de peso, por fin me sentiría “bien”. Al no lograrlo nunca, creía

que era simplemente porque comía demasiado y no había perdido la suficiente cantidad de peso. Luego, cuando una pequeña parte racional de la mente se dio cuenta de que había perdido una cantidad de peso que atentaba contra mi vida, simplemente me dije a mí misma que me sentiría mucho mejor cuando perdiera más.

El rostro en el espejo

El momento decisivo fue el día que me miré en el espejo y vi lo que los demás veían: mejillas demacradas, ojos hundidos, labios azules por el frío y una capa delgada de vello llamada *lanugo* que se extendía desde las cejas hasta el ombligo. Me di cuenta de que estaba mirando el rostro de la muerte. Estaba ante el rostro de una anoréxica. Ya no podía negarme a mi misma que tenía un problema. En realidad, tomar una determinación sobre el problema me llevó unos cuantos años más. Mientras tanto, me hospitalizaron dos veces y pasé varios meses en un centro residencial terapéutico de Filadelfia. Cuando estaba en tratamiento, me iba mejor, pero volvía a caer de inmediato cuando me daban el alta (a veces en sólo cuestión de horas).

Quizás te preguntes qué me llevaba a hacer esto. En cierto modo, no hay una respuesta. No sabía cómo enfrentar la vida fuera de los confines limitados de la anorexia y la bulimia. No sabía cómo llamar a una amiga y decirle: “Tengo un problema”. No sabía cómo valorarme ni valorar mis experiencias. Pero, de a poco, aprendí que podía volver a levantarme cada vez que caía. Aprendí que “No puedo” a veces significa “No quiero” y que “No quiero” a veces significa “Tengo miedo”. Me dispuse a socavar la piedra que representaba el trastorno alimentario.

De a poco, luego de varios años, lo logré.

La piedra aún sigue allí, definitivamente. Todavía le echo un vistazo a las cartas de los restaurantes para ver las ensaladas y los platos principales bajos en grasa; la diferencia es que no me siento obligada a elegirlos. Todavía leo las etiquetas en los paquetes de los alimentos; la diferencia es que no tengo reglas de lo que puedo o no comer. Todavía miro programas de cocina; la diferencia es que no me siento frente al televisor por horas enteras, babeando como una zombi salvaje. Todavía sigo siendo ansiosa, extremista y perfeccionista. Ahora entiendo que son aspectos innatos de mi personalidad que contribuyeron a la manifestación

del trastorno alimentario pero que, con la práctica, también pueden convertirse en rasgos positivos.

He logrado muchas cosas desde que comencé a dejar atrás al trastorno alimentario. Publiqué una autobiografía contando mi viaje hacia la anorexia y cómo me alejé de ella. Recientemente he obtenido una maestría en salud pública y enfermedades infecciosas (una elección curiosa para una persona con TOC obsesionada con lavarse las manos) y planeo regresar a la universidad para obtener un título en redacción científica. Tengo trabajo, un gato y un apartamento. Es más, tengo una vida. Tengo razones para levantarme de la cama por la mañana que no están relacionadas con el peso reflejado en la balanza. Finalmente he llegado a mirarme en el espejo y decir que me gusta la persona que me mira del otro lado. Esta persona no es perfecta, ni con un esfuerzo de imaginación, pero soy yo. No soy “Carrie la diosa maravillosa de la pérdida de peso”, ni tampoco una bulímica y anoréxica sin esperanzas, crónica e incurable. Sólo yo.

Evolución de un trastorno alimentario

Incluso después de años de terapia, aún no puedo describir cómo comenzó el trastorno alimentario y cómo evolucionó de la manera en que lo hizo. En un periodo de seis meses, pasé de ser una estudiante universitaria saludable a estar al borde de la muerte por la negación a comer. No sé qué me llevó al borde del abismo en ese momento en particular. ¿Acaso estaba extremadamente estresada y pasando por un horrible periodo de depresión? ¿Acaso el TOC había estallado una vez más? Quizás sé. O tal vez era un poco más complicado que eso.

Lo que sí puedo afirmar es que mis padres (a quienes quiero mucho) no causaron el trastorno alimentario, tampoco lo hizo el leer demasiadas revistas de moda (ni siquiera recuerdo haber leído alguna), ni haber sido abusada sexualmente (aunque lo fui a los 11 años), ni el hecho de que los demás niños me llamaran “gordita” (eso también sucedió, aunque nunca tuve sobrepeso). ¿Contribuyeron estos factores? Sin duda. No puedo negarlo.

Pensaba que bajar cinco libras me haría feliz...

Pero nunca me dispuse a bajar de peso para ganar a un hombre, para tener una cierta “imagen” o para verme como una modelo. Pensaba que bajar cinco libras me

haría feliz, que finalmente lograría aceptarme y que también los demás lo harían.

Gracias a eso casi pierdo todo asomo de vida.

El comienzo

En algunos aspectos, cumplo con todos los estereotipos de una persona con trastorno alimentario: soy compulsiva, neurótica y perfeccionista y logro todo lo que me propongo. En otros aspectos, sigo siendo un enigma: artesana de oraciones, clonadora de genes, fóbica a la pasta. Nací en una familia blanca de clase media, en un barrio residencial de las afueras de Detroit. La historia de mi familia está marcada por trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Eso, más que cualquier otra cosa, me predispuso a un futuro de anorexia y bulimia.

Mi niñez tuvo relativamente pocos incidentes. Al ser perfeccionista y soñadora de nacimiento, leía libros... y libros y libros y libros. Siempre fui la mejor alumna, aunque pocas personas me consideraban inteligente porque casi nunca hablaba. En algunos aspectos era osada, aunque las situaciones sociales me provocaban ansiedad. Era *muuy* especial en algunas cosas: en lugar de escribir mi vida adolescente en un diario, practicaba la letra durante interminables horas; escribía las letras una y otra vez hasta que estuvieran “perfectas”. De la misma manera me cortaba las uñas, hasta que quedaban tan cortas que me sangraban casi sin parar. También debía organizar todos mis libros por tamaño, del más alto al más bajo. Si alguno de mis sistemas se infringían, me daba un ataque.

Nunca fui una niña pequeña; era más alta y, por lo tanto, mi peso era mayor que el de mis compañeros de clase. Eso, combinado con mi amor por aprender y mi tendencia a la timidez, básicamente pintó un blanco en mi espalda que atraía a los bravucones que me rodeaban. Y había muchos de ellos. Confundida por lo que estaba sucediendo y sin saber cómo detenerlo, aprendí a soportar y mantener un perfil bajo. Cada vez encontraba más consuelo en los libros en mi paso por la escuela primaria. Como era una lectora voraz, leía hasta 13 libros por semana.

Sin embargo, el infierno se desató cuando llegué a la pubertad. Nadie me dijo que las niñas pueden aumentar entre 40 y 50 libras durante ese periodo, ni que las personas crecen de altura y aumentan de peso en distintos órdenes. Pasé por la pubertad a una edad relativamente temprana y llegué a la altura y al peso adultos a los 12 años, lo que me hacía sobresalir claramente de mis compañeros más pequeños. Un niño de mi clase se aprovechó de ello. No perdía oportunidad para atormentarme por mi peso y mi tamaño. Un día, aprovechando la oportunidad de que la maestra estaba fuera del aula, me empujó contra la pared de bloque de hormigón en la parte de atrás del salón, me hurgó el cuerpo y me pellizcó y tocó en lugares inapropiados. Sólo se alejó cuando la maestra regresó al aula. Como temía una represalia, no se lo dije a nadie. Comencé a odiar mi cuerpo por el sólo hecho de existir. Poco tiempo después, pasé por un periodo de anorexia límite, que terminó de la misma manera extraña que había comenzado.

Fue durante estos mismos años que comencé a sufrir depresión. El comienzo fue tan insidioso que pasarían muchos años antes de que lo viera como un problema. ¿Acaso no todo el mundo se siente igual? ¿No era normal sentir odio por la vida? También padecí

dramáticos cambios de humor que fueron atribuidos a la adolescencia, aunque, en realidad, eran los primeros indicios de la enfermedad bipolar que me sería diagnosticada luego (me referiré con más profundidad a problemas que suelen presentarse conjuntamente con los trastornos alimentarios en el capítulo 3).

Como si la angustia propia de la adolescencia fuera poco, comencé a toparme con miedos tremendos, implacables e irracionales sobre los pormenores de la vida diaria —los primeros síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. Estaba segura de que tenía SIDA y de que si no me lavaba las manos cuando me las había “contaminado”, mataría a alguien por el descuido. Tenía que lavarme durante exactamente 55 segundos y volvía a comenzar el ritual si me interrumpían. Poco después, la cantidad de veces que me lavaba las manos ascendió a más de 30 por día y, a menudo, lo hacía con lejía o limpiadores abrasivos. Me pasaba todos los ratos libres rumiando sobre lo mala persona que era; la única manera de remediarlo era lavándome. Me enfrentaba a dos miedos bastante contradictorios: que realmente padecía SIDA —y estaba destinada a morir horrible y lentamente— y que estaba completa y totalmente loca. Ante esto, ocultaba el hábito a todos los que me rodeaban, incluidos mis padres. A veces pensaba en el suicidio, desesperada por encontrar una forma de salir de ese infierno.

Controlé la obsesión por el lavado, pero los temores obsesivos-compulsivos se convirtieron en distintos monstruos: copiaba una y otra vez los apuntes de la escuela o controlaba varias veces si había apagado la cafetera cuando salía de la casa. Estos miedos aparecían y desaparecían a lo largo de los años y no sabía que el sufrimiento no era normal o que el nombre era trastorno obsesivo-compulsivo. Sencillamente creía que así debía ser mi vida. Aunque el TOC era extenuante, me permitió florecer en la escuela. Me gradué de la escuela secundaria con medalla de honor e ingresé a una pequeña universidad de humanidades para estudiar bioquímica.

Pasé por la universidad con la misma velocidad frenética con la que había vivido los años de la escuela secundaria. Había obtenido los suficientes créditos de colocación avanzada para comenzar la universidad como estudiante de segundo año y obtuve la enorme cantidad de 18 créditos durante el primer semestre. También trabajé en un laboratorio de microbiología y en el periódico de la universidad como redactora de medio tiempo. Estas actividades extracurriculares resultaron ser distracciones bastante eficaces para la depresión,

la ansiedad y el odio hacia mí misma que me dominaban y me proporcionaron una serie de actividades que yo me sentía capaz de hacer bastante bien. Y por supuesto que lo hice. Para ayudarme a lidiar con el estrés del trabajo incesante (y el aburrimiento de escribir en la computadora ocho horas al día), comencé a realizar ejercicios asiduamente. Pronto se convirtió en una compulsión, aunque nunca relacioné la creciente actividad con la pérdida de peso.

Pasé el semestre del otoño del tercer año estudiando ciencias de la salud en la Universidad de Aberdeen (University of Aberdeen), en Escocia. Fue como si alguien hubiese borrado mágicamente la pizarra de ansiedad y depresión. Hasta hoy no puedo explicar este fenómeno. Me dio la oportunidad de vivir los seis mejores meses de mi vida. Aprendí a tocar el *bodhran* (tambor irlandés) con un danés ligeramente embriagado en un bar. Me enamoré perdidamente; entré sin autorización a campos de pastoreo de ovejas; escalé cascadas y observé el agitado mar irlandés durante una hora. Sin embargo, toda esta juerga causó un ligero aumento de peso. No mucho, no más de cinco libras. Lo suficiente como para que mis vaqueros me quedaran un poco ajustados en la cintura. Volví a la universidad decidida a hacer algo al respecto y aliviar la ansiedad que me provocaban los pantalones. Por lo tanto, a la extraordinaria edad de 20 años, decidí, con bastante inocencia, bajar cinco libras. Fue la decisión que más lamenté en mi vida.

Sólo cinco libras...

...los cambios se daban de manera tan gradual que casi no los notaba hasta que me encontré con una grave anorexia de la que no podía salir.

El comienzo del trastorno alimentario fue bastante lento; se inició con la determinación de realizar ejercicios *todos los días, ¡caray!* y la inexorable y creciente exclusión de alimentos de la dieta. Los artículos que contenían grasa fueron los primeros en ser eliminados, luego la carne y, después, prácticamente todo lo que tuviera calorías. Sin embargo, casi de inmediato, me volví total y absolutamente fóbica a la comida, sólo comía una pequeña variedad de alimentos que consideraba “aceptables”. A pesar de que el trastorno alimentario se agravaba, terminé el semestre de primavera y obtuve una pasantía para trabajar, durante el verano, en los laboratorios de viruela pertenecientes a los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta, Georgia. Tuve la

sensación de que mi vida se estaba aclarando por fin: una magnífica pasantía, grandes oportunidades de ingresar a un doctorado en microbiología al año siguiente y, lo más importante, pérdida de peso.

La única persona que tenía un mal presentimiento de lo que sucedería en los meses y años venideros era mi madre. Siempre me preguntaba si comía bien (“¿*Por supuesto* que sí, mamá!”) y si realmente deseaba ir a Atlanta (“¿Por qué no?”). Como me veía adelgazar día tras día, me envió a Atlanta a pasar el verano a regañadientes. Cuando salí de casa, se me vino el mundo abajo. El trastorno alimentario se apoderó de mí tomándome por rehén y no tenía manera de detenerlo, aunque lo deseara.

Atlanta, Georgia

Mi vida en Atlanta no me viene a la mente cronológica y linealmente. Los recuerdos me llegan de a pedacitos: un momento por aquí, un recuerdo por allá, con días y semanas enteros en el medio borrados por la anorexia. Mi vida en Atlanta estuvo marcada por el trastorno alimentario. Recuerdo, muy claramente, la primera vez que giré el volante hacia la derecha para ir a una tienda en una esquina para comprar laxantes. Me puse colorada y pensé que si leía las instrucciones de la caja, me “protegería” en cierta forma de cualquier efecto secundario no deseado. Cinco años más tarde, seguía siendo adicta a los laxantes. También recuerdo lo que comía todos los días. Nunca cambiaba. Mientras mi vida se derrumbaba rápida e inevitablemente, la certeza de saber las calorías que ingería y las que quemaba se convirtió en el cimiento sobre el que construiría mi vida.

Lo irónico de las remembranzas es lo poco que recuerdo de la pasantía en el CDC, en donde tenía un puesto muy prestigioso: trabajaba en los laboratorios del virus de la viruela llevando a cabo una investigación confidencial para el gobierno (del tipo “Si te lo dijera, tendría que matarte”). Probé nuevas vacunas y trabajé en la investigación sobre bioterrorismo y nuevas maneras de identificar cepas del virus de la viruela en caso de que fuera liberado. Lo que sí recuerdo es cómo disfrutaba mi trabajo; era interesante y nadie, en ningún otro lado del mundo, estaba haciendo lo mismo que yo. Los experimentos se han hecho públicos, así que, no, no vendrán hombres de trajes negros y gafas a buscarme por escribir esto.

Tanto la depresión como el TOC se agravaron simultáneamente. Además de las obsesiones y compulsiones con la comida, me convertí en una fanática de la limpieza. Aspiraba mi apartamento compartido varias veces al día y luego restregaba el fregadero, el lavabo y la tina. Finalmente, antes de irme a dormir, controlaba la cerradura de la puerta cinco veces, *exactamente cinco veces*. Cuatro veces no eran suficientes. Creo que mi compañera de apartamento pensaba que estaba un poco loca, pero tenía un corazón inmenso y le agradaba de todas formas.

Me desmoroné y fui a ver a una terapeuta, ya que la ansiedad que acompañaba a la inanición inducida por la anorexia se estaba tornando insoportable, como así también la soledad de vivir en una ciudad extraña. Nunca tuve intenciones de comer más, tampoco de aumentar de peso. En todo caso, quería librarme de la ansiedad y la depresión para poder bajar un par de libras más. Así que hice un poco de investigación en Internet a través de un sitio web que ayudaba a buscar tratamientos para los trastornos alimentarios, encontré una psicóloga y la llamé. Nunca antes había estado en terapia —a excepción de un breve periodo en el centro de orientación pedagógica de la universidad— así que no tenía idea de cómo funcionaba o de lo que tenía que hacer para encontrar un buen terapeuta. Tuve suerte. La terapeuta era formidable. Nos llevábamos muy bien. Al principio, me fue difícil confiar en ella, pero me recordó que era normal ya que ella era una extraña absoluta —a pesar de sus referencias, su experiencia y sus títulos.

Luego de un par de sesiones, notó la brusca pérdida de peso y la profundización de la depresión, por lo que me sugirió que considerara la posibilidad de un tratamiento más intensivo en el hospital. Primero, debía realizarme un examen completo y ver a una especialista en nutrición. La sesión con la nutricionista fue un desastre. Me dijo lo que alguien de mi edad y nivel de actividades debía comer, lo que me asustó terriblemente. Luego me pesó de espaldas a la balanza (una práctica común con pacientes que padecen trastornos alimentarios, para quitar la atención del peso) y me dijo cuánto debía aumentar. Después de calmar mi ataque en el estacionamiento, conduje a casa, le hice un bollo al menú que me había dado y lo tiré a la basura. Me dirigí a una clínica de atención de urgencias para hacerme unos análisis de sangre y un chequeo del corazón, dado que las irregularidades cardiacas son comunes en

Me dijeron que una joven de 20 años era demasiado grande para padecer anorexia y que, de todas maneras, no podía ser anoréxica ya que no llevaba mucha ropa puesta...

las personas con todo tipo de trastornos alimentarios, en especial, en aquellas que se purgan (era un día húmedo de 95 grados y temblaba en vaqueros y camiseta). Me devolvieron el ECG con resultados irregulares y me dijeron que tenía un problema de tiroides. Al día siguiente, entré pisando fuerte con el análisis de sangre en mano.

La terapeuta le echó una mirada a los resultados del laboratorio y solicitó que me hospitalizaran por inestabilidad médica y psicológica. La presión sanguínea era muy baja y el pulso era lento debido a que el cuerpo estaba muy privado de alimentos. También estaba gravemente deprimida y ansiosa y era incapaz de comenzar a comer por mis propios medios. Grité en son de protesta: ¡Tenía un trabajo! ¡Iba a la universidad! ¡Iba a cumplir 21 años en menos de una semana! ¡Al diablo con esto! ¡Yo *no* pensaba engordar!

La terapeuta me miró y dijo en voz baja: Tienes una *vida*.

Tragué saliva. Me quedé mirando algo interesante en la punta de las zapatillas durante cinco minutos, analizando esta idea en mi cabeza. Escuché el débil e irregular *vuelco* en mi corazón debajo del esternón.

Accedí a ingresar al hospital ese fin de semana.

Paciente impaciente

La hospitalización puede ser beneficiosa y, de hecho, las cuatro veces que fui hospitalizada salvaron mi vida. Sin embargo, una sala de un hospital o un centro terapéutico no son vacaciones. Al primer lugar que fui fue a una sala de psiquiatría. Lo que más recuerdo es el arrastre de la maleta detrás de mí, la suave mano de la enfermera sobre mi codo y la puerta que se cerró detrás de mí con un fuerte ruido seco. No había escapatoria. Estaba atrapada. Estaba loca. Era *una de ellos*. Los locos. La gente de la que se habla en cócteles en voz baja y en murmullos interrumpidos por una risita ocasional.

La prensa popular pinta a los trastornos alimentarios de color de rosa y, por esto, pasamos por alto una cosa: los trastornos alimentarios son enfermedades psiquiátricas graves, mucho más complejas que el simple deseo de estar delgado. No conozco a nadie que haya tenido la intención deliberada de terminar hospitalizado, con suero o tubos en la nariz. Si así fue, ya había un problema subyacente. Los hospitales no son divertidos. Traban la puerta del baño. Tienes que pedir permiso para orinar. Te controlan las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Te sirven la comida en bandejas plásticas y tienes que comerla. Toda.

Incluso si piensas que sabe a excremento de perro. (A veces estás en lo cierto con respecto a esto).

Los hospitales también pueden ser lugares de inmensa sanación. Te encuentras rodeado de gente, quizás por primera vez, que realmente entiende de qué se trata. Cuentas secretos guardados en el corazón durante toda una vida. Gritas, chillas, lloras, te quejas y dices palabrotas. Cuestionas a los demás, confías, traicionas y eres traicionado. Es igual que la vida, sólo que en menor escala, con personas mucho más intensas e imprevisibles.

El hecho de que no me hubieran “arreglado” o “curado” fue una gran sorpresa para mis padres cuando me dieron el alta de la primera hospitalización. Estaba tan enferma como cuando ingresé. No quería mejorar; así que no lo hice. La actitud es un factor importante, al igual que el personal que brinda apoyo (y que está atento). Yo quería jugar; lo hice y me salí con la mía. Mis padres no se dieron cuenta hasta mucho tiempo después y se enfadaron mucho. Primero conmigo, luego con el hospital. Sin embargo, mantuve un aspecto saludable por el tiempo suficiente como para salir del aprieto y volver a la universidad, con lo que me proponía, en mi mente, bajar más de peso.

Y eso fue lo que hice. Cuando me dieron el alta, mi peso aún estaba en un nivel crítico y no me costó llegar al límite. En ese momento, mis intenciones habían sobrepasado, hacía ya tiempo, todo pequeño y tierno eufemismo como “hacer dieta” o “tratar de bajar un poco de peso”. Estaba tirando las frutas frescas con las pochas. Quería llevar al cuerpo al límite extremo y la única manera de encontrar dicho límite era avanzar un poco más, inclinarme en el precipicio y caer en picada por completo.

Quería llevar al cuerpo al límite extremo y la única manera de encontrar dicho límite era avanzar un poco más...

Los recuerdos de las pocas semanas en las que permanecí en la universidad son más vagos que aquellos de cuando viví en Atlanta. Tengo apuntes de clases que no recuerdo haber tomado, tareas que no recuerdo haber entregado, ni hablar de haber hecho. Lo que recuerdo es lo siguiente: mi apartamento estaba arriba de una mueblería y debía subir cinco tramos de escaleras cada vez que quería ir a casa. Había un ascensor que nunca utilicé, ya que temía que alguien pensara que era perezosa si lo hacía. También sentía frío; incluso cuando el húmedo agosto se convertía en el sofocante septiembre, sentía los huesos gélidos. Las uñas y manos tenían un tinte azulado permanente que sólo desaparecía cuando salía a correr cada

día y después de una ducha caliente. Por último, estaban los rumores. Había perdido una escalofriante cantidad de peso durante el verano y uno de los temas preferidos de los que se hablaba cuando comenzó el semestre de otoño en el pequeño campus era de qué me estaba muriendo. Los dos más votados fueron cáncer y SIDA. Nadie adivinó que padecía anorexia.

La condición que se me impuso para poder regresar a la universidad era que viera a una consejera del campus, lo que hice diligentemente. Ante toda esta situación, ponía los ojos en blanco. Le conté lo mucho que lo estaba intentando, mirándola con mis inmensos ojos verdes de cachorrito. No sé si creyó una sola palabra de lo que dije. Pero unas sesiones más tarde, me dijo que quería que me tomara una licencia médica para buscar tratamiento hospitalario. Una vez más, la miré con ojos desorbitados. ¿Yo? ¿Abandonar la universidad?

“Carrie, estamos hablando de tu *vida*”.

Me preguntaba, vagamente, si alguien pensaba si yo deseaba vivir o no en ese momento.

Me acurruqué temblando en el sillón mullido. Me envolvió con su chaqueta. Pensé en cómo, más temprano ese día, me había quedado mirando al rostro de la muerte en el espejo. Mi propio rostro. Me había crecido vello y mis labios estaban azulados; podía ver los ojos oscuros y hundidos y los pómulos prominentes. Me desmayaba con frecuencia. Sentía que una horrible necrosis crecía dentro de mí. Me estaba muriendo. La universidad ya no importaba.

Asentí. Llené los formularios y me mudé del apartamento.

Era septiembre de 2001. Me pasaba la mayor parte del tiempo echada sin hacer nada en casa. Ocasionalmente lamía un yogur bajo en calorías o mordisqueaba una manzana. Me había dado por vencida; sencillamente dejó de importarme. Mi mamá comenzó a buscar centros terapéuticos. Luego, una mañana soleada de martes, aviones de pasajeros se convirtieron en armas y se estrellaron contra edificios. El mundo había cambiado. Me negué a subirme a un avión después de eso, por lo que se tomó una decisión por mí: ingresaría a un centro terapéutico en Filadelfia, un establecimiento que estuviera a poca distancia en carro de la casa de mis padres.

El tratamiento en Filadelfia

Algo cambió en mí cuando comencé el segundo tratamiento. Había tocado fondo (aunque el problema con tocar fondo es que, según la escritora Lolly Winston, “Siempre hay otra capa de trastos en la sección de ofertas”), y sabía que era comer o morir. Así que levanté el tenedor y comencé a comer. Sentí que una mínima fuerza vital regresaba. Cuando comencé a alimentarme nuevamente, mi apetito regresó con ganas. Eso me dio miedo. El metabolismo se aceleró tanto que solía despertarme a mitad de la noche con dolores por el hambre, empapada en sudor por quemar calorías a una velocidad tan violenta. Aprendí más sobre los orígenes del trastorno alimentario mientras me trataban, aunque aprendí muy poco sobre cómo sobrellevarlo en el mundo exterior. Y cuando ambos se enfrentaron (el tratamiento y el resto de la realidad), perdí los estribos.

Había progresado mucho hasta ese momento, quizás tanto que la terapeuta pensó que estaba mucho mejor de lo que estaba en la realidad. No confiaba en ella ni en mí misma, así que no tenía una válvula de escape para las emociones intensas y opuestas. Me las arreglé empezando a hacer trampa con el plan de alimentación. Había logrado la suficiente independencia en las cinco semanas que pasé en el centro terapéutico como para tener prácticamente un control total del seguimiento sobre el cumplimiento (o no cumplimiento)

Cuanto más me decían en el centro que tenía que comer, más mentía.

del plan de alimentación diario. Empecé con cosas pequeñas y decía que tenía dos cucharadas de leche en polvo cuando solamente tenía una. Luego me volví más descarada y, al mismo tiempo, más desesperada. Comencé a alimentarme de ensaladas del chef y requesón. Nadie se dio cuenta. El aumento de peso se ralentizó y luego se detuvo por completo. Cuanto más me decían en el centro que tenía que comer, más mentía. Me había metido en un pozo del que no podía escapar.

Había aumentado algo del peso que tanto necesitaba durante los dos meses en Filadelfia, pero lo que no había aprendido eran las habilidades para afrontar el mundo exterior. El rayito de esperanza que había sentido en los comienzos del tratamiento se debilitó y se apagó.

Cuando abandoné el tratamiento, no estaba decidida a bajar de peso, sino que estaba decidida a no aumentar una sola onza. El problema era que no tenía balanza porque mi papá la había confiscado cuando regresé a casa luego de la primera hospitalización. La única forma

de estar *completamente segura* de no aumentar de peso era bajando. Sólo un poco. Al menos al principio. Tenía previsto encontrarme con un equipo de tratamiento competente para que me atendiera luego del alta del centro pero ni siquiera ellos pudieron penetrar en la mentalidad anoréxica. Traté de disipar los miedos por la comida, pero las ansiedades y rituales propios del TOC no cesaban de interferir y no poseía buenas estrategias que me ayudaran a conquistarlos. La terapeuta, aunque era una mujer maravillosa con quien había hecho un gran trabajo, se concentraba más en el pasado que en el presente y futuro. Continué sin saber a ciencia cierta cuáles eran las maneras saludables de enfrentar la depresión y la ansiedad en el presente. Conseguí un trabajo de medio tiempo en el centro comercial para tener algo que hacer y para que me brinde más oportunidades de saltar comidas y bajar de peso. Funcionó.

Hospitalización, toma dos

Ingresé a la sala de psiquiatría de un hospital local después de Navidad, con un peso cuyo nivel era nuevamente crítico y continuaba cayendo en picada. Permanecí allí dos semanas y volví a experimentar los efectos secundarios de volver a alimentarme. El estómago se había encogido de tal manera que incluso las porciones normales me daban retorcijones. Traté simplemente de apartar la comida que estaba en el plato hasta que me dijeron que debía quedarme sentada a la mesa hasta terminarla. Tenía un libro para leer mientras la comida se enfriaba frente a mí. Me lo sacaron cuidadosamente de las manos. Insulté al enfermero de turno, quien levantó las cejas un poco divertido, tomó una silla, cruzó las piernas y esperó. Lo miré fijamente, boquiabierto. Seguro que estaba bromeando.

No.

Terminé la cena. Era verdaderamente asquerosa: bastones de pescado, croquetas de patata hervida y cebolla y arvejas enlatadas. No era el tipo de alimentos que te hace pensar que la comida es algo para disfrutar.

Regresé al cuarto más tarde, miré a través de la ventana del noveno piso, observé las ajetreadas calles de Detroit y los faros que pasaban zumbando y me di cuenta de que a nadie le importaba un bledo una anoréxica enojada, doctores mezquinos y repugnantes bastones de pescado. Me di cuenta de que el mundo no giraba alrededor del plato de la cena. Había

recibido una carta de mi compañera de habitación de la universidad, en donde me pedía que regresara porque me extrañaba, cuando yo estaba tan sumida en la anorexia. Me senté en la cama a pensar sobre todo esto. Me di cuenta de que mi compañera de habitación estaba utilizando piezas de equipo en el laboratorio de química que valían un millón de dólares, mientras que a mí ni siquiera me confiaban un par de tijeras de seguridad. Ni siquiera podía comer sola. Me di cuenta, en ese momento, lo completamente patética que se había tornado mi existencia.

Me decidí a vencer el trastorno alimentario.

Lo que no sabía era todo el trabajo que me esperaba y que los deseos no necesariamente hacen que los sueños se hagan realidad.

Principios básicos: lo que debes saber sobre los trastornos alimentarios

¿Qué es y cuál es el origen de un trastorno alimentario? ¿Acaso se trata solamente de un grupo de adictos a las dietas y a la comida que esperan la próxima dosis? ¿Se trata de jóvenes que, seducidos por las imágenes que ven en las revistas, quieren verse como Barbie y Ken? ¿Es una enfermedad mental? ¿Puede ser que todo esté en nuestras mentes? ¿Acaso lo hacemos para “llamar la atención”?

Bueno, sí. Y no.

Nadie sabe exactamente cuáles son los orígenes de los trastornos alimentarios y es muy probable que no haya una sola causa. Gran parte de la bibliografía científica actual sobre trastornos alimentarios sugiere que los factores psicológicos, como por ejemplo, la baja autoestima, la predisposición genética a las enfermedades mentales (especialmente los trastornos de ansiedad) y la sociedad que fomenta las dietas y la delgadez pueden colisionar para causar trastornos alimentarios en algunos hombres y mujeres. Sin embargo, una cosa sí es cierta: los trastornos alimentarios son unos de los trastornos psiquiátricos más peligrosos y pueden cobrarse más vidas que cualquier otra enfermedad mental cada año.

Definición de los trastornos alimentarios

Los dos trastornos alimentarios de los que más se habla son la anorexia y la bulimia. El trastorno por atracón (comer de manera descontrolada grandes cantidades de alimentos durante un breve periodo de tiempo) también afecta a los jóvenes. Mientras que estos trastornos tienen criterios específicos utilizados por los profesionales especializados en salud mental y por las compañías de seguros, muchas personas a las que se les diagnosticó un trastorno alimentario entran en la categoría de trastornos alimentarios no especificados (Eating Disorders Not Otherwise Specified, EDNOS por sus siglas en inglés). Las personas

que padecen EDNOS también pueden sufrir problemas alimentarios graves que ponen en peligro sus vidas aunque no se los clasifique como “anoréxicos” o bulímicos” en sentido estricto.

Anorexia nerviosa

Se cree que la anorexia se da en aproximadamente el 1% de las mujeres en algún momento de sus vidas. Aunque los números no están tan definidos en los adolescentes, un estudio reciente estimó que alrededor del 0.5% de las adolescentes estadounidenses padecen anorexia nerviosa. Las cifras de prevalencia entre los hombres y jóvenes son aproximadamente una décima parte de las observadas en las mujeres. Las personas que padecen anorexia son incapaces de consumir las calorías necesarias para mantener un peso corporal normal y saludable. Suelen restringir los alimentos a una fracción de la cantidad que necesitan para mantener el funcionamiento normal del cuerpo y la mente. Otro rasgo distintivo de la anorexia es el ejercicio desmedido y/o compulsivo, cuando la vida de una persona gira alrededor de la cantidad de tiempo que pasa ejercitando para quemar calorías. Algunas personas que padecen anorexia tienen tendencia a tener conductas de atracones y purgas, como por ejemplo, el vómito autoinducido y el abuso de laxantes y diuréticos. La cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) ha identificado dos subtipos de anorexia: anorexia nerviosa restrictiva (anorexia nervosa restricting, AN-R por sus siglas en inglés), propia de aquellos que mantienen el bajo peso principalmente a través de la restricción calórica y del ejercicio desmedido, y anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa (anorexia nervosa binge eating/purging, AN-BP por sus siglas en inglés), propia de aquellos que se someten a atracones y purgas.

Cuando comienza la negación a comer y sigue sin detenerse, las personas que padecen anorexia se vuelven frenéticas con la determinación de bajar cada vez más de peso. En ocasiones, quienes sufren de anorexia se ejercitan o se mueven constantemente para tratar de quemar más calorías. Aunque veía que los números descendían en la balanza y que las medidas de las prendas de vestir también lo hacían, no podía notar la diferencia en el espejo. Todos los días seguía una estricta rutina de ejercicios y sentía una gran ansiedad cuando perdía una sesión de entrenamiento. Casi no podía estar sentada. El psiquiatra me

contó, en una ocasión, que a las ratas que se las priva de alimentos en los experimentos se vuelven hiperactivas, probablemente para buscar comida. Los que sufren anorexia suelen vestir capas de ropa holgada para esconder la pérdida de peso (o, en mi caso, debido a la escasez de dinero para comprar un nuevo guardarropa). También es un intento de mantenerse tibio ya que el metabolismo se desacelera para conservar la energía. Mi cuerpo también comenzó a adquirir un lanugo fino y sedoso que me ayudaba a conservar el tan preciado calor.

La anorexia puede estar acompañada por distintos cambios en la personalidad. Las obsesiones y compulsiones se multiplicaron y comencé a medir toda la comida y a contar las calorías, los gramos de grasa, la fibra y el sodio. Utilizaba un cuadernito para llevar la cuenta de todo lo que comía. Todos los días comía los mismos alimentos, que eran pocos, en el mismo orden y a la misma hora. También comencé a manifestar conductas de TOC que no tenían absolutamente nada que ver con la comida ni con el peso, como fregar todas las superficies del apartamento todos los días. Caí en una depresión profunda, lo que me llevó a apartarme de mi familia y mis amigos. Lloraba hasta dormirme todas las noches por no poder encontrarle una salida a tanto sufrimiento. Me irritaba fácilmente y hablaba con brusquedad a cualquiera. Pero la promesa de obtener un número más bajo en la balanza por la mañana me arrastraba cada vez más a la anorexia.

La anorexia puede estar acompañada por distintos cambios en la personalidad.

Muchos de los efectos secundarios de la anorexia son psicológicos, ya que, gramo a gramo, el cerebro consume la energía de todos los órganos del cuerpo. Aún cuando se hacía evidente que me estaba muriendo de hambre y que estaba escuálida, no creía que tenía un problema. No comer no era el problema; era la solución. Hice exactamente lo que me había propuesto hacer: bajar de peso. Mucho. Y por supuesto, no tenía intención de detenerme. Sólo cuando mi familia intervino y se rehusó a verme morir de hambre me di cuenta de que estaba gravemente enferma.

Estudios recientes han demostrado que la anorexia está muy ligada a algunos rasgos de la personalidad como el neuroticismo y otras enfermedades mentales como el trastorno obsesivo-compulsivo. Se han notado muchos de los síntomas de la anorexia, como por ejemplo, la obsesionalidad, la depresión y la ansiedad, en individuos sanos que hacen dietas

muy bajas en calorías. Esto trae a debate el dilema de “la gallina y el huevo”: ¿Los que padecen anorexia agravan los rasgos de la personalidad innatos? ¿O acaso es la enfermedad la que los crea?

Bulimia nerviosa

Se cree que la bulimia nerviosa afecta a entre el 1% y el 5% de las adolescentes estadounidenses, mientras que hasta el 3% de las mujeres son bulímicas en algún momento de sus vidas. Una vez más, las cifras en los hombres son alrededor de una décima parte de las observadas en las mujeres. Las personas que padecen bulimia tienen una tendencia a sumergirse en ciclos de atracones seguido de purgas para deshacerse de los alimentos y para aliviar la culpa y ansiedad que sienten después. La purga incluye el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno extremo y el ejercicio compulsivo. Muchas veces, la persona que padece bulimia utiliza más de un método para “deshacer” el atracón. El ciclo se torna rápidamente adictivo e imposible de controlar. El ciclo de atracón y purga puede consumirte. Pasas la mayor parte del día planificando el próximo atracón y tratando de resolver cómo y cuándo purgarte.

Con los episodios de atracón, encontraba alivio a la depresión y la ansiedad que estaba experimentando. La purga que seguía al atracón liberaba la ansiedad y la culpa que sentía después de haber consumido tantas calorías y también aliviaba el malestar físico que me causaba el atracón.

Al sumergirme en la bulimia durante la pseudorecuperación de la anorexia, el atracón y la purga pronto se descontrolaron. Sólo pensaba en el próximo atracón y la próxima purga. Esto delimitaba el día: el orden de la comida que consumiría durante el atracón y el ritual posatracción en el baño. Me sentía profundamente avergonzada de mis conductas y de mi necesidad desesperada de consumir grandes cantidades de dulces. Casi todos los días, juraba que dejaría de hacerlo. La mayoría de las veces, mis esfuerzos fueron en vano. Todos se dieron cuenta de que padecía bulimia recién cuando le confesé a mi dietista los rituales de atracón y purga.

Restringí la ingesta de alimentos, en parte, para asegurarme de que no me purgaría y, en parte, para compensar el atracón y la purga del día

La dietista dice que “la mejor manera de prevenir el atracón es simplemente comer”.

anterior. Sin embargo, esto causa una privación fisiológica de energía y nutrientes y, por consiguiente, lleva a la necesidad del atracón. La dietista dice que “la mejor manera de prevenir el atracón es simplemente comer”. En personas cuyas dietas son bajas en carbohidratos, los atracones suelen consistir en dulces y otros alimentos con azúcares sencillos. Cuando no consumía la suficiente grasa en la dieta normal, durante los atracones, ingería alimentos con alto contenido graso. No estaba loca, como tampoco lo está una persona que padece bulimia. Respondemos, en parte, a la necesidad de nuestro cuerpo de obtener nutrientes específicos.

Sin embargo, la fluctuación continua de las sustancias químicas cerebrales tanto del atracón como de la purga puede causar cambios rápidos en el estado de ánimo. Me sentía llena de vida en un momento y deprimida y lacrimosa al siguiente. La purga causaba deshidratación repentina e inesperada y pérdida de potasio (los vómitos, los laxantes y los diuréticos pueden causar ambos problemas). Me volvía frenética y ansiosa si no me podía purgar luego de un atracón. Me sentía histérica, sollozaba y lloraba, pero tenía miedo de decirle a alguien por qué me sentía así.

Aunque no son útiles para la anorexia, hay varios medicamentos que han tenido buenos resultados en el tratamiento de la bulimia, ya que ayudan a disminuir la frecuencia de los atracones y las purgas. El único medicamento aprobado oficialmente por la Food and Drug Administration (FDA) para tratar la bulimia nerviosa es el Prozac (fluoxetina). Analizaré más detalladamente los medicamentos utilizados para trastornos alimentarios en el capítulo 4.

EDNOS

Los trastornos alimentarios no especificados han sido denominados “bolsa de sorpresas”. Son los otros trastornos alimentarios que no se ajustan perfectamente a las definiciones estrictas de la anorexia o la bulimia. Esto no tiene nada que ver con la gravedad de los trastornos alimentarios. Hay tantas internaciones por EDNOS como las hay por anorexia y bulimia y también pueden ser mortales. Aunque padecí anorexia y bulimia, se me diagnosticó EDNOS cuando mi estado era crítico y casi muero. Es fácil pensar que los EDNOS no son un trastorno alimentario real (así pensaba yo), pero las complicaciones psicológicas y médicas son igualmente graves.

Algunas personas que padecen EDNOS presentan la mayoría de las características de la anorexia y la bulimia, pero no cumplen con uno o dos de los criterios requeridos para poder dar un diagnóstico oficial del trastorno. Otras presentan características combinadas, como por ejemplo, tener un peso normal pero purgarse sin recurrir a atracones o masticar continuamente y escupir (sin tragar) grandes cantidades de alimentos.

El trastorno por atracón, el cual implica un atracón seguido no por una purga sino por una gran culpa y hasta vergüenza, también entra en la categoría de los EDNOS. Aunque no ha sido formalmente reconocido como una enfermedad individual en el *DSM-IV*, los investigadores se muestran cada vez más interesados en el trastorno por atracón, especialmente en relación con el incremento de la tasa de obesidad y otras complicaciones graves de la salud. Un informe reciente del National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases estimó que cuatro millones de estadounidenses padecen trastorno por atracón y además indicó que las mujeres son más propensas a padecerlo que los hombres.

Durante mucho tiempo en el que padecí el trastorno alimentario, el diagnóstico fue EDNOS. Hacía de todo un poco: un poco de restricción, un poco de atracón, un poco de ejercicio desmedido y un poco de purga, una extraña fusión de síntomas que eran tanto física como mentalmente destructivos. En apariencia, era una mujer normal y completamente funcional. No me “veía” como una persona que padece un trastorno alimentario... aunque sí lo padecía. Una persona con trastorno alimentario puede tener un peso normal, lo que le permite a la enfermedad acechar por años y años. Sin embargo, una persona que padece EDNOS necesita una asistencia intensiva al igual que aquellos que padecen anorexia y bulimia.

¿Cuáles son las causas de los trastornos alimentarios?

Está claro que nadie sabe con certeza cuáles son las causas de los trastornos alimentarios. Según parece, muchos factores interactúan para originarlas. Me han dicho que la “disfunción familiar” provocó el trastorno alimentario, aunque mi familia es bastante funcional. Me han dicho que los pensamientos del trastorno alimentario son obra de Satanás y que debía arrepentirme o iría al infierno (a lo que decía: “Señora, yo ya estoy en el infierno. Esa amenaza no me asusta para nada”). Algunas personas culpan a los medios de

comunicación y, aunque la cultura del “nunca eres demasiado delgado” constituye uno de los factores, sin lugar a dudas, no explica por qué algunas personas manifiestan un trastorno alimentario y otras no, como tampoco explica el hecho de que la anorexia nerviosa se reconoció y se le dio un nombre por primera vez en 1874, mucho antes del advenimiento de las revistas de moda y de las supermodelos.

Tradicionalmente, los trastornos alimentarios han sido considerados enfermedades de niñas adolescentes blancas de clase media, típicamente rubias, hermosas y porristas. Soy de clase media y manifesté los primeros signos de trastorno alimentario en la adolescencia, pero no soy rubia, ni tampoco fui porrista. Soy una autodenominada debilucha. La verdad es que los trastornos alimentarios no discriminan. Cualquier persona puede manifestar un trastorno alimentario independientemente de la edad, la raza, la etnia, el sexo o la clase socioeconómica.

Si los trastornos alimentarios se atribuyesen a un factor específico, entonces se manifestaría en *todas* las personas con trastornos alimentarios. Sin embargo, no pareciera ser el caso. Lo que suele ocurrir son influencias múltiples, llamadas “factores de riesgo”, que se unen para causar la anorexia y/o la bulimia. Algunos estudios recientes han identificado causas cerebrales y bioquímicas, además de algunos rasgos de la personalidad, como posibles culpables del trastorno alimentario. Otras características, como por ejemplo, el sexo, la cultura y los factores psicológicos pueden contribuir a esta combinación e influir en las probabilidades de manifestar un trastorno alimentario. Un investigador afirma que “los genes cargan el arma mientras que el medio jala el gatillo” en lo que respecta a trastornos alimentarios. Me gusta pensar que los trastornos alimentarios son como una receta: si le agregas los ingredientes correctos y los cocinas por el tiempo adecuado, puedes sacar un trastorno alimentario del horno. Me he dado cuenta de que los esfuerzos para recuperarme no dependen mucho de cómo ni por qué me enfermé de anorexia y bulimia, sino que dependen de los pasos que puedo seguir para librarme de la enfermedad. Pero esta información es importante ya que ayuda a los investigadores a comprender estas enfermedades y a desarrollar formas de prevenirlas.

Sólo porque no exista una sola causa de los trastornos alimentarios, no quiere decir que los expertos no sepan cuáles son los factores que *sí* incrementan el riesgo de manifestar el trastorno. Se han identificado una serie de factores de riesgos biológicos, sociales y

psicológicos en la manifestación de los trastornos alimentarios. Aunque se han identificado algunos factores de riesgos potenciales, la investigación científica ha estudiado minuciosamente hace tan sólo un tiempo los principales, detallados a continuación.

Sexo

Aunque la mayoría de las personas que padecen anorexia y bulimia son mujeres, los hombres también las padecen. Los hombres representan aproximadamente una décima parte de los diagnósticos de trastornos alimentarios y algunos investigadores creen que la cantidad de jóvenes y hombres que padecen trastornos alimentarios se está incrementando, en parte, por una mayor concientización de los profesionales. Algunas de las diferencias en la cifra se atribuyen a las presiones socioculturales sobre las jóvenes para ser delgadas, aunque los jóvenes enfrentan presiones similares para verse de cierta manera. Se han sugerido también diferencias biológicas, aunque no han sido aclaradas ni comprobadas. Otra razón probable de esta diferencia con respecto al sexo es la mayor proporción de adolescentes y mujeres que realizan dietas para bajar de peso, un factor de riesgo importante en la manifestación de un trastorno alimentario. Me referiré a esto a continuación.

...algunos investigadores creen que la cantidad de jóvenes y hombres que padecen trastornos alimentarios se está incrementando...

Pubertad

La edad más común en la que aparece un trastorno alimentario es la pubertad, un periodo de grandes cambios corporales a nivel hormonal y físico. Los cambios físicos que ocurren en la pubertad, especialmente en las adolescentes, pueden entrar en conflicto con los ideales de delgadez de la sociedad y de las modelos que parecen muchachos en las tapas de revistas. Las hormonas también pueden desencadenar otros cambios biológicos que pueden afectar el comienzo de un trastorno alimentario. En general, la anorexia nerviosa suele comenzar a una edad más temprana que la bulimia nerviosa, aunque siempre hay excepciones. A los niños pequeños (de 10 años y menores) y a las personas de 35 o mayores, también ahora se les diagnostican trastornos alimentarios.

Química cerebral

Estudios recientes han descubierto considerables diferencias en el sistema de circuitos cerebrales entre las mujeres que padecen trastornos alimentarios y aquellas que no los padecen, principalmente en la utilización de la serotonina, un químico que actúa como mensajero del cerebro (conocido como neurotransmisor) que se encuentra íntimamente ligado a la regulación del estado de ánimo y la ansiedad. Sin embargo, los estudios no han podido determinar si esta diferencia existía antes del comienzo del trastorno alimentario o si es un resultado de la conducta de éstos. Un nuevo estudio llevado a cabo en personas que se han recuperado por completo de la anorexia nerviosa ha demostrado que presentan anomalías en los niveles de serotonina, lo que indica que las disfunciones en la serotonina precedieron al trastorno alimentario y, de alguna manera incrementaron, la probabilidad de manifestar anorexia. También se han notado similitudes entre la anorexia y la bulimia y el trastorno obsesivo-compulsivo (que también se asocia a niveles anormales de serotonina). Un trastorno de ansiedad preexistente constituye también un importante factor de riesgo en la manifestación de la anorexia nerviosa.

Genética

Gran parte de las nuevas investigaciones sobre trastornos alimentarios se ha centrado en la genética, es decir, en los factores particulares innatos que nos hacen ser quiénes somos y que heredamos de generación en generación. La *predisposición genética* es un riesgo innato de padecer una cierta enfermedad o trastorno. No lo causaste tú. Tus padres tampoco. Algunas personas tienen una predisposición genética a padecer diabetes o a padecer enfermedades como la depresión. Lo mismo sucede con los trastornos alimentarios. Los familiares de las personas con anorexia y bulimia tienen muchas más probabilidades de manifestar un trastorno alimentario, por lo que está claro que los trastornos alimentarios pueden venir de familia. También existe una alta probabilidad de padecer EDNOS en estas familias, lo que significa que la base genética para un trastorno alimentario es bastante amplia. Además, los estudios en gemelos demuestran que los trastornos alimentarios suelen manifestarse más en *ambos* gemelos univitelinos, los cuales comparten el mismo ADN, que en los bivitelinos, que

sólo comparten la mitad del ADN. La suma de toda esta información proporciona evidencia fehaciente de que los trastornos alimentarios pueden venir de familia.

¿Acaso todos los trastornos alimentarios están relacionados con la genética? No puedo responder esa pregunta, como tampoco pueden hacerlo los investigadores en este momento. No se ha identificado ningún gen que sea el causante de la anorexia o la bulimia. Es probable que varios genes estén involucrados en la aparición de los trastornos alimentarios, algunos de los cuales tienen que ver con la alimentación y el apetito, otros con la depresión y la ansiedad y otros con el control de los distintos aspectos de la conducta. Los estudios en gemelos han demostrado que los trastornos alimentarios son entre un 50% y un 70% heredados, lo que no quiere decir que el único causante de dichos trastornos en el 50% y el 70% de los casos tenga únicamente que ver con la genética. Significa que al menos la mitad del riesgo de manifestar un trastorno alimentario está relacionado con las variaciones genéticas e individuales en las sustancias químicas cerebrales, mientras que el resto tiene que ver con las contribuciones del medio.

Factores psicológicos y rasgos de la personalidad

Las personas que padecen anorexia son estereotipadas como estrictas, obsesivas, perfeccionistas y complacientes. Los que padecen bulimia tienden a ser descritos como personas impulsivas y más perfeccionistas consigo mismas, que buscan cosas nuevas todo el tiempo. Aunque no se sabe a ciencia cierta el papel que cumplen algunos factores psicológicos en la manifestación de los trastornos alimentarios, las investigaciones han demostrado que hay ciertos rasgos de

Estudios recientes han demostrado que los trastornos de ansiedad, la obsesionalidad y la baja autoestima están relacionados con la manifestación de la anorexia.

la personalidad y estilos de pensamientos que se encuentran más frecuentemente en personas con trastornos alimentarios que en la población en general. Estudios recientes han demostrado que los trastornos de ansiedad, la obsesionalidad y la baja autoestima están relacionados con la manifestación de la anorexia. La autoestima juega un papel clave: muchos jóvenes que padecen trastornos alimentarios comentan que no se sienten satisfechos consigo mismos, a veces no se gustan y hasta se odian. Especialmente en una sociedad que pone énfasis en la delgadez, bajar de peso parece una forma fácil de sentirte mejor sobre ti mismo.

El perfeccionismo también tiene su parte, la necesidad de hacer las cosas de manera “perfecta”. Los estudios demuestran que las personas que se han recuperado de la anorexia por completo tienden a ser más perfeccionistas y sienten más ansiedad que las personas que jamás han sufrido un trastorno alimentario, lo que lleva a los investigadores a creer que estos rasgos de la personalidad probablemente precedieron a la manifestación del trastorno alimentario. El problema con el perfeccionismo es que nunca nada es lo suficientemente bueno, o perfecto, y esto puede atrapar a la persona en un círculo de insatisfacción y odio hacia sí misma. El perfeccionismo extremo es un ejemplo del pensamiento del todo o nada, también conocido como pensamiento blanco o negro. Algo es “bueno” o “malo”; no hay un punto medio. Para valerme de mi experiencia como ejemplo, si no obtenía un puntaje perfecto en una evaluación, era un fracaso. Cuando obtuve la primera A- en la universidad, me encerré en el cuarto y lloré durante una semana.

Otro factor de riesgo psicológico es la obsesionalidad y la ansiedad. Mientras que todos nos obsesionamos con distintas cosas (una banda en particular, un color e incluso alimentos), la obsesionalidad aparece cuando la persona piensa constantemente en miedos u objetos específicos, como los gérmenes o los números, incluso cuando ya no es agradable hacerlo. Como me referiré a ello más adelante en este capítulo, la obsesionalidad está íntimamente ligada al trastorno obsesivo-compulsivo.

Desafortunadamente, tal como sucede con los otros factores de riesgo, no existe una conexión simple entre la psicología, los rasgos de la personalidad y los trastornos alimentarios. Aunque los investigadores pueden identificar ciertos rasgos de la personalidad específicos relacionados con la anorexia y la bulimia, no todas las personas que presentan dichos rasgos manifiestan un trastorno alimentario; sino que es probable que la interacción de una composición psicológica específica del individuo con muchos otros factores se unan para causar un trastorno alimentario.

Factores socioculturales: el "ideal de delgadez" y el papel de los medios de comunicación

Las sociedades occidentales actuales fomentan la delgadez como una cuestión tanto de salud como de moralidad. La mayoría de los productos dietéticos venden la idea de que si

no eres delgado no eres feliz ni normal. Desafortunadamente, muchas personas equiparan su valor con su peso. Sin embargo, por lo general, los modelos que hacen gala de este “ideal” de delgadez tienen un peso *por debajo de lo normal* y promueven una imagen poco saludable de hombres y mujeres. Como resultado, la mayoría de las mujeres, y una creciente cantidad de hombres, han recurrido a las dietas en el pasado o lo hacen en la actualidad para imitar a estos modelos.

¿Acaso el énfasis en la delgadez incrementa el riesgo de la persona a manifestar un trastorno alimentario? Ésta es ciertamente una suposición general reforzada cruelmente por los medios de comunicación que utilizan sonrientes modelos ultradelgadas en las tapas brillantes de las revistas e historias de los famosos que han perdido una cantidad de peso increíble. Aunque no leo revistas de moda, tengo conocimiento de esta idea. Siempre supe, de alguna manera, que la delgadez era mejor que la gordura y que solamente las muchachas delgadas eran populares en la escuela. Nunca sentí que sería realmente exitosa a menos que fuera delgada. Lo irónico de esto es que era tanto delgada como exitosa. Aunque con una apariencia más atlética que esquelética, aún tenía un peso muy saludable con respecto a la altura. Sin embargo, de acuerdo con las imágenes de las revistas y de la televisión, tenía “sobrepeso”. Muchas veces, el deseo de verse de una cierta manera o de “bajar sólo cinco libras” puede desencadenar un trastorno alimentario. Un psicólogo ha señalado en repetidas ocasiones que la dieta y los ejercicios “normales” provocan cambios químicos en el cerebro de una persona que la pueden hacer más susceptible a manifestar un trastorno alimentario.

Mientras que la mentalidad de la dieta ya es peligrosa, no era una estricta pérdida de peso lo que yo buscaba cuando me decidí a bajar unas libras. Era el mantra “si pierdes peso, serás feliz”. Había visto fotografías del “antes” y “después” en los avisos de pérdida de peso y, aunque pensaba que era algo ridículo, estaba tan deprimida que estaba dispuesta a intentarlo. Algo del peso que perdí no fue por una determinación deliberada, sino que se atribuía a la depresión que estaba experimentando en ese momento, pero me hacía sentir mejor. Estaba *haciendo algo*. No era el remedio para la depresión, y al disminuir el nivel de nutrición, la depresión se incrementó.

...personas de casi todos los países del mundo han sido diagnosticadas con trastornos alimentarios, incluso en aquellos países en donde no existe un gran énfasis en la delgadez.

sociedades occidentales indica que el ideal de delgadez está relacionado con la aparición de los trastornos

alimentarios. Sin embargo, personas de casi todos los países del mundo han sido diagnosticadas con trastornos alimentarios, incluso en aquellos países en donde no existe un gran énfasis en la delgadez. El índice de trastornos alimentarios de estos países es menor que en Estados Unidos o Europa, lo que confirma, en parte, la importancia que tiene un medio que fomenta pesos que no son saludables para mujeres y hombres. En resumen, el ideal de delgadez es importante en la manifestación de los trastornos alimentarios, pero no es el único factor que impulsa su incidencia.

Raza y condición socioeconómica

Los trastornos alimentarios, específicamente la anorexia nerviosa, han sido tradicionalmente considerados como afecciones de mujeres blancas de clase alta. Sin embargo, la cantidad de minorías diagnosticadas con trastornos alimentarios se ha incrementado de manera constante y también se hace aparente que un trastorno alimentario no tiene en cuenta los ingresos antes de hacerse presente. Ni la anorexia ni la bulimia hacen ningún tipo de discriminación.

Dieta

La dieta es uno de los factores de riesgos más discutidos —aunque también uno de los menos definidos— de los trastornos alimentarios. Parte del problema es que la palabra “dieta” puede tener distintas acepciones. Mientras que la mayoría de las personas en nuestra sociedad utiliza la palabra “dieta” para referirse a la disminución de la ingesta de alimentos para bajar de peso, la acepción médica de la palabra “dieta” es hábitos alimentarios generales de una persona. Las personas pueden poseer distintos tipos de dietas según sus afecciones médicas, prácticas religiosas y alergias. Una amiga de la escuela secundaria dice: “La dieta no es algo que haces, es algo que tienes”.

Una amiga de la escuela secundaria dice: “La dieta no es algo que haces, es algo que tienes”.

Aunque este uso de la palabra “dieta” parece ser ideal, es el término “*hacer dieta*” que se asocia oficialmente con la restricción deliberada y prolongada de calorías para bajar de peso. Muchas personas con trastornos alimentarios dan cuenta de este tipo de conductas

antes de que el trastorno pase a un estado avanzado. Las personas pueden seguir una dieta sin en realidad bajar de peso, al clasificar ciertos alimentos como “buenos” o “malos” o al evitar algunos de ellos. La dieta es extremadamente común en nuestra sociedad, especialmente entre las mujeres. Las encuestas dan como resultado que la mayoría de las mujeres dicen que les gustaría bajar de peso o que no están contentas con su peso actual. Un estudio realizado en 2001 demostró que el 24% de las niñas y el 17% de los niños de tercer grado decían estar haciendo dieta. Debido a la aparente universalidad de hacer y seguir una dieta, muchos trastornos alimentarios pueden enmascarse ante padres y amigos como “otra dieta adolescente”.

¿Trastorno alimentario o dieta?

Las dietas tienen que ver con bajar un poco de peso de manera saludable.

Los trastornos alimentarios están relacionados con mejorar toda tu vida a través de la ingesta de alimentos (o la privación de ellos).

Las dietas tienen que ver con hacer algo realmente saludable para ti.

Los trastornos alimentarios están relacionados con buscar la aprobación o aceptación de los demás a través de la atención negativa.

Las dietas tienen que ver con bajar un poco de peso y hacerlo de manera saludable.

Los trastornos alimentarios están relacionados con la idea de que tu vida no mejorará hasta que no hayas bajado un poco (o mucho) de peso, independientemente de los daños que te inflijas para conseguirlo.

Las dietas tienen que ver con bajar un poco de peso de una manera saludable para que lo que sientes por fuera se corresponda con lo bien que ya te sientes por dentro.

Los trastornos alimentarios están relacionados con la convicción de que la autoestima depende del peso y el aspecto.

Las dietas tienen que ver con controlar mejor el peso.

Los trastornos alimentarios están relacionados con controlar la vida y las emociones a través de los alimentos o la privación de ellos y son un gran letrero de neón que te advierte “mira lo descontrolado que estoy”.

Las dietas tienen que ver con bajar un poco de peso.

Los trastornos alimentarios están relacionados con todo lo que sucede en la vida: el estrés, el enfrentamiento, el dolor, el enojo, la aceptación, la validación, la confusión y el temor y también con esconderlos hábilmente (o no tanto) detrás de frases como “sólo estoy a dieta”.

(Información cortesía del sitio web Something Fishy referido a los trastornos alimentarios).

Debido a que es difícil definir las características reales que determinan si una persona está haciendo dieta o no, no se puede saber a ciencia exacta hasta qué punto estas

características están relacionadas con la manifestación de un trastorno alimentario. Lo que ha sido identificado como factor de riesgo en los trastornos alimentarios es la conducta de *pérdida de peso poco saludable*, actividades que pueden causar daño físico, como por ejemplo, el vómito autoinducido; el abuso de laxantes, diuréticos y píldoras adelgazantes; el ayuno y el ejercicio desmedido para bajar de peso. Debido a que una gran cantidad de adolescentes y adultos jóvenes presentan estas conductas y que éstas pueden llevar a un trastorno alimentario, es probable que las conductas de pérdida de peso poco saludables puedan señalar el comienzo de un trastorno alimentario grave.

Actividades que se centran en el peso y la silueta corporal

Los deportes como el balé, la lucha, el atletismo en pista y la gimnasia suelen ser descritos como caldo de cultivo para los trastornos alimentarios. Aunque muchas personas participan en estas actividades como parte de un estilo de vida saludable y no manifiestan trastornos alimentarios, como lo hice yo durante muchos años, los casos de anorexia nerviosa diagnosticable en bailarines son entre 4 y 25 veces superiores que en la población en general. Otras personas, como los modelos, los actores y los artistas, cuyo aspecto físico tiene especial importancia en sus carreras, también tienen más predisposición a manifestar un trastorno alimentario. Sin embargo, puede ser difícil separar la causa del efecto. Estas carreras pueden atraer a atletas y artistas que ya sufren una obsesión por los alimentos y el peso, u otros factores de riesgo, que contribuyeron tanto a su elección de carrera como a la manifestación del trastorno alimentario.

Relaciones familiares

En la década de los cincuenta, se creía que prácticamente todas las enfermedades mentales (incluidos los trastornos alimentarios) eran causadas por los patrones específicos de interacción familiar durante los primeros años de vida. Aunque estas teorías no fueron confirmadas en investigaciones científicas, muchos médicos aún le dan mucha importancia a las interacciones familiares en relación con los orígenes y el tratamiento de los trastornos alimentarios. En el momento en el que la persona con trastorno alimentario llega al tratamiento, a menudo hay una disfunción familiar. A veces, precede al trastorno alimentario,

otras, se incrementa por el estrés de tener un hijo enfermo. Esto no quiere decir que un hecho traumático en la vida familiar, como por ejemplo, una muerte o un divorcio, provocará automáticamente un trastorno alimentario o que todas las personas con trastornos alimentarios pertenecen a familias disfuncionales. Algunas sí, pero otras no. Ninguna familia es perfecta y la terapia familiar es útil para crear un ambiente propicio que contribuirá a la recuperación del trastorno alimentario.

Influencia de los pares

La mayoría de los adolescentes le dan mucha importancia a los amigos y a la vida social, por lo que no es de extrañarse que la influencia de los pares (o lo que se suele denominar *presión de los pares*) pueda incrementar el riesgo de manifestar un trastorno alimentario. Si los amigos de una persona muestran una preocupación excesiva por la imagen corporal, el peso y las dietas, es lógico que dicha persona tendrá más probabilidades de adoptar las mismas actitudes. Los expertos llaman “contagio” a este fenómeno, aunque aún no se han realizado estudios formales para probar que está relacionado con la causa de un trastorno alimentario.

Trauma infantil

Se le ha prestado mucha atención al papel que juegan los traumas infantiles, especialmente el abuso sexual, en la manifestación de los trastornos alimentarios. Estudios recientes han descubierto que es muy probable que las personas que padecen trastornos alimentarios hayan vivido experiencias traumáticas en el pasado. Sin embargo, no todas las personas que padecen trastornos alimentarios han pasado por algún trauma, por lo que el diagnóstico de una persona con anorexia o bulimia no significa que la persona haya sido abusada sexualmente (o experimentado algún otro tipo de trauma). Tampoco significa que no hayan sufrido alguno. Desgraciadamente, el abuso sexual y otros traumas son bastante comunes entre las jóvenes y existe sin duda un punto de cruce entre estas dos poblaciones. Aunque fui agredida cuando era niña, aún no puedo dilucidar exactamente hasta qué punto esto contribuyó al trastorno alimentario. Además, la incidencia de los traumas infantiles

incrementan las probabilidades de que la persona manifieste una amplia gama de problemas emocionales y conductuales, por lo que el trauma puede ser considerado un factor de riesgo no específico para muchos problemas que pueden ocurrir a lo largo de la vida.

Nuevas investigaciones sobre los trastornos alimentarios

Durante muchos años, se pensó que los trastornos alimentarios eran causados por madres extremadamente controladoras, por la sociedad que le decía a las mujeres “sean delgadas o les pesará” o por el deseo de permanecer en la infancia, entre otros factores. Aunque todas estas cuestiones puedan contribuir a los trastornos alimentarios en ciertas personas, gran parte de la investigación actual sobre la anorexia y la bulimia se ha centrado en las influencias bioquímicas y genéticas de estas enfermedades. La anorexia y la bulimia han sido asociadas de manera independiente a las diferencias en los niveles de serotonina y dopamina (neurotransmisores relacionados con la sensación de placer) en el cerebro. Mientras que estas diferencias podrían ser efectos secundarios de los trastornos en sí, también es probable que antecedan al trastorno alimentario y que puedan continuar luego de que la persona se haya recuperado por completo. De la misma manera, las influencias genéticas han estado implicadas en el riesgo de manifestar un trastorno alimentario, aunque es probable que este efecto no se limite a un solo gen. Muchos estudios están descubriendo que, en cualquier tipo de trastorno alimentario, la genética juega un papel mucho más importante que lo que se había anticipado años atrás. Los estudios también han demostrado que la creciente importancia que se le da a la delgadez y a las dietas también puede atribuirse a la manifestación de un trastorno alimentario. Además, muchas personas a quien se les diagnosticó un trastorno alimentario, incluidos los adolescentes, también padecen otro trastorno psiquiátrico, como por ejemplo, la depresión, el TOC o el abuso de sustancias.

Aparte de las investigaciones que se están llevando a cabo sobre las causas y los orígenes de los trastornos alimentarios, también se están llevando a cabo investigaciones de vanguardia sobre formas más eficaces de diagnosticar, prevenir y tratar estos trastornos. Estos son algunos ejemplos:

- *Se continúan llevando a cabo trabajos de investigación para identificar los rasgos genéticos específicos que pueden incrementar las probabilidades de que las personas manifiesten un trastorno alimentario.* Un nuevo estudio ha identificado seis rasgos centrales (obsesionalidad, edad de la menarquia, índice de masa corporal [IMC] en el transcurso de la vida, preocupación por los errores y obsesiones relacionadas con los alimentos) que están asociados a los trastornos alimentarios, así como también los genes que puedan estar asociados a estos rasgos.
- *Se están desarrollando nuevas pruebas de diagnóstico más confiables,* que incluyen los análisis capilares para detectar la anorexia y la bulimia.
- *Continúan las investigaciones sobre los medicamentos nuevos para tratar los trastornos*

alimentarios. Mientras que los antidepresivos como el Prozac han demostrado ser útiles para disminuir los impulsos de atracón y purga en las personas con bulimia, no han demostrado ninguna eficacia a la hora de ayudar a quienes padecen anorexia a recuperar o mantener un peso corporal saludable. Se están realizando estudios sobre la utilización de antipsicóticos atípicos para reducir la distorsión en la percepción de la imagen corporal y las conductas anoréxicas. (Los medicamentos para tratar los trastornos alimentarios se tratan con más detenimiento en el capítulo 4).

- *Existe una nueva y prometedora manera de ayudar a prevenir la bulimia en los estudiantes universitarios de alto riesgo*. Un programa de terapia cognitivo-conductual en línea (la terapia cognitivo-conductual se tratará con más detalle en el capítulo 4) ayudó a disminuir la cantidad de estudiantes universitarios de alto riesgo que manifestaron bulimia nerviosa. Es el primer estudio de este tipo que ha mostrado ser eficaz para prevenir verdaderamente la aparición de un trastorno alimentario.

Peligros médicos

Las complicaciones médicas de cualquier trastorno alimentario, independientemente de la duración o intensidad, pueden ser graves, e incluso, fatales. Los principales peligros de los trastornos alimentarios encuentran sus causas en la inanición (desnutrición) o surgen como resultado de conductas peligrosas como la purga. También hay complicaciones causadas por el trastorno por atracón. Incluso aquellos jóvenes que no entran estrictamente en las categorías diagnósticas de los trastornos alimentarios definidas en el *DSM-IV* pueden correr riesgo de presentar algunas o todas las complicaciones si tienen conductas poco saludables para controlar el peso. La negación a comer daña especialmente a los jóvenes que aún se encuentran en etapa de crecimiento; puede suceder que los adolescentes nunca lleguen a su altura total debido a la obstrucción del desarrollo óseo por la desnutrición.

Ocurren muchos cambios físicos poco saludables cuando el cuerpo disminuye el ritmo debido a la falta de energía. Tanto el ritmo cardíaco como la presión sanguínea descienden (conocido como bradicardia e hipotensión) y el músculo del corazón se debilita. La purga también causa alteraciones electrolíticas que pueden provocar un paro cardíaco súbito. El tamaño del estómago se encoge y la digestión se ralentiza ya que los intestinos se olvidan de cómo digerir los alimentos de manera apropiada. El estreñimiento es también

común. La menstruación también puede cesar para que el cuerpo preserve la valiosa energía (esto se denomina *amenorrea*). Sin el calcio y la grasa necesarios en la dieta, los huesos pueden debilitarse y volverse quebradizos, lo que causa osteoporosis incluso en adolescentes y adultos jóvenes. Cuando la glucosa (el combustible principal del cuerpo) no se puede utilizar, el cuerpo comienza a descomponer las grasas para formar pequeños compuestos químicos denominados *cetonas*, que se pueden medir en la orina. También pueden causar mal aliento, una señal concreta de que el cuerpo está pasando hambre y que no está recibiendo suficiente energía. Personalmente, he experimentado todos esos efectos secundarios.

Algunas de las otras complicaciones de la negación a comer son las siguientes:

- baja temperatura corporal (acompañada de un color azulado en los dedos de las manos, las uñas de los pies y los labios)
- vello fino y sedoso en el cuerpo (especialmente en el rostro y el tronco)
- fácil formación de moretones
- desmayos
- fatiga e/o insomnio
- falta de hierro (anemia)
- reducción de la capacidad para combatir infecciones
- atrofia muscular
- deshidratación
- convulsiones

Muchas de estas complicaciones, solas o en conjunto, pueden ser fatales. Las complicaciones de las purgas pueden ser igualmente graves e incluyen las siguientes:

- deshidratación (causada por los vómitos y el abuso de laxantes y/o diuréticos)
- niveles bajos de potasio y sodio
- desgarramiento del esófago a causa de los vómitos
- ruptura gástrica (fatal en el 80% de los casos)
- callosidades en el dorso de las manos debido a los vómitos autoinducidos
- colon catártico (incapacidad de llevar a cabo evacuaciones normales debido a la dependencia de laxantes)
- pancreatitis (inflamación del páncreas, lo que ayuda a regular la digestión)

- edema (retención de líquidos)
- lesión renal
- convulsiones
- erosión del esmalte dental debido a los vómitos repetitivos
- anomalías cardíacas

Estos peligros no se deben utilizar como una “lista de verificación” para determinar cuántos puntos puedes acumular antes de considerarte “lo suficientemente enfermo”. *Cualquiera* de estos signos debe ser controlado por un médico calificado con quien puedas ser

honesto sobre todas tus conductas relacionadas con los trastornos alimentarios. Con frecuencia, las personas que padecen un trastorno alimentario pueden estar muy enfermas y aún así obtener resultados de laboratorio normales. Esto fue lo que me sucedió. Sin embargo, los electrolitos (como por ejemplo, el potasio y el sodio)

Con frecuencia, las personas que padecen un trastorno alimentario pueden estar muy enfermas y aún así obtener resultados de laboratorio normales.

pueden caer a niveles peligrosos muy rápidamente y causar una muerte súbita. Los análisis de sangre con resultados normales no equivalen a tener buena salud, el peso “normal” tampoco.

Enfermedades que suelen presentarse conjuntamente con los trastornos alimentarios

Muchos jóvenes a los que se les diagnostica anorexia o bulimia padecen otras enfermedades mentales al mismo tiempo, yo incluida. En todos los grupos etarios, el 70% de aquellos con anorexia nerviosa y alrededor del 75% de aquellos con bulimia nerviosa están afectados por otros problemas emocionales, conductuales y psicológicos. Estos problemas, a los que los profesionales de la salud denominan *afecciones comórbidas*, son posibles causas de los trastornos alimentarios o bien pueden manifestarse luego de que el trastorno alimentario ha comenzado. Cualquiera sea el caso, estas otras afecciones, que pueden presentar conductas y patrones de pensamiento similares a los trastornos alimentarios, pueden llevar años antes de que sean diagnosticados y pueden complicar o demorar el diagnóstico y el tratamiento del propio trastorno.

Tales enfermedades incluyen comúnmente:

Trastornos del estado de ánimo

Las alteraciones importantes del estado de ánimo, como por ejemplo, un trastorno depresivo grave y el trastorno bipolar, suelen presentarse conjuntamente con la anorexia y la bulimia. Particularmente la depresión tiende a acompañar los trastornos alimentarios en muchos individuos. Según el *DSM-IV*, una depresión mayor supone esencialmente estar deprimido o irritado casi todo el tiempo y/o perder el interés o el goce en casi todo. Es mucho peor que un simple caso de tristeza y una persona que está deprimida no puede simplemente “salir del pozo”. Tiene una duración mínima de dos semanas y se lo asocia con otros síntomas, como por ejemplo, el cambio en los hábitos alimentarios y del sueño, la falta de energía, los sentimientos de inutilidad, los problemas para concentrarse o los pensamientos suicidas. No es apropiado diagnosticar a una persona depresión mayor cuando el individuo está deprimido porque está pasando por una etapa de duelo luego de la muerte de un ser querido.

Qué hacer en caso de sentir deseos de suicidarte

Si te sientes profundamente deprimido y piensas en acabar con tu vida, puedes sentir que no mereces ayuda o, incluso, que no deseas ayuda. Puedes sentirte solo y que a nadie le importa. Sin embargo, existen acciones positivas que puedes hacer en caso de sentir que ya no puedes continuar.

- **Llama a un amigo o a un miembro de tu familia.** Cuando mi antigua compañera de cuarto tenía pensamientos suicidas, hablaba con ella largos ratos durante la noche. Nunca me molestó hacerlo. Ponte en el lugar de ellos: si se tratara de tu amigo, ¿no querrías ayudarlo?
- **Llama al médico o terapeuta.** La mayoría de los médicos y terapeutas permiten a sus pacientes que los llamen a cualquier hora ante una emergencia. Es parte de su trabajo. Si no te contestan, deja un mensaje.

Si realmente necesitas hablar con alguien, entonces:

- **Llama a una línea directa.** Suena a cliché pero, en verdad, siempre hay alguien a quien le importas. Hay dos líneas directas a las que puedes llamar las 24 horas que cuentan con personal conformado por voluntarios capacitados para escuchar. La National Hopeline Network, 1-800-

SUICIDE (784-2433), es una excelente línea gratuita a la que puedes llamar desde cualquier lugar de los Estados Unidos. También está la National Suicide Prevention Lifeline, 1-800-273-TALK (8255). Una línea directa también puede conectarte con un centro de crisis en tu zona.

- **Llama al 911.** Diles que estás pensando en el suicidio y que no crees poder mantenerte a salvo. Hablarán contigo y te ayudarán a decidir qué medidas tomar, incluido el traslado a la sala de emergencias.

El trastorno bipolar (también conocido como enfermedad maníaco-depresiva) alterna fases de depresión grave y fases maníacas. La manía se caracteriza por un periodo de gran euforia y otros atributos, como por ejemplo, la autoestima exagerada, la irritabilidad, los pensamientos acelerados, la disminución en la necesidad de dormir y las actividades placenteras y/o riesgosas (como por ejemplo, comprar de manera excesiva, abusar de las drogas y el alcohol o tener relaciones sexuales de manera desmedida). La hipomanía es similar a la manía, aunque es menos intensa y menos perturbadora. Los episodios de manía y depresión son signos de trastorno bipolar I, mientras que la hipomanía y la depresión son signos de trastorno bipolar II. Los cambios de humor entre la depresión y la manía/hipomanía pueden darse sin causas externas y son evidentes para amigos, familiares y compañeros de trabajo.

Yo sufrí una depresión grave, que luego fue diagnosticada como trastorno bipolar II debido a los episodios de hipomanía, en los cuales estaba en un estado extremadamente eufórico e irritable y sentía menos necesidad de dormir y comer. La intensidad del trastorno alimentario cambiaba según los estados de ánimo: empeoraba durante las fases depresivas y mejoraba durante los episodios de hipomanía. Mi estado de ánimo siempre caía nuevamente en el momento en que mis hábitos alimentarios volvían a ser erráticos.

Trastornos de ansiedad

Todos sentimos periodos de ansiedad y nerviosismo, pero aquellas personas que sufren trastornos de ansiedad sufren una preocupación y tensión desmedida por cualquier amenaza o problema. Los síntomas pueden ser tanto físicos como emocionales. Dos

trastornos de ansiedad que suelen anteceder y acompañar a la anorexia nerviosa y/o la bulimia nerviosa son la fobia social (inhibición y nerviosismo excesivos en situaciones públicas y/o sociales) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC, una obsesión sobre una idea y/o sentimiento provocado por una necesidad imperiosa de tener ciertas conductas o rituales). Otros trastornos de ansiedad que pueden coexistir con los trastornos alimentarios son el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), caracterizado por preocupaciones excesivas por los eventos cotidianos que no necesariamente justifican tanta preocupación, y el trastorno de estrés postraumático (IPET), escenas retrospectivas vívidas y temores relacionados con un suceso traumático ocurrido en el pasado.

Se me diagnosticó TOC casi en el mismo momento en el que se me diagnosticó el trastorno alimentario, aunque ya padecía el primero mucho antes que el segundo. Traté por todos los medios de ocultar los temores irracionales y las compulsiones bizarras a mi familia

...existen probabilidades de que el trastorno alimentario se haya podido evitar con un diagnóstico adecuado y un tratamiento temprano del TOC.

y a mis amigos. Desafortunadamente para mí, tuve éxito. Una de mis antiguas terapeutas dice que existen probabilidades de que el trastorno alimentario se haya podido evitar con un diagnóstico adecuado y un tratamiento temprano del TOC. Debido a la naturaleza muy ritualista del trastorno alimentario (contar las

calorías de *todo* lo que pasaba por los labios, reglas estrictas con respecto a qué comer y beber, rituales de peso obsesivos y mucho más), tanto el equipo de tratamiento actual como yo creemos que mis experiencias con la anorexia y la bulimia son casi con seguridad una prolongación del TOC.

Ahora que tomo los medicamentos adecuados, que he recibido las terapias conductuales adecuadas para tratar la depresión bipolar y el TOC y que estoy alimentándome mucho mejor, me siento completamente distinta y con mejores herramientas para continuar con la recuperación del trastorno alimentario.

Trastornos por consumo de sustancias

El consumo abusivo de sustancias como el alcohol y las drogas está aumentando en individuos con trastornos alimentarios, especialmente en aquellos que padecen bulimia

nerviosa y el subtipo compulsivo/purgativo de la anorexia nerviosa. Tanto en la anorexia como en la bulimia, el abuso de sustancias tiende a comenzar luego de la aparición del trastorno alimentario y puede incluir consumo de alcohol, marihuana y cocaína.

Migración diagnóstica

Otro factor que puede complicar el diagnóstico y el tratamiento del trastorno alimentario es lo que los médicos denominan “migración diagnóstica” —el paso de una enfermedad de una categoría diagnóstica de un trastorno alimentario o subtipo a otra. Aunque algunas personas pasan de la bulimia nerviosa a la anorexia nerviosa, el cambio más frecuente se da desde el subtipo restrictivo de la anorexia nerviosa al subtipo compulsivo/purgativo o a la bulimia nerviosa. En un estudio llevado a cabo en 2002, se reveló que más del 50% de los pacientes adolescentes y adultos con anorexia nerviosa subtipo restrictivo presentaban síntomas bulímicos. Actualmente, los científicos desconocen cuáles son los factores que llevan a la manifestación de los síntomas bulímicos en personas que padecen el subtipo restrictivo de anorexia nerviosa. Tampoco se puede precisar el transcurso de tiempo en el que se da dicha manifestación.

Comencé a presentar síntomas de bulimia cuando traté de recuperarme de la anorexia. Parte de lo que me llevó a comer compulsivamente fue la privación de alimentos prolongada y extrema, como así también los medicamentos que necesitaba para las otras afecciones, como la depresión y el trastorno bipolar, que incrementó rápidamente mi apetito. Los medicamentos también me provocaban náuseas, lo que me llevaba a vomitar por causas fisiológicas. Sin embargo, comencé a obligarme a vomitar incluso después de que las náuseas pasaban, por temor a subir de peso nuevamente. Esto inició un círculo vicioso que terminó en atracones y purgas casi diarias.

¿Y ahora?

Si te pareces a mí, quizás hayas leído estas páginas y pensado: “Sí, ¿y...?” La información que acabas de leer es importante, pero la cuestión crucial aquí es cómo se relaciona contigo. Si piensas que puedes estar experimentando los efectos de un trastorno alimentario, éste es mi consejo: consulta a un médico y corrobóralo. En el peor de los casos,

descubrirás que está todo bien. (A propósito, si no eres honesto sobre *todos* los síntomas, la luz verde que te dé el médico no tendrá mucho sentido. Estuve en esa situación). El saber exactamente qué *es* lo que está mal ayuda a determinar cómo comenzar la recuperación de la mejor manera.

Un trastorno alimentario puede decirte muchas cosas falsas y crueles: que no estás lo suficientemente enfermo para obtener ayuda, que no mereces dicha ayuda, que puedes

*Un trastorno
alimentario puede
decirte muchas cosas
falsas y crueles...*

curarte solo, que todos pensarán que eres un bicho raro si revelas tus conductas, quizás hasta te diga que no tienes ningún problema. Lo que es difícil de comprender de los trastornos alimentarios, especialmente para los que los padecen, es que los problemas pueden aparecer rápidamente

y que el trastorno puede arrastrarte incluso con más rapidez. Caí de ser prácticamente normal a la restricción extrema y al ejercicio desmedido en cuestión de *semanas*. La mejor manera de garantizar que mejorarás más rápidamente y que te mantendrás saludable para siempre es obtener el tratamiento adecuado para el trastorno alimentario lo antes posible. Uno de mis mayores pesares es que no hice nada por el problema cuando salió a la luz por primera vez y que, en lugar de ello, ignoré deliberadamente las preocupaciones de mis amigos y mi familia.

Luego del diagnóstico: cómo buscar el tratamiento adecuado para ti

Alguien te dijo que padeces un trastorno alimentario. Esa persona puede ser uno de tus padres o un amigo. Quizás sea un médico internista, un pediatra, un terapeuta o un dietista. Tal vez sea otra persona en tu vida que se preocupa por ti. Probablemente no necesitabas que nadie te lo diga, pero sabías que algo andaba muy mal.

Mis padres me dijeron durante meses que no me estaba alimentando bien, que estaba adelgazando y que me estaba volviendo obstinada. Independientemente de la persona que haya expresado preocupación por mis hábitos alimentarios y mi peso, tenía argumentos para fundamentar lo contrario. Incluso cuando me di cuenta de que mis hábitos de

El trastorno alimentario me decía que no estaba lo suficientemente delgada como para padecer anorexia.

alimentación y ejercicio no podían mantener la vida que quería llevar, seguía creyendo que estaba en total control de la situación. El trastorno alimentario me decía que no estaba lo suficientemente delgada como para padecer anorexia. Tali me decía que si existía en el mundo alguien más delgado que yo, entonces era imposible que fuera anoréxica. Los periodos menstruales no se habían detenido. A veces me sometía a atracones y purgas, pero no lo hacía con la suficiente frecuencia para que se me considerara bulímica. Incluso cuando la enfermedad estaba en estado desesperante y me encontraba en la sala de emergencias por tercera vez en una semana, aún no podía creer que padecía un trastorno alimentario. Me indignaba y enojaba cada vez que mis padres sacaban el tema de la comida y la alimentación. *Nada* malo me estaba sucediendo. ¿De qué estaban hablando? ¿Acaso no confiaban en mí? Ahora es obvio que tenían buenos motivos para estar preocupados y que el trastorno tenía buenos motivos para estar a la defensiva.

Recién ahora estoy comenzando a aceptar que tengo una enfermedad que puede llegar a ser mortal.

Después de todo, los trastornos alimentarios son eso: enfermedades psiquiátricas

graves y letales. No son solamente un llamado de atención. No son una fase y no puedes simplemente salir de ellas. Nunca se es demasiado viejo ni demasiado joven para manifestar un trastorno alimentario. No piensas en enfermarte, ni tampoco piensas cómo curarte. Debes comenzar a alimentarte adecuadamente para mantener un peso saludable y también dejar de lado las conductas de atracón y purga. Es la única manera que conozco de recuperarse, pero necesitarás mucha ayuda de los demás en el camino.

Cómo buscar ayuda

La decisión de buscar ayuda para tratar un trastorno alimentario puede ser extremadamente difícil e incluso angustiante. Me era difícil comprender, en medio de un estado de desnutrición, que algo andaba mal. También tenía mucho miedo de que la gente pensara que no era perfecta. El mayor temor era que cualquier tipo de tratamiento me haría aumentar cantidades absurdas de peso, que era lo más espantoso y aterrador que podía imaginar. Iba a tener que abandonar los rituales de alimentación y ejercicios, que eran la única manera que conocía de disminuir la ansiedad insoportable que dominaba mi vida. No era que no *quería* ayuda; realmente la deseaba. Simplemente le temía demasiado a las consecuencias de comer como para enfrentar un plato de comida

Una breve advertencia antes de abordar el tema del tratamiento profesional: no todos los profesionales médicos han sido creados iguales. Algunos médicos básicamente no tienen experiencia en trastornos alimentarios y no los reconocerían aun si les golpearan el rostro con un ladrillo. Cuando hablas con el médico sobre tus preocupaciones, la sutileza no es el camino correcto. Les dije abiertamente a algunos médicos que tenía anorexia y, aún así, me respondían que eran estupideces mías (aunque al haberme privado de alimentos y purgado, puedo asegurarles que ese no era el caso). Utilicé el método del ladrillo al rostro en una clínica de atención de urgencia. Cumplía todos los criterios de anorexia nerviosa y me dijeron que sólo tenía problema de tiroides y que, a la edad de 20 años, era demasiado grande para sufrir un trastorno alimentario. Si piensas que padeces un trastorno alimentario pero el médico no te presta atención, busca a otro que sí lo haga. Lo mejor que puedes hacer es hacer una consulta con un médico general (un pediatra o un médico internista) o, aún mejor,

Si piensas que padeces un trastorno alimentario pero el médico no te presta atención, busca a otro que sí lo haga.

con un especialista en trastornos alimentarios. Los hospitales y los centros de salud universitarios pueden brindarte referencias de buenos especialistas y ayudarte en la búsqueda, incluso si no eres paciente en forma oficial o si no eres estudiante.

Una vez que encuentres a un médico calificado, te examinará para asegurarse de que no haya cuestiones médicas inmediatas que deban ser abordadas antes de comenzar el tratamiento. Por lo general, el médico te preguntará sobre las conductas alimentarias actuales; controlará el peso, la presión sanguínea y el pulso; realizará un ECG para verificar si existen anomalías cardíacas y te hará un análisis de sangre para asegurarse de que los niveles de electrolitos, azúcar en sangre, glóbulos blancos que combaten enfermedades y de hierro sean normales. Todo esto suele hacerse en una sola visita y luego en otra se discuten los resultados.

Cuando se me diagnosticó por primera vez, veía al médico una vez por semana para que me pesara y controlara los signos vitales. El médico también me ayudó a comprender las complicaciones médicas que el trastorno alimentario había causado, como por ejemplo, la deshidratación, el pulso cardíaco lento, la presión sanguínea baja y el crecimiento de lanugo en todo el cuerpo. Me explicó que muchos de los problemas psicológicos, como por ejemplo, la depresión y la ansiedad, disminuirían una vez que comenzara a alimentarme adecuadamente. Ahora que estoy en etapa de recuperación, aún veo al médico internista de manera habitual. Sigue controlando el peso, la presión sanguínea y el pulso.

Debido a que el trastorno alimentario había durado tantos años, comencé a manifestar problemas médicos crónicos que requerían la atención de especialistas. El médico de atención primaria es la persona indicada para pedir derivaciones a otros especialistas que puedas necesitar consultar. Además, hay varias organizaciones psiquiátricas o psicológicas profesionales y asociaciones de salud mental que pueden asistir y brindar derivaciones a proveedores de salud mental que se encuentren dentro de tu zona (para obtener una lista de algunos de estos grupos y su información de contacto, consulta la sección Recursos de este libro). Tú o tus padres también deben comunicarse con la compañía de seguro para obtener derivaciones; esto garantizará la cobertura del tratamiento, al menos en parte.

Objetivos del tratamiento

Mientras que los objetivos de la recuperación total incluyen tanto la curación física como mental, algunas veces, se necesita establecer prioridades para decidir que áreas se abordarán primero. Varios de los objetivos importantes a lograr, en orden decreciente de urgencia, son los siguientes:

1. corregir las complicaciones físicas que puedan llegar a ser mortales (como por ejemplo, las irregularidades cardíacas, la baja presión sanguínea y la deshidratación)
2. reducir los riesgos de autodestrucción, como la conducta suicida
3. recuperar el peso normal
4. desarrollar una conducta de alimentación normal y eliminar los atracones y las purgas
5. tratar las cuestiones psicológicas y psicosociales (como por ejemplo, la baja autoestima, la distorsión en la percepción de la imagen corporal y los problemas con las relaciones interpersonales)
6. mantener la recuperación a largo plazo

Inicio del tratamiento

Luego de que el médico te haya realizado una evaluación completa de tu salud física y mental, se comenzarán las terapias más específicas. Sin duda, luego del diagnóstico, la mejor manera de combatir el trastorno alimentario es luchar desde varios frentes. Por ejemplo, puedes comenzar un régimen ambulatorio con un psicoterapeuta o un psiquiatra, quizás un dietista y también con el médico para que realice un control.

Cuando comienzas a recuperarte del trastorno alimentario, ves al equipo de tratamiento bastante seguido. Según tus necesidades, puedes consultar al terapeuta y al dietista hasta dos o tres veces por semana. A medida que la recuperación va progresando, puedes reducir las visitas a una semanal o dos mensuales. Durante la mayor parte del proceso de recuperación, veía al terapeuta o al dietista una vez por semana. La frecuencia se incrementaba cuando se hacía más difícil.

Tu familia y tus amigos también deben participar en la recuperación. A menudo, tu familia constituirá la primera línea de defensa contra el trastorno alimentario. En otros casos, puede ocurrir que tus amigos estén involucrados de igual manera o más que tu familia. La ayuda de mis padres fue de vital importancia

... es importante que comprendas que tú solo no puedes combatir el trastorno alimentario.

para la recuperación. En el momento en el que no vivía en casa, solía tener “cenas virtuales” con mi mamá, en donde ambas comíamos y conversábamos por teléfono al mismo tiempo, lo que me ayudaba a comprometerme a comer y a seguir centrada en la nutrición del cuerpo. Solía llamar a mi mamá a cualquier hora del día y ella me brindaba su apoyo constante y afectuoso. Mis amigos también me ayudaron a mantenerme centrada. Respondían a mis mensajes de correo electrónico y me invitaban a tomar un café cuando estaba demasiado obsesionada con la comida y el peso. En cualquier circunstancia, es importante que comprendas que tú solo no puedes combatir el trastorno alimentario. Nunca conocí a una persona que haya logrado recuperarse sin ningún tipo de ayuda externa, sea profesional o no.

El equipo de tratamiento, la comunicación y tú

Una vez que cuentes con un equipo de profesionales que te ayudarán a luchar contra el trastorno alimentario, la mejor manera de lograr un buen trabajo es a través de la comunicación frecuente entre los miembros. Esto ha sido crucial para mí ya que si no estamos todos en la misma sintonía, los mensajes contradictorios pueden ser confusos y dañinos. Para poder facilitar esta comunicación, deberás firmar un formulario para autorizar a los proveedores de atención a que se comuniquen libremente.

Sin embargo, algunas veces, la ayuda externa puede no ser totalmente eficaz si estás en un régimen ambulatorio y quizás necesites un plan de tratamiento más agresivo, como por ejemplo, un programa de un hospital o de un centro residencial terapéutico. Esto puede ayudar a estabilizarte tanto médica como psiquiátricamente. Analizaré estos entornos más adelante en el capítulo pero, primero, démosle un vistazo a algunos proveedores de tratamiento que puedes encontrar en los diferentes entornos y lo que ellos pueden hacer para ayudarte.

Primer plano del equipo de tratamiento: quiénes son y qué pueden hacer por ti

El dietista

En los libros sobre trastornos alimentarios, las palabras “dietista” y “nutricionista” suelen utilizarse de manera intercambiable. Aunque existen muchas similitudes, también hay diferencias entre ambos títulos. Cualquier persona puede autodenominarse “nutricionista” dado que no existen leyes que regulen el uso de este título. Sin embargo, para que puedas

ejercer como un “dietista titulado”, debes realizar una pasantía y aprobar un examen integral administrado por la American Dietetic Association. Te aconsejo que seas cauteloso si visitas a un nutricionista que no es un dietista titulado (registered dietitian, RD, por sus siglas en inglés), ya que no hay forma de asegurarse de que haya recibido la capacitación adecuada para brindar asesoramiento en nutrición.

Cuando comencé el tratamiento por la anorexia por primera vez, pensé que la única función de un dietista era hacerme engordar. Ella era El Enemigo con quien debía luchar con todos los recursos que mi trastorno alimentario y yo pudiéramos reunir.

Estaba bastante equivocada.

La dietista fue un factor clave en el camino hacia la recuperación. Me ayudó a comprender mejor y a controlar los rituales alimentarios y las ansiedades para que pudiera comenzar a nutrir el cuerpo de manera adecuada. Nunca me juzgó por las caídas, ni siquiera cuando le confesé conductas que para mí eran bochornosas y vergonzosas. Juntas elaboramos un plan de alimentación que se adaptara a mí y que me ayudara a recobrar un peso saludable. Sus objetivos *nunca* fueron “engordarme”, por más que el trastorno alimentario tratara de convencerme de ello. Trabajamos juntas para que pudiera lograr una salud óptima. La comida es una de las medicinas que tomo a diario para seguir recuperándome del trastorno alimentario. Aún veo a la dietista en forma regular para que me ayude a ajustar los hábitos alimentarios de acuerdo con las situaciones actuales de personales y laborales.

Me fue útil mantener al tanto a mis padres del plan alimentario para que pudieran ayudarme a ser responsable, especialmente cuando vivía sola. Cuando me mudé y comencé a vivir sola, naturalmente comenzaron a estar menos involucrados, pero la línea de comunicación entre mis padres y la dietista permaneció abierta. El grado de participación de los padres en la terapia de nutrición varía según la persona y el dietista. En ocasiones, se les puede sugerir a los padres que supervisen todas tus elecciones alimentarias para ayudarte a luchar contra el trastorno alimentario.

Aunque a veces es difícil conseguir que el seguro cubra las consultas con un dietista, una receta escrita del médico de atención primaria puede convencer a la compañía de seguro de que cubra estos servicios. Algunas sí lo hacen, siempre y cuando sea alguien que ellos

hayan aprobado con anterioridad, por lo que debes visitar el sitio web de la compañía. Muchos dietistas ofrecen escalas móviles, según la posibilidad de pagar que tengan tus padres, en caso de que la compañía de seguro no lo cubra. Incluso las sesiones ocasionales con el dietista pueden ser muy útiles para la recuperación.

El psicoterapeuta

He consultado a varias psicoterapeutas a través de los años y cada uno de ellas me ayudó a pasar por las distintas etapas de recuperación.

Si bien es más conveniente que te trate un terapeuta especializado en trastornos alimentarios, también es una buena opción consultar a uno que tenga conocimientos del tema y que tenga una filosofía con la que puedas trabajar.

Existen varios tipos de profesionales de salud mental que practican psicoterapia (también conocida como terapia conversacional). Un psiquiatra es un médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y problemas emocionales. Los psiquiatras pueden recetar medicamentos y también proporcionar psicoterapia y llevan las siglas M.D. después de su nombre. Un psicólogo clínico también se especializa en enfermedades mentales y tiene un doctorado (Ph.D. o Psy.D.) que suele ser en psicología, aunque, por lo general, no puede recetar medicamentos. Un trabajador social (por lo general un M.S.W. o un LIC.S.W.) posee una maestría, por lo general, tiene un enfoque terapéutico amplio sobre cuestiones domésticas, e incluso escolares, pero no receta medicamentos. El tipo de psicoterapeuta que consultes dependerá de varios factores, incluida la disponibilidad de los profesionales en tu área, tus experiencias particulares con la enfermedad, la cobertura de seguro y otras cuestiones. Con frecuencia, las personas que padecen trastornos alimentarios y otras enfermedades consultan a un psiquiatra para que controle los medicamentos (me referiré a esto luego) y a un psicoterapeuta para hacer psicoterapia.

A veces, la posibilidad de consultar a un terapeuta de tu agrado con el que puedas trabajar bien está limitada por la cobertura del seguro, por el terapeuta en particular y por la cantidad de visitas anuales permitidas en los planes de seguro. Aunque sea difícil y frustrante, hay maneras de solucionar el problema. Muchos terapeutas trabajan con una escala móvil, lo que significa que sus honorarios se basan en lo que puedes pagar. Además, si el terapeuta te

está llevando por un camino seguro a la recuperación, el costo para ti y tu familia, para continuar con dicho terapeuta, podría valer la pena, incluso si el seguro no lo cubre. Por último, el terapeuta puede abogar por ti ante la compañía de seguro para ayudarte a ampliar la cobertura.

En general, la psicoterapia para tratar el trastorno alimentario puede ayudarte a adquirir habilidades y el conocimiento que necesitas para poder recuperarte. Puede ayudarte a comprender los orígenes del trastorno alimentario, a identificar y cambiar los pensamientos autodestructivos, a mejorar las relaciones interpersonales, a aprender a responder a situaciones difíciles sin caer en el trastorno alimentario y a reconstruir tu vida a lo largo de la

Lo importante es encontrar el mejor enfoque para ti. No existen las respuestas correctas o incorrectas.

recuperación. Es una gran tarea para cualquiera, por lo que existen distintas terapias para tratar los trastornos alimentarios. He utilizado un poco de cada una de las terapias descritas a continuación y, aunque todas me ayudaron, algunas fueron más eficaces que otras en mi caso. Lo importante es encontrar el mejor enfoque para *ti*. No existen las respuestas correctas o incorrectas.

Por esta razón, hay muy pocos estudios que puedan “probar” en realidad cuáles son los tratamientos que dan mejores resultados, especialmente para adolescentes y jóvenes. En la actualidad, se están realizando estudios que tratan de recabar evidencia concreta sobre qué enfoque es más eficaz pero, por el momento, muchas de las recomendaciones se basan en la cantidad limitada de investigaciones y en los consejos de los especialistas. Sin embargo, si algún enfoque “no convencional” parece ser eficaz para ti, sigue adelante. Siempre existe la posibilidad de cambiar de idea más adelante y encontrar otra forma que pueda ayudarte en esta parte del camino hacia la recuperación.

Buenas preguntas para hacerle al terapeuta:

- ¿Cuál es su enfoque general con respecto al tratamiento? ¿Cuál será el proceso terapéutico con el transcurso del tiempo?
- ¿Acepta mi plan de seguro familiar?
- ¿Con qué frecuencia tendré sesiones con usted?
- ¿Cuáles son sus políticas para contactarlo fuera del horario de atención?
- ¿Cómo participará mi familia en la recuperación?
- ¿Qué información permanecerá confidencial y qué compartirá con mis padres?
- ¿Qué hará si tengo inestabilidad médica?
- ¿Cómo trabajará con los otros miembros del equipo de tratamiento?
- ¿Cuáles son sus opiniones sobre la utilización de medicamentos psiquiátricos?

No existen respuestas correctas o incorrectas para estas preguntas. A veces, el mejor terapeuta resulta ser aquél con el que te sientes más cómodo y con quien puedes ser absolutamente sincero sobre tus pensamientos y conductas. Habla con el terapeuta y con tus padres para tomar una decisión satisfactoria para todos.

(Parte de la información es cortesía de la National Eating Disorders Association)

TERAPIA INDIVIDUAL

La terapia individual es un tratamiento privado y personal entre un psicoterapeuta capacitado y un paciente, que requiere, por lo general, de una o dos veces visitas semanales. Probablemente continúes tus estudios con interrupciones mínimas o ninguna, aunque quizás debas hacer un ajuste en las actividades que realices luego de la escuela. Existen distintos tipos de terapia individual, los que discutiré a continuación.

La primera vez que me aconsejaron consultar a un terapeuta para tratar la depresión y el TOC en la universidad, tenía pesadillas de divanes y de un doctor alemán escudriñándome y preguntándome sobre mi madre detrás de unas gafas. Por fortuna, no fue nada parecido a lo que yo pensaba. La mayoría de las veces me sentaba en una silla. He tenido terapia en un consultorio y en una casa. Ninguno de los terapeutas tenía barba, aunque probablemente se debió al hecho de que todas eran mujeres.

Al principio me parecía ridículo que una hora en el consultorio del terapeuta pudiera curarme del trastorno alimentario. Tenía razón; no me curó. Es muy probable

Para poder recuperarme, me di cuenta de que tenía que hacer terapia fuera del consultorio. Tenía que vivir lo que estaba aprendiendo.

que una hora por semana no pueda curarte a ti tampoco. Para poder recuperarme, me di cuenta de que tenía que hacer terapia *fuera del consultorio*. Tenía que *vivir* lo que estaba aprendiendo. Cuando la terapeuta me dijo que fuera gentil conmigo misma, asentir no fue suficiente. Debía comenzar a tratarme con respeto y amabilidad.

La terapia puede ser difícil y extenuante y, a veces, la angustia mental puede empeorar antes de mejorar. Al trastorno alimentario no le gusta que lo desafíen, tampoco quiere que sus secretos se revelen. Sin embargo, el terapeuta puede ser de vital importancia para brindar apoyo tanto para detener los síntomas del trastorno alimentario como para ayudarte a resolver los patrones de pensamiento dañinos.

Existen varios enfoques psicológicos con los que puede trabajar el terapeuta, aunque la mayoría de los terapeutas combinan distintos enfoques, los cuales se tratan a continuación.

Terapia de apoyo con orientación psicodinámica

Aunque no hay información sobre los índices de resultados satisfactorios, este tipo de terapia individual es el enfoque que se aplica comúnmente al tratamiento de todo tipo de problema psicológico, incluido el trastorno alimentario. Este enfoque se asocia tradicionalmente con las ideas de Sigmund Freud, pero se ha diversificado e incluye distintos métodos. El rasgo que comparten todos ellos es que se centran en la experiencia psicológica interna de la persona y la creencia de que los problemas sin resolver de la niñez exacerban los problemas actuales. La terapia se centra en resolver estos conflictos para que la persona pueda desempeñarse más eficazmente.

Lo que hace que esta forma de terapia sea particularmente útil para alguien con un trastorno alimentario es que crea un espacio de seguridad en el que la persona puede compartir los sentimientos libremente sin preocuparse de que alguien pueda aprobar o reprobado lo que dice. A lo largo de mi vida, me quedaba en silencio y me guardaba todos los sentimientos angustiantes por miedo a decir algo incorrecto o a admitir que no era tan perfecta como todos pensaban. Cuando comencé a confiarle al terapeuta los hechos o sentimientos que me daban vergüenza y luego ella me invitaba a volver a su consultorio la semana siguiente a pesar de mis miedos a ser rechazada, me di cuenta de que no iba a juzgarme. Dijo: “El dolor es lo que acerca a las personas”. Para asegurarme, pasó bastante

tiempo antes de que me abriera con la terapeuta, ni hablar de comenzar a confiar en ella. Al principio ni siquiera me agradaba, aunque varias sesiones más tarde me di cuenta de que formábamos un buen equipo para luchar contra el trastorno alimentario.

Por supuesto, hablar libremente con un extraño sobre cuestiones muy personales de inmediato es casi imposible, independientemente de las letras que puedan aparecer detrás de su nombre. Puede llevarte varias sesiones comenzar a abrirte con el terapeuta. El trastorno alimentario me decía en voz muy alta que mintiera sobre lo que comía y sobre cómo me sentía. Creía que se me explotaría la cabeza por las luchas internas que se llevaban a cabo porque mi mente sabía comenzaba a batirse a duelo con el trastorno alimentario. Descubrí que enojarme con la terapeuta era una buena señal de que ella había encontrado un área en la que debía trabajar. La primera terapeuta me comentó que supo que había descubierto algo valioso cuando comencé a gritarle que era una idiota charlatana. El trastorno alimentario no quería que yo enfrentara el problema porque eso significaba que lo despojaría de su poder. Por lo general, volvía la semana siguiente y me disculpaba tímidamente. Ella se daba cuenta de que era el trastorno alimentario y no yo quien le gritaba.

El trastorno alimentario no quería que yo enfrentara el problema porque eso significaba que lo despojaría de su poder.

La terapia era también un buen lugar para aprender a expresarte sin tener que recurrir a las conductas relacionadas con el trastorno alimentario. Me di cuenta de que no comer era una manera profunda de expresarme y de transmitir los pensamientos sin tener que utilizar la voz. Me quitaba la culpa de sentirme inadecuada y una carga para los demás por mis problemas. “¡Carrie! ¡Utiliza las palabras!”, solía decirme la terapeuta. Aún lucho contra esto, pero saber que puedo sentarme en el consultorio durante una hora con alguien que no me juzga me da la oportunidad de decir lo que pienso. Incluso hablar sobre los miedos a expresarte puede ayudarte a comprender mejor los orígenes del problema y cómo solucionarlo.

Me pasé años hablando sobre mi historia y sobre los problemas que pensé que contribuían al trastorno alimentario; sin embargo, sólo hice un avance mínimo para reducir los síntomas del trastorno alimentario. Aunque pude comprender por qué había caído víctima de un trastorno alimentario, no sabía qué hacer cuando me encontraba en medio de una lucha terrible. De hecho, mientras más aprendo a cómo responder al trastorno

alimentario, mejor entiendo que no existe una razón clara del *por qué* me enfermé de anorexia y bulimia. También sé que *puedo* recuperarme sin responder esa pregunta.

A medida que avanzaba en el proceso de recuperación, comencé a tener miedos terribles e inquietantes de que el momento en el que no me negara a comer, o que no recurriera a atracones o purgas, el equipo de tratamiento iba a abandonarme. Por ello, me resistí con mucha fuerza a abandonar las conductas relacionadas con el trastorno alimentario ya que eran la única manera que conocía de comunicar que algo andaba mal en mi vida, que *yo* no estaba bien. La terapia me enseñó a utilizar la voz para comunicar mis necesidades. Comencé a comprender que la única manera de que las personas supieran que estaba pasando por un mal momento era diciéndoselo.

Terapia interpersonal

La terapia interpersonal, abreviada TPI, es similar a la terapia psicodinámica, aunque difiere en varios aspectos importantes. La TPI es una terapia a corto plazo que va desde 12 a 16 sesiones. Surgió como tratamiento para la depresión de adultos y se centra en mejorar el funcionamiento social. El terapeuta cumple una función activa en ayudarte a detectar zonas problemáticas, como por ejemplo, la “transición de papeles” y utiliza distintas técnicas específicas, incluido el juego de papeles, para ayudarte a desarrollar nuevos métodos para enfrentar las relaciones interpersonales.

Inicialmente fue probada en adultos y dio muy buenos resultados. La TPI ha sido adaptada para utilizarla en adolescentes y se centra en áreas de importancia para los jóvenes, como por ejemplo, la separación de los padres, las relaciones sexuales y la presión de los pares. Éstas son las áreas con las que las personas con trastornos alimentarios suelen luchar. La TPI es también eficaz para tratar la depresión que suele acompañar al trastorno alimentario.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (ICC) se originó en la década de los sesenta para

tratar a adultos con depresión. Se basa en la teoría de que los continuos pero inadaptados patrones de pensamientos son factores claves que contribuyen a los trastornos alimentarios. Existe evidencia de la eficacia de la TCC para tratar la depresión y los trastornos de ansiedad. A comienzos de la década de los setenta, la TCC se adaptó específicamente para tratar los trastornos alimentarios.

Como lo indica su nombre, la TCC se centra en la “cognición” (en la forma de verse y percibirse a uno mismo) y en la “conducta” (en las reacciones a dichas percepciones), con el objetivo de corregir los patrones arraigados de cognición y conducta que pueden estar contribuyendo a la enfermedad. La parte cognitiva de la TCC te ayuda a detectar pensamientos poco realistas o actitudes que suelen ser pesimistas para volver a enmarcarlas dentro términos más realistas u optimistas. La parte conductual de la TCC te ayuda a cambiar la manera en la que reaccionas ante el mundo que te rodea al desarrollar mejores estrategias para enfrentar las relaciones interpersonales y la enfermedad.

La importancia principal de la TCC para tratar los trastornos alimentarios reside en la exploración de la idealización del peso corporal y la silueta y en las reacciones conductuales ante tal idealización. La dietista utilizaba este enfoque en la terapia. Me hacía registrar los pensamientos que precedían a las conductas relacionadas con el trastorno alimentario y luego me hacía formar una visión más realista de la situación. Además, cuando entré al ciclo de negación a comer, atracones y purgas, me ayudó a comprender que los atracones eran provocados por la restricción y que la mejor manera de detener el atracón era poner fin a la restricción. Luego, si recurría a un atracón, aprendí que aunque purgarme aliviaba momentáneamente la vergüenza y la ansiedad que sentía luego, a la larga, creaba una sensación de más vergüenza. También aprendí cómo cambiar la forma de ver las medidas y la silueta corporales apropiadas, para cambiar las conductas que seguían a esos pensamientos.

La TCC también incluye “tarea”, como por ejemplo, llevar un registro de alimentos y sentimientos, comer alimentos que antes estaban “prohibidos” y desarrollar habilidades para enfrentar situaciones de alto riesgo que pueden llevarte a la restricción de alimentos y a realizar atracones y/o purgas. Estas habilidades también se utilizan para prevenir la recaída al término del tratamiento.

Terapia dialéctica-conductual

La terapia dialéctica-conductual (TDC) surge a comienzos de la década de los noventa como tratamiento del trastorno límite de la personalidad, que es una enfermedad mental caracterizada por una inestabilidad grave de los estados de ánimo, de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de la conducta. La TDC consiste en cuatro módulos diferentes: conciencia, eficacia interpersonal, tolerancia a la angustia y regulación emocional. Muchas veces se utiliza la TDC como terapia individual y de grupo (trataré la terapia de grupo más adelante en este capítulo). Se enseñan los cuatro módulos durante una sesión semanal de terapia de grupo de dos horas de duración y las habilidades se practican en la sesión semanal individual. La TDC, por lo general, tiene una duración de aproximadamente un año, durante el cual se enseñan y practican las habilidades mencionadas.

La TDC es similar a la terapia cognitivo-conductual en que los pensamientos se separan de las acciones. La diferencia entre ambas terapias es que la TCC estimula el cambio de pensamiento antes de cambiar las conductas, mientras que la TDC trabaja de manera opuesta. Participé de terapia TDC de grupo cuando estuve en el centro residencial terapéutico y la frase preferida de la terapeuta era “Los sentimientos siguen a las conductas”. Cuando temía usar un traje de baño en público, no trataba de convencerme de que nadie pensaba que estaba gorda. En lugar de ello, comencé a ponerme un traje de baño por periodos breves para experimentar el hecho de que no iba a morir y que los demás no se escaparían corriendo cuando me vieran vestida con elastano. Si no me hubiese puesto el traje de baño, nunca hubiese dejado de sentir miedo de hacerlo.

...la frase preferida de la terapeuta era “Los sentimientos siguen a las conductas”.

Deseas consultar a otro terapeuta...

Cuando comencé a recuperarme luego de que me dieron el alta, encontré una terapeuta que estaba muy determinada a ayudarme a recuperar y mantener un peso saludable. Sin embargo, pasamos tanto tiempo hablando sobre mi pasado que nunca aprendí a manejar mis problemas actuales. Me ayudó a aprender sobre los factores desencadenantes y sobre los problemas que habían contribuido al surgimiento del trastorno alimentario, pero necesitaba comenzar a encontrar soluciones. Luego de demasiadas discusiones, decidí consultar a otra terapeuta. Mi antigua terapeuta me había derivado a otros especialistas en trastornos alimentarios del área y comencé el proceso de entrevistas. La nueva terapeuta tenía una orientación más conductual y me ayudó a detectar los pensamientos autodestructivos y las maneras de seguir recuperándome. Todas las terapeutas que consulté a lo largo de los años han sido de mucha ayuda y jugaron un papel muy importante en el proceso de recuperación.

Si has estado trabajando con un terapeuta durante un tiempo, incluso si sientes que tienes buena conexión, pero no has hecho un progreso notable en la reducción de las conductas relacionadas con el trastorno alimentario, puede que sea el momento de buscar otros terapeutas. Un buen terapeuta podrá determinar si piensa o no que hacen un buen equipo y también cuándo puede ser el momento de tomar otro camino.

Es posible que tú y el terapeuta no tengan las mismas ideas sobre la terapia o que tus personalidades no concuerden tanto. Independientemente de la razón, si decides que te gustaría trabajar con un nuevo terapeuta, animate a considerar esa opción. Sólo asegúrate de preguntarte si es el terapeuta quien no te agrada o si es la terapia.

TERAPIA FAMILIAR

Además de la terapia individual, se han estado utilizando otros enfoques en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Uno de esos enfoques es la terapia familiar, que, de acuerdo con investigaciones recientes, puede ser eficaz para tratar la anorexia nerviosa y, posiblemente, la bulimia nerviosa también. Incluso si te están tratando de manera individual, el psicoterapeuta puede recomendar que tu familia participe en alguna de las sesiones terapéuticas dado que puede ser de suma utilidad para ayudar a tus padres a comprender el trastorno alimentario y las dificultades por las que estás atravesando y también para que aprendan a apoyarte durante la recuperación. La terapia familiar es también útil para los hermanos, ya que también están afectados por el trastorno alimentario, y pueden estar confundidos y preocupados por ti. Los objetivos generales del tratamiento de terapia familiar incluyen detectar los patrones dañinos que pueden contribuir al trastorno alimentario, o derivar de éste, abrir líneas de comunicación, enseñar habilidades para hacer frente a la enfermedad, reforzar los lazos familiares, reducir el conflicto y mejorar la empatía de los miembros de la familia.

Incluso cuando no vivía en la casa de mis padres, tenía sesiones de terapia familiar ya

que era muy importante para ayudar a mis padres y a mí a comunicarnos mejor sobre todas nuestras necesidades. Al vivir en casa durante un periodo breve después de la aparición del trastorno alimentario, tanto mi familia como yo nos dimos cuenta de la gran utilidad que tenía el terapeuta familiar para controlar el estrés de vivir con una persona con trastorno alimentario.

El método Maudsley

Llamado así por el hospital londinense en el que surgió, el método Maudsley es un tipo de terapia familiar que se centra menos en las raíces psicológicas del trastorno alimentario y más en abordar los trastornos alimentarios y la conducta alimentaria reales. La participación de la familia es de vital importancia para el método Maudsley ya que tus padres son los responsables, inicialmente, de asegurar de que te alimentes adecuadamente y que alcances un peso más saludable. En la terapia se examina el papel de la comida en la dinámica familiar y también los efectos que tiene el trastorno alimentario en todos los integrantes de la familia. Todos los miembros de la familia colaboran para apoyarte a alcanzar el peso establecido como meta por el médico. Una vez recuperado el peso, el tratamiento comienza a centrarse más en las inquietudes tanto familiares como individuales. El terapeuta les proporciona habilidades para resolver problemas que ayudarán a prevenir la reaparición del trastorno alimentario.

El método Maudsley surgió para tratar la anorexia nerviosa, pero los expertos también están comenzando a aplicarlo para tratar la bulimia nerviosa. Como probablemente supongas, este tipo particular de terapia familiar no es para todos, quizá no vivas en la casa de tus padres o quizá tengas razón suficiente para pensar que tu familia no debe participar en la recuperación de manera activa. Sin embargo, el método ha sido eficaz para muchas familias, por lo que bien vale la pena considerar esta opción.

TERAPIA DE GRUPO

En la terapia de grupo, el profesional de la salud mental facilita el diálogo entre las personas que están intentando recuperarse de enfermedades similares. En el caso de los trastornos alimentarios, una sesión terapéutica de grupo puede consistir en discusiones sobre

la imagen corporal, la importancia de los alimentos, los problemas sociales, los conflictos familiares y otras cuestiones más. Las sesiones terapéuticas de grupo suelen llevarse a cabo en los programas de tratamiento intensivo (que se tratarán con más profundidad más adelante en este capítulo).

El psiquiatra

Además de recurrir a los enfoques psicoterapéuticos para combatir el trastorno alimentario, el psiquiatra también puede recetar un medicamento psicotrópico. Como ya he mencionado anteriormente, los psiquiatras son médicos (M.D.) que se especializan en el tratamiento de enfermedades mentales. No solamente proporcionan psicoterapia, sino que también están autorizados a recetar y controlar medicamentos para trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y otras afecciones mentales.

MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS

Los medicamentos psiquiátricos que suelen recetarse con frecuencia para tratar trastornos alimentarios son los antidepresivos, aunque el único aprobado de manera oficial para tratar el trastorno alimentario es la fluoxetina (Prozac), la cual se utiliza para tratar la bulimia nerviosa. La fluoxetina pertenece a la categoría de fármacos conocidos como inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS), que incluye a la sertralina (Zoloft), el citalopram (Celexa) y muchos otros. Sólo la fluoxetina ha sido analizada exhaustivamente en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Es por ello que cuenta con la aprobación de la FDA. Los médicos suelen recomendar otros antidepresivos debido a las pequeñas diferencias que existen entre la fluoxetina y el resto de los IRSS, lo que está totalmente permitido por las normas de la FDA.

Sorprendentemente, aunque los antidepresivos han probado en forma convincente ser eficaces para tratar la bulimia nerviosa, ni la fluoxetina ni los antidepresivos suelen ser lo suficientemente útiles para tratar la anorexia nerviosa, ni cuando el paciente tiene un peso que está por debajo de los límites normales ni cuando ha recuperado el peso e intenta mantener su salud. Los investigadores sostienen que la desnutrición propia de la anorexia puede interferir particularmente con la acción terapéutica de los antidepresivos.

Algunas de las investigaciones que se están realizando en la actualidad sugieren que otro grupo de medicamentos conocidos como *antipsicóticos atípicos* pueden ser útiles para tratar la anorexia. Estos fármacos suelen recetarse para las personas que padecen esquizofrenia o trastorno bipolar, pero uno en particular, la olanzapina (Zyprexa), ha demostrado en algunos estudios ser eficaz y beneficiosa para niños, adolescentes y adultos que padecen anorexia nerviosa. Los medicamentos psiquiátricos pueden causar efectos secundarios no deseados o reacciones alérgicas, por lo que es importante que hables de ello con el médico, quien debe realizar un control detallado cada vez que comiences a tomar un nuevo fármaco.

Es importante que tengas en cuenta que la mayoría de los medicamentos que puede llegar a recomendarte el psiquiatra no han demostrado su eficacia en niños y adolescentes. Esto no significa que no funcionen, sino que no se han llevado a cabo suficientes investigaciones que demuestren con seguridad que *sí* lo hacen. Algunos de los factores biológicos inherentes a los niños y adolescentes, como por ejemplo, el desarrollo incompleto de sus cerebros y los niveles hormonales fluctuantes, pueden afectar la eficacia de los medicamentos psiquiátricos. Además, debes seguir de cerca todos los síntomas que experimentes mientras tomes medicamentos nuevos. Cuando tu cuerpo está debilitado por un trastorno alimentario, la introducción de fármacos en el sistema puede tener consecuencias inesperadas, por ejemplo, las anomalías cardíacas que a menudo se asocian con la anorexia pueden incrementar el riesgo del uso de algunos antidepresivos.

...debes seguir de cerca todos los síntomas que experimentes mientras tomes medicamentos

Por supuesto, muchos adolescentes logran recuperarse del trastorno alimentario sin utilizar medicamentos psiquiátricos, pero si el equipo de tratamiento te recomienda que pruebes alguno, puede ser que descubras que dicho medicamento te proporciona el estímulo adicional que necesitas para seguir recuperándote. Habla con el médico y con tu familia sobre las ventajas y desventajas de tomar medicamentos. Controla rigurosamente tu salud mientras tomas estos medicamentos y asegúrate de decirle a alguien inmediatamente si comienzas a sentir nuevos síntomas.

El comienzo de la toma de un antidepresivo u otro medicamento psiquiátrico puede ser aterrador, pero me di cuenta de que mi cuerpo necesitaba ciertos medicamentos para

Recuerda que el medicamento es eficaz sólo si se lo tomas adecuadamente.

poder funcionar. Si no controlo adecuadamente la ansiedad y el trastorno bipolar, me es casi imposible continuar con la recuperación. También debo tomar los medicamentos de manera constante y en el momento adecuado, algo que tú también debes hacer. Recuerda que el medicamento es eficaz sólo si se lo tomas adecuadamente.

Etiqueta de advertencia con "cuadro negro" de la FDA para los antidepresivos

En octubre de 2004, la FDA de Estados Unidos publicó un aviso de salud pública sobre el aumento del riesgo de pensamientos y conductas suicidas ("suicidalidad") en niños y adolescentes tratados con IRSS. En una parte de este informe, la agencia exigió a los fabricantes no sólo de los IRSS sino de *todos* los medicamentos antidepresivos que añadieran una etiqueta de advertencia dentro de un "cuadro negro" para informar a los profesionales médicos sobre el aumento del riesgo de suicidio en niños y adolescentes a los que se les recetan estos medicamentos. Esta modificación en la etiqueta se basa en los estudios de cinco IRSS —citalopram (Celexa), fluoxetina (Prozac), fluvoxamina (Luvox), paroxetina (Paxil) y sertralina (Zoloft)— y cuatro antidepresivos "atípicos" —bupropión (Wellbutrin), mirtazapina (Remeron), nefazodona (Serzone) y venlafaxina (Effexor XR).

Todo esto quiere decir que la utilización de algunos medicamentos psiquiátricos por parte de algunos niños y adolescentes puede incrementar los pensamientos suicidas. Si te recetan un medicamento, cualquiera que fuere, es de vital importancia que seas abierto y honesto con el médico sobre los nuevos síntomas. Si comienzas a experimentar pensamientos suicidas, o si te deprimes, díselo de inmediato al terapeuta o al psiquiatra. Si no puedes comunicarte de inmediato con ellos, cuéntale lo que estás experimentando a alguno de tus padres o a algún amigo de confianza.

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ha proporcionado una revisión útil y detallada de estas cuestiones, a la cual se puede acceder en su sitio web www.aacap.org. La información proporcionada por la FDA se puede obtener en www.fda.gov.

Opciones de tratamiento intensivo

Los métodos terapéuticos que he estado analizando —la psicoterapia y los medicamentos— suelen dar buenos resultados para revertir los síndromes de los trastornos alimentarios y muchas personas pueden recuperarse en un régimen ambulatorio luego de someterse únicamente a la psicoterapia. Sin embargo, en ocasiones, se necesita un nivel de estructura y apoyo superior para ayudar a una persona a que comience a recuperarse. En dichos casos, se pueden utilizar programas terapéuticos de hospitales, centros residenciales y diurnos.

Terapia ambulatoria intensiva (Intensive Outpatient Therapy, IOP por sus siglas en inglés)

Este tipo de tratamiento requiere que los pacientes ingresen a una clínica ambulatoria durante varias horas, varios días por semana, por lo general, por la tarde. En la clínica, el paciente asiste a sesiones terapéuticas (a menudo de grupo) y, en muchos casos, se somete a comidas supervisadas.

Programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP por sus siglas en inglés) o atención hospitalaria diurna

Se suele recomendar para tratar pacientes que se encuentran en un proceso de transición de un hospital o centro residencial al hogar. Suele durar entre cuatro y ocho horas diarias (por lo general, de lunes a viernes). El PHP proporciona situaciones de alimentación estructuradas e intervenciones terapéuticas activas y, al mismo tiempo, permite al individuo vivir en su hogar y participar de ciertas actividades escolares. El PHP también se recomienda como primera intervención si se necesita supervisión directa pero no el tipo de atención que un hospital o un centro proveen las 24 horas.

Luego de permanecer dos semanas hospitalizada en un hospital psiquiátrico, participé de un programa de internación parcial durante un mes, lo que me mantuvo en un peso más saludable y donde aprendí a enfrentar la vida en partes más manejables, en lugar de salir del hospital e intentar afrontar todo junto. La estructura fiable de permanecer en la clínica durante seis horas diarias también me brindó el apoyo psicológico que necesitaba en ese momento.

Hospitalización psiquiátrica

Ninguno de los que estaban allí, yo incluída, pidió tener esta enfermedad, pero todos necesitábamos de una intensa ayuda para superarla.

Antes de ser internada en el área de psiquiatría por el trastorno alimentario, las imágenes que tenía de esos lugares me recordaban mucho a la película *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (Atrapado sin salida). No era nada semejante, aunque conocí a una enfermera con un parecido muy inquietante al de la malvada enfermera Ratched. Pensé que nadie allí sería capaz de entender el trastorno alimentario. Ni siquiera creía que una persona con trastorno alimentario debía estar en una sala de psiquiatría. Sin embargo,

dialogar con otros pacientes sobre las batallas psicológicas me ayudó a tener presente que los trastornos alimentarios son también enfermedades psiquiátricas que necesitan tratamiento. Ninguno de los que estaban allí, yo incluida, *pidió* tener esta enfermedad, pero todos necesitábamos de una intensa ayuda para superarla.

La hospitalización psiquiátrica puede estabilizar médicamente a una persona y comenzar a ayudarla a concentrarse más intensamente en las cuestiones conductuales y psicológicas. La mayoría de las unidades diseñadas para tratamientos psiquiátricos hospitalarios se encuentran dentro de un hospital general y suelen tratar a jóvenes con todo tipo de problemas psiquiátricos. Las comidas se supervisan cuidadosamente y puedes recibir terapia intensiva tanto individual como de grupo. También se controlan los baños, lo que significa que alguien te vigila mientras estás en el baño y/o la ducha y controla el inodoro cuando terminas. Eso sucedió en mi caso en la mayoría de las veces que estuve hospitalizada y, aunque me resultaba bochornoso, me ayudaba recordar que los miembros del personal que me controlaban lo hacían a diario. Una de las ayudantes de enfermería que trabajaba conmigo en el hospital me reconfortaba diciendo: “No es que miro en el recipiente y pienso ‘Eh. Parece que alguien comió un poco de maíz de cena anoche’”.

Las afecciones que pueden coexistir con el trastorno alimentario (como por ejemplo, la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo, ver capítulo 3) se evalúan rigurosamente para luego iniciar los tratamientos adecuados. La mayoría de las unidades hospitalarias psiquiátricas cuentan con apoyo durante las 24 horas y el equipo profesional incluye médicos, psiquiatras, psicólogos y dietistas. La mayoría de las personas permanecen en unidades hospitalarias de una a cuatro semanas, aunque la permanencia puede ser menor o superior según las necesidades individuales, el seguro y el apoyo económico.

Una de las falsas ideas que sostienen las personas que padecen trastornos alimentarios —y que yo misma he sostenido— es que todas las personas que están en la unidad hospitalaria por un trastorno alimentario son piel y hueso. Ese no fue mi caso, en ninguna de las dos hospitalizaciones. Aunque algunos tienen un peso por debajo de los límites normales, muchos otros tienen un peso bastante normal. Otros aspectos psiquiátricos influyen en la necesidad de la hospitalización, como por ejemplo, tu capacidad para combatir el trastorno alimentario en un régimen ambulatorio, los pensamientos suicidas y otros

trastornos psicológicos coexistentes. El peso no es el único indicador de la gravedad del trastorno alimentario; puedes morir de un trastorno alimentario independientemente del peso. Las personas que padecen trastornos alimentarios tienen distintas formas y tamaños, incluso en una unidad hospitalaria.

Hospitalización sin consentimiento: ¿cuáles son tus derechos?

Si eres menor de 18 años, tus padres pueden someterte a un tratamiento sin tu consentimiento y también deberán autorizar la conclusión del tratamiento. Incluso después de que cumplas 18 años, puedes ser hospitalizado sin tu consentimiento si tus padres o el equipo de tratamiento consideran que eres incapaz de tomar tus propias decisiones en el plano médico. Esto suele llevarse a cabo a través de una orden judicial y puede consistir en el otorgamiento de custodia médica o en un tratamiento exigido por un tribunal. Me amenazaron en dos oportunidades en el transcurso del trastorno alimentario (en una de esas dos ocasiones mi bajo peso era grave). El miedo a que me obligaran a realizar tratamientos sin mi consentimiento fue suficiente para convencerme de que me sometiera de forma voluntaria.

Tratamiento residencial

El tratamiento residencial para un trastorno alimentario es similar al tratamiento hospitalario psiquiátrico, aunque a menor escala, brindado en un ambiente más “familiar”. La mayoría de los centros residenciales terapéuticos no trabajan con las personas inestables de un punto de vista médico y es común que te transfieran a un centro residencial luego de una internación. El tratamiento para adolescentes suele incluir sesiones terapéuticas individuales y de grupo, terapia creativa (como por ejemplo, arte, música y literatura), servicios académicos, clases de nutrición y actividades recreativas. La mayoría de las personas permanecen en un programa de tratamiento residencial durante varios meses. Esto me ha sido útil para interrumpir el ciclo del trastorno alimentario.

El último tratamiento al que me sometí fue en un centro residencial, donde viví en una casa normal con otras cinco mujeres con trastornos alimentarios. Salía a la comunidad con la suficiente frecuencia como para aprender la habilidad de procesar experiencias de la “vida real” mientras permanecía en tratamiento intensivo. Comía alimentos normales a intervalos regulares y volví a aprender cuál es la

Cuando comencé a alimentarme mejor y a confiar en el equipo de tratamiento, pude enfrentar la ambivalencia que sentía por la recuperación.

cantidad de comida que se requiere para aumentar de peso. Debido a que no tenía muchas opciones en cuanto a qué se servía y cuándo se servía, no podía negociar con el trastorno alimentario sobre cuantas calorías podía comer. Por último, el ambiente pequeño fue útil para aprender habilidades interpersonales y conductuales valiosas para aplicar cuando me fuera.

El tratamiento residencial suele centrarse más en cuestiones psicológicas, como por ejemplo, la baja autoestima, los pensamientos autodestructivos, las habilidades para establecer relaciones interpersonales y la estabilización de los patrones alimentarios y el peso corporal. Aunque todo este trabajo es esencial para recuperarte de un trastorno alimentario, también significa que debes estar muy motivado para obtener el mayor beneficio de un programa. Se obtiene lo que se invierte. Cada vez que comenzaba el tratamiento, ingresaba con algo más que una cuota de ambivalencia. Sabía que no quería que mi vida fuera de esa manera, pero no estaba segura de si quería abandonar el trastorno alimentario. Cuando comencé a alimentarme mejor y a confiar en el equipo de tratamiento, pude enfrentar la ambivalencia que sentía por la recuperación.

La desventaja del tratamiento residencial es que puede ser bastante costoso y el seguro suele no cubrirlo. Uno de los resultados de los últimos siete meses de estadía en un centro residencial fue que mis padres y yo gastamos muchísimo dinero. El otro resultado es, por supuesto, que recuperé mi vida.

Hospitalización médica

Si el trastorno alimentario te ha causado graves consecuencias físicas, como por ejemplo, anomalías cardíacas, convulsiones o deshidratación, entonces necesitas una hospitalización a corto plazo en una unidad médica (incluso en una unidad de cuidados intensivos) para estabilizarte y controlarte. Se observan de cerca los signos vitales (la presión sanguínea y la frecuencia y el ritmo cardíacos). Los efectos agudos de la desnutrición o de los atracones y las purgas se tratan con suero y medicamentos. Si tu peso está por debajo de los límites normales o estás desnutrido, te alimentarán nuevamente con comida o por vía intravenosa o sonda nasogástrica. La hospitalización suele durar entre tres y diez días, según los problemas médicos y la manera en que el cuerpo responda al tratamiento.

Recuperación en cualquier entorno

La recuperación de un trastorno alimentario puede llevar mucho tiempo, a veces cinco o más años. Muchas veces casi tiro la toalla en el camino hacia la recuperación, ya que pensaba que si no había aprendido las habilidades de inmediato, entonces estaba destinada a no aprenderlas nunca. Aparentemente, sólo aprendía más lentamente. Luego del tratamiento intensivo a largo plazo, puedo moverme en el mundo casi como cualquier otra persona. No me he recuperado totalmente, no, pero me siento mejor de lo que me he sentido en años.

La mayoría de las personas que conozco que se han recuperado de un trastorno alimentario lo han hecho solamente con tratamientos ambulatorios, los que suelen tener buenos resultados en la erradicación del trastorno alimentario. Sin embargo, a veces aquellos que *sí* necesitan de tratamiento hospitalario no lo obtienen. Por ejemplo, el seguro puede no cubrir el tratamiento que los médicos creen necesario para que tengas la mejor oportunidad de recuperarte. En ese caso, quizás debas analizar otras opciones, como por ejemplo, el método Maudsley, que es mucho más económico ya que te permite vivir en tu hogar mientras tus padres te ayudan a normalizar los hábitos alimentarios y te vuelven a alimentar.

Por otra parte, necesitar una terapia más intensiva no es una señal de fracaso. Muchas personas se dan cuenta de que necesitan más que una o dos sesiones terapéuticas semanales para recuperarse. Lo importante no es *cómo* te recuperas, sino que te comprometas

Lo importante no es cómo te recuperas, sino que te comprometas a recuperarte...

a recuperarte y reconozcas que te esperan tiempos difíciles. Especialmente al principio, las acciones fruto de la determinación de recuperarse parecen extrañas e incómodas. Requieren de práctica y paciencia. No te enfermaste de un día para el otro y tampoco te recuperarás de un día para el otro. El

viaje hacia la recuperación —aprender nuevas habilidades de superación y aprender a cuidar de tu cuerpo, mente y espíritu—es casi tan importante como el destino en sí.

Los desafíos personales de la recuperación: consejos prácticos

El proceso de recuperación de un trastorno alimentario puede ser largo y arduo. Muchas veces, parecía estar estupenda por fuera, aunque por dentro sentía que me moría. O si tenía alguna mejora y comenzaba a pensar que podía dominar al trastorno alimentario, los síntomas volvían de golpe. La vida con un trastorno alimentario *no es* vida. Se trata de llegar al día siguiente, cuando los números de la balanza bajarán y podrás volver a comer una vez más. Pero nunca es suficiente y, entonces, vuelves a empezar de cero. Hice promesas desesperadas; negocié con el trastorno alimentario; juré que comería o que no me recurriría a atracones y purgas. Lo hice tantas veces que perdí la cuenta. He sufrido colapsos por agotamiento debido a la falta de alimentos. Me he quedado dormida llorando al lado del inodoro luego de pasar la noche entre atracones y purgas. He estado a punto de morir porque no podía más con mi vida. Sentía que nada valía la pena. Sin embargo, a pesar de todo, he sobrevivido y aprendido muchas lecciones importantes en el camino.

El propósito de este capítulo no es decirte cómo vivir *con* un trastorno alimentario; es ayudarte a atravesar los desafíos emocionales y mentales del proceso de recuperación con el menor daño posible. Mi intención también es enseñarte algunas estrategias personales, para aplicar en el día a día y permanecer saludable. No todas las estrategias resultan útiles para todas las personas, pero elige lo que puedas utilizar y olvídate del resto.

Cómo aceptar que TÚ padeces un trastorno alimentario

La aceptación de la enfermedad es importante. Si eres como yo, puede que incluso no estés seguro de padecer un trastorno alimentario. Quizá no pienses que tienes un problema; después de todo, las estrategias de control de peso pueden estar dando resultado. La purga luego del atracón puede estar evitando que aumentes de peso. La restricción y el ejercicio desmedido pueden estar haciéndote bajar el peso que deseas. ¿Qué puede tener eso

de malo? Yo solía pensar lo mismo. Incluso en el momento en que mi condición física hizo evidente que algo no andaba bien, no llegaba a entender la gravedad del trastorno alimentario. El regocijo que sentía por la pérdida de peso y/o la purga, combinado con mi famélico cerebro, no permitían que el sentido común derribara la pared que el trastorno alimentario había levantado. Me llevó mucho tiempo y mucha terapia convencerme de que estaba gravemente enferma. Como es imposible mejorar hasta que reconozcas que estás enfermo, el primer paso para salvar tu vida es enfrentarte con el hecho de que puedes padecer un trastorno alimentario.

...el primer paso para salvar tu vida es enfrentarte con el hecho de que puedes padecer un trastorno alimentario.

Estrategias y técnicas para sostener la recuperación

La forma más fácil para mí de atravesar el proceso de recuperación era dividirla en tajadas que pudiera manejar (sin intención de hacer un juego de palabras). Así que en vez de decir que comería todos los alimentos de la semana, me concentraba en una comida a la vez. Como adoro viajar, dejé de planificar viajes que haría en un año y de esperar que esto me ayudara a salir adelante. En vez de eso, comencé a leer libros de viajes en la biblioteca o en la librería, a buscar ideas para viajes todas las semanas y me suscribí a boletines informativos de viajes. Incluso renové el pasaporte. También intenté abandonar el recuento de calorías “para siempre”, pero nunca funcionó. Decidí darme pequeñas recompensas por cada semana en la que no contaba las calorías. Las recompensas inmediatas funcionan mejor que los beneficios a largo plazo. Son evidencia tangente del progreso que estás haciendo. A continuación te presento otros métodos que utilicé para atravesar este difícil proceso.

Cómo aprender a dar pequeños pasos

Las grandes pirámides de Egipto no fueron traídas desde Marte completamente ensambladas. Tuvieron que darles forma y luego arrastrarlas hasta el lugar. Tuvieron que mejorar la ingeniería para llevar a cabo estas tareas. El hombre tampoco alunizó “así como así”. Tuvimos que desarrollar la tecnología; los astronautas tuvieron que entrenarse mucho; los ingenieros tuvieron que construir la nave espacial, salir a la plataforma de lanzamiento y

despegar; los pilotos tuvieron que alunizar y aterrizar. El producto final sólo pudo materializarse luego de que se dieron todos esos pequeños pasos. Lo mismo sucede con la recuperación de un trastorno alimentario.

En la película graciosísima *What About Bob?* (¿Qué tal, Bob?), un psiquiatra escribe un libro llamado *Baby Steps* (Pequeños pasos) y su paciente obsesivo compulsivo, caracterizado por Bill Murria, toma el concepto de manera bastante literal. En mi caso, dar un pequeño paso significaba comprar un alimento aterrador en la tienda, incluso si sabía que no iba a poder comerlo de inmediato. Otro pequeño paso era llevar a cabo todos los rituales de limpieza nocturna, sólo que en el orden opuesto al que seguía antes. Compraba leche con medio por ciento, luego con uno por ciento y finalmente con dos por ciento, que es lo que tomo hoy. Dar todos esos pasos juntos hubiera sido demasiado para mí, pero cada uno de ellos en forma individual era un desafío que me empujaba hacia delante, aunque no demasiado, para no caer.

Cómo formar tu propio equipo de animadores personales

Cuanto más tiempo pasaba con el trastorno alimentario, más amigos se alejaban. No tenía ni la energía ni el deseo de cultivar esas relaciones; lo único que me importaba era el trastorno alimentario. Cuando me mudaba, no me molestaba en relacionarme con personas nuevas. Por consiguiente, me encontré con pocos amigos cercanos. Me daba mucho miedo iniciar relaciones nuevas. ¿Y si no le agradaba a las personas? ¿Y si pensaban que estaba loca? No quería dedicar todo ese esfuerzo sin obtener ningún beneficio. Para mí, las relaciones debían venir con una garantía de reembolso de dinero. (El problema es que solamente los objetos con revestimiento exterior de aluminio vienen con tales garantías). Ahora me doy cuenta de que no tener amigos era la mejor manera de fortalecer el trastorno alimentario.

Lo dije antes y lo repito ahora: la ayuda de la familia y los amigos es esencial. Los amigos pueden ayudarte a ser responsable y proporcionan el contacto humano que suele estar ausente en la vida con un trastorno alimentario. Con el tiempo, deberás seguir los pasos a la recuperación tú solo, pero el estímulo adicional que alguien o algo pueda brindarte es también importante. Cuando concluí el tratamiento, planifiqué un corto viaje de fin de semana con mis padres para que me ayudaran a continuar alimentándome. Programaba

almuerzos y cenas con amigos que sabían que padecía un trastorno alimentario y que no me permitían pedir una ensalada mixta como único plato. Mantuve una comunicación estrecha con la terapeuta y la dietista para que me brindaran apoyo adicional cuando me encontraba en terreno poco firme. Sé que si mi recuperación hubiese dependido de mí, jamás lo hubiera logrado.

Mi psiquiatra dice que “la conexión es la cura”. Las clases impartidas en los programas educativos para adultos en tu ciudad o condado pueden proporcionarte una manera fácil de conocer a personas que compartan tus intereses. Asociarte a un club en la universidad es otra gran manera de conocer gente. Incluso puedes comenzar un grupo de estudio o algo similar. Conocí a casi todos mis amigos duraderos de esa manera.

Existen algunos tableros de anuncios en línea que pueden proporcionar apoyo virtual. Sólo recomiendo aquellos que son moderados y que quitan los anuncios negativos y provocadores. El mejor es el que se accede a través del sitio web Something Fishy sobre trastornos alimentarios (consulta la sección Recursos). No solamente está moderado, sino que además no permiten números (incluidos el peso, el IMC o los talles de prendas de vestir). Es una gran manera de sentirte conectado con personas que luchan con cuestiones similares.

Descargo de responsabilidad: las personas que me apoyaban nunca tuvieron un par de pompones ni usaban una falda corta de poliéster para ayudarme en el camino hacia la recuperación. Tampoco D-E-L-E-T-R-E-A-B-A-N palabras para alentarme. Ni se lanzaban al aire ni aplaudían. Pero incluso en los momentos en los que no hacían nada, sólo saber que podía contar con ellos me ayudaba tremendamente. Incluso si ninguno de ellos tenía pompones.

Cómo hacer surf sobre olas de impulsos

Uno de mis amigos definió de manera acertada que pasar por un impulso de un trastorno alimentario es como “hacer surf sobre olas de impulsos”. Sientes olas de emociones, crecen, crecen, crecen... y luego se estrellan y el agua vuelve a estar quieta. Hacer surf da miedo. Cuando aprendí a barrenar de niña, me caía más veces de que las que me deslizaba hasta la orilla. Nunca es divertido tener la nariz llena de sal, pero la recompensa de

llegar a la arena es inmensa. De igual manera, sentir emociones aterradoras y dolorosas puede ser intenso pero, a menos que puedas soportarlas y no abandones a mitad de camino, nunca tendrás el placer de moverte por el agua sin esfuerzo y disfrutar la sensación, ni tampoco tendrás la confianza de saber que *puedes* resistir impulsos dañinos.

Ahora, ¿dónde está el muchacho que sirve los tragos en la playa?

Cómo buscar nuevos pasatiempos

Cuando comencé a recuperarme del trastorno alimentario, me di cuenta de que disponía de mucho tiempo que antes le dedicaba a las obsesiones con la comida, los ejercicios o los atracones y las purgas. La pérdida de actividades para llevar a cabo me envió en más de una ocasión a los brazos del trastorno alimentario.

Descubrí que ampliar tu mundo para incluir cosas que no tengan que ver con conductas relacionadas con los trastornos alimentarios es importantísimo. Ya que me encantan los buenos desafíos, comencé nuevos pasatiempos para distraerme de la ansiedad que sentía luego de comer y para llenar las horas que de otra manera hubieran sido ocupadas por el trastorno alimentario. Comencé con una o dos clases de artesanías, como por ejemplo, tejía al croché sombreros y bufandas para todos mis amigos (incluso para los que viven en el trópico) y me diversifiqué a partir de allí. Jugué horas interminables al solitario en la computadora portátil, leí libros y completé revistas de crucigramas. Quizás esto no sea lo fundamental en lo que puedas considerar como recuperación, pero sí me despejaba la mente lo suficiente como para poder concentrarme en la alimentación y en el trabajo que estaba llevando a cabo en la terapia. Los pasatiempos pueden ayudarnos a sobrellevar los momentos más duros de nuestras vidas.

...ampliar tu mundo para incluir cosas que no tengan que ver con conductas relacionadas con los trastornos alimentarios es importantísimo.

No sólo nos proporcionan una pasión fuera de nuestro trastorno alimentario, también nos brindan maneras fáciles y eficaces de conocer gente nueva que comparte intereses similares. La mayoría de mis amigos de la escuela estaban en mi misma clase o en los mismos clubes o grupos que yo. Es mucho más fácil entablar una conversación con alguien que no conoces cuando tienes algo en común para hablar.

Pasatiempos para considerar

- tejer con agujas o croché
- asistir a clases
- visitar museos
- escribir (ficción, poesía o un diario)
- hacer arte (pintura, dibujo o escultura)
- hacer crucigramas
- leer
- tocar algún instrumento o cantar en un coro
- viajar
- hacer trabajo voluntario
- meditar

Cómo incorporar la espiritualidad

Independientemente de si te consideras una persona religiosa o no, la espiritualidad puede ser una parte importante de la recuperación. Mientras luchaba con el trastorno alimentario, comencé a asistir a una iglesia cerca de mi apartamento todas las semanas, no sólo en búsqueda de una dirección religiosa, sino también en búsqueda de la conexión social que brinda una comunidad. Me ayudó a ver de una manera más objetiva la importancia de la alimentación en el orden del universo. *¿Realmente* importaba lo que comiera en la cena?

Como también me gustan la ciencia y la naturaleza, me invadían sentimientos de calma y conexión cuando estaba al aire libre, incluso cuando me sentaba en el balcón en una silla plegable. En uno de los tratamientos que realicé en un centro en las montañas, descubrí que el cambio de aire era inmensamente curativo. Siempre sonríe cuando observo pájaros y ardillas jugando. Cuando adopté un gato comprendí la verdadera importancia del compañerismo y del hilo. Tener a alguien que dependiera de mis cuidados fue una gran motivación para mejorar y conservar la mejoría.

Cómo utilizar la terapia animal (alias “Prozac peludo”)

Una de las experiencias más sanadoras de la recuperación fue adoptar a un gato de un refugio local. Aria era una mamá adolescente que había sido abusada y abandonada luego de que sus antiguos dueños descubrieran que estaba preñada. Luego de dar a luz, la recogí y pasé seis meses tratando de sacarla de debajo del sofá. Tener una criatura que dependiera de mí en cuanto a la comida, el agua y la protección me ayudó a volver a priorizar los valores. Debía estar sana por Aria. También me dio un mejor punto de vista sobre cómo mis padres y mis amigos estaban tratando de *cuidarme*. Nunca dejaría que mi gata pasara hambre o sed. Si no pudiera comer, la metería en su cesta, aunque arañe y maúlle, y la arrastraría hasta el veterinario sin hacer preguntas, excepto: “¿Por qué no le corto las hermosas uñitas más seguido?”

Aria ha sido un gran salvavidas durante los dos últimos años. Me brinda amor incondicional y es un poderoso recordatorio de las cosas importantes de la vida: las siestas, los lengüetazos y el atún.

Cómo tratarte adecuadamente

Recuperarse de un trastorno alimentario significa nutrir la mente, el cuerpo y el alma.

Me tranquilizaba mucho el hecho de saber que podía comer lo que quisiera sin engordar.

Mantener la mente clara fue un gran incentivo en la recuperación y leí cientos de libros durante el proceso. Era increíble para mí poder leer un capítulo de un libro desde el comienzo hasta el final y no pensar en comerme las páginas o

estar tan distraída por la comida que no podía terminar un solo párrafo. Además, deseaba que mi vida tenga sentido y un motivo para levantarme de la cama por las mañanas. Lentamente amplí mi vida e incluí más amigos y pasatiempos. Sin embargo, primero tuve que nutrir mi alma con alimentos adecuados para poder liberarme y dedicarme al resto. Me tranquilizaba mucho el hecho de saber que podía comer lo que quisiera sin engordar. Junto con todo lo que acabo de mencionar, fue importante aprender a divertirme.

Cuanto más profundamente caía en el trastorno alimentario, más tacaña me volvía. No sólo con la comida sino también con todo en la vida. No merecía comer, no merecía gastar dinero en mí y tampoco merecía divertirme. Compraba lo más barato que encontraba.

Aunque mi presupuesto es muy limitado en estos momentos, he aprendido a ser extravagante en pequeñas dosis con cosas que aumentan mi calidad de vida. Me compro un buen café sólo porque lo disfruto y no salgo mucho a tomar café. Aún disfruto leer muchos libros, pero antes de gastar 20 dólares en un libro que leeré una sola vez, me fijo si no está en la biblioteca local. Me compro prendas íntimas carísimas de Victoria's Secret sólo porque me hacen sentir bien conmigo misma. De vez en cuando me doy el gusto de comprar quesos y panes de alta calidad en la tienda de especialidades. Sé como ahorrar dinero en cosas que me tienen sin cuidado (zapatos, ropa, artículos para el auto) para poder darme los gustos con objetos que disfruto verdaderamente.

Cómo volver a conectar el cerebro: afirmaciones

Como ya he dicho, la autoestima saludable y positiva es vital en la recuperación de un trastorno alimentario. Por supuesto, no comienzas a pensar que eres maravilloso de la noche a la mañana. La construcción de la autoestima es un proceso. Para poder hacerlo, debes volver a conectar el cerebro. Sí, *puedes* tratar de hacerlo en tu casa. Cuando una terapeuta me dijo que hiciera afirmaciones, casi me caigo de la risa. *No* iba a pararme frente al espejo a decirme estupideces acarameladas y, encima, creerlas. De ninguna manera. La terapeuta me dijo que no tenía que creerlo, sólo tenía que hacerlo. Pensaba que eran puras tonterías.

Comencé de manera simple, con afirmaciones como: “Estoy construyendo mi confianza” o “Estoy dispuesta a probar cosas nuevas”. Algo que fuera moderadamente creíble. Todos los días me decía algo positivo. Me llevó uno o dos meses agarrarle la mano, pero eventualmente comencé a tener sentimientos cálidos y difusos cuando me decía estas cosas a mí misma. Hace poco, hice una pizarra con afirmaciones para recordar las cosas positivas sobre mí cada vez que paso adelante. También es divertido escribir en el espejo del baño con jabón, lápiz labial o con un rotulador de borrador.

Prueba el siguiente experimento: mueve uno de los cubos de basura de tu casa. ¿Con qué frecuencia te diriges hacia el lugar “antiguo”? Al principio, probablemente lo hagas bastante a menudo. El cerebro *sabe* ir hacia allí. No tienes que pensar en hacerlo. Y cada vez que vas al lugar antiguo, tienes que desviar al cerebro y a ti mismo para llegar al nuevo lugar. Luego de un tiempo, y de manera automática, comenzarás a ir al nuevo lugar. Lo mismo

sucede con las afirmaciones: tira la basura de Tali. No la necesitas. Yo conozco un vertedero que está esperando nuevas adiciones.

Cómo aprender que los sentimientos siguen a las conductas

Sin embargo, las afirmaciones son sólo una parte. Llega un momento en el que debes comenzar a materializar los nuevos pensamientos. Pero la trampa está en que usualmente debes comenzar a actuar antes de sentirlo realmente. Como ya lo he mencionado, una de las terapeutas amaba repetir la frase: “Los sentimientos siguen a las conductas”. Me había estado quejando sobre las comidas y sobre cómo quería esperar a desear comer antes de levantar el tenedor. “¡Pero no quiero comer!”, solía protestar. “¡No es justo!” Me miró y me dijo: “La única manera de comenzar a querer comer y a superar los miedos relacionados con la comida es comenzar a comer *aunque no quieras hacerlo*”. No capté lo que me decía. Por un segundo, pensé que le había crecido una segunda cabeza.

Como estaba en tratamiento residencial, no se me permitía saltar comidas, por lo que debía comer incluso si no tenía ganas de hacerlo. Los primeros días me sentí como un conejillo de Indias en el que se prueba una nueva forma de tortura. La ansiedad, el temor y el enojo eran casi imposibles de soportar (mi compañera de cuarto me dijo que aunque mis emociones no eran insoportables, ¡yo sí lo era!). Después de un par de meses noté un pequeño cambio. Comía alimentos casi sin los miedos que antes me tenían dando vueltas. De hecho, comencé a esperar con ansias el momento en que esos alimentos aparecieran en el menú.

Aún hay días en que el trastorno alimentario me dice que no debo comer o que me pide atracones y purgas o que haga ejercicio desmedido. Sin embargo, la única manera en la que dejaré de sentir ganas de recurrir al trastorno alimentario es comportarme como si no quisiera hacerlo. Luego vendrán los sentimientos.

Cómo agregar “y”

“Soy estúpida”. “Soy gorda”. “Soy perezosa”. “Soy desagradable”. “Soy repugnante”. Estos pensamientos zumbaban en mi mente, nutridos por el trastorno alimentario (¡no me daba ningún otro nutriente!). Mi mente comenzaba a girar y estos pensamientos venían cada

vez más rápido. *SoyestúpidaSoygordaSoyperezosaSoydesagradableSoyrepugnante...* uno detrás del otro. Necesitaba desacelerar el cerebro, lo que no sabía hacer era cómo utilizar los frenos.

Lo que aprendí a hacer fue a alargar las oraciones. Los pensamientos negativos no me dejaban vivir mi vida ni nutrir todos los aspectos de mi ser. La terapeuta me dijo que no sabía cómo cambiar los pensamientos, lo que sí sabía hacer era cambiar las conductas. Por lo tanto, lo que necesitaba era agregar la palabra “y” a esos pensamientos negativos. Como: “Me siento gorda Y voy a comer la cena esta noche”. O por el ejemplo: “Soy estúpida Y me voy a inscribir en una nueva clase”. Sentirte mal sobre ti mismo ciertamente obstaculiza el deseo de probar cosas nuevas, pero no es excusa para no hacerlas.

Postpuse el tratamiento muchas veces por temor. Pensé que si sentía temor, no podría levantar el teléfono y hacer un llamado. Finalmente me di cuenta de que podía sentir temor y aún así podía averiguar sobre distintas opciones de tratamientos. El trastorno alimentario me decía que yo no merecía la ayuda, que debía bajar más de peso antes

Finalmente me di cuenta de que podía sentir temor y aún así podía averiguar sobre distintas opciones de tratamientos.

de conseguir ayuda y que no tenía esperanzas de que la ayuda pudiera modificar algo. Tenía miedo, pero aún así hice el llamado. Era el trastorno alimentario quien no quería que lo hiciera. El tuyo tampoco querrá que lo hagas. Sólo ten presente qué es lo que *tú* deseas hacer.

Cómo infringir las reglas

El trastorno alimentario me tenía atrapada con una serie de reglas estrictas que tenían el propósito de hacerme sentir terrible sobre mí misma. Era parecido a tener un esposo abusivo tanto en lo emocional como en lo físico: el trastorno alimentario destruyó mi autoestima hasta el punto en que tenía demasiado miedo de abandonarlo. Era controlador, vanidoso y manipulador. Pero al menos lo tenía a él. ¿Quién más querría estar conmigo?

Parte de la recuperación consistía en romper las reglas que me había impuesto el trastorno alimentario. Aunque aún sigo analizando el menú para encontrar alimentos con bajas calorías cuando estoy en algún restaurante, también ordeno los platillos principales que sé que voy a disfrutar más. Aún si siento que comí demás, respeto la próxima comida o bocadillo. No me obligo a ejercitar si estoy harta de hacerlo. A veces me doy el gusto de

comprarme un libro o alguna prenda, aunque el trastorno alimentario trata de convencerme de que no lo merezco. Me perforé la nariz para rebelarme y celebrar mi cuerpo nuevo y saludable. Cada vez que hago estas cosas, voy disminuyendo el control que el trastorno alimentario tiene sobre mi vida.

Cómo recordar tu verdadero yo

Tengo fotos mías de bebé colgadas en la pared, de todo tipo, el progreso de mi vida antes de que el trastorno alimentario se apoderara de ella. Mi mamá me las dio como colaje para colgar cuando ingresé al centro residencial terapéutico por última vez. Esto me desconcertó: ¿Por qué debía recordar cómo era cuando niña?

Porque esa era la persona por quien yo estaba luchando. Era la niñita que necesitaba protección contra el trastorno alimentario. La niñita que era “suficiente”. La niñita a quien no podía insultar ni degradar, a pesar de que a veces se lo hacía a su versión más vieja. Me di cuenta de que esta hermosa y dulce niña no merecía el maltrato al que el trastorno alimentario la había sometido. No había hecho nada tan terrible que hiciera que se negara a comer o que comiera grandes cantidades de alimentos y luego fuera obligada a devolverlos. Necesitaba que la protejan.

Comencé a darme cuenta de que yo era la única persona que podía proteger a esa niñita. Pegué las fotos en el refrigerador, en el asiento del inodoro, en el espejo de cuerpo entero que tenía en mi apartamento; todas sirvieron como un poderoso recordatorio de quién era por dentro. Sabía que la niñita de las fotos era yo, incluso si veía algo horroroso mirándome en el espejo. Me llevó bastante tiempo recordar que ambas éramos la misma persona y que ambas necesitábamos ser protegidas del trastorno alimentario. Ella era demasiado joven para luchar, por eso me necesitaba.

Aún miro los álbumes de fotos de cuando era un bebé con una sensación de desconexión: ¿Cómo era posible que esa fuera yo? ¿Cómo era posible que estuviera sonriendo? ¿Cómo podía estar comiendo pastel de cumpleaños sin temor? ¿Cómo era posible que tuviera amigos? Estas ideas eran ajenas a mí en un momento. Al principio, me entristecía darme cuenta de que esa niña se había convertido en mí. No podía creer que tenía una historia fuera del trastorno alimentario. Me dolía recordarlo. Aún sigo trabajando para

tratar de comprender que soy la misma persona que esa preciosa y que ambas nos merecemos una vida sin trastornos alimentarios.

Cuestiones médicas durante y después de la recuperación

Resulta frustrante que aunque hayas llegado muy lejos en el camino hacia la recuperación, tu vida sigue estando signada por las consecuencias físicas del trastorno alimentario. Los efectos de la inanición, incluso a corto plazo, pueden llevar años en revertirse. Si alguien estornuda en China, me resfrío. La masa ósea puede disminuir con bastante rapidez, especialmente en niñas y mujeres que han perdido los periodos menstruales. Yo padecí dicho problema y me diagnosticaron osteoporosis a los 21 años. Cada vez que tengo vómitos o diarrea, me preocupo por la reducción del nivel de potasio, como sucedía durante las purgas. Por ello, controlo el nivel de potasio cada vez que me enfermo.

Aunque estas citas pueden resultar muy fastidiosas, me recuerdo a mí misma que esto es lo que necesito para seguir sana y que, arrojar la toalla y volver a las conductas relacionadas con el trastorno alimentario sólo lograrán que empeore las cosas. Es más, mi cuerpo se está curando de manera gradual. La masa ósea está mejorando lentamente ahora que he recobrado el peso normal, que como cantidades suficientes de productos lácteos y grasa y que tomo suplementos de calcio todos los días. No puedes cambiar los efectos que la enfermedad tuvo en el pasado pero, con diligencia, puedes influir en tu futuro con elecciones saludables en el presente.

No puedes cambiar los efectos que la enfermedad tuvo en el pasado pero, con diligencia, puedes influir en tu futuro con elecciones saludables en el presente.

Comer para vivir

Si el trastorno alimentario no está relacionado con la comida, entonces ¿por qué tengo que comer?

Una tarde le hice esta pregunta a la dietista sentada desde un sofá de dos cuerpos. El trastorno alimentario quería verdaderamente saber la respuesta a esa pregunta y era toda

oídos.

Me miró a los ojos y me dijo: “Es irrelevante el hecho de que el trastorno alimentario ‘esté o no relacionado’ con la comida. Si quieres mejorar, tendrás que dejar de negarte a comer y recurrir a atracones y purgas”. Luego me recordó las veces en las que quedé atrapada en el ciclo del TOC, obsesionada con lavarme las manos y los gérmenes. Pude aprender varias y nuevas formas de tratar y aliviar la ansiedad abrumadora que sentía, pero a menos que dejara de lavarme, mi vida no mejoraría verdaderamente.

La dietista me pidió que leyera el resumen de un estudio llevado a cabo en jóvenes sanos de la Universidad de Minnesota (University of Minnesota) en la década de los cuarenta. Dichos jóvenes se ofrecieron a restringir su ingesta calórica a la mitad del nivel habitual y a ser observados a lo largo de seis meses. Durante ese tiempo, las similitudes entre esos hombres y las personas con trastornos alimentarios eran sorprendentes: se tornaron depresivos, ansiosos y desanimados. Pasaban casi todo el día obsesionados con la comida. ¡Incluso en ocasiones recurrían a atracones! Sólo cuando tuvieron acceso ilimitado a la comida y recobraron los pesos normales esos pensamientos se aplacaron.

Cómo responden las personas sanas a la inanición

Los hombres que participaron en el Minnesota Starvation Study experimentaron varios cambios en la personalidad y en la conducta cuando redujeron las calorías y comenzaron a bajar de peso. Con el paso del tiempo, comenzaron a:

- experimentar depresión y angustia emocional
- preocuparse por los alimentos y la cocina
- esconder alimentos para consumir en secreto
- incrementar la actividad física para recibir más alimentos
- intentar llenarse con agua, café, té y goma de mascar
- perder interés en las actividades diarias
- perder el sentido del humor

Para recuperar el peso perdido, estos hombres descubrieron que tenían que consumir grandes cantidades de alimentos. Incluso si comían muchas veces la cantidad de alimentos que habitualmente ingerían según la evaluación realizada antes del estudio, seguían teniendo hambre a medida que sus cuerpos comenzaron a recuperarse. Les llevó casi un año volver a regular las señales de hambre y saciedad.

Recordar los resultados de este estudio me ayudó realmente a comprender que los cambios emocionales que experimentaba como parte del trastorno alimentario eran en parte fisiológicos y que disminuirían cuando comenzara a comer.

Una de las partes más difíciles de la recuperación es volver a adquirir los hábitos normales de alimentación. Es agotador tanto física como mentalmente. Con frecuencia, me sentía incómodamente llena y me sentía incómoda por el hecho de *estar* llena. Estos sentimientos comenzaron a cambiar cuando continué comiendo y seguí el plan de alimentación proporcionado por la dietista. Una buena amiga y compañera que se estaba recuperando de la anorexia me recordó que la comida era mi medicina. Sin embargo, al igual que la quimioterapia en pacientes con cáncer, puede hacerte sentir muy mal algunas veces. El sistema digestivo había olvidado cómo funcionar adecuadamente. La ansiedad provocada por la recuperación del peso, e incluso la ingesta de alimentos normales, casi me hace perder la cabeza. Sin embargo, así como el paciente con cáncer sabe que la quimioterapia, a la larga, lo ayudará, incluso con los efectos secundarios desagradables, sabía que seguir comiendo era mi boleto a la recuperación.

...incluso con los efectos secundarios desagradables, sabía que seguir comiendo era mi boleto a la recuperación.

Recuperación a cualquier precio

Luego de que el trastorno alimentario tocara casi fondo, prometí recuperarme a cualquier precio. Lo que se necesitara hacer, lo haría. Si eso significaba probar un alimento nuevo que me diera miedo, lo haría. Si significaba mudarme a un apartamento más económico y más cercano al trabajo para poder pagar los alimentos y la terapia, lo haría. Significaba que quedarme dormida no era excusa para no comer y que en mi presupuesto debía priorizar los alimentos antes que los libros. Significaba llevar un bocadillo en mi bolsa en todo momento para no tener excusa de no comer. Significaba conseguir un trabajo con menos estrés y un sueldo más bajo para estar más cerca del equipo de tratamiento y poner más energía en la recuperación.

Significa que ahora no me tropiezo con la balanza del baño ya que la boté un día, alegremente, en un contenedor de basura. Ahora mi refrigerador tiene una amplia variedad de alimentos y sobras. Utilizo los libros de cocina para realmente preparar recetas en lugar de babearme con ellos. La mesa de la cocina suele estar llena de alimentos y personas. No tengo miedo de perder una sesión de entrenamiento para encontrarme con una amiga y consolarla luego de un día complicado.

¿Hasta dónde estas dispuesto a llegar *tu*?

Cómo enfrentar al mundo durante la recuperación

En este momento, debes estar pensando: “Grandioso. ¿Y ahora? Sé cómo y por qué debo buscar tratamiento, cómo lograr que mi familia y mis amigos me ayuden y cómo tratarme bien durante la recuperación. ¿Pero qué sigue después? ¿Qué sucede cuando tengo que ir a la escuela, al trabajo o cuando me mudo a otro lugar para ir a la universidad?” ¡Caray si lo sé! No tengo un libro de recetas para eso. No existe una forma correcta. Lo que puedo ofrecerte son consejos y maneras de enfrentar a la recuperación que han sido de utilidad para mí.

Mientras que en el capítulo anterior me centré en cómo enfrentar a los desafíos emocionales y mentales de tu propia recuperación personal, en este capítulo, te ofrezco algunas tácticas simples que puedes aplicar a diario y que te ayudarán a enfrentar a la escuela, a la familia, al trabajo—en otras palabras— al mundo exterior, mientras te encuentras en la etapa de recuperación del trastorno alimentario. Seamos realistas: enfrentar a las personas y a las responsabilidades puede ser difícil incluso bajo las mejores circunstancias. Lo que sigue son estrategias que me ayudaron a atravesar cada día de trabajo, de escuela y de todo lo demás en mi larga lucha contra el trastorno alimentario y que pueden ayudarte a ti también a seguir recuperándote y gozar de buena salud.

Cómo hablar con la familia y los amigos sobre el trastorno alimentario

Aunque nunca tuve que contarles a la mayor parte de mi familia y a mis amigos que padecía un trastorno alimentario (ellos eran los que durante meses y meses me decían a *mí* que tenía un problema), eventualmente, tuve que confesar que tenían razón y que no podía pasar por esto sola. Todo lo que escuchaba eran los “Te lo dije” que me imaginaba que mis padres dirían. Por fortuna, nunca lo hicieron. Sólo asintieron en señal de aceptación y comenzaron a movilizar recursos. No todos tienen la misma suerte. En ocasiones, los padres levantan las manos, desesperados, y tienes que recurrir a la ayuda de amigos, consejeros

escolares, integrantes del clero u otras personas importantes en tu vida. Muchas veces, las personas que se preocupan por ti están dispuestas a ayudar. Pueden equivocarse al principio pero, mientras estén dispuestos a obtener más información sobre el tema, el comienzo será positivo.

La mejor manera de abrir las líneas de comunicación sobre el trastorno alimentario es abordar a tus padres cuando ellos tengan tiempo suficiente para discutir el asunto. Utiliza afirmaciones que incluyan la palabra “yo” para describirles tu experiencia (“Yo siento que cuando como”) en vez de utilizar “ustedes” (“Ustedes hacen comidas que engordan”). Si puedes crear un ambiente de comunicación abierta y franca, probablemente les facilitarás a tu familia y a tus amigos la apertura y la honestidad.

Prepárate para recibir respuestas variadas que van desde el apoyo a las lágrimas, de la negación al enojo y todo tipo de reacciones intermedias. Ten en cuenta que una reacción

Ten en cuenta que una reacción fuerte no indica que esa persona no se preocupa por ti o por tu situación.

fuerte no indica que esa persona no se preocupa por ti o por tu situación. Solamente significa que están preocupados, tienen miedo o están enojados porque no lo notaron antes. A menudo las personas ya se han dado cuenta de que había algo inusual en tu conducta y les dará gusto saber finalmente qué es lo que sucede.

Desafortunadamente, aún existe un gran estigma en relación con las cuestiones de salud mental en general, como así también un malentendido general sobre los trastornos alimentarios. Esto puede dificultar que un ser querido acepte que padeces una enfermedad mental. Los folletos educativos y la información proporcionada por sitios web serios pueden ser de utilidad dado el caso (consulta la sección Recursos de este libro). Por último, puedes prestarles este libro si sientes que los ayudará a comprender mejor lo que te está sucediendo.

Cómo conseguir apoyo durante la recuperación

Cuando mis padres comenzaron a insistir con que tenía un trastorno alimentario, me resistí a comenzar el tratamiento ya que pensaba que podía hacerlo “sola”. Desafortunadamente, aunque parecía que había encontrado la entrada al trastorno alimentario, no podía encontrar la salida. Necesitaba apoyo tanto personal como profesional.

Nunca conocí a nadie que haya logrado recuperarse de un trastorno alimentario sin ayuda externa. Necesitamos apoyo profesional o el de los amigos y la familia.

Si la situación lo permite, es de mucha utilidad involucrar a tu familia nuclear en la recuperación. No todas las familias están dispuestas a ayudarte en este proceso o son capaces de hacerlo, pero muchos padres y hermanos sí desean ayudar.

Una de las mejores maneras de conseguir su apoyo es ser abierto sobre el trastorno alimentario y las luchas que éste conlleva. Aprendí a fuerza de cometer errores que nadie puede

...nadie puede ayudarte si no saben cuál es el problema.

ayudarte si no saben cuál es el problema. Tu familia no puede leer la mente. No sabrán cómo ayudarte a menos que se lo digas. He descubierto que mucha educación y terapia familiar pueden realmente facilitar el diálogo (consulta el capítulo 4). Mis padres se sienten mejor ahora que saben que mi frase: “¡Me siento gorda!” tiene más que ver con cómo me siento emocionalmente que con el tamaño de mi trasero. Saben que en los momentos de mayor estrés es cuando necesito más apoyo. Saben cuándo termina el apoyo saludable y cuando comienza la intromisión.

También es importante que involucres a tus amigos en la recuperación. Mis amigos saben cuándo necesito terapia Starbucks y cuándo deseo quedarme a ver una película. Sin embargo, lo saben sólo porque yo se los he dicho. Me llevó muchas sesiones terapéuticas y años de práctica adquirir mínima diplomacia y ligereza para pedir ayuda. Luego me tomó más tiempo aún aceptar que no todos tienen las mismas habilidades para apoyarme. No le pidas bananas a quien no las tiene (algo parecido dice la terapeuta).

Ser abierto sobre el trastorno alimentario con las personas que se encuentran fuera de tu círculo íntimo de familiares y amigos (incluso dentro de ese círculo) es una cuestión de preferencia personal. En ocasiones, puede ayudar a reducir la vergüenza que suele girar en torno a las conductas relacionadas con los trastornos alimentarios. También puede servir como otra vía de apoyo. Por otro lado, saber que padeces una enfermedad mental puede predisponer a otras personas a que tengan prejuicios sobre ti, en especial las universidades y los posibles empleadores. Contarles a otras personas no significa que debes colgarte un cartelón que diga: “¡Tengo un trastorno alimentario!” en letras rojas y brillantes. Es aconsejable ser discreto a la hora de contarlo. Hablar con tus padres y amigos sobre cuán abierto quieres ser puede ayudar a prevenir malentendidos. Mentir abiertamente sobre la

enfermedad puede ser problemático y hay muchas otras maneras de prevenir discusiones no deseadas sobre tu afección.

Cómo manejar comentarios tontos, parte I

Casi con total seguridad, las personas harán comentarios tontos. Pueden hacer observaciones sobre los cambios que notan en los hábitos personales, en el peso o la silueta como resultado del trastorno alimentario. Sus comentarios pueden ir de la simple curiosidad hasta la estupidez pura. Mientras que la mayoría de las personas realmente tienen buenas intenciones cuando hacen estas preguntas, no suelen estar bien informadas, por lo que, con frecuencia, producen el efecto opuesto. He recibido muchos comentarios idiotas de personas que no tienen ni idea de lo que son los trastornos alimentarios. Éstos son los más destacados:

- *¡Ojalá yo también tuviera un trastorno alimentario!*
- *Así que tú, ¿es, como que, no comes o algo así?*
- *¿Me enseñas a cómo bajar de peso así?*
- *¿Comes el pastel y lo vomitas?*
- *¿Tienes SIDA?*
- *¡Come ya!*
- *Si no dejas el trastorno alimentario, te irás al infierno.*

Estos comentarios eran una gran oportunidad para a) ser sarcástica y b) brindar un poquito de información sobre los trastornos alimentarios. Lo que me da mejores oportunidades (y que me provoca más cólera) es cuando las personas dicen que les gustaría tener un poco de anorexia. ¿Ah sí? ¿Así que quieres tener osteoporosis a los 23 años? ¿Quieres tener los intestinos arruinados de por vida por el abuso de laxantes? ¿Quieres gastar tu fondo para la universidad? ¿Quieres dejar de comulgar en la iglesia por miedo a las calorías de la hostia y el vino de la eucaristía? ¿Quieres dejar de ir a la despedida de soltera de tu amiga porque no puedes perderte una sesión de entrenamiento? ¿Aún quieres padecer anorexia? Cuando las personas me dicen que escucho la voz de Satanás y que debo arrepentirme, les digo que la mejor versión del infierno debe ser mejor que esto.

A veces la honestidad cruda es la mejor manera de hacerle frente a esos comentarios. He descubierto que muchas personas te dejan tranquila después de eso. Por supuesto, no te recomiendo que les digas cómo bajar de peso, pero decirles que el trastorno alimentario no es la forma de hacerlo es bastante eficaz. Es importante recordar que estas afirmaciones no tienen tanto que ver contigo sino con las percepciones que las personas tienen sobre ellos mismos. Al final, tú decides cuán abierto quieres ser sobre el trastorno alimentario. Con algunas personas es mejor evadir el tema ya que vociferarán lo que les cuentes íntimamente.

La vida cotidiana: las 23 horas del día en las que no estás en terapia

La terapia es extremadamente útil y será un gran apoyo para ti durante la recuperación, como también lo serán tu familia y tus amigos. El objetivo de la terapia y el arduo trabajo que conlleva no es aprender cómo las personas pueden sostenerte cuando te caes sino aprender a pararte por tus propios medios. Hay algunos aspectos de tu vida durante la recuperación que puedes controlar con la ayuda de tu familia y tus amigos; hay otros cambios que debes hacerlos tú mismo. Mientras que es probable que tengas que modificar algunas de las estrategias que siguen a continuación para que se ajusten a tus necesidades individuales, éstas tienen el propósito de proporcionarte consejos generales a modo de punto de partida.

La vida en la escuela secundaria

Enfrentar a la escuela durante la recuperación puede ser extremadamente difícil y provocar ansiedad. La mejor opción es tener un plan sobre cómo enfrentar a los profesores, a los trabajos escolares y a tus compañeros. En el caso particular de los profesores, lo más eficaz suele ser conseguir la ayuda de tus padres y del equipo de tratamiento para que proporcionen pruebas por escrito de las excepciones que puedas necesitar que hagan. La mayoría de los profesores están dispuestos a adecuarse a tus necesidades, desde darte fechas alternativas para los exámenes y más tiempo para las evaluaciones, hasta aliviarte la carga de tareas y permitirte trabajar con un tutor que vaya a tu casa. Esto puede ser útil en casos en

los que las citas frecuentes con el terapeuta o el médico te hagan perder clases con frecuencia. Yo utilicé estos métodos cuando me enfermé gravemente de bronquitis y no podía asistir a la primera hora de clase durante el tercer año de la escuela secundaria. Realmente me ayudó a recuperarme porque permitió que mi cuerpo tuviera el descanso que necesitaba.

CÓMO ENFRENTAR A LOS COMPAÑEROS

Por otra parte, los compañeros pueden ser más problemáticos. La escuela secundaria es famosa por las camarillas, que pueden ser una fuente de chismes y otros rumores. Esto no siempre se puede prevenir y existe una delgada línea entre el ser lo suficientemente abierto como para prevenir rumores y el proteger la propia privacidad. Muchas personas simplemente desean saber por preocupación o curiosidad, aunque en distintas medidas. Especialmente en el comedor puede ser difícil comer de manera responsable cuando tus amigos están a dieta y hablan de los alimentos y el peso. Es mejor insistir en cambiar de tema. No siempre tienes que decir por qué, pero tienes el derecho de decir lo que piensas sobre tales cuestiones.

La vida durante y después de la universidad

La universidad es el momento en el que los trastornos alimentarios pueden aflorar debido al aumento del estrés y a la reducción de la estructura y la supervisión. Luego de haber pasado por un breve periodo de anorexia en la preadolescencia, el trastorno alimentario comenzó de verdad en la universidad, lentamente durante el primer año, y se acrecentó durante el segundo año. Cuando comencé el último año, estaba tan agotada que no me quedó otra opción que tomarme un semestre para ingresar a un centro residencial terapéutico. Si tenemos en cuenta que era la mejor estudiante de la universidad, esta realidad resultó devastadora. Toda mi existencia fuera del trastorno alimentario se centraba en la escuela. Sin ella, estaba perdida. De todas maneras, el semestre en el que no asistí salvó mi vida. Con la carga de trabajo que tenía, nunca hubiese tenido la energía para dedicarme de lleno a la recuperación.

La decisión de ausentarse un semestre o un año de la universidad es muy personal.

Conozco a varias personas que se recuperaron mientras seguían siendo estudiantes a tiempo completo. También conozco a personas que necesitaron ese tiempo libre para reorganizarse y trabajar más intensamente en la recuperación. Al haber solicitado el ingreso a un programa de posgrado, sé que la mayoría de las universidades (y la mayoría de los empleadores) prestan más atención a las materias que has cursado. Tomarse un semestre libre es algo bastante común, por lo que no suele ser muy cuestionado. Puedes discutirlo con el equipo de tratamiento y quizás ellos puedan proporcionarte algún tipo de guía.

De la misma manera que puedes hacerlo en la escuela secundaria, hablar con los profesores universitarios y con otros instructores sobre tus problemas puede ayudarte a modificar la carga de trabajo para maximizar la recuperación si decidieras permanecer en la universidad. No necesitas revelar la razón por la que necesitas modificaciones; decir solamente que tienes una afección médica suele ser toda la información que un instructor necesita. Si tienes profesores que son particularmente comprensivos, puede ser de mucha ayuda que les comentes sobre tus trastornos alimentarios, ya que pueden ser una buena fuente de apoyo.

Muchas administraciones universitarias están comenzando a darse cuenta del impacto que los trastornos alimentarios tienen en la población estudiantil, por lo que poseen grupos de apoyo en el campus y brindan terapias psicológicas y nutricionales gratuitas. A través de la universidad, accedí a una terapia semanal gratis durante un semestre y muchas personas han hecho lo mismo. Esto es conveniente particularmente si ya no cuentas con la cobertura de los planes de seguro de tus padres. Aunque no concurras a la universidad, los centros terapéuticos del campus pueden brindar derivaciones comunitarias.

Muchas administraciones universitarias están comenzando a darse cuenta del impacto que los trastornos alimentarios tienen en la población estudiantil, por lo que poseen grupos de apoyo en el campus...

Otro aspecto de la lucha contra el trastorno alimentario durante la universidad es la sensación de soledad que provoca. Entre las conductas relacionadas con los trastornos alimentarios y las tareas escolares, no me quedaba casi nada de tiempo para mis amigos o para socializar. Todo eso lo hacía en el trabajo de medio tiempo que tenía en el periódico escolar del campus. Incluso en esas circunstancias, me resultaba difícil salir con mis compañeros a cenar o a tomar algo porque tenía mucho miedo de ir con ellos. Calmar el

aislamiento era una tarea monumental. Lo que me ayudó fue participar en organizaciones en donde encontraba apoyo social, ir a servicios religiosos habitualmente y reducir la cantidad total de las materias que cursaba cada semestre para tener más tiempo y energía para construir amistades y relaciones valiosas.

La vida laboral

Junto con la universidad, la terapia y las citas con la dietista, un trabajo o una pasantía demandan un cuidadoso acto de malabarismo. En mi experiencia personal, he descubierto que el trabajo de recuperación era tan difícil que necesitaba liberarme de todo el estrés que pudiera. Por esta razón, no trabajaba. Por otro lado, cuando no estaba en la universidad, un trabajo de medio tiempo, de diez horas semanales, me forzaba a salir de casa y me distraía para no pensar en el trastorno alimentario.

Piensa si tu supervisor puede brindarte confianza y seguridad para que le cuentes sobre el trastorno alimentario. Si decides no hacerlo, puedes decirle solamente que tienes un problema médico que necesita ser controlado de cerca. Eso es todo lo que necesita saber tu supervisor; el trastorno alimentario es un asunto personal y puedes decidir qué información revelar. Sin embargo, asegúrate de que tu supervisor sepa que necesitas una comida o descansos para no tener demasiado hambre. Otra vez, sólo puedes decir que debes comer con frecuencia debido a una afección médica. Todos mis supervisores, incluso en trabajos de mucha presión, han sido absolutamente serviciales y me han apoyado mucho; me han llegado a permitir cambiar turnos por las comidas y las citas.

Cómo predicar con el ejemplo

Cuando me encontraba inmersa en la anorexia, pensaba que una vez que comiera unas porciones de pastel ya estaría “curada” y podría dejar el hospital y regresar a mi vida diaria. Déjame decirte que si mi milagroso pastel de manzana me hubiese curado, sería rica. La recuperación consiste en la rehabilitación tanto física como mental. Para la mayoría de las personas, la recuperación física suele ocurrir antes de que disminuyan los síntomas psicológicos. Esto crea una extraña desconexión porque si bien el aspecto mejora por la sanación gradual del cuerpo, los pensamientos relacionados con los trastornos alimentarios

siguen siendo intensos. *Comer adecuadamente y/o mantener un peso saludable NO son los únicos indicadores de la recuperación.* Otros indicadores importantes incluyen la disminución de los pensamientos obsesivos, la capacidad de digerir la comida sin temor, la reducción de la distorsión en la percepción de la imagen corporal y el regreso a la vida normal diaria.

Luego de que me diagnosticaron el trastorno alimentario, leí varios libros y sitios web sobre la recuperación, con la esperanza de poder “curarme” sola como por arte de magia. Pensaba que la llave milagrosa estaba en algún lugar y que si buscaba bien la encontraría. La llave andaba por allí y probablemente la encontré en varias ocasiones. El problema fue que nunca consideré colocar la llave en la cerradura y hacerla girar. Los consejos sólo son buenos cuando los pones en práctica. No tienes que hacer todo lo que te recomiendo, pero tienes que hacer algo y buscar la recuperación con empuje y dinamismo. Puedes tambalear de vez en cuando —tema que trataré en el siguiente capítulo— pero una vez que te comprometas a recuperarte y a seguir sano, el fantasma del trastorno alimentario irá desapareciendo mientras tu calidad de vida mejorará enormemente.

...una vez que te comprometas a recuperarte y a seguir sano, el fantasma del trastorno alimentario irá desapareciendo mientras tu calidad de vida mejorará enormemente.

Recaída: arriba y abajo otra vez

¡Ah! La recaída. La palabra temida, especialmente en los centros terapéuticos. La recaída se define como la reaparición de los síntomas del trastorno alimentario o el deterioro de la condición de la persona luego de presentar una respuesta positiva inicial al tratamiento. La recaída es común entre aquellos que padecen trastornos alimentarios, aunque no se sabe bien cuán común es debido a las ideas contradictorias sobre lo que es exactamente una recaída. Un estudio realizado en 95 pacientes de entre 12 y 18 años de edad estimó que hasta el 30% de pacientes con anorexia sufrieron una recaída luego de que les dieron el alta de un centro hospitalario terapéutico. Se cree que las cifras de recaídas en pacientes con bulimia son similares.

Aunque es común, la recaída no es inevitable, ni tampoco significa que nunca te recuperarás verdaderamente. La recaída es una oportunidad de aprender sobre lo que te llevó a ese difícil lugar, *luego de haber regresado al camino correcto*. Si te encuentras con un accidente automovilístico en un camino desierto, no te detienes a preguntar si alguien estaba bajo los efectos del alcohol, si no estaba prestando atención o si no pudo ver. Te bajas del carro para ayudar a los pasajeros. Luego viene la policía para analizar la escena.

La recaída es una oportunidad de aprender...

Lo mismo sucede con las recaídas. Primero se saca a los pasajeros y se los lleva al hospital. Luego se analiza la escena. El análisis proporcionará mucha información que puede ser utilizada para hacer cambios en la carretera o en las leyes relacionadas con las bebidas alcohólicas y la conducción.

En el camino hacia la recuperación, tomé varios giros equivocados. Cuando vencía una conducta relacionada con los trastornos alimentarios la reemplazaba por otra. En ocasiones, las mismas conductas volvían con una venganza pasmosa que me llenaba de temor. Continuamente luchaba y me caía, volvía a levantarme, avanzaba, retrocedía e incluso me quedaba quieta por momentos. Sin embargo, tal como dice un amigo mío: “Mientras

pongas un pie delante del otro, eventualmente llegarás a algún lado”. En este momento en el que estoy escribiendo el libro, sigo en la etapa de recuperación del trastorno alimentario. No soy perfecta. Aunque tengo un peso saludable, aún tengo días en los que me miro en el espejo y siento vergüenza. Aún hay momentos en los que pienso que puedo “bajar unas libras” y detenerme cuando lo desee. La diferencia reside en que ahora conozco los peligros de regresar al trastorno alimentario. Creo en la recuperación total, pero también sé que no puedo olvidar que he padecido un trastorno alimentario para no regresar a conductas destructivas. Ya me equivoqué antes, durante la lucha contra la recaída, y no puedo darme el lujo de hacerlo otra vez.

Creo en la recuperación total, pero también sé que no puedo olvidar que he padecido un trastorno alimentario...

Señales de recaída

- aumentar los pensamientos obsesivos sobre la comida y el peso
- desear controlar todo, todo el tiempo
- tener actitudes perfeccionistas
- desear escapar de situaciones estresantes
- no sentir entusiasmo por el trabajo, las relaciones y la vida
- creer que la felicidad y el éxito se alcanzarán a través de la delgadez
- sentir que estás “demasiado gordo” aunque los demás digan lo contrario
- desear el aislamiento
- ser incapaz de utilizar los sistemas de apoyo
- mentir sobre los síntomas a las personas que brindan ayuda
- mirarse seguido en el espejo
- pesarse diariamente
- evitar ciertos alimentos por el contenido calórico
- comprar productos que son mayormente dietéticos
- saltar comidas
- hacer ejercicios desmedidos
- usar solamente ropa suelta
- tener pensamientos suicidas
- sentir repugnancia hacia uno mismo luego de comer

(Pasaje seleccionado de *The Body Betrayed: A Deeper Understanding of Women, Eating Disorders, and Treatment*, de Katherine Zerbe.)

Un paso hacia adelante, dos hacia atrás

Durante los seis meses posteriores al alta del último viaje a la sala de psiquiatría gracias a la anorexia, me aferré a la vida, aunque apenas podía asirme con las uñas. La vida era muy nueva y muy salvaje. Egresé de la universidad con un título en bioquímica y matemáticas pero no tenía trabajo. Por desesperación, acepté la primera oferta de trabajo que se me presentó: un puesto de investigación en un laboratorio de genética en un hospital muy importante dedicado a investigaciones. Era deprimente. Me aburría muchísimo. Me encantan los números y las computadoras, pero manejar una base de datos y hacer análisis de ADN no ocupaba mi mente todo lo que necesitaba. También me encontraba viviendo sola por primera vez en mi vida.

Todos estos cambios juntos fueron de mal agüero.

El cerebro, al buscar algo qué hacer todo el día, comenzó a obsesionarse con la comida nuevamente. Al no tener la preocupación de terminar la tesis universitaria, la voz del trastorno alimentario volvió a cobrar vida rugiendo. Dado que pronto aprendí las rutinas del laboratorio de investigación, mi mente se aferró a la comida y al peso para tener algo con qué entretenerse. Sin el apoyo y la estructura de mi casa, comencé a tambalear. No sabía cómo luchar contra el trastorno alimentario. Todo el tratamiento se había centrado en las necesidades más inmediatas de estabilización médica y psiquiátrica. Aún debía aprender como liberarme de la anorexia por completo.

Todo se descontroló cuando apareció un nuevo problema médico: tuve una convulsión y luego otra, aunque en ambas instancias no presentaba conductas relacionadas con el trastorno alimentario. Los médicos no podían dar con los orígenes de las convulsiones y sugirieron algunas causas típicas de la epilepsia. Una de esas causas quedó en mi mente haciendo eco: *daño cerebral*. Las convulsiones pueden deberse a un daño cerebral. ¿Acaso la inanición había provocado un daño cerebral? Tambaleé por el impacto. Se sabe que algunas anomalías metabólicas, como los niveles bajos de sodio en el flujo sanguíneo, pueden causar convulsiones cuando las personas se niegan a comer. Sin embargo, ¿acaso había experimentado los efectos a *largo plazo* que llevaban a la epilepsia? No podía dejar de preocuparme por haber dañado mi cuerpo de manera permanente. No creía que eso me pudiera pasar. Las consecuencias fueron peores: estuve sin licencia de conducir durante más de seis meses. Puedes sacar a la muchacha de Starbucks, pero no puedes sacar la necesidad

de Starbucks de la muchacha. Éste debe haber sido el peor golpe: depender enteramente de otras personas para necesidades tan básicas como el *café*.

Aunque los medicamentos anticonvulsivos que comencé a tomar controlaron las convulsiones, también me provocaron mucho aumento de peso. Yo lo ignoraba y me asusté cuando comencé a comer todo lo que había en los armarios de la cocina. Le eché la culpa a la debilidad moral y comencé a añorar los sentimientos de autocontrol que acompañaban a la anorexia. Con el paso del tiempo, me desesperó tanto el aumento de la ingesta de alimentos que comencé a purgarme. Esto se convirtió rápidamente en una recaída de dos años en donde seguía el ciclo de atracón-purga-restricción que parecía no tener fin. Nunca se me ocurrió pensar que la restricción que seguía al atracón y a la purga sólo lograba perpetuar el ciclo.

*Durante todo el día,
rezaba para
“permanecer fuerte” y no
recurrir a un atracón
esa noche.*

En ese tiempo, había renunciado al trabajo en el laboratorio de investigación y había comenzado a cursar una maestría en la Universidad de Michigan (University of Michigan). Disfrutaba muchísimo de las clases, aún cuando demandaban trabajos con grandes desafíos. Sin embargo, la cantidad de trabajo sólo servía para alimentar aún más el ciclo de atracón-purga-restricción.

Durante todo el día, rezaba para “permanecer fuerte” y no recurrir a un atracón esa noche. Las pocas veces en las que no recurrí a un atracón alentaban la creencia de que algún día dejaría de hacerlo. Fui honesta con la dietista en esa época ya que pensaba que podía ayudarme a salir del aprieto. Esperaba que las cosas “se arreglaran”. El problema es que las cosas nunca se arreglan hasta que no comienzas a hacer algo.

Lo irónico es que dejé los atracones y las purgas porque me había enamorado de un hombre, el cirujano maxilofacial que me extrajo las muelas de juicio. Como los analgésicos fuertes me habían caído muy mal, me recetó Advil. Me explicó que los vómitos harían que los puntos se salieran formando así un alveolo seco. No sabía bien qué era, pero parecía doloroso. No quería regresar y admitir que se me habían salido los puntos. Así que dejé de vomitar. Lo dejé abruptamente. Luego de pasar momentos de muchos nervios durante las primeras semanas, con el paso del tiempo, la necesidad de purgarme disminuyó cada vez más.

En ese momento, mi peso se estabilizó. Me sentía bien mental y físicamente como

no lo hacía en años, aunque seguía bastante obsesionada con la comida y el peso. Aún pensaba que estaba demasiado gorda y juré que algún día bajaría el exceso de peso provocado por los medicamentos.

Regreso a la anorexia

El regreso a la anorexia comenzó tan lentamente que no me di cuenta de que era una recaída. Cada paso era tan pequeño que no lo percibía. No supe que estaba pisando terreno peligroso hasta que fue demasiado tarde. El segundo año del curso de posgrado fue más estresante de lo que se puede describir. Solía pasar 12 horas diarias en la computadora del laboratorio para terminar tareas y proyectos. Mi hermano se casaba en noviembre y yo era una de las damas de honor (debía usar un diminuto vestido y zapatos teñidos haciendo juego). Mi primer libro estaba a punto de ser publicado. Simplemente sufrí una crisis nerviosa.

Pude permanecer en la universidad por un pelo. Dejé una materia para aliviar la carga de trabajo y descubrí que realmente disfrutaba de las materias optativas que cursé el último semestre del posgrado. Logré recuperarme por un tiempo. Desafortunadamente, comencé a confiar en una solución temporaria para sostenerme de manera permanente. Cuando terminé de investigar y escribir la tesis y comencé a buscar trabajo, el estrés y la incertidumbre que me provocaba el empleo volvió a abrumarme. El peso y los signos vitales continuaron descendiendo, pero justo cuando estaba pensando en un tratamiento más intensivo, me contrató el Departamento de Salud de Michigan (Michigan Health Department) para ocupar un puesto fascinante pero a la vez muy estresante. No supe priorizar la recuperación y no tenía idea de cuán rápido sufriría las consecuencias.

Las largas horas, el constante estrés y la reaparición de los síntomas relacionados con los trastornos alimentarios me agotaron. De repente, la prioridad era dormir y la comida pasó a segundo plano. Caía en un sueño profundo apenas regresaba del trabajo y no me despertaba hasta la mañana siguiente. La depresión también volvió por lo que decidí tomar un nuevo antidepresivo para que me ayude.

Tomar el nuevo antidepresivo resultó ser el límite. Había estado a punto de hacer un tratamiento más intensivo durante más de un año y, como comencé a comer menos, la

anorexia —que había logrado contener débilmente por tanto tiempo— volvió a apoderarse del cerebro con garras letales. Al principio, me la pasé volando con energía, sin siquiera sentir necesidad de comer. Por supuesto que no necesitaba algo tan banal como la *comida*. Dejé de dormir normalmente y daba vueltas en la cama toda la noche. Para canalizar el exceso de energía, comencé a dar vueltas por el complejo de apartamentos durante horas y hacía las tareas con un ritmo frenético que no llegaba a entender. No sabía, en ese momento, que el antidepresivo me había llevado a un episodio de hipomanía, casi igual que el que había sufrido cuatro años y medio atrás.

Sin embargo, a una subida espectacular le sigue una bajada espectacular. Al igual que la segunda ley de movimiento de Newton —todo lo que sube baja— colapsé en una semana. Regresé al consultorio médico con fatiga excesiva y finalmente se me diagnosticó mononucleosis, a lo que se atribuyó la pérdida de peso (notable pero no excesiva). La semana siguiente tuve una cita de seguimiento.

Cuando aparecieron los primeros retortijones de hambre, los ignoré. No quería sentirlos, ya no sabía lo que *significaba* el hambre y estaba demasiado extenuada para poder hacer algo al respecto. Utilicé todas las excusas posibles para no comer: estaba demasiado estresada, demasiado ocupada y demasiado insegura sobre cuáles eran los alimentos apropiados para comer. Así que recorté la dieta —que ya era corta— y continué haciendo la mayor cantidad de ejercicios posible. Saqué la vieja y polvorienta balanza del baño que se encontraba debajo de la cama y era juez y jurado cada vez que ponía un pie en el diminuto baño. Aunque estaba estupefacta con la cantidad de peso que había perdido mi cuerpo naturalmente delgado, una voz desagradable que provenía de la base de mi cabeza me decía siseando: *¡Pierde más peso! ¡Sigues estando muy gorda! ¡NO tienes autocontrol! ¿Qué podía decir?* Comencé a tomar todo tipo de píldoras porque pensé que me ayudarían a bajar de peso. Me volví fóbica a casi todo lo que me ponía en la boca. De manera sistemática, me privé de casi todas las necesidades de la vida: dormir, comer y beber agua. Esto no se puede explicar a través de la razón. No era vanidosa ni buscaba atención. En realidad, me sentía avergonzada y abochornada por mi conducta.

Las siguientes semanas pasaron como una nebulosa gris. Volví a consultar al médico y me preguntó amablemente sobre la pérdida de peso. Alegué estrés y fatiga. “Me esforzaré por comer más. De veras lo haré”. A la semana siguiente, el peso y los signos vitales habían

bajado tan dramáticamente que la preocupación amable del médico se transformó en absoluta preocupación. Regresé a la tercera semana con casi nada de presión sanguínea y con pulso débil y lento. Me realizaron un ECG que demostró anomalías. Prometí ir a la clínica de atención de urgencia anexa al hospital local para que me hicieran análisis luego de ver al terapeuta. Cuando llegué a la puerta, me llevaron inmediatamente a la sala de emergencias. Encontraron que tenía niveles bajos de potasio y cetona en la orina, señales de un cuerpo privado de comida. Me pidieron que tomara jugo, comiera galletas integrales y tomara suplementos de potasio. El médico estaba confundido con los signos y síntomas por lo que me dijo que “tuviera cuidado”. Mi madre me llevó nuevamente al apartamento y antes de apagar las luces para irme a dormir, tomé más píldoras. Había perdido la cabeza.

Continué trabajando en el departamento de salud estatal hasta la cita de seguimiento la semana siguiente. Me dijeron nuevamente que necesitaba fluidos por vía intravenosa. Permití que me rehidrataran en la sala de emergencias, mientras luchaba todo el tiempo con el deseo de arrancar la aguja y correr. El tiempo pasó de prisa y, cinco días más tarde, volé a través del país hasta un centro residencial terapéutico en donde pasé los siguientes siete meses.

Regreso al centro residencial terapéutico

Luché contra el sistema con toda mi energía. Muchas veces comía llorando. Cuando no podía terminarla, un miembro del personal se sentaba a mi lado hasta que terminara la comida. Sin embargo, con el paso del tiempo, el cuerpo y la mente volvieron a recobrar fuerzas; la comida se volvió menos amenazadora y me abrí con la terapeuta y con los otros residentes durante la terapia de grupo. Surgieron varios problemas médicos en el camino, lo que demoró el proceso de recuperación de peso. Al finalizar el tratamiento, era lo suficientemente fuerte tanto mental como físicamente para partir cuando fuera el momento indicado.

Mi travesía aún no ha terminado ahora que no estoy en tratamiento y que he regresado a la vida real. Lucho diariamente, pero ahora tengo las habilidades necesarias para seguir comiendo y comunicarme con los demás; una de esas habilidades es reconocer que de vez en cuando *tendré* recaídas. Es importante darse cuenta que esto no significa que la

recuperación total nunca será posible.

Prevención de la recaída

...mientras más tiempo mantengas el peso normal luego de haber estado en el hospital, menor es el riesgo de la recaída...

Aunque es imposible predecir quién tendrá una recaída y quién no, ni cuando llegará, los investigadores han identificado algunos factores que parecen protegernos de dichas recaídas. Por ejemplo, un estudio realizado en adultos con trastornos alimentarios señaló que si el peso obtenido en la hospitalización se mantiene por un año luego del alta, el riesgo de la recaída se reduce considerablemente. En otras palabras, mientras más tiempo mantengas el peso normal luego de haber estado en el hospital, menor es el riesgo de la recaída, por lo que es particularmente importante que te enfoques en la recuperación durante los primeros posteriores al alta.

Los mismos tratamientos psicológicos descritos en el capítulo 4 se utilizan para prevenir la recaída. La terapia cognitivo-conductual y el método Maudsley han demostrado ser particularmente eficaces para prevenir el resurgimiento de los síntomas. Así que aún si sientes que te has recuperado por completo del trastorno alimentario, es una buena idea continuar con psicoterapia a largo plazo.

Aunque los medicamentos no suelen ser eficaces con las personas anoréxicas que tienen un peso por debajo de los límites normales, sí lo son para aquellos que sufren bulimia. Muchos especialistas en salud mental sostienen que aquellas personas que están recuperándose de la bulimia tienen menos probabilidades de recaer si continúan el tratamiento psicofarmacológico durante al menos seis meses.

A fin de cuentas, la clave está en la acción preventiva. Si sientes que estás volviendo a las conductas alimentarias no saludables, díselo inmediatamente a alguien: a tus padres, al médico o a otro miembro del equipo de tratamiento. Las recaídas suelen ser más graves que la incidencia inicial del trastorno alimentario, así que mientras más rápidamente puedas detener la reaparición de los síntomas, mejores serán las posibilidades de evitar una recaída total.

La frase que odiaba escuchar cuando recién había empezado la recuperación era:

“¿No es mucho *mejor* tu vida *ahora*?” Este... no. En algunos aspectos, me sentía peor. La ansiedad era peor; las molestias físicas eran peores. Casi llegué a idealizar los buenos tiempos de la anorexia y la bulimia, olvidándome de lo terrible que me sentía en ese momento, cuando la vida carecía de cualquier clase de placer. Sin embargo, aunque tanto la recuperación como el trastorno alimentario signifiquen el infierno, la recuperación tiene algo positivo al final. El trastorno alimentario sólo tiene un ataúd.

La bicicleta de la recuperación

Me llevó dos años de práctica antes de quitar las ruedas de apoyo de mi primera bicicleta. La recuerdo con claridad: una Huffy violeta con cintas y una canastita de plástico con flores rosadas de mal gusto. Fue el verano en que cumplí siete años y finalmente podía andar en bicicleta. Giré para hacerle la señal de aprobación a mi mamá y choqué contra un buzón. Luego de secarme el mentón y los codos raspados, volví a montarme y continué pedaleando. Tuve muchos otros contratiempos; por ejemplo, me caí sobre un camino de grava, pero aprendí de cada una de esas experiencias (“mira por donde vas” y: “no hagas coleadas en un camino de tierra”). Hasta el día de hoy, adoro la sensación de ir volando por una acera o un sendero de tierra.

La recuperación funciona de la misma manera. Lo intentas, caes. Vuelves a utilizar las ruedas de apoyo. Las quitas nuevamente. Caes. Vuelves a montar. Andas. Caes. Vuelves a

Permítete tener una caída de vez en cuando sin darte por vencido.

montar. Lo más importante que debes recordar cuando pedaleas la bicicleta de la recuperación es que el hecho de que te caigas no significa que no puedas volver a intentarlo. La recuperación de un trastorno alimentario es difícil y lleva

práctica. Permítete tener una caída de vez en cuando sin darte por vencido.

Cómo manejar comentarios tontos, parte II

Sería bueno que la gente dejara de hacer comentarios tontos una vez que comienzas la recuperación. Desafortunadamente, los comentarios pueden ser incluso más ridículos. Por ejemplo:

- *¡Te ves TAN saludable ahora!*
- *¿Vas a vomitar ahora?*
- *Te engordaron realmente bien.*
- *No PARECES haber sido anoréxica.*

Les repito, a veces la mejor táctica es simplemente alejarse, especialmente si no quieres hablar del trastorno alimentario con esa persona. Con otras personas, puede resultarte útil decirles cómo interpretaste sus comentarios. Si alguien dice que te ves más sano, ten la libertad de decirle que el trastorno alimentario te dice que saludable es sinónimo de gordo y que por favor no diga esas cosas. Aunque la otra persona no entienda bien como funciona tu línea de pensamiento, el objetivo es que dejen de decirte cosas que te lastiman.

Y, nuevamente, el humor es útil también. La empleada de una tienda, muy amable pero no tal útil, me dijo en una ocasión que estaba “aumentando bastante de peso”. Le dije: “Gracias. Tú también”. Hubiera vendido el alma por capturar la expresión de su rostro. Antes de salir por la puerta le dije: “Si te guardas tus pensamientos sobre mi peso, yo también mantendré la boca cerrada”. Nunca volvió a decir algo sobre mi peso.

Cierre

Escribí este libro como una joven mujer recuperándose de la anorexia y la bulimia. Me ha llevado cientos de miles de dólares y cientos de miles de horas de arduo trabajo llegar al lugar en donde estoy ahora. A veces me desaliento cuando veo lo que el futuro me depara y me doy cuenta de que aún debo seguir trabajando. Sin embargo, vuelvo a mirar el camino recorrido y me doy cuenta del progreso que hice desde que comencé la recuperación.

Durante muchos años quise recuperarme, pero no estaba dispuesta a dedicarle el esfuerzo necesario. Quería recuperarme según *mis* propias reglas: sin aumentar de peso, sin abandonar los atracones y las purgas y sin comer por temor a las comidas. Pero, ¡eh!, quería mejorar. Aunque esto ya era algo, comencé a hacer un verdadero progreso sólo cuando me comprometí a recuperarme por completo y a hacer lo que se necesitaba para luchar contra el trastorno alimentario. El camino hacia la recuperación y la cantidad de tiempo que lleva recorrer dicho camino varían de persona a persona. No es una competencia. No es una carrera. No existe la “recuperación perfecta”. Te caerás. Te sentirás perdido. Es así como aprendes.

La autora Jenni Schaefer me ha transmitido sus tres reglas de la recuperación del trastorno alimentario:

1. El trastorno alimentario no es una opción.
2. Debes hacer todo lo que sea necesario para recuperarte.
3. Nunca, nunca, nunca te des por vencido. Nunca.

Las estadísticas de recuperación de la anorexia y la bulimia no son siempre alentadoras. Sin embargo, como licenciada en epidemiología y estadística, sé que las estadísticas dicen algo sobre un *grupo* de personas, no sobre una persona individual. Tienes 100% de probabilidades de mejorar si le dedicas el mismo trabajo y la misma energía a la

Tienes 100% de probabilidades de mejorar si le dedicas el mismo trabajo y la misma energía a la recuperación que le dedicas al trastorno alimentario.

recuperación que le dedicas al trastorno alimentario.

El trastorno alimentario no se surgió de la noche a la mañana y tampoco mejorarás de ese modo. Tuve que sentarme frente a comidas que me daban temor y esperar a que se fueran los deseos de recurrir a atracones y purgas muchas veces antes de que los temores desaparecieran. Cada vez que pensaba que no podía controlar el temor y la ansiedad y volvía a las conductas relacionadas con los trastornos alimentarios, debía retroceder para volver al rumbo correcto. Puede hacerse, por supuesto; yo soy prueba de ello. Como dice Yoda de *Star Wars* (La guerra de las galaxias): “Hacer o no hacer. No existe el intentar”.

La recuperación siempre me parecía un destino claro, una especie de Disney World. La única semejanza que tenía esta idea con el proceso de recuperación era la presencia de las montañas rusas. Tuve tantas subidas y bajadas que me daba náuseas. Un minuto me sentía feliz y llena de esperanzas y al próximo me sentía deprimida y pesimista. Cambiaba de estados de ánimos en un instante. Cuando me sentía deprimida, solía arrojar la toalla y regresaba al trastorno alimentario con los brazos abiertos. Con el correr del tiempo, me di cuenta de que los malos momentos no durarían. Nunca pensé que la felicidad fuera eterna. ¿Por qué iba a ser distinto con la tristeza?

En muchas ocasiones pensé que aunque la recuperación completa era posible, yo no me recuperaría. No yo. A veces pensaba que no estaba lo suficientemente enferma como para “ser digna” de recuperarme. Otras veces pensaba que había estado demasiado enferma durante demasiado tiempo como para mejorar. Independientemente de la condición en que te encuentres respecto del trastorno alimentario y de la cantidad de tiempo en la que has estado enfermo, la recuperación total es posible. Una gran parte de mi trabajo depende de esa creencia: yo tengo el potencial para recuperarme. Quizás no en este preciso momento, pero un día seré libre de las conductas y los pensamientos relacionados con el trastorno alimentario.

Ahora que mi vida no está consumida por el trastorno alimentario tengo el tiempo y la energía para dedicarme a las actividades que amo. Puedo escribir mejor y con más claridad que cuando mi cerebro estaba privado de alimentos. Puedo utilizar mi experiencia en la superación de la anorexia y la bulimia para ayudar a otros, para educarlos en el tema y para abogar por mejores investigaciones, atención y cobertura de seguro para los trastornos alimentarios. Puedo acurrucarme con mi gatita sin sentirme culpable. Puedo degustar postres

en una tienda, relajarme y disfrutarlos.

La vida durante y después de la recuperación nunca será perfecta. Deseo desesperadamente que pudiera serlo y que todo el tiempo y la energía que ponemos en

*... mis peores días ahora
siguen siendo mejores que
los días en los que padecía
anorexia y bulimia y
tengo mucha más
esperanza para el futuro.*

sanarnos nos dieran un pasaje de ida a Utopía. Aún lo estoy esperando; los mantendré informados. Sin embargo, mis peores días ahora siguen siendo mejores que los días en los que padecía anorexia y bulimia y tengo mucha más esperanza para el futuro. Eso es algo que debes recordar cuando te embarques en tu propio

viaje hacia la recuperación. El camino puede ser largo y difícil y las cosas pueden empeorar antes de mejorar, pero si te comprometes con la recuperación, sí mejorarán.

Aún no he llegado, pero sigo teniendo fe. Sigo adelante.

Las pruebas no terminan nunca, por supuesto. La infelicidad y la desgracia existirán mientras los seres humanos vivan, pero hay un sentimiento que antes no estaba —y no está sólo en la superficie de las cosas— que dice: hemos vencido. Ahora será mejor. Puedes darte cuenta de ello.

—Robert M. Pirsig, *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance*

(Zen y el arte del mantenimiento de la motocicleta)

Apéndice:

Para los responsables de jóvenes que padecen trastornos alimentarios

Aunque he pasado años lidiando directamente con un trastorno alimentario, no he tenido que lidiar con una persona que lo padeciera. Mi mamá sostiene que decir que lo que vivimos fue un “infierno” es quedarse corto. No es fácil para ninguno de los que están involucrados. El hecho de que estés leyendo este libro es un acto digno de aplausos. Algunos padres niegan la enfermedad de su hijo hasta la muerte, otros pueden sentirse tan abrumados que ni siquiera saben por dónde comenzar.

Primero, quiero decirte algo: no tienes la culpa de que tu hijo tenga un trastorno alimentario. No es tu culpa. No tuviste ningún control sobre la enfermedad de tu hijo. Desafortunadamente, en este momento, ya sabes que tu hijo está enfermo por lo que la cuestión ahora es qué camino tomar. Dedicarle tiempo al juego de tratar de averiguar quién tiene la culpa no ayudará a tu hijo, ni contigo ni con los profesionales. Todos sienten esta culpa, la continua rumia “¿Qué hice para enfermar a mi hijo?”.

Permíteme repetirlo: *no* es tu culpa. No causaste la enfermedad y no puedes curarla. Pero puedes ayudar.

Lo que desearía que mis padres hubiesen sabido

Gran parte de la sabiduría en el mundo de los trastornos alimentarios proviene de la experiencia aprendida con (mucho) esfuerzo. La información de esta sección también fue obtenida del mismo modo. Espero que mis percepciones y las de mis padres puedan facilitar un poco tu travesía.

Regla n.º 1: confía en tus instintos.

Si crees que algo anda mal, probablemente así sea. Quizás no sea un trastorno

alimentario. Pero a lo mejor sí lo es. Los estudios han demostrado que cuanto más pronto se comience con el tratamiento, mejor será el resultado. Lleva a tu hijo al pediatra para que le haga un chequeo. Lo peor que puede suceder es que tengas un hijo absolutamente sano, aunque un poco enfadado. Sé abierto y honesto con tu hijo y el pediatra sobre tus sospechas. Pide al pediatra que controle los gráficos de crecimiento y la historia de peso corporal de tu hijo. En un niño en edad de crecimiento, ninguna pérdida de peso es saludable a menos que esté supervisada por un médico.

Regla n.º 2: desconfía del joven que hace dieta.

Como he sido adolescente y estudiante universitaria hasta hace poco tiempo, sé muy bien lo comunes que son las dietas y la obsesión por la imagen corporal. En muchas personas, estas obsesiones son dolorosas además de una distracción, pero no ponen en riesgo sus vidas. Sin embargo, si tu familia tiene antecedentes de trastornos de ansiedad, estado de ánimo y/o alimentarios, los peligros de comenzar una dieta que parece inocente pueden ser mucho mayores. Como los trastornos alimentarios tienden a coexistir con otras enfermedades mentales, tu hijo puede caer en la trampa de un trastorno alimentario sin darse cuenta.

Regla n.º 3: defiende a tu hijo.

Sobre todo si tu hijo es muy joven, deberás hacerte cargo del tratamiento y asegurarte de que recibe la ayuda necesaria. La negación es un rasgo común de los trastornos alimentarios e incluso para los adultos que los padecen es casi imposible buscar ayuda por propia voluntad. Especialmente si tu hijo tiene menos de 18 años de edad, tienes el derecho y la obligación de cuidar su salud psiquiátrica y médica. Investiga todas las opciones. De ser posible, incorpórate al equipo de tratamiento; tú eres quien pasa más tiempo con tu hijo y la información que puedas brindar a los proveedores de tratamiento es invaluable.

Regla n.º 4: es el trastorno alimentario quien te odia y no tu hijo.

Debo admitir, con vergüenza, que he atacado a mi madre cuando estaba en medio

del trastorno alimentario. Estaba confundida. Tenía miedo. Me sentía frustrada. Las emociones eran tan intensas que no podía expresarlas de manera adecuada y simplemente les daba rienda suelta con la persona que estaba más cerca. Una de las razones por las que terminé enojándome con mis padres y amigos cercanos era porque representaban la mayor amenaza para el trastorno alimentario y, por lo tanto, provocaban las reacciones más fuertes. Si tu hijo parece estar enojado contigo, especialmente porque supervisas lo que come, eso quiere decir que es una señal positiva ya que estás amenazando al trastorno alimentario.

Regla n.º 5: tu hijo está enfermo.

Si tu hija adolescente padece un trastorno alimentario, es probable que mienta. No lo hace para irritarte o porque le parezca divertido, sino porque tiene temor, temor a comer. También hay mucha vergüenza entorno los atracones y las purgas, lo que puede llevarla a mentir y esconder conductas y evidencias. Mientras que es saludable ser honesto, tengas o no un trastorno alimentario, intenta pensar en la mentira como un síntoma de la enfermedad. Con esto no quiero decir que mentir está bien, sino que los trastornos alimentarios no favorecen la honestidad. Sé firme. Bríndale tu apoyo.

Regla n.º 6: de ser necesario, busca hasta encontrar un médico que los ayude.

Quizás pueda sonar un poco categórico, pero algunos médicos no reconocerían un trastorno alimentario por más que se les dijera abiertamente lo que sucede. Las pruebas de laboratorio y los análisis de sangre suelen dar resultados normales incluso en personas que están gravemente enfermas, así que no permitas que el médico haga caso omiso a tus preocupaciones. Busca otro médico. Siempre hay alguien que te escuchará. Esto se da particularmente en poblaciones que no suelen ser consideradas propensas a padecer trastornos alimentarios (es decir: si tu hija no es una mujer joven y blanca). A veces el diagnóstico puede necesitar perseverancia teniendo en cuenta los altos niveles de negación que son comunes en la anorexia y la bulimia.

Regla n.º 7: la compañía de seguro puede no brindarte ayuda, pero sé insistente.

Las compañías de seguro consideran a los trastornos alimentarios enfermedades mentales, aunque las consecuencias físicas de la inanición, los atracones y las purgas son todas muy reales. Por lo tanto, puede resultar difícil conseguir cobertura para tu hijo a menos que esté comprometido desde un punto de vista médico. Se dice que si se apela la decisión de la compañía durante el tiempo necesario, se gana en tres de cuatro veces. Conozco padres que han optado por una segunda hipoteca de sus casas para poder conseguir atención para sus hijos. También hay opciones de tratamiento —como el método Maudsley— que permiten volver a alimentar a tu hijo en tu casa sin necesidad de atención hospitalaria.

Regla n.º 8: tu hijo sigue estando allí.

De verdad. Te lo juro. Ámalo. Ayúdalo a luchar. Regresará. No necesitarás un exorcista.

Lo que no se debe decir a una persona con trastorno alimentario

Mi mamá siempre bromeaba con el hecho de que yo tenía una sola manera de interpretar sus comentarios: exactamente *al revés* de lo que ella intentaba decir. El trastorno alimentario tergiversaba cada comentario o cumplido; todo era sinónimo de para que estaba gorda. Cuando bromeo ahora con ella sobre eso, le digo que debería haberle leído los derechos Miranda para padres con hijos que padecen trastornos alimentarios: todo lo que diga podrá y será utilizado en su contra por el trastorno alimentario. Por supuesto que no puedes controlar la manera en la que el enfermo responde a lo que dices y, aunque la precaución ayuda, no sirve ir en puntas de pie todo el tiempo. Aquí hay algunos comentarios que me parecieron particularmente dañinos:

“Parece que estás aumentando bastante de peso”. Para una persona con trastorno alimentario, esto significa una cosa y solamente una: estás engordando. En lugar de este comentario, puedes hablar de la personalidad floreciente, de la chispa en sus ojos o de la energía de su paso. Evita comentarios relacionados con el peso y la figura, que es como caminar sobre un campo minado.

“Me gustaría tener tu problema”. Esto invalida por completo la experiencia del enfermo e incluso puede llegar a alimentar las conductas relacionadas con los trastornos alimentarios. Después de todo, si otros quieren hacer lo que yo hago, entonces no es algo tan malo, ¿no?

“¡Sólo come!” Por supuesto que para que la persona que padece un trastorno alimentario se recupere deberá comer, pero no es algo tan simple como “sólo” preparar una comida, “sólo” levantar el tenedor y “sólo” comer. Si las personas que padecen trastornos alimentarios pudieran comer normalmente, lo harían. Tienen miedo. No pueden “sólo” recuperarse; lleva mucho tiempo y esfuerzo.

“Piensa en todas las personas que tienen problemas reales”. La anorexia tiene una tasa de mortalidad que asciende al 20%. Eso es un problema real para mí y comentarios como éstos pueden cerrar las líneas de comunicación entre tú y el enfermo ya que puede sentir que no lo comprendes.

“¿Cómo puedes decir que estás gordo? ¡Eres un esqueleto caminando!” Para una persona con trastorno alimentario, la imagen distorsionada del cuerpo no es distorsionada en absoluto. Las

sensaciones de gordura son muy intensas y reales. No tienes que estar de acuerdo con ellas, sólo creer. Apoyar. Preguntar cómo lo hace sentir. Comprender qué duros deben ser esos sentimientos. Y negarte a declarar, adhiriéndote a la quinta enmienda, si pregunta si está gordo.

Cómo hablar con un ser querido sobre el trastorno alimentario

La negación es muy poderosa, particularmente en una persona joven que sufre un trastorno alimentario. Los psicólogos denominan a los trastornos alimentarios *egosintónicos*, lo que significa que los enfermos no quieren renunciar al trastorno alimentario ya que están logrando exactamente lo que se propusieron. Las conductas patológicas tienen los efectos deseados. Lo que el enfermo puede no llegar a ver son los efectos que el trastorno alimentario tiene en otros aspectos.

Infórmate. Si sospechas que un ser querido padece un trastorno alimentario, la mejor manera de comenzar es obtener más información sobre los trastornos. No podrás encontrar una solución a menos que tengas un conocimiento profundo del problema.

Elige un momento y un lugar privados para hablar con la persona. Confrontar a una persona sobre un tema que está rodeado de secreto y vergüenza puede sacar a la luz emociones intensas en todos los involucrados. Además, la privacidad puede permitir al enfermo ser más franco y honesto que si se encuentra en un lugar público.

No abrumes a la persona. Esto quiere decir básicamente que tener a 30 personas en la misma habitación hablando sobre sus observaciones hará que el enfermo se sienta acorralado. Si bien puedes hacer referencia a comentarios y preocupaciones de otros, quizás sea más conveniente dejar que otros amigos y familiares hablen con el enfermo en un momento y lugar distinto.

También puede resultar de ayuda dar al ser querido el tiempo que necesite para responder a tus preocupaciones. Deja mucho espacio de tiempo entre los comentarios y las preocupaciones. Si está desprevenido, puede llevarle un tiempo expresar lo que está sintiendo. Al no interrumpirlo ni hablar rápidamente le das a entender que realmente lo estás escuchando.

Tan sólo los hechos señora. En lugar de decir lo que *sospechas* (“Creo que no estás almorzando en la escuela”), di lo que puedes afirmar o lo que ves (“Tus amigos me cuentan que arrojas el almuerzo a la basura todos los días”). Esto hace que sea mucho más difícil para

el enfermo negar lo que sucede. Cíñete a los hechos y trata de no sonar acusador; la persona está enferma.

Utiliza afirmaciones que incluyan la palabra “yo”. Sé que puede sonar a psicología barata, pero también es una forma eficaz de comunicarse en cualquier situación. Sin importar cuál sea la verdadera situación, es difícil discutir con la experiencia personal de las conductas de tus seres queridos. Si estás preocupado por alguna conducta en particular—por ejemplo, los constantes viajes al baño después de comer—entonces dile: “Cuando te veo correr al baño después de las comidas, me preocupo porque pienso que puedes estar vomitando. ¿Podemos hablar de eso?”.

Prepárate para recibir una negación. Particularmente los adolescentes suelen tener mucha confusión y muy poco conocimiento en relación con lo que les sucede. En las primeras etapas del trastorno alimentario, no creía que tenía anorexia. Solamente estaba bajando un poco de peso. No tenía idea de que se podía bajar tanto peso. No tenía un problema, mis padres lo tenían, poniéndose frenéticos por algo así.

Otra de las estrategias que suelen utilizar los enfermos para distraer la atención es redirigir la preocupación hacia ti. Puede decirte que ella está bien y que eres *tú* el que parece estar enfermo o que tiene hábitos preocupantes. Agradece la preocupación y lleva la conversación nuevamente a la preocupación sobre ella. Ya te encargarás de ti, pero ahora debes atender su situación.

No temas buscar ayuda. Tratar con un hijo que padece un trastorno alimentario puede ser muy estresante. Ver a un terapeuta personal y al terapeuta y dietista de tu hijo puede ayudar a todos a estar en la misma sintonía y dar tranquilidad.

Recuerda: cuanto más temprano se diagnostique un trastorno alimentario, mejor será el pronóstico. No tengas miedo de hablar. Confía en tus instintos; lo más probable es que conozcas mejor a tu hijo que cualquier otra persona.

Preguntas frecuentes para aquellos que han recibido un diagnóstico reciente

Entender los trastornos alimentarios:

¡Mi peso está dentro de los límites normales! ¿Cómo es posible que tenga un trastorno alimentario?

Los signos y síntomas (y causas de muerte) de los trastornos alimentarios no se limitan únicamente al bajo peso corporal. Si sientes ansiedad por la comida o si pasas la mayor parte del tiempo pensando en lo que comerás y en cómo evitarás la comida, planificando el próximo atracón y purga y/o preocupándote por encontrar el tiempo suficiente para hacer ejercicios, entonces tienes un problema. La mayoría de las personas que padecen trastornos alimentarios tienen un peso bastante normal. Mientras que las mujeres y los hombres escuálidos que se ven en los programas de entrevistas padecen, sin lugar a dudas, anorexia nerviosa, sus aspectos no son los que caracterizan a la gran mayoría de la población con trastornos alimentarios, incluso a los que tienen anorexia.

El médico me dijo que hago demasiado ejercicio. ¿Cómo puede ser que una persona haga demasiado ejercicio?

Para las personas que padecen trastornos alimentarios, ejercitarse de manera desmedida puede ser una manera de purgar las calorías no deseadas. Si no estás comiendo lo suficiente como para satisfacer las necesidades metabólicas del cuerpo, entonces eres más propenso a sufrir daños en los huesos, en los ligamentos o en los tendones. El cuerpo necesita tiempo para recuperarse entre las sesiones de entrenamiento. Muchas adolescentes atletas sufren de la “tríada de la atleta femenina”: amenorrea, osteoporosis y trastornos alimentarios. Es conveniente descansar un poco de los ejercicios, especialmente si crees que no puedes comer más para compensar el aumento en la actividad. Espera a encontrar una actividad que te guste. Puede ser divertido mover el cuerpo.

Me dicen: “¡Sólo come!” o que soy vanidosa. ¿Por qué no pueden entender que es mucho más complicado que eso?

Mucha de la información divulgada por los medios de comunicación populares muestra a las personas con trastornos alimentarios como niños ricos, mimados, egocéntricos y obsesionados con las dietas. Un paseo por una clínica de trastornos alimentarios los sacaría del error rápidamente. Obviamente, debes comer para poder recuperarte. Pero no puedes pedirle a una persona que padece cáncer que “mate todas esas células cancerígenas” y que “deje de hacer tanto lío”. Algunas personas no lo entienden y a otras ni vale la pena explicárselos. Sin embargo, para aquellos a quienes les importas en realidad, si les das algunos libros sobre trastornos alimentarios, puedes ayudarlos mucho a entender mejor.

¿Las píldoras “naturales” y suplementos dietarios son seguros?

“Natural” no necesariamente significa “seguro”. El veneno de las serpientes es natural. También lo es la toxina del botulismo, la sustancia más letal que se conoce. Muchos suplementos dietarios herbáceos (incluidas las píldoras adelgazantes) no están regulados por la FDA y, por lo tanto, su seguridad y eficacia no han sido demostradas. Como científica, opto por no comprar estas sustancias a menos que se haya probado que son seguras y eficaces en los ensayos clínicos. Además, pueden interactuar con otros medicamentos, así que asegúrate de decirle al médico todos los medicamentos que estés tomando: recetados, de venta libre y suplementos herbáceos.

Recientemente me han diagnosticado un trastorno alimentario y me dijeron que lo padeceré por el resto de mi vida. ¿Tengo alguna esperanza de recuperarme?

¡Sin lugar a dudas! Las investigaciones han demostrado que la gran mayoría de las personas jóvenes a las que se les diagnosticó un trastorno alimentario sí se recuperan y tienen vidas felices, saludables y plenas. El camino hacia la recuperación puede ser largo y estar lleno de subidas y bajadas, pero siempre hay esperanza. Yo me aferro mucho a dicha esperanza. Creo firmemente en la recuperación completa; es mi objetivo máximo en la vida. No quiero olvidar nunca que tuve un trastorno alimentario, ya que sé que debo permanecer alerta para comer regularmente, no hacer demasiado ejercicio y tomar los medicamentos. Sin

embargo, no significa que me atormentarán los pensamientos relacionados con los trastornos alimentarios.

Las mayores probabilidades de recuperación total se dan con el tratamiento temprano e intensivo. Cuánto más pronto puedas alcanzar un peso saludable y abandonar los atracones y las purgas, más rápida será la recuperación. Éstas no son las únicas señales de recuperación, pero constituyen los pasos más importantes. Tus padres y el equipo de tratamiento pueden ser una fuente invaluable de apoyo en este momento y pueden ayudarte a regular la alimentación y a controlar las emociones que surgen.

Tratamiento

¿Cómo sé cual es el mejor tipo de tratamiento para mí?

Es mejor debatir esta pregunta con tus padres y el equipo de tratamiento. Ellos son los más capacitados para tomar esta decisión. Sin embargo, la pregunta que hiciste consta de dos partes: 1) el enfoque utilizado en el tratamiento y 2) el nivel de apoyo que necesitarás para poder luchar contra el trastorno alimentario. Incluyo unas buenas preguntas a continuación:

- ¿Cuáles son las necesidades médicas y psiquiátricas inmediatas?
- ¿Tendré el apoyo que necesito para volver a alimentarme y/o abandonar los atracones y las purgas como paciente ambulatorio?
- ¿Cuáles son las unidades hospitalarias o los centros residenciales terapéuticos dedicados al tratamiento de trastornos alimentarios más cercanos?
- ¿El seguro cubrirá estos tratamientos?
- ¿Cuál es la filosofía del equipo de tratamiento ambulatorio? ¿Coincidirá con el tratamiento que reciba en caso de que necesite tratamiento hospitalario o residencial?
- ¿Qué es lo que mi familia y yo consideramos que dará mejores resultados para mí?

No existe una respuesta correcta. He utilizado muchos tratamientos distintos en el proceso de recuperación y he descubierto que todos fueron útiles en distintos momentos. Las más útiles *en mi caso* fueron las terapias conductuales (ICC y TDC, consulta el capítulo 4) que se centran más en cuestiones actuales y en desarrollar habilidades para que puedas

desenvolverte con eficacia en el mundo sin el trastorno alimentario.

¿Cómo reconozco si el terapeuta es el adecuado?

La psicoterapia es esencialmente la relación entre el terapeuta, tú y posiblemente tu familia. Puede suceder que no congenien de la noche a la mañana; lleva tiempo construir una relación de confianza. Prueba con un par de visitas si sigues con dudas. Por supuesto, sí, al final de la primera sesión, sabes que el terapeuta no es el indicado para ti, entonces considera otras opciones con total libertad. En mi caso, supe que había encontrado a la terapeuta adecuada la primera vez que me senté frente a ella. La Dr. M., según me enteré, odiaba las mañanas y amaba el café. Eso, junto con otras cosas, me convenció de que había dado con la terapeuta adecuada para mí ¡y estuve en lo cierto!

La mejor manera de juzgar si el terapeuta es el adecuado se basa no solamente en tu relación y en lo cómodo que te sientas confiando en él, sino también en cómo puede ayudarte a disminuir y abandonar las conductas relacionadas con los trastornos alimentarios. Tuve una terapeuta que era dulce y con quien había entablado una buena relación, pero los síntomas seguían desenfrenados y, eventualmente, no me quedó otra opción que buscar un tratamiento más intensivo.

¿Qué sucede si el seguro no cubre el tratamiento que me recomendó el equipo de tratamiento? ¿Qué puedo hacer?

¡Ah... las compañías de seguro! La cobertura de salud mental, especialmente para los trastornos alimentarios suele ser, bueno, pésima. Incluso en los estados que tienen paridad de salud mental (lo que significa que las compañías de seguro deben cubrir por ley las enfermedades mentales al igual que cubren las enfermedades físicas), ha habido rechazos de reclamaciones ya que la anorexia y la bulimia no son consideradas “enfermedades mentales con base biológica”. En el momento en que este libro llegó a la editorial, había varias demandas pendientes que cuestionaban este mismo concepto.

Por el momento, tus padres y tú pueden hablar con las compañías de seguro para negociar la cobertura. Quizás no sea mucho, pero es mejor que nada. Puedes apelar los rechazos que recibas varias veces. Pídele al equipo de tratamiento y al centro terapéutico que

aboguen por ti. Lo más importante es que documentes cada interacción que se establezca entre tú y la compañía de seguro. Escribe el documento e imprime una copia para archivarla y envía otra por fax a la compañía de seguros. Su filosofía es: si no ha sido documentado, no sucedió.

Finalmente, puedes continuar con el asunto por vía legal, a través de un juicio. No me agradan los juicios, pero si la compañía de seguro hubiese rechazado las reclamaciones de los últimos tratamientos residenciales, la hubiese llevado ante un tribunal, ya que no quiero que lo mismo le suceda a otras personas.

¿Cómo pagaré hasta que la compañía de seguro acceda a cubrir el tratamiento?

Tienes varias opciones. Una es pagar de tu bolsillo y reclamar luego a la compañía de seguro. Sin embargo, a veces, esto no es factible desde el punto de vista económico. Muchos terapeutas y dietistas tienen una escala móvil y los honorarios se basan en lo que tu familia pueda pagar. Esto me salvó la vida durante el tiempo en el que no tenía cobertura de seguro y tenía un trabajo con un sueldo bastante bajo. Finalmente, puedes comunicarte con United Way, con una agencia comunitaria de salud mental o con el departamento de salud local. A veces, tienen información sobre servicios de salud mental gratuitos o de bajo costo para personas que no pueden pagarlos.

Pasar por la recuperación

¿Cómo se supone que me recuperaré si no me siento listo?

Ésta es una de las preguntas más comunes que hacen los enfermos. Solía decir que me recuperaría una vez que estuviera lo “suficientemente delgada” o lo “suficientemente enferma”. Otras veces, deseaba esperar para ver si mi peso estaba realmente por debajo de los límites normales antes de que me permitiera comenzar a comer nuevamente. Sin embargo, la mayoría de las veces, temía la recuperación. Temía el fracaso, el éxito, la vida sin la presencia constante del trastorno alimentario.

Para decirlo de manera sencilla, nunca te sentirás listo para recuperarte. El temor no se irá. Irónicamente, sólo parece empeorar cuanto más dura el trastorno alimentario. Nunca

te dejará sentir lo suficientemente delgado o enfermo. Tuve que aceptar ese hecho y aún me es difícil, incluso después de varios años. No tengo una percepción precisa de lo enferma que estaba realmente. No te dan premios por ir más veces a las salas de emergencias durante la semana, ni tarjetas de felicitación por el nivel más bajo de potasio o por tener una sonda de alimentación. El primer paso que di hacia la recuperación fue cuando me di cuenta de que quizás no estaba lista para recuperarme, pero que definitivamente estaba lista para probar algo distinto.

Quiero recuperarme desesperadamente, pero creo que no puedo. Otras personas lo han logrado; soy testigo de ello. Pero yo no puedo. ¡Ayúdame!

Todos se recuperan a su propio ritmo y la recuperación es distinta en cada persona. A veces, avanzar en la recuperación implica que debes aprender y desarrollar nuevas habilidades para ser más eficaz a la hora de alejarte del trastorno alimentario y en la vida. Esto lleva tiempo. Lo lograrás. A mí me ayudó el recordar que no había razón para no recuperarme. Siempre pensé que no lo haría, que nunca lograría comer sin temor. Y aquí estoy, tranquilizándote y confirmándote que los temores se superan; yo lo he hecho.

¿Cómo se supone que coma y no me purgue si me siento inmenso?

Puedes sentirte inmenso y aún así seguir comiendo. No es agradable, en absoluto. Pero el hecho de que tengas dificultades con la imagen corporal no significa que no puedas comer. Sólo aumenta el desafío. La única manera de salir es atravesándolo. La mejor manera de mejorar la imagen corporal es mantener un peso saludable y abandonar las otras conductas relacionadas con los trastornos alimentarios. Darme cuenta de que mi imagen corporal estaba distorsionada me ayudó y puede ayudarte a ti también. Seguía viéndome como una ballena cuando me miraba en el espejo, pero me recordaba a mí misma que las cosas en el espejo no siempre son lo que parecen.

Estoy trabajando mucho en la recuperación, pero siempre arruino todo y vuelvo a empezar de cero. ¿Debo seguir intentando?

Cada vez que caía (¡y lo hice muchas veces!), trataba de aprender algo de la experiencia, así fuera tratar a la balanza del baño como si fuera un aparato nuclear o aprender que es más eficaz buscar ayuda cuando pienso en la restricción que esperar a que las conductas se manifiesten. La última vez que ingresé al tratamiento, había tenido recaídas durante un año antes de llegar al punto en que ya no podía hacerlo sola. Fue un despertar brutal, pero he permanecido en la recuperación desde ese momento.

Es muy probable que caigas durante la recuperación del trastorno alimentario. Esa es la naturaleza de la recuperación. Pero nunca volverás a empezar de cero. Eres mayor y más sabio y has aprendido cosas nuevas a lo largo del camino. Ahora necesitas aplicarlas. Sólo recuerda la definición de demencia: hacer lo mismo una y otra vez esperando obtener distintos resultados.

Mudarse y seguir adelante

Me voy pronto a la universidad. ¿Cómo puedo controlar el trastorno alimentario en el campus?

A juzgar por mis propias luchas contra la depresión y el TOC cuando partí hacia la universidad y por la información que obtuve de otras personas que han luchado contra los trastornos alimentarios durante la época universitaria, la mejor manera de prevenir la reaparición de los síntomas es solidificar la recuperación antes de comenzar los estudios universitarios. La universidad puede ser una olla a presión. Debido al estrés tuve un par de crisis nerviosas.

Para mí, el estrés de la universidad y la depresión que le siguió a mi regreso luego de un semestre en el extranjero fue la gota que colmó el vaso.

Habiendo dicho eso, la universidad puede ser una experiencia fabulosa y positiva para muchas personas, incluso para aquellas que padecen trastornos alimentarios. Hay varios factores que debes evaluar al momento de examinar cuál es la mejor manera de controlar el trastorno alimentario mientras estás en el campus. Aquí hay algunas preguntas que puedes hacer en la universidad:

- ¿Qué clase de servicios de orientación ofrecen para los estudiantes? ¿Tienen derivaciones comunitarias?

- ¿Hay una farmacia en el campus? ¿Aceptan el seguro? ¿Tienen los medicamentos que necesito? De no ser así, ¿hay alguna farmacia cerca que pueda brindarme estos servicios?
- ¿Tienen algún grupo de apoyo en el campus para tratar trastornos alimentarios? ¿Lo proporciona alguna persona recuperada o algún profesional? ¿Hay grupos de apoyo en la comunidad?
- ¿Cómo están organizadas las comidas en la cantina? ¿Ofrecen amplia variedad de alimentos para que pueda elegir?
- ¿Hay algún número donde pueda llamar las 24 horas en caso de crisis?

Lamentablemente, los trastornos alimentarios son bastante comunes en la mayoría de los campus universitarios. No estarás solo en la lucha. Aunque conocer a otros jóvenes que padecen trastornos alimentarios puede ser una fuente de competencia, también puede brindar mucho apoyo.

¿Qué más puedo hacer para sobrevivir y disfrutar la experiencia universitaria y la vida como joven adulto?

El trastorno alimentario es una enfermedad que aísla. Las amistades pueden debilitarse y morir cuando los pensamientos se centran cada vez más en la comida y el peso. Las personas siguen con sus vidas. Por lo tanto, cuando comienzas la recuperación, puedes quedar con un sistema de apoyo limitado. Ésta ha sido una de las mayores dificultades que he tenido que superar. Soy una persona tímida por naturaleza y me cuesta mucho conocer a personas nuevas. Así que me hice miembro de clubs de la comunidad, fui a reuniones de tejido a agujas y croché y me uní a un club de lectura en línea. Además, hice varios cursos a través del programa comunitario educativo local.

También es importante que satisfagas adecuadamente las necesidades físicas y emocionales. Tuve que volver a aprender a relajarme y a divertirme, a saber que estaba bien si miraba televisión y no hacía las tareas del hogar y que tomar un descanso no me hacía perezosa ni improductiva. Hay muchos libros y sitios web que proporcionan ideas positivas para lidiar con el estrés y también para mejorar la autoestima y las relaciones.

¿Podré llevar una vida normal algún día?

Tendrás la vida que desees. No hay garantías, como la camiseta que dice: “Esas cosas pasan”. Sin embargo, siempre tienes el poder de decidir cómo reaccionar. Recuerda, normal es solamente una posición de la máquina de lavar. Puedes tener una vida feliz y plena luego del trastorno alimentario. Sí, el trastorno alimentario puede dificultar la vida, pero el viaje hacia el autodescubrimiento en el que te embarcas durante la recuperación te hará más sabio y más maduro que tus pares. Estos dones te servirán siempre, independientemente del camino que elijas en la vida.

Glosario

abuso de sustancias: consumo constante de alcohol u otras drogas a pesar de sus efectos negativos, como por ejemplo, la conducta peligrosa cuando la persona se encuentra bajo los efectos de la sustancia o problemas personales, sociales y legales relacionados con el consumo de dicha sustancia

amenorrea: ausencia de periodos menstruales

antidepresivo: medicamento utilizado para prevenir o mitigar la depresión

antipsicótico atípico: uno de los más recientes medicamentos antipsicóticos. Algunos antipsicóticos atípicos también se utilizan como estabilizadores del estado de ánimo.

antipsicótico: medicamento utilizado para prevenir o mitigar los síntomas psicóticos. Muchos antipsicóticos contribuyen también a la estabilización del estado de ánimo.

centro residencial terapéutico: centro que brinda supervisión y atención durante todo el día en un ambiente de grupo tipo residencia. El tratamiento es menos especializado e intensivo que en un hospital, pero el periodo de estadía es, a menudo, considerablemente mayor.

comorbilidad: presencia simultánea de dos o más trastornos

depresión mayor: trastorno del estado de ánimo que implica estados de depresión o irritación la mayor parte del tiempo o la pérdida de interés o goce en casi todo. Estas sensaciones se prolongan al menos durante dos semanas, están relacionadas con otros síntomas y causan gran angustia o deterioro en el funcionamiento.

depresión: sensación de tristeza, desesperanza o apatía que se prolonga al menos durante un par de semanas. Ver **depresión mayor**.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado): manual utilizado por los profesionales de la salud mental para diagnosticar todo tipo de enfermedades mentales

efecto secundario: efecto indeseado de un fármaco

electrolitos: componentes de la sal (sodio, potasio, cloro y bicarbonato) que se encuentran de forma natural en el flujo sanguíneo y que son necesarios para mantener las funciones normales

enfermedad mental: trastorno mental que se caracteriza por anormalidades en los estados de ánimo, los sentimientos o las conductas de orden superior, como por ejemplo, las interacciones sociales o la planificación de actividades futuras

esquizofrenia: enfermedad mental grave que se caracteriza por delirios, alucinaciones o alteraciones graves en el pensamiento, la conducta o el sentimiento

estabilizador del estado de ánimo: medicamento para el trastorno bipolar que disminuye los síntomas maníacos y depresivos y ayuda a nivelar los cambios en el estado de

ánimo

estado de ánimo: emoción profunda que influye la percepción del mundo de las personas

factor de riesgo: característica que aumenta las probabilidades de que una persona manifieste una enfermedad

índice de masa corporal (IMC): medida de peso relativa a la altura (es el resultado de la división del peso expresado en kilogramos y el cuadrado de la estatura expresada en metros). Puedes acceder a una calculadora en <http://www.nhlbisupport.com/bmi/>).

inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS): tipo de antidepresivos recetados con frecuencia

internación parcial: servicios, como por ejemplo, terapia individual y de grupo, educación especial, capacitación técnica, asesoramiento para padres y actividades terapéuticas recreativas, que se brindan al menos cuatro horas por día

internación: tratamiento que requiere la hospitalización de los pacientes en un centro que brinda atención intensiva y especializada y control riguroso durante todo el día

laxante: sustancia que ayuda a provocar la evacuación, que puede resultar dañina y adictiva si se la utiliza de manera indebida

menarquia: la primera menstruación durante la pubertad

método Maudsley: tipo de terapia familiar en la que los padres participan activamente en el proceso de recuperación, incluso supervisando las comidas

neurotransmisor: químico que actúa como mensajero dentro del cerebro

perfeccionismo: sensación de que todo lo que no es perfecto es inaceptable

prevalencia: cantidad total de personas que padecen una enfermedad en una población dada, en un momento dado o durante un periodo específico

psicólogo: profesional de la salud mental que evalúa y realiza terapia para trastornos mentales y emocionales. También conocido como psicólogo clínico.

psicosocial: toda situación en la que se presupone que tanto factores psicológicos como sociales cumplen una función

psicoterapia: tratamiento de un trastorno mental, emocional o conductual a través de la “terapia conversacional” y otras técnicas psicológicas

psiquiatra: médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y problemas emocionales

purga: en el caso de los trastornos alimentarios, purga significa eliminar alimentos que se han ingerido, ya sea a través de un método químico, del vómito autoinducido o de la utilización de laxantes, diuréticos o enemas

recaída: resurgimiento de los síntomas luego del periodo de remisión

recurrencia: episodio de una enfermedad que se repite

remisión: regreso al nivel de funcionamiento que existía antes de la enfermedad

serotonina: neurotransmisor que cumple una función en el estado de ánimo y que ayuda a

- regular el sueño, el apetito y el deseo sexual
- sociocultural:** que involucra tanto factores sociales como culturales
- subtipo:** grupo que está subordinado a una clase o a un tipo más amplio
- suicidalidad:** pensamiento o conducta suicida
- temperamento:** tendencia innata de una persona a reaccionar ante diversas situaciones de una forma específica
- terapia cognitivo-conductual (TCC):** tipo de psicoterapia cuyo objetivo es corregir patrones arraigados de pensamientos y conductas que pueden contribuir con los síntomas mentales, emocionales o conductuales de una persona
- terapia de grupo:** tipo de psicoterapia que reúne a varios pacientes con diagnósticos o problemas similares para realizar las sesiones terapéuticas
- terapia dialéctica-conductual (TDC):** tipo de psicoterapia que consiste en cuatro módulos distintos: conciencia, eficacia interpersonal, tolerancia a la angustia y regulación emocional.
- terapia familiar:** tipo de psicoterapia que reúne a varios miembros de la familia para realizar las sesiones terapéuticas
- terapia individual:** tipo de psicoterapia en la que el paciente se reúne personalmente con el terapeuta
- terapia interpersonal (TIP):** tipo de psicoterapia cuyo objetivo es abordar las causas de los síntomas mentales, emocionales o conductuales
- trastorno alimentario:** trastorno que se caracteriza por alteraciones graves en la conducta alimentaria. Los individuos restringen la ingesta de alimentos de manera estricta o recurren a atracones y luego intentan compensarlos, por ejemplo, mediante la inducción al vómito o el abuso de laxantes.
- trastorno bipolar:** trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por periodos de gran euforia —denominados fases maníacas— que se alternan con periodos de depresión. También conocido como depresión maníaca.
- trastorno de ansiedad:** trastorno mental que se caracteriza por sensaciones extremas e inadaptadas de tensión, temor o preocupación
- trastorno de la personalidad:** conjunto de rasgos de la personalidad que afecta seriamente la capacidad de las personas para funcionar socialmente o que causan angustia personal
- trastorno del estado de ánimo:** trastorno mental que se caracteriza principalmente por las alteraciones del estado de ánimo. También se lo denomina trastorno afectivo.
- trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):** trastorno mental que se caracteriza por la obsesión por alguna idea o sensación en particular, provocada por una necesidad imperiosa de realizar ciertos rituales

Recursos

Organizaciones que brindan información y apoyo

Todas las organizaciones que se mencionan a continuación ofrecen algún tipo de información o apoyo para tratar los trastornos alimentarios. Las que están marcadas con un asterisco (*) también brindan información sobre proveedores y tipos de tratamientos.

Academy for Eating Disorders

60 Revere Drive, Suite 500

Northbrook, IL 60062-1577

(847) 498-4274

www.aedweb.org

Alliance for Eating Disorders Awareness

PO Box 13155

North Palm Beach, FL 33408-3155

(866) 662-1235

www.eatingdisorderinfo.org

American Academic of Pediatrics (AAP)

141 Northwest Point Boulevard

Elk Grove Village, IL 60007-1098

(847) 434-4000

www.aap.org

*** American Dietetic Association**

120 South Riverside Plaza, Suite 2000

Chicago, IL 60606-6995

(800) 877-1600

www.eatright.org

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders (ANRED)

603 Stewart St.
Seattle, WA 98101
(800) 931-2237
www.anred.com

Bazelon Center for Mental Health Law

1101 15th St., NW, Suite 1212
Washington, DC 20005
(202) 467-5730
www.bazelon.org

Center for Young Women's Health

Children's Hospital Boston
333 Longwood Avenue, 5th Floor
Boston, MA 02115
(617) 355-2994
www.youngwomenshealth.org

Eating Disorders Association (EDA)

103 Prince of Wales Rd.
Norwich NR1 1DW
Reino Unido
0870-770-3256
www.b-eat.co.uk/Home

***Eating Disorders Referral and Information Center**

2923 Sandy Pointe, Suite 6
Del Mar, CA 92014-2052
858-481-1515
www.edreferral.com

Eating Disorders Coalition

611 Pennsylvania Ave., SE, 423
Washington, DC 20003-4303
(202) 543-9570
www.eatingdisorderscoalition.org

*** Gurze Books: recursos para trastornos alimentarios**

PO Box 2238
Carlsbad, CA 92018
(800) 756-7533
www.gurze.com

Harris Center for Education and Advocacy in Eating Disorders

2 Long Fellow Pl., Suite 200
Boston, MA 02114
(617) 726-8470
www.harriscentermgh.org

International Association of Eating Disorders Professionals

PO Box 1295
Pekin, IL 61555-1295
(800) 800-8126
www.iaedp.com

Lifelines Foundation for Eating Disorders

10304 Buffalo Ridge
Waco, TX 76712
(254) 420-3947
www.lfed.org

***National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD)**

PO Box 7
Highland Park, IL 60035
(847) 831-3438

www.lfed.org

(también patrocina grupos de apoyo gratuitos)

***National Eating Disorders Association (NEDA)**

603 Stewart Street, Suite 803

Seattle, WA 98101

(206) 382-3587

www.nationaleatingdisorders.org

National Eating Disorder Information Centre, Canada (NEDIC)

ES 7-421, 200 Elizabeth St.

Toronto, Canada M5G 2C4

(866) 633-4230 (gratuito en Canadá)

(416) 340-4156

www.nedic.ca

*** Sitio web sobre trastornos alimentarios Something Fishy**

www.something-fishy.org

(también cuenta con tableros de anuncios moderados en línea que brindan apoyo para la recuperación)

Libros

Algunos de los libros mencionados a continuación pueden ser provocadores y contener material susceptible de desencadenar emociones. Aunque considero que bien vale la pena leerlos, utiliza tu propio juicio para determinar si un libro puede ser apropiado para ti o no.

Bordo, Susan. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley, CA: University of California Press, 1995.

Brumberg, Joan Jacobs. *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*. New York: Vintage Books, 2000.

- . *The Body Project: An Intimate History of American Girls*. New York: Vintage Books, 1998.
- Gordon, Richard. *Eating Disorders: Anatomy of a Social Epidemic*, 2nd ed. Oxford, UK: Blackwell Publishers, 2000.
- Hall, Lindsey and Leigh Cohn. *Bulimia: A Guide to Recovery*. Carlsbad, CA: Gurze Books, 1998.
- Hall, Lindsey and Monika Ostroff. *Anorexia Nervosa: A Guide to Recovery*. Carlsbad, CA: Gurze Books, 1999.
- Hesse-Biber, Sharlene. *Am I Thin Enough Yet?: The Cult of Thinness and the Commercialization of Identity*. New York: Oxford University Press, 1996.
- Johnson, Anita. *Eating in the Light of the Moon: How Women Can Transform Their Relationship With Food Through Myths, Metaphors, and Storytelling*. Carlsbad, CA: Gurze Books, 2000.
- Roth, Geneen. *When You Eat at the Refrigerator, Pull Up a Chair*. New York: Hyperion, 1998.
- Sacker, Ira M. and Mark A. Zimmer. *Dying to Be Thin: Understanding and Defeating Anorexia Nervosa and Bulimia—A Practical, Lifesaving Guide*. New York: Warner Books, 1987.
- Wolf, Naomi. *The Beauty Myth: How Images of Beauty Are Used Against Women*. New York: Anchor Books, 1992.

Relatos en primera persona

- Arnold, Carrie. *Running on Empty: A Diary of Anorexia and Recovery*. Livonia, MI: First Page Publications, 2004.
- Edut, Ophira and Rebecca Walker, eds. *Body Outlaws: Rewriting the Rules of Beauty and Body Image*. Seattle: Seal Press, 2000.
- Hall, Lindsey. *Full Lives: Women Who Have Freed Themselves From the Food and Weight Obsession*. Carlsbad, CA: Gurze Books, 1993.
- Knapp, Carolyn. *Appetites: Why Women Want*. New York: Counterpoint Press, 2003.
- Lerner, Betsy. *Food and Loathing: A Lament*. New York: Simon and Schuster, 2003.
- Rhodes, Constance. *Life Inside the "Thin" Cage: A Personal Look Into the Hidden World of the Chronic Dieter*. New York: Shaw Books, 2003.
- Schaeffer, Jenni (with Thom Rutledge). *Life Without Ed: How One Woman Declared Independence from Her Eating Disorder and How You Can Too*. New York: McGraw-Hill, 2004.

Shanker, Wendy. *The Fat Girl's Guide to Life*. New York: Bloomsbury USA, 2004.

Ayuda para problemas relacionados con la salud mental

Información general

National Institutes of Mental Health, (866) 615-6464, www.nimh.nih.gov

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (202) 966-7300, www.aacap.org,
www.parentsmedguide.org

American Psychiatric Association, (888) 357-7924, www.psych.org, www.healthyminds.org

American Psychological Association, (800) 374-2721, www.apa.org, www.apahelpcenter.org

Trastornos del estado de ánimo

ORGANIZACIONES

American Association of Suicidology, (202) 237-2280, www.suicidology.org

American Foundation for Suicide Prevention, (888) 333-2377, www.afsp.org

Depression and Bipolar Support Alliance, (800) 826-3632, www.dbsalliance.org

Depression and Related Affective Disorders Association, (410) 583-2919, www.drada.org

National Alliance on Mental Illness, (800) 950-6264, www.nami.org

LIBROS

Irwin, Cait, with Dwight L. Evans and Linda Wasmer Andrews. *Días grises: relato personal de la experiencia de un adolescente con la depresión*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

Jamison, Kay Redfield. *Night Falls Fast: Understanding Suicide*. New York: Vintage, 2000.

Jamieson, Patrick E., with Moira A. Rynn. *Carrera mental: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno bipolar*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2006.

Solomon, Andrew. *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*. New York: Scribner, 2001.

SITIOS WEB

MindZone, Annenberg Foundation Trust at Sunnylands with the Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania, www.CopeCareDeal.org

TeensHealth, Nemours Foundation, www.teenshealth.org

Trastornos de ansiedad

ORGANIZACIONES

Anxiety Disorders Association of America, (240) 485-1001, www.adaa.org

Obsessive Compulsive Foundation, (203) 401-2070, www.ocfoundation.org

LIBROS

Ford, Emily, with Michael Liebowitz, M.D., and Linda Wasmer Andrews. *What You Must Think of Me: A Firsthand Account of One Teenager's Experience with Social Anxiety Disorder*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

Kant, Jared Douglas, with Martin Franklin, Ph.D., and Linda Wasmer Andrews. *The Thought that Counts: A Firsthand Account of One Teenager's Experience with Social Anxiety Disorder*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2008.

Marra, Thomas. *Depressed and Anxious*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2004.

Schwartz, Jeffrey. *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior*. New York: Regan Books, 1997.

SITIOS WEB

Freedom from Fear, www.freedomfromfear.org

Abuso de sustancias

ORGANIZACIONES

Alcoholics Anonymous, (212) 870-3400 (consulta el directorio para obtener el número local), www.aa.org

American Council for Drug Education, (800) 488-3784, www.acde.org

Narcotics Anonymous, (818) 773-9999, www.na.org

National Council on Alcoholism and Drug Dependence, (800) 622-2255, www.ncadd.org

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (301) 443-3860, www.niaaa.nih.gov,
www.collegedrinkingprevention.gov

National Institute on Drug Abuse, (301) 443-1124, www.drugabuse.gov, teens.drugabuse.gov

Partnership for a Drug-Free America, (212) 922-1560, www.drugfreeamerica.com

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (800) 729-6686,
ncadi.samhsa.gov, csat.samhsa.gov, prevention.samhsa.gov

LIBRO

Keegan, Kyle, with Howard B. Moss, M.D., and Beryl Lief Benderly. *Chasing the High: A Firsthand Account of One Young Person's Experience With Substance Abuse*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2008.

SITIOS WEB

Facts on Tap, Phoenix House, www.factsontap.org

Freevibe, National Youth Anti-Drug Media Campaign, www.freevibe.com

The New Science of Addiction: Genetics and the Brain, Genetic Science Learning Center at the University of Utah, learn.genetics.utah.edu/units/addiction

Lesiones autoinflingidas

ORGANIZACIONES

American Self-Harm Information Clearinghouse, www.selfinjury.org

LIBROS

Alderman, Tracy. *The Scarred Soul: Understanding and Ending Self-Inflicted Violence*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 1997.

Kingsonbloom, Jennifer, Karen Conterio, and Wendy Lader. *Bodily Harm: The Breakthrough Program for Self-Injurers*. New York: Hyperion, 1999.

Lezine, DeQuincy A., Ph.D., with David Brent, M.D. *Eight Stories Up: An Adolescent Chooses Hope Over Suicide*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2008.

SITIOS WEB

Self-Abuse Finally Ends (SAFE Alternatives), www.selfinjury.com

Bibliografía

- Abuse “triggers eating disorders.” BBC Health News, 9 de noviembre de 2005.
<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4417938.stm>. Visitado el 21/12/06.
- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics* 111 (2003): 204–211.
<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics,111/1/204>. Visitado el 21/12/06.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Bacanu, S. M., et al. Linkage analysis of anorexia and bulimia nervosa cohorts using selected behavioral phenotypes as quantitative traits or covariates. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 139B:1 (2005): 61–68.
- Bailer U. F., et al. Altered brain serotonin 5-HT_{1A} receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [carbonyl-¹¹C]WAY-100635. *Archives of General Psychiatry* 62:9 (2005): 1032–41.
- Bennett, Jessica. Unrealistic weights. *Newsweek* (15 de noviembre de 2006).
www.msnbc.msn.com/id/15730915/site/newsweek/. Visitado el 21/12/06.
- Borderline Personality Disorder. NIMH: NIH Publication No. 01–4938. 2001.
www.nimh.nih.gov/publicat/bpd.cfm. Visitado el 13/11/06.
- Evans, Dwight L., and Linda Wasmer Andrews. *Si su adolescente padece depresión o trastorno bipolar: un recurso fundamental para los padres*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.
- Evans, Dwight L., Edna B. Foa, Raquel E. Gur, Herbert Hendin, Charles P. O’Brien, Martin E. P. Seligman, and B. Timothy Walsh. *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don’t Know—A Research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.
- Hatch, K. A., et al. An objective means of diagnosing anorexia nervosa and bulimia nervosa using (15)N/(14)N and (13)C/(12)C ratios in hair. *Rapid Communications in Mass Spectrometry* 20:22 (2006): 3367–3373.
- Irwin, Cait, with Dwight L. Evans and Linda Wasmer Andrews. *Días grises: relato personal de la experiencia de un adolescente con la depresión*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.
- Jamieson, Patrick, with Moira Rynn. *Carrera mental: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno bipolar*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the

- University of Pennsylvania, 2006.
- Johnson, Carla K. Reading diet articles could be unhealthy. Newsreview.info, 2 de enero de 2007.
http://hosted.ap.org/dynamic/stories/D/DIET_GIRLS_MAGAZINES?SITE=ORR OS&SECTION=HOME&TEMPLATE=DEFAULT#. Visitado el 04/01/07.
- Johnson, Craig. Discurso pronunciado en el congreso celebrado por la Renfrew Center Foundation, “Feminist Perspectives on Eating Disorders: Enduring Wisdom, New Frontiers.” Filadelfia, Pensilvania, 14 de noviembre de 2005.
- Levitan, R. D., et al. The serotonin-1Dbeta receptor gene and severity of obsessive-compulsive disorder in women with bulimia nervosa. *European Neuropsychopharmacology* 16:1 (2006): 1–6.
- Lucas, Alexander R. *Demystifying Anorexia Nervosa: An Optimistic Guide to Understanding and Healing*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Taylor C. B., et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry* 63:8 (2006): 881–8.
- Walsh B. T. “Two Hot Topics: Psychopharmacology and DSM-V.” National Eating Disorders Association Conference, 15 de septiembre de 2006.
- Walsh B. T., et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized control trial. *JAMA* 295:22 (2006): 2605–2612.
- Walsh, B. Timothy, and V. L. Cameron. *Si su hijo adolescente padece un trastorno alimentario: un recurso fundamental para los padres*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.
- Zerbe, Katherine. *The Body Betrayed: A Deeper Understanding of Women, Eating Disorders, and Treatment*. Carlsbad: Gurze Books, 1995.

Índice

- AAP. Ver American Academy of Pediatrics
- abuso de sustancias, 4, 10, 55, 62, 142
 - recursos para el, 153
- abuso sexual, 54
- Academy for Eating Disorders, 13, 146
- aceptación de la enfermedad, 90
- afecciones comórbidas, 59
- afirmaciones, 97, 98, 106, 109, 132
- Alliance for Eating Disorders Awareness, 146
- alteraciones electrolíticas, 56
- amenorrea, 57, 133, 142
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, sitio web, 83, 151
- American Academy of Pediatrics (AAP), 155
- American Dietetic Association, 70, 146
- ANAD. Ver National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders
- AN-BP. Ver anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa
- anemia, 57
- Annenberg Foundation Trust, 3, 5, 6, 10, 13, 152, 153, 154, 155, 156
- anomalías cardíacas, 58, 67, 82, 88
- anorexia nerviosa. Ver también trastornos alimentarios y factores de riesgo
 - actividades/deportes relacionados con la, 53
 - antecedentes de, 128
 - efectos secundarios de la, 40
 - enfermedades que suelen presentarse conjuntamente con la, 58
 - estereotipos sobre la, 25
 - migración diagnóstica, 62
 - predisposición genética a la, 37, 46
 - química cerebral relacionada con la, 40
 - rasgos de la personalidad asociados con la, 40, 48, 49
 - sexo y, 45
 - subtipos de la, 38
- anorexia nerviosa restrictiva (anorexia nervosa restricting, AN-R por sus siglas en inglés), 39
- anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa (anorexia nervosa binge eating/purging, AN-BP por sus siglas en inglés), 39
- Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders (ANRED), 147
- AN-R. Ver anorexia nerviosa restrictiva
- ANRED. Ver Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders
- antidepresivos
 - advertencias sobre las conductas suicidas para los, 83
 - bupropión (Wellbutrin), 83
 - citalopram (Celexa), 81, 83
 - fluoxetina (Prozac), 81, 83
 - mirtazapina (Remeron), 83
 - nefazodona (Serzone), 83
 - olanzapina (Zyprexa), 82
 - paroxetina (Paxil), 83
 - sertralina (Zoloft), 81, 83
 - venlafaxina (Effexor XR), 83
- antipsicóticos atípicos, 55, 82, 142
- apatía, 142
- apoyo. Ver también psicoterapia
 - conseguir, 106, 107
 - interacciones sociales, 142
- apoyo social, 112
- atención hospitalaria diurna, 84
- atacón (con purga). Ver también purga
 - bulimia nerviosa, 40
 - peligros médicos del, 56
 - trastorno bipolar y, 22
- atrofia muscular, 57
- autoestima, 18, 20, 37, 48, 52, 60, 68, 87, 97, 100, 141
- Bazelon Center for Mental Health Law, 147
- bulimia nerviosa. Ver también trastornos alimentarios y factores de riesgo
 - enfermedades que suelen presentarse conjuntamente con la, 58
 - migración diagnóstica y, 62
 - predisposición genética a la, 46
 - prevención de la recaída de la, 121
 - rasgos de la personalidad asociados con la, 40
- bupropión (Wellbutrin), 83
- callosidades, 58
- causas de los trastornos alimentarios. Ver también factores de riesgo
 - factores de riesgo asociados con las, 44
- CDC. Ver Centers for Disease Control and Prevention
- Celexa (citalopram), 81
- Center for Young Women's Health, 147
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 29
- cetonas, 57
- citalopram (Celexa), 81
- comentarios tontos, 108, 123
- Cómo buscar nuevos pasatiempos, 94
- compañías de seguro, 38, 130, 136, 137
 - apelar los rechazos de las, 137
- condición socioeconómica, 50
- convulsiones, 22, 57, 58, 88, 116, 117
- deportes, 53
- depresión, 10, 25, 28, 30, 35, 40, 41, 46, 47, 50, 55,

59, 60, 62, 63, 67, 73, 76, 77, 103, 118, 139, 142, 144

comienzo de la depresión, 27

deshidratación, 42, 57, 67, 68, 88

desmayos, 57

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (Manual diagnóstico y estadístico de los trastorno mentales, cuarta edición), 142

dieta, 17, 28, 32, 37, 40, 41, 45, 49, 50, 51, 52, 57, 110, 119, 128

Dieta, 51

dietistas, 71, 86, 137

diuréticos, 38, 42, 52, 57, 144

Ver también laxantes, 41

dopamina, 55

DSM-IV. Ver Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Eating Disorders Association (EDA), 147

Eating Disorders Coalition, 148

Eating Disorders Referral and Information Center, 147

EDA. Ver Eating Disorders Association

edema, 58

EDNOS. Ver trastornos alimentarios no especificados, Ver trastornos alimentarios no especificados

Effexor XR (venlafaxina), 83

ejercicio desmedido, 38, 39, 43, 52, 64, 90, 99

enfermedades psiquiátricas

trastorno bipolar/trastorno del estado de ánimo, 63

enfermedades psiquiátricas. Ver también

trastornos alimentarios

abuso de sustancias, 10, 55

ansiedad, 10, 20, 23, 25, 26, 28, 30, 35, 39, 40, 41, 46, 47, 48, 61, 66, 77, 81, 83, 86, 94, 99, 102, 104, 109, 122, 125, 133, 145, 152

trastorno bipolar/trastorno del estado de ánimo, 22, 59, 60, 61, 82, 83, 142, 143, 144, 145

trastorno por atracón, 38, 43, 56

epilepsia, 22, 116

equipo de tratamiento. Ver también psicoterapia

comunicación con el, 68, 69

dietista, 70

psicoterapeuta, 71

psiquiatra, 81

erosión del esmalte dental, 58

espiritualidad, 95

esquizofrenia, 10, 82, 143

estrategias personales para la recuperación

afirmaciones, 97, 98, 132

apoyo durante la recuperación, 106

conductas y sentimientos, 98

espiritualidad, 95

hacer surf sobre olas de impulso, 93

infringir las reglas, 100

pasatiempos, 94, 95

pensamientos negativos, 99

pequeños pasos, 91, 92

recordar tu verdadero yo, 100

terapia animal, 96

estrategias sociales para la recuperación

comentarios tontos, 108, 123

la vida durante y después de la universidad, 110

estreñimiento, 57

experiencias traumáticas, 54

factores de riesgo

actividades/deportes, 53

genética, 46

influencia de los pares, 54

psicológicos, 47

pubertad, 45

química cerebral, 46

raza y condición socioeconómica, 50

relaciones familiares, 53

sexo, 45

socioculturales, 49

trauma infantil, 54

factores de riesgos

dieta, 51

falta de hierro, 57

fatiga, 57, 120

FDA. Ver Food and Drug Administration

fluoxetina (Prozac), 81

Food and Drug Administration (FDA), 42

etiqueta de advertencia de la, 83

formación de moretones, 57

Freud, Sigmund, 74

genética, 46

Gurze Books

recursos para trastornos alimentarios, 148

Harris Center for Education and Advocacy in Eating Disorders, 148

hipomanía, 60, 61, 119

hospitalización

médica, 88

parcial, 84

psiquiátrica, 85

sin consentimiento, 87

hospitalización psiquiátrica, 85

ideal de delgadez, 49, 50

imagen corporal, 54, 56, 68, 81, 113, 128, 138, 139

IMC. Ver índice de masa corporal

índice de masa corporal (IMC), 55, 143

infecciones, 57

influencia de los pares, 54

inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS), 81, 143

insomnio, 57

International Association of Eating Disorders Professionals, 148

IOP. Ver terapia ambulatoria intensiva

IRSS. Ver inhibidores de la recaptación selectiva

de serotonina
lanugo (crecimiento excesivo de vello), 23, 39, 67
laxantes, 17, 20, 22, 29, 38, 41, 52, 57, 58, 108, 144
lesión renal, 58
lesiones autoinflingidas, 153
Lifelines Foundation for Eating Disorders, 148
medicamentos, 81
médicos. Ver también psicoterapia
menstruación, 57, 143
método Maudsley (psicoterapia), 80, 89, 121, 130, 143
 prevención de la recaída a través del, 121
migración diagnóstica, 62
Minnesota Starvation Study, 103
mirtazapina (Remeron XE "Remeron (mirtazapina)"), 83
National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD), 149
National Eating Disorder Information Centre, Canada (NEDIC), 149
National Eating Disorders Association (NEDA), 149
National Hopeline Network, 60
National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 43
National Suicide Prevention Lifeline, 60
NEDA. Ver National Eating Disorders Association
NEDIC. Ver National Eating Disorder Information Centre, Canada
nefazodona (Serzone XE "Serzone (nefazodona)"), 83
negación, 12, 39, 56, 57, 77, 106, 128, 129, 131
niñez, 26, 74
nutricionista, 31, 70
obsesionalidad, 40, 48
olanzapina (Zyprexa), 82
osteoporosis, 22, 57, 101, 108, 134
pancreatitis, 58
paroxetina (Paxil XE "Paxil (paroxetina)"), 83
Paxil (paroxetina), 83
pensamientos suicidas, 59, 60, 83, 86, 115
PHP. Ver programa de hospitalización parcial
Pirsig, Robert M., 126
preguntas frecuentes
 entender los trastornos alimentarios, 133
 mudarse y seguir adelante, 139
 pasar por la recuperación, 137
 tratamiento, 135
programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP por sus siglas en inglés), 84
Prozac (fluoxetina), 42
psicoterapia. Ver también tratamiento intensivo
 método Maudsley, 80
 psiquiatras, 71
 terapia cognitivo-conductual, 56
 terapia de apoyo con orientación psicodinámica, 74
 terapia de grupo, 80
 terapia dialéctica-conductual, 78, 144
 terapia familiar, 79
 terapia individual, 73
 terapia interpersonal, 76
psicoterapia de apoyo con orientación psicodinámica, 74
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL. Ver también psicoterapia
psiquiatras, 10, 81, 86
pubertad, 26, 45, 143
purga
 con atracón, 41
 ejercicio desmedido, 43
 laxantes y diuréticos y, 38
 peligros médicos y, 56
 sin atracón, 43
 vómito y, 38
química cerebral, 46
rasgos de la personalidad relacionados con los trastornos alimentarios, 48
raza, 44, 50
recaída, 114, 115, 117, 118
 comentarios tontos, 123
 prevención de la, 121
 señales de, 115
recuperación. Ver también recaída y tratamiento
 cierre y, 124, 125, 126
 cuestiones médicas durante la, 101
 estadísticas de, 124
 estrategia(s) personales para la, 91
 indicadores de la, 113
 preguntas frecuentes, 135, 137, 138, 139
 reglas de la, 124
recursos
 abuso de sustancias, 153
 lesiones autoinflingidas, 153
 organizaciones que brindan información y apoyo, 146
 relatos en primera persona, 151
 trastornos de ansiedad, 152
 trastornos del estado de ánimo, 151
reducción del nivel de potasio, 102
Remeron (mirtazapina), 83
ruptura gástrica, 58
Schaefer, Jenni, 1, 124
serotonina, 46, 55, 143, 144
sertralina (Zoloft), 81, 83
Serzone (nefazodona), 83
sexo, 45
SIDA, 27, 33
Something Fishy sitio web, 52, 93, 149
suplementos dietarios, 134
TAG. Ver trastorno de ansiedad generalizada
TCC. Ver terapia cognitivo-conductual

TDC. Ver terapia dialéctica-conductual
temperatura corporal, 57
terapia. Ver psicoterapia
terapia ambulatoria intensiva (Intensive Outpatient
Therapy, IOP por sus siglas en inglés), 84
terapia animal, 96
terapia cognitivo-conductual (TCC), 77, 78, 144
TERAPIA DE GRUPO, 80, 144
terapia dialéctica-conductual (TDC), 78, 144
terapia interpersonal (TIP XE "TIP" \t "Ver
terapia interpersonal"), 76
terapia interpersonal (TIP), 144
TIP. Ver terapia interpersonal
TOC. Ver trastorno obsesivo-compulsivo
TPET. Ver trastorno de estrés postraumático
trastorno de ansiedad generalizada (TAG), 61
trastorno de estrés postraumático (TEPT), 61
trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), 22, 145
anormalidades en los niveles de serotonina
asociadas con el, 46
trastornos alimentarios. Ver también causas,
preguntas frecuentes, medicamentos,
recuperación, recaída, factores de riesgo y
tratamiento; aceptación de la enfermedad y los
anorexia nerviosa, 38
cómo buscar ayuda para los, 66
EDNOS, 42
enfermedades que suelen presentarse
conjuntamente con los, 58
epilepsia causada por los, 116
estereotipos relacionados con los, 25
la bulimia nerviosa y los, 40
las dietas y los, 51
las purgas y los, 16, 17, 57, 63, 65, 77
los atracones y los, 41
migración diagnóstica asociada con los, 63
negación de los, 131
osteoporosis causada por los, 57
preguntas frecuentes sobre los, 133
rasgos de la personalidad asociados con los, 47
trastornos alimentarios no especificados (eating
disorders not otherwise specified, EDNOS por
sus siglas en inglés), 38
trastorno por atracón, 37
trastornos de ansiedad, 10, 37, 48, 61, 128
trastornos del estado de ánimo, 25, 59, 81
pensamientos suicidas y, 59
tratamiento. Ver también tratamiento intensivo,
medicamentos, recuperación, recaída y equipo
de tratamiento; negación al
cómo buscar ayuda y, 66
equipo de, 69
fracaso del, 89
hospitalario, 89
intensivo, 84
migración diagnóstica en el, 63
objetivos del, 68
preguntas frecuentes sobre el, 135
tratamiento intensivo, 81, 84, 87, 89
tratamiento residencial, 87, 88, 98
United Way, 137
vello (lanugo), 23
venlafaxina (Effexor XR), 83
vómito, 20, 38, 41, 52
Wellbutrin (bupropión), 83
Winston, Lolly, 34
Zen and the Art of Motorcycle Maintenance (Zen
y el arte del mantenimiento de la motocicleta)
(Pirsig), 126
Zoloft (sertralina), 81
Zyprexa (olanzapina), 82