



ANOREXIA

Lo que hay que saber

BULIMIA

Un mapa para recorrer un territorio trastornado

ROSINA CRISPO
EDUARDO FIGUEROA
DIANA GUELAR

Rosina Crispo, Eduardo Figueroa y Diana Guelar

**ANOREXIA Y BULIMIA:
LO QUE HAY QUE SABER**

ANOREXIA Y BULIMIA: LO QUE HAY QUE SABER

Un mapa para recorrer un territorio trastornado

por

Rosina Crispo, Eduardo Figueroa y Diana Guelar

gedisa
editorial

Diseño de cubierta: AG & Asociados
Primera reimpresión, noviembre de 1998, Barcelona
Derechos reservados para todas las ediciones en castellano
© by Editorial Gedisa, S.A.
Muntaner, 460, entlo., 1.^a
Tel. 93 201 60 00 08006 –
Barcelona, España
e-mail: gedisa@gedisa.com <http://www.gedisa.com>

ISBN: 84-7432-606-0
Depósito legal: B-46.754/1998

*Soy un zoológico:
tengo un chancho en la mente,
una lombriz en el estómago,
un león en la boca
y dos elefantes en las piernas.
(Alejandra, 16 años)*

Dedicamos este libro a todas aquellas personas que,
a pesar de la presión interna y externa,
no dejan de luchar por
encontrar un camino de salida personal, propio,
que les permita estar bien.

Buenos Aires, enero de 1996

Índice

Un mapa para recorrer un territorio trastornado.....	2
Palabras previas.....	7
Un mapa para recorrer un territorio trastornado.....	8
A modo de Introducción.....	8
Agradecimientos	18
1	19
¿Qué es un trastorno del comer?.....	19
Hacer prevención.....	19
Anorexia nerviosa (AN)	20
Tipos específicos	20
Bulimia nerviosa (BN)	21
Tipos específicos	21
Trastorno alimentario no específico (TANE)	21
Rasgos centrales de cada uno de los trastornos del comer.....	22
¿Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en varones?.....	23
Secuelas esperables de la inanición, más allá de su origen.....	24
¿Existe alguna relación entre los trastornos del comer y la "depresión"?	24
2.....	30
¿De dónde nace un trastorno del comer?	30
Un breve paseo por revistas femeninas y propagandas publicitarias.....	30
La "multideterminación" de los trastornos del comer.....	31
Entrando en un sendero sin salida	33
Carteles que anuncian el peligro.....	35
Factores predisponentes: socioculturales.....	35
2. La presión social para ser "supermujer"	39
3. Otros prejuicios que también presionan	41
3.....	44
¿Quién desarrolla un trastorno de la alimentación?	44
Factores predisponentes: individuales y familiares	44
1. Problemas con la autonomía.....	46
2. Déficit en la autoestima	47
3. Camino a la perfección y el autocontrol	47
4. Miedo a madurar.....	49
5. Rasgos familiares.....	50
Escuchando la voz de los familiares: Testimonios	53
4.....	56
¿Cómo se mantiene un trastorno del comer?	56
La investigación de Minnesota en los años 40	57
1. Transformaciones anímicas	57
2. Transformaciones físicas	63
Algunas reflexiones acerca del experimento	65
5.....	67
¿Qué ocurre en el cuerpo cuando se tiene anorexia o bulimia nerviosas?.....	67
Consecuencias "físicas" de la bulimia nerviosa.....	67
Consecuencias "físicas" de la anorexia nerviosa	71
Aspecto "alimentario" del tratamiento nutricional para la bulimia nerviosa y trastornos del comer no específicos	73
1. Aprender a comer nuevamente	73
2. El programa de alimentación	74
3. Con respecto al peso	75
4. Los registros del aprendizaje	76
Aspecto "alimentario" del tratamiento nutricional para la anorexia nerviosa.....	76
1. ¿Cuál es el peso esperado?	77
2. El programa de alimentación	78
3. Los miedos y los mitos sobre lo que engorda.....	79
4. La relación paciente-nutricionista.....	79

Aspecto "educacional" del tratamiento nutricional de los trastornos del comer.....	79
1. El circuito: dietas restrictivas, atracón y purgas diversas	80
El atracón es una consecuencia natural de la privación calórica.....	80
2. Incidencia del "set-point" del peso o peso programado.....	82
3. Algo más sobre atracones	84
4. Ineficacia de las purgas.....	88
5. Ejercicio físico.....	89
"Para muestra basta un botón": testimonios	90
6.....	96
¿Cómo y cuándo recibir ayuda profesional?	96
Primeros pasos para armar el campo de trabajo	96
1. Definiendo prioridades	96
2. Primero el cuidado del cuerpo	97
3. ¿Quién está más interesado en solucionar el problema?.....	98
4. La ayuda imprescindible de los padres o quienes estén en su lugar	99
5. Sintetizando hasta aquí.....	102
Grupos psicoeducativos para los trastornos del comer.....	103
1. ¿Por qué los grupos psicoeducativos?	103
2. ¿Cómo son los grupos psicoeducativos?	104
Para terminar con las características de estos grupos:	106
3. ¿Ayuda el psicoeducativo? Testimonios.....	106
4. Y después del psicoeducativo, ¿qué?.....	109
Grupos psicoterapéuticos para resolución de problemas	109
1. La indicación de psicoterapia en grupo	109
2. Funcionamiento y objetivos de los grupos	110
3. El grupo como "red" alternativa y multiplicadora	111
Temas que suelen abordarse durante el proceso terapéutico	112
1. La adolescencia como momento de cambio	112
2. Actitudes psicológicas acerca del peso y la propia figura	115
3. Patrones extremistas de pensamiento	116
4. El contexto familiar	117
5. La autonomía necesaria para crecer.....	119
6. Los "ideales" de la mayoría	120
¿Crecer depende sólo de mí?: Testimonios	120
¿Por qué <i>quiero</i> crecer?	121
¿Por qué <i>no quiero</i> crecer?	121
¿Por qué le temo al futuro?.....	122
Problemas directamente vinculados al trastorno del comer.....	123
Historias de esclavitud y postergación de la vida: Testimonios	125
Entrenamiento en resolución de problemas	127
1. Los prejuicios sobre la medicación psiquiátrica	128
2. Cómo actúa la medicación psiquiátrica	128
A modo de cierre	129
Algunas estrategias para esta etapa.....	136

Palabras previas

Este es un libro destinado al público en general y a la gente preocupada por este problema en particular.

Habitualmente, cuando una cierta problemática se vuelve epidémica, florecen los remedios mágicos y las soluciones milagrosas. Suele darse cierta especulación con la angustia de la gente, que tiende a aferrarse a la primera tabla de salvación a mano, con tal de aliviar su desesperación.

Ese estado de cosas es uno de los factores que nos motivaron a escribir este libro: tratar de poner al alcance del público los conocimientos que hasta la fecha se tienen acerca de la bulimia, la anorexia y los trastornos del comer en general.

Por los abusos que acabamos de citar, hemos sido más que cautelosos en el manejo de la información y sólo hemos incluido aquí aquellos conocimientos ampliamente aceptados en la comunidad científica.

Por lo tanto, preferimos evitar ser originales con ideas por ahora tentativas y atenemos sólo a aquella información más fundamentada científicamente.

Los lineamientos a los que adherimos y que hemos aplicado en nuestra práctica desde el año 1985 hasta la fecha son los propuestos para pacientes con trastornos de la alimentación no internados, por la clínica del Hospital de Toronto, Canadá, también recomendados por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana consensuados a nivel internacional como los más indicados para la recuperación de pacientes con trastornos del comer.

De acuerdo entonces con criterios internacionalmente aceptados, la progresión de la intervención terapéutica debe seguir el siguiente orden:

- 1) dar información que ayude a conocer el problema;
- 2) normalizar la ingesta para que el paciente se recupere física y anímicamente;
- 3) brindar asistencia terapéutica cuando lo anterior no ha sido suficiente.

Para la primera parte del trabajo, hemos adaptado las propuestas del manual para grupos psicoeducativos de la Clínica de Toronto (Ron Davis *et al.*) a las características locales.

Lo que transmitiremos a continuación tiene por **objetivo fundamental poner al alcance de todos la información relativa a los pasos 1 y 2, de modo que la prevención de este tipo de problemas se vuelva posible.**

Al final, daremos sólo algunas pautas del paso 3, también con la intención de informar acerca de las posibilidades terapéuticas más convenientes.

Nota:

Dado que la proporción de varones que padecen este tipo de trastorno es mucho menor que la de mujeres (5% a 10% contra 90 a 95%), nos referiremos a los pacientes como si siempre se tratara de mujeres, salvo que se especifique lo contrario.

*Un mapa para recorrer un territorio trastornado*¹

A modo de Introducción

Laura tiene 16 años.

A los 15 estaba en el tercer año de la escuela secundaria. Sus calificaciones eran excelentes. Solía estar siempre entre las cuatro mejores alumnas de su división. Pasaba mucho tiempo estudiando. Quizás eso le restase algo de espacio a su vida social. Se sentía un poco tímida como para ir a bailar con varones. Creía que ninguno la iba a mirar, así que por el momento le resultaba más seguro dedicarse de lleno a los estudios. Las amigas ya salían con varones y se lo pasaban hablando de sus conquistas. "¡Claro!", pensaba Laura, "ellas no tienen ni las piernas de elefante que yo tengo, ni la cara de manzana que me veo todos los días en el espejo... ¡esas mejillas regordetas! ¡qué fastidio! Seguro que si yo estuviera más delgada también tendría mis éxitos."

Un día descubrió que, aunque se saltara el desayuno, podía tolerar el apetito que sentía toda la mañana en la escuela. Este descubrimiento de alguna manera la hizo sentir más fuerte y orgullosa de sí misma. Por un momento, pudo sentir que tenía cierto control sobre esa parte de su vida que no le gustaba. Además —para ella era evidente, ¿cómo podía ser que los demás no se dieran cuenta?—, su abdomen estaba más alisado, más plano y, si se fijaba bien, hasta sus piernas parecían un milímetro más delgadas. Como no estaba muy segura de esto, por las dudas, se iba a mirar a cada rato en el espejo.

Claro que esto no ocurrió el primer día que suspendió el desayuno. Ocurrió recién al mes, cuando ya había perdido seis kilos y lograba también saltarse el almuerzo. Como no había nadie en la casa, ni se daban cuenta. La que engordaba era Colette, su perra, a quien le daba sus porciones.

Y ahora que estaba más delgada, ¿había comenzado a tener más vida social y a salir con sus amigas para encontrarse con muchachos en "la disco"? No. Por el contrario, pasaba más horas encerrada estudiando, mirándose en el espejo y planeando cuidadosamente sus comidas. Sin embargo, notaba algo que antes no le había pasado nunca: estaba muy irascible, "explotaba" por cualquier cosa; le había cambiado mucho el carácter; lloraba de a ratos sin motivo aparente, y, no sabía por qué, pero no tenía ganas de ver a nadie, ni a sus amigas.

Recién después de siete kilos menos (otro mes y medio...), los padres consultaron al pediatra, que diagnosticó **anorexia nerviosa**.

Victoria tenía 14 años cuando encontró "la solución" a su falta de constancia en las dietas para adelgazar. Victoria no era Laura y, por lo tanto, no tenía la fuerza de voluntad ni para ser de las cuatro primeras de la clase ni para

¹ Título del artículo publicado en *Perspectivas Sistémicas* (Año 7, n° 34 - nov-dic. de 1994: "Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado" (R. Crispo, E. Figueroa y D. Guelar)

hacer una dieta sin salirse al menos una vez. Y *tenía* que hacer dieta, no cabía duda. Ese trasero enorme y además las fiestas de 15 que empezaban dentro de poco y todas las demás eran delgadísimas, ¡qué felices! La solución que encontró fue sacarse de encima la comida que "le sobraba", con el simple recurso de meterse los dedos en la boca y después de una sensación muy molesta (hasta le daba un poco de miedo) lograr la magia: todo volvía para atrás. El atracón nunca había existido y la balanza, como un espejo imparcial, le iba a dar la tranquilidad de que la pesadilla de engordar no se iba a producir. Fácil, ¿no? Era increíble la sensación de libertad.

Pero las cosas nunca son tan fáciles. Pasaron años en los que Victoria, a su recurso mágico de vomitar, le sumaba sus intentos de ayunar de vez en cuando, porque de hecho nunca había logrado adelgazar como se imaginó que iba a poder con ese sistema. "Es más, creo que estaba más gorda cada año y me desesperaba. Por eso cada día me proponía suspender lo que más engordaba, aunque me encantan los dulces." Pero era como un elástico que se estiraba. Cuanto más se privaba de comer lo que deseaba, su deseo iba creciendo por dentro hasta hacerse insoportable. "A veces tomaba el dinero que mi mamá dejaba para la casa, para irme a comprar dulces. Lo peor era que desconfiaban de la señora que venía a limpiar. Yo me sentía una basura... pero no podía frenarme. Era como si algo tomaba posesión de mí y yo estallaba!" El elástico se rompía y Victoria se comía todo lo que estaba postergando desde hacía días.

Al principio, eran días, porque después de tanto tiempo con este sistema de alimentación, los atracones de comida y los vómitos posteriores se repetían con una diferencia de horas entre uno y otro. Eso hacía que Victoria tuviera que planear las actividades teniendo en cuenta los horarios en que sabía que iba a tener su atracón. Tampoco podía comprometerse a nada durante un período posterior porque quedaba "reventada, como si me hubiera atropellado un ómnibus". Faltaba mucho a la universidad; empezó a aislarse; decía que no estaba cuando la buscaban sus amigos y se llevaba pésimo con todos, sobre todo en su casa, donde no entendían nada de lo que le pasaba. "Victoria era la más sociable de todos en casa. Más bien teníamos problemas para conseguir que se quedara porque siempre estaba llena de compromisos con sus amigos."

Victoria llegó a considerar la posibilidad de suicidarse. Nunca antes se había sentido así, pero pensaba que era la única forma posible de acabar con ese infierno, con esa total falta de control sobre ella misma. Cuando finalmente Agustina —la única amiga a la que se animó a contarle lo que estaba sucediéndole— la llevó a consultar con su psicóloga, se enteró de que lo que tenía se llamaba **bulimia nerviosa**.

A lo largo de las siguientes páginas intentaremos hacer más comprensible para el público en general un fenómeno típico de esta última mitad del siglo xx: **los trastornos relacionados con la alimentación.**²

² Estos trastornos son llamados comúnmente "trastornos de la alimentación", aunque se trata, de hecho, de trastornos de la conducta que se tienen en relación con la alimentación. Los llamaremos indistintamente: desórdenes o trastornos del comer, de la alimentación, alimenticio, de la conducta alimentaria, etcétera.

Nos referimos a la **bulimia nerviosa**, a la **anorexia nerviosa** y a las obsesiones con respecto al peso, a la balanza y a la forma del cuerpo, que se denominan **trastornos del comer no específicos** (o atípicos).

Este libro intenta ser **un mapa**, con dos planos de ruta y un apéndice con recomendaciones.

PLANO 1: se refiere a la **descripción** de los trastornos de la alimentación. Es para recorrer el "territorio trastornado" tal como se presenta, con bastantes indicadores para reconocer las diferentes regiones que lo componen, cuáles son los "factores climáticos" que provocan el trastorno y por qué causas continúa trastornado cuando no se hace algo al respecto. (Capítulos 1 a 4)

PLANO 2: consiste en algunas "**cartas de navegación**" para salir del territorio trastornado, desde el camino más simple que, respetando el equilibrio ecológico, restablece una circulación normal por el territorio, hasta los diversos sistemas de auxilio mecánico que hacen falta cuando se está demasiado empantanado para transitar solo hasta la salida. (Capítulos 5 y 6)

APÉNDICE: consiste en recomendaciones que evitarían entrar, o ayudarían a transitar hacia la salida del territorio trastornado.

En el **capítulo 1** encontrarán detallados los rasgos que caracterizan a cada uno de estos cuadros, con la intención de brindar información precisa para su diagnóstico una vez que están declarados, pero sobre todo para que, conociendo su sintomatología y los efectos tan nocivos que tienen, pueda detenerse a tiempo su desarrollo.

Estos trastornos, quizá como ningún otro, son claramente de índole biopsico-social. Con esto queremos decir que nos encontramos con conductas que:

- a) afectan directamente al cuerpo;
- b) reflejan un cierto tipo de vulnerabilidad individual en cuanto a personalidad y maduración;
- c) ocurren en una familia con determinadas características previas a la aparición del trastorno y que sufre, además, el efecto de la presencia del problema una vez que éste se instala;
- d) ocurren predominantemente en una sociedad en particular: la postindustrial de fin de siglo, marcada por una ética y una estética determinadas, para este caso, la de dar prioridad a la imagen externa por encima de cualquier otro valor.

En los **capítulos 2 y 3**, desarrollaremos extensamente estos conceptos, que se relacionan con lo que se ha dado en llamar "**la multideterminación de los trastornos del comer**". Esto significa que no podemos hablar de *una causa* en el origen del desarrollo de los trastornos, como tampoco podemos decir que todos los casos son iguales (si bien por vivir en una misma cultura y padecer problemas similares, las vidas de muchas de estas jóvenes terminan volviéndose parecidas).

Los factores a los que nos referimos serían de tipo *predisponente*: que vuelven a la persona más vulnerable para desarrollar un trastorno, aunque se combinan en una ecuación particular para cada persona.

Por ejemplo, habrá casos de bulímicas en las que **lo que más pese** sea la presión del *contexto sociocultural*, por estar ocupando un lugar en la sociedad que deben mantener, ya que les trae determinados beneficios (por ejemplo: las modelos, azafatas, bailarinas, promotoras, etc.). También estarán los casos de aquellas otras para las que un *contexto familiar* poco flexible, en cuanto a la modificación de las reglas de convivencia, se convierte en un medio poco propicio para asumir los cambios propios de una etapa de vida diferente.

Podemos encontrar jóvenes anoréxicas o bulímicas para las que el tipo de *interacción familiar* —marcada, por ejemplo, por la presencia de uno de los padres con características depresivas o con alcoholismo— está determinando desde el origen su patología o por lo menos contribuye a mantenerla. También existen aquéllas para las que un *contexto familiar* caracterizado por una escasa socialización dificulta la salida al mundo que ese momento de la vida requiere. Existen otras jóvenes anoréxicas para las que la presión familiar actual no es tan decisiva como ciertas *características individuales de personalidad*: timidez excesiva, autoexigencia o perfeccionismo extremo, inseguridad que resulta de un medio demasiado protegido o de hogares muy cerrados sobre sí mismos, etcétera.

Si sumamos a estos índices predisponentes una situación puntual *precipitante* de la conducta restrictiva (crisis vital familiar o de crecimiento propia de la edad), tenemos ya dos de los elementos necesarios para desencadenar este tipo de patología, que no necesitará más que del trastorno alimenticio en sí para mantenerse en una especie de círculo vicioso.

Existen elementos comunes a todos los trastornos del comer:

**la obsesión por el peso y la figura corporal;
las prácticas reiterativas para controlarlo.**

Se manifiestan desde los ayunos extremos y las dietas restrictivas que terminan en atracones, hasta las diferentes formas de compensación de esos atracones (vómitos, purgas, laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo, etcétera).

Estas prácticas afectan directamente al organismo y lo trastornan hasta el punto de que, como veremos en el **capítulo 4**, el sistema de control mismo se vuelve *perpetuador* de la situación de enfermedad, una vez que ésta se ha *precipitado*.

Por lo tanto, necesitamos de un factor predisponente, de una causa precipitante y del círculo vicioso que se establece luego.

Como con toda conducta riesgosa, puede que en un número determinado de casos no tenga consecuencias negativas. Al fin y al cabo, muchos fumadores no desarrollan cáncer y simplemente son atropellados por un auto o fallecen por muerte natural.

En realidad, *sólo una minoría de las jóvenes* tiene este tipo de dificultades (aunque las cifras de las estadísticas van en aumento peligrosamente). Es importante aclarar que en todo este círculo vicioso hay múltiples oportunidades

de que la situación se corrija sola.

Por ejemplo, Laura podría considerar que es una estupidez vivir para tener un cuerpo parecido al de las modelos; o la amiga de Laura, que ya conoce los efectos de seguir por ese sendero, puede alertarla tempranamente, o los padres de Laura podrían darle un buen reto o hablarle de una manera convincente (el método que mejor manejen) para disuadirla de seguir esa ruta sin sentido. También puede ocurrir que efectivamente Laura comience una dieta moderada, acompañada de una vida deportiva, se sienta mejor consigo misma y que esto no la lleve a excesos. Y entonces ni Laura ni sus padres necesitarán las "cartas de navegación" del PLANO 2, porque habrán encontrado ellos mismos con sus recursos y dentro de su red natural, el camino de recuperación.

Pero tal vez, antes de dejar la presentación del PLANO 1, convenga repasar algunas cifras reveladoras del estado de nuestra sociedad en cuanto a estos temas:

- en principio, debemos decir que entre el 90% y el 95% de la gente que tiene trastornos en la conducta alimentaria son mujeres;
- según la Asociación Norteamericana de Obesidad el número de mujeres que están insatisfechas con su imagen corporal es de alrededor del 90%. Es decir, nueve de cada diez mujeres no están contentas con su cuerpo;
- más de un 40% de las mujeres viven haciendo dietas en forma discontinua. Comienzan y abandonan sin obtener los resultados buscados, o al menos sin mantenerlos, dado que deben recomenzar las dietas;
- entre el 80% y el 90% de las dietas fracasan o no logran mantener el peso deseado.

Como efecto natural de estas cifras, obviamente, tenemos las siguientes estadísticas (Toronto, 1994):

- un 10% de las mujeres desarrolla en forma transitoria o permanente un desorden de la alimentación no específico;
- el 5% de la población femenina padece de bulimia nerviosa,
- el 2% de las estudiantes, anorexia nerviosa.

La incidencia por muerte en la anorexia nerviosa ha crecido del 5 al 7% en los últimos 10 años, según cifras de la OPS.

Cabe aclarar que otros investigadores dan números aun más preocupantes.

Una interpretación de estos números nos sugiere que la disconformidad con el propio cuerpo (que como decíamos afecta al 90% de

las mujeres) es el principal factor de riesgo para entrar en el mundo de las dietas y de las obsesiones.

Y en todo este fenómeno el papel de la sociedad es primordial. El modelo ideal de figura y peso femenino, tal como se lo publicita en la actualidad, *atenta contra la salud* de la mujer, por exigir un peso que la mayoría de las mujeres no puede ni debe alcanzar. Sin duda, por la persistencia de esta tendencia, es lamentablemente cierto que una mujer delgada tiene más posibilidades de tener éxito, de conseguir un trabajo o una pareja.

Podemos decir sin temor a equivocarnos que esta exigencia estética es la forma moderna de dominación sobre el cuerpo de la mujer en nuestra sociedad occidental. *Pero vale la pena resaltar que para más de la mitad de la población mundial ser delgado no es algo valioso, sino todo lo contrario.*

Ciertamente, el problema no es de fácil solución y nos involucra a todos. También a los autores de este libro que, con estos mapas que intentan mostrar una forma de salida, hacen su modesto aporte para lograr un cambio de mentalidad que abra nuevas perspectivas, con el fin de estar bien a pesar de las presiones.

En el PLANO 2 comenzamos con "las cartas de navegación" para transitar el camino de recuperación.

La "**primera carta**" —**capítulo 5**— básica y fundamental es la recuperación de una alimentación natural, después de comprender *por qué no funciona lo que no funciona desde hace años: hacer dieta*.

La mayoría de las dietas fracasa. ¿No es curioso que sigan inventándose dietas? Si realmente fueran útiles, con sólo algunas de ellas sería suficiente. Sin embargo, como decíamos, alrededor de todo este tema hay fuertes intereses económicos, a la vez que la industria de las dietas asume la forma de una especie de vendedora de ilusiones en un mundo que propone pocas alternativas para una vida más plena.

¿Y por qué fracasan las dietas casi siempre? Trataremos extensamente este tema, pero podemos adelantar algo de lo que en la actualidad se sabe al respecto. El peso corporal es una entidad semejante a la altura. Tiende a resistir el cambio porque parece estar regulado alrededor de un punto de estabilidad o "set-point" (punto de partida). Cada uno tiene el propio para determinados momentos de su vida y el organismo tiende a "defenderlo", desarrollando compensaciones fisiológicas complejas cada vez que hay una desviación significativa de ese peso. Por este motivo, la dieta restrictiva como mecanismo de control del peso es relativamente ineficaz, ya que habitualmente va en contra de esos determinantes biológicos del peso.

El peso —y por ende la figura "natural"— para la mayoría de las mujeres sanas y adultas de nuestra sociedad está generalmente por encima del peso ideal propuesto por los medios. Eso explica claramente la crónica insatisfacción del 95% de las mujeres y la compulsión a dietas restrictivas del 70%.

Dentro del capítulo que mencionamos, se encontrarán propuestas concretas para reprogramar la conducta alimentaria, con ideas para lograrlo

gradualmente, sin necesidad de más "auxilio" que el control de un médico clínico y un buen asesoramiento nutricional.

En la "**segunda carta**" —**capítulo 6**— se expondrán conceptos más vinculados con la modificación de las actitudes respecto del peso y la figura, que impiden la recuperación y el desarrollo de una relación sana con el cuerpo. También se tratará la adquisición de habilidades para "resolver los problemas" que se presentan, en lugar de "desplazarlos" en forma de dificultades con el cuerpo.

Esta es la era del "control". Los avances tecnológicos, efectivamente, nos permiten controlar nuestro ambiente de un modo que nunca se había conseguido en el pasado. Desde el clima hasta los actuales experimentos genéticos, vivimos con la ilusión y la expectativa de que tarde o temprano toda pequeña molestia será suprimida. Esto nos ha hecho más intolerantes al dolor, a la espera, a la demora, a los discapacitados y finalmente a nuestro propio cuerpo, cuando se muestra diferente de lo que quisiéramos ver. Sin duda, también por efecto de los avances tecnológicos, podemos cambiarnos el color del cabello, la edad de nuestro rostro, hasta el color de la piel. Desde cierto punto de vista, esto nos ha hecho más débiles, menos tolerantes a aquello que no manejamos y ciertamente más caprichosos.

El fracaso en las dietas por lo general no va seguido de resignación y acomodo a la realidad del cuerpo que nos tocó en gracia. Más bien promueve culpa, depresión y rechazo de uno mismo. Desde el exterior se nos propone más control y más dietas como la forma segura de salir del estado de frustración en el que el fracaso nos sumió. Está probado que la bulimia está ligada a dietas estrictas en las que, cuando se fracasa, ocurre el famoso atracón, que a su vez promueve nuevos esfuerzos para controlarse. Así se consume el fatídico círculo vicioso, en el que los atracones están motivados por la dieta estricta, pero también permitidos gracias al típico razonamiento: "me como todo, porque después vomito". La solución más fácil.

La idea de enfrentar las situaciones que se nos vuelven difíciles (crecer, relacionarse con el sexo opuesto, dejar la escuela, tener opiniones diferentes, entrar en la universidad, buscar salida laboral) **en vez de intentar resolverlas en el lugar equivocado** (controlando el peso, modificando la silueta) **va a ser central en todo el proceso de recuperación.**

Y esto, como ya dijimos, cuando no se logra a través de la ayuda que puede prestar la red natural, requiere una "grúa" que transitoriamente nos lleve hacia la salida del territorio trastornado. Este es el punto en que una ayuda profesional especializada se hace necesaria.

Por lo tanto, en esta misma "**segunda carta**" —**capítulo 6**— desarrollaremos algunos conceptos vinculados con la ayuda psicoterapéutica y la progresiva intervención de profesionales, en la medida en que la gravedad del caso lo requiera.

A continuación, presentamos algunas de las ideas que encontrarán ampliadas en este capítulo.

Para los casos de anorexia nerviosa, habitualmente no son las pacientes las

que consultan, sino sus padres o personas significativas que están a cargo. Por este motivo, la primera intervención estará apoyada en la transmisión a esos adultos a cargo, de la información básica relacionada con la alimentación y los trastornos que produce la desnutrición. Esto casi siempre posibilita una modificación en las modalidades familiares de enfrentar la situación, porque entienden que nadie mejor que ellos para ayudarla. Además, pueden ponerse a cargo más eficazmente, convencidos de que esto no sólo no le hace daño a su hija, sino que es el único modo de salvarla. Acompañados por los profesionales (médico clínico, nutricionista, ginecóloga) que imparten las instrucciones desde un lugar más periférico —por este motivo, menos confrontable por la paciente— y apoyados en su proceso por el psicoterapeuta a cargo, por lo general obtienen las primeras respuestas con bastante rapidez.

En los casos de bulimia nerviosa y otras variedades de trastornos del comer, esta información es impartida a través de grupos psicoeducativos y suele contrarrestar las creencias personales y las adquiridas a través de los medios de comunicación en relación al tema. Puede observarse, una vez finalizado el curso de cinco a seis reuniones, que el estado del síntoma muestra una disminución muy significativa. A partir de esta experiencia se rediseña el tratamiento a seguir, que en general requiere continuar con una contención familiar pautada y una reeducación nutricional con el especialista en el tema. Además, se recomienda a aquellas que lo necesiten, incluirse en un grupo de pares diseñado para aprender a resolver problemas, no sólo alimenticios.

Es imprescindible que todo el trabajo se haga en equipo interdisciplinario, es decir, con una estrecha comunicación entre los diferentes profesionales que intervienen (médico clínico, nutricionista, ginecóloga, endocrinóloga, etc., psicoterapeuta y psiquiatra, cuando lo hay), para aunar los esfuerzos de todos y evitar que el paciente reciba mensajes contradictorios contraproducentes para su recuperación. De todo esto hablaremos más extensamente en la "segunda carta".

Para terminar, destacaremos que a nuestro criterio hay dos ejes fundamentales sobre los que se planifica la intervención:

a) *la familia* es el medio natural y deseable para la recuperación de la paciente, y los padres tienen recursos para acompañar el camino, siguiendo las directivas de profesionales idóneos;

b) las intervenciones se diseñan *aumentando la utilización de recursos sólo cuando lo anterior no ha sido suficiente*. El grado de intrusión terapéutica tendrá relación con la gravedad de la situación. La idea es ir de menor a mayor. Si la internación o el hospital de día son inevitables, es recomendable la reinsertión progresiva de las pacientes en su medio familiar y social, *en el menor tiempo posible*. Creemos que es *en el propio medio* donde están dadas las mejores posibilidades de recuperación. Al mismo tiempo, es fundamental que los padres se den cuenta de su importancia y asuman un papel central dentro del camino de la recuperación de su hija. También creemos que es nuestro deber que la intervención terapéutica para la salida del territorio trastornado sea lo más breve posible para que "estar en tratamiento" no termine siendo una forma de

vida.

En síntesis:

Es nuestro propósito al escribir este libro lograr que se tome conciencia de que se está pagando un precio demasiado alto por mantener esta situación de endiosamiento de la delgadez extrema. Si no revisamos nuestros valores fundamentales, si no contribuimos a flexibilizar las pautas que regulan la sociedad en que vivimos y nos volvemos más tolerantes hacia lo diferente, porciones cada vez más grandes de nuestra población verán empeorar su calidad de vida.

Queremos contribuir, a través de la difusión de los conocimientos científicos que hoy en día se poseen sobre estos temas, a producir una modificación en los hábitos alimenticios que, guiados por los imperativos de nuestra sociedad de consumo, están enfermando a muchas jóvenes y también a algunos jóvenes.

Es nuestra intención informar a los adolescentes y a sus padres sobre aquellos primeros signos a tener en cuenta a los fines de hacer una eficaz prevención primaria, que permita encontrar el modo de no internarse en el territorio trastornado, porque una vez que se entra, se pierde mucho tiempo, mucha energía y mucha vida hasta que se logra salir.

Para terminar, transcribiremos una carta de lectores, publicada en el periódico *La Nación* de Buenos Aires, el día 14 de mayo de 1995, bajo el título de: "CRUEL PARADOJA". Los comentarios sobran.

"Hace un año murió de cáncer mi hijo, a los 27 años. Hace un mes se suicidó la mujer de un buen amigo y hace unos días murió la hija de un buen camarada, a los 19 años. ¿Por qué tanta desgracia? Designios de Dios podría decirse, pero quiero resaltar una cruel paradoja.

Cuando se descubrió el tumor de mi hijo, comprobé el valor de la solidaridad humana, de la sociedad toda, incluso más allá de nuestras fronteras. Psicólogos, médicos, enfermeras, grupos de oración, familiares, amigos, conocidos, vecinos, técnicos en radioterapia, kinesiólogos, nutricionistas, médicos de emergencias, personal de ambulancias, personal administrativo y de servicios en clínicas y hospitales llenaron de afecto y cuidados a Alejandro. Alejandro murió en paz, luchando con entereza y serenidad por su vida sin perder nunca la esperanza.

El "tumor" que originó las otras dos muertes fue un deseo: Bajar de peso, como lo exige hoy la sociedad. En realidad no fue un deseo, ya que nadie desea un tumor, sino que aparecen, por lo general, en forma imprevista.

La mujer de mi amigo, como siempre fueron las gorditas, era simpática, agradable, activa, hasta que hace dos años bajó veinte kilos y cambió la silueta y el carácter.

María Marta quería estar a la moda y comenzó una dieta para adelgazar, con un médico. Hoy, sus padres se preguntan por la causa de su irreparable

pérdida.

Pero este tumor no fue imprevisto, sino generado por la sociedad, porque si una adolescente quiere comprar un pantalón de marca y le dicen que para su talle no se fabrica, si en las revistas sólo hay fotos de mujeres delgadas y propaganda para adelgazar, si buena presencia significa menos kilos para conseguir un trabajo, si los popes de las agencias de modelos rechazan jóvenes diciéndoles 'vuelve cuando bajas seis kilos', si... etcétera, etcétera, allí se está generando el tumor.

El tumor de Ale era incurable, pero al otro debemos extirparlo entre todos de raíz. En una sola operación, empleando como instrumento la solidaridad, la misma que mostró la sociedad con mi hijo ante lo inevitable. El problema es muy serio, aparece una y otra vez y le puede pasar a cualquiera... así son los tumores.

Reaccionemos a tiempo porque después sólo queda el dolor."

Agradecimientos

Antes de entrar de lleno en el desarrollo de lo que planteamos en la Introducción, queremos agradecerles mucho a la doctora Ana Jufe, médica especialista en nutrición, y al doctor Mario Levenberg, médico psiquiatra, ambos integrantes de nuestro equipo de trabajo desde 1995, *por su invaluable asesoramiento en los temas de su especialidad que aparecen en este libro.*

También queremos agradecerle a Alejandra Feire, licenciada en nutrición, *por el compromiso de trabajo en la marcha codo a codo de cada día con las pacientes y sus familias.*

En especial, junto a ellos, aunque también contando con el apoyo y la confianza de *muchos otros profesionales de diversas especialidades vinculados con nuestras pacientes*, es que podemos dar diariamente un pasito más hacia la salida.

Y también queremos decirles muy especialmente a todas las muchachas y muchachos y a sus padres y/o familiares, que han contado con nosotros como guías en ese camino de recuperación, *que les agradecemos muy profundamente por la confianza que nos tuvieron y porque nos dejaron participar de esa apuesta por la vida que significó salir del territorio trastornado.*

Los testimonios que figuran en este libro nos fueron entregados por las pacientes (y algunos familiares) en forma de esquelas, fotocopias de sus diarios, comentarios en sesión, o son diálogos desgrabados de sesiones de evaluación. ¡Gracias! Enriquecieron este libro al compartir sus propios vaivenes en el camino.¹

Esperamos que estén bien y que este libro les sirva para ayudar a que estén bien los que ustedes quieren.

¹ Los nombres de las pacientes han sido naturalmente cambiados para proteger sus identidades; no así sus edades.

¿Qué es un trastorno del comer?

Este capítulo buscará cierta precisión en la definición de qué es exactamente la bulimia nerviosa (BN), qué es la anorexia nerviosa (AN) y cuáles son los trastornos del comer que sin llegar a ser puramente BN o AN están bastante cerca de serlo y que se conocen como trastornos de la alimentación no específicos o atípicos (TANE).

O sea, cómo *diagnosticar*, cómo tener los elementos para saber qué *es* y qué *no es* un trastorno del comer. No nos proponemos que nuestros lectores aprendan a hacer un diagnóstico médico o psicológico. Más bien, que estén informados acerca de cuándo hay que empezar a preocuparse y buscar la orientación pertinente.

Hacer prevención

Uno de los riesgos al intentar *prevenir*¹ acerca de una determinada patología o enfermedad es el de alertar *tanto* que se produzca el efecto de pánico, de terminar viendo el problema en todas partes, aun en conductas triviales o pasajeras o propias de una determinada edad y exentas de toda gravedad.

Y otro de los riesgos al intentar *prevenir* acerca de una patología o enfermedad es que el dar la información pertinente, en lugar de significar una advertencia para el cuidado y la detección temprana, acabe siendo un modo de aprender cómo hacer para finalmente terminar padeciéndola. Aquí apelamos a la conciencia y el cuidado de cada uno. Reiteradas veces hemos escuchado que "antes nunca vomitaba, pero cuando vi por la televisión la explicación de cómo habían caído en eso unas jóvenes, pensé 'cómo nunca se me ocurrió. ¡Qué buena idea para liberarme de la tortura de las dietas!' y así empezó el calvario".

Les pedimos que reciban esta información con el criterio de "hacer prevención" que nosotros estamos proponiendo, y si continúan leyendo este libro, sabrán por qué los alertamos a mantenerse lo más alejados posible del "territorio trastornado".

Por todo esto, a partir de este punto vamos a ponernos más rigurosos en las definiciones. Utilizaremos los criterios que están descritos en el *Manual de Diagnóstico y Tratamiento* (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana,

¹ Es nuestro objetivo "hacer prevención" con este material, y para nosotros significa, más que advertir, alertar o notificar acerca del riesgo de entrar en el territorio trastornado, abrir un espacio de reflexión sobre el tema que permita modificar las condiciones que facilitan la existencia del problema.

en su edición de 1994 (DSM-IV), por ser en la actualidad la fuente con más consenso en la comunidad científica en lo que se refiere a diagnósticos de enfermedades mentales.

Anorexia nerviosa (AN)

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma con anorexia nerviosa, debe cumplir con los siguientes requisitos:

A) Negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado o por encima de ese nivel para su edad y talla (por ejemplo, *pérdida de peso* que lleva a mantener el peso corporal por debajo del 85% del esperado; o *fracaso en obtener el aumento de peso esperable* durante el período de crecimiento, que lleva a un peso corporal inferior al 85% del esperado).

B) Intenso temor a subir de peso o volverse gorda, a pesar de estar por debajo del peso esperado.

C) Perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo; influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la autoevaluación, o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.

D) Amenorrea en las mujeres postmenárquicas, por ejemplo, la falta de por lo menos tres períodos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus ciclos menstruales ocurren sólo después de la administración de hormonas, por ejemplo, estrógeno.)

Tipos específicos

Existen a su vez dos formas en que la AN puede presentarse:

a) **Restictiva:** durante el episodio de AN, la persona *no se embarca* regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).

b) **Bulímica:** durante el episodio de AN, la persona *se embarca* regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).

Bulimia nerviosa (BN)

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma de bulimia nerviosa, debe cumplir con los siguientes requisitos:

A) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los siguientes elementos:

(1) ingesta, en un período corto (por ejemplo, unas dos horas), de una cantidad de comida evidentemente más grande que la que la mayoría de la gente come durante un período similar y en circunstancias similares;

(2) una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, una sensación de no poder cesar de comer, o de no controlar qué o cuánto uno está comiendo).

B) Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, para prevenir el aumento de peso, tal como: vómito autoinducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.

C) Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de por lo menos dos veces a la semana, por un período de tres meses.

D) La percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.

E) El trastorno no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Tipos específicos

Existen también dos tipos de BN:

a) **Purgativo:** la persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

b) **No purgativo:** la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio excesivo, pero no se embarca en vómitos autoinducidos o el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

Trastorno alimentario no específico (TANE)

Esta categoría es para los trastornos del comer que no concuerdan con los criterios para ninguno de los desórdenes del comer específicos ya descritos (AN y BN), pero pueden ser igualmente graves. Es posible que:

- (1) se encuentren todos los criterios para una AN, salvo que el individuo tiene menstruaciones regulares;
- (2) se encuentren todos los criterios para una AN, salvo que a pesar de una pérdida significativa de peso, el peso esperado para el individuo se encuentre dentro del rango normal;
- (3) se encuentren todos los criterios para una BN, salvo que los atracones ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana o desde hace menos de tres meses;
- (4) un individuo de peso normal se embarque regularmente en comportamientos compensatorios inadecuados después de comer pequeñas cantidades de comida (por ejemplo, vómito autoinducido después de la ingesta de dos galletas);
- (5) un individuo reiteradamente mastique y escupa, pero no trague grandes cantidades de comida;
- (6) exista un desorden compulsivo: episodios recurrentes de atracones en ausencia de los comportamientos compensatorios inadecuados, característicos de la BN (también se lo llama BED: "binge eating disorder" en inglés; algo así como "trastorno del comer por atracones").

Rasgos centrales de cada uno de los trastornos del comer

Las características centrales de cada uno de los trastornos del comer se sintetizan en el cuadro siguiente —adaptado del manual a que hicimos referencia al comienzo—, de modo que puedan verse *los elementos comunes a todos*:

Preocupación extrema por el peso y la forma corporal y prácticas reiterativas de control de peso.

El mantenimiento de un peso corporal bajo, por ejemplo, está presente en la AN del subtipo restrictivo (AN-r) y puede estarlo en los TANE. Sin embargo, los atracones son característicos de la BN y pueden o no estar presentes en los TANE. Las personas que mantienen un peso corporal bajo y tienen conductas bulímicas son consideradas anoréxicas de subtipo bulímico (AN-b).

Revisemos cada uno de estos rasgos centrales:

<i>Rasgo característico</i>	<i>ANr</i>	<i>ANb</i>	<i>BN</i>	<i>TANE</i>
preocupación extrema por peso y figura	Pte.	Pte.	Pte.	Pte.
prácticas de control de peso	Pte.	Pte.	Pte.	Pte.
mantenimiento de peso corporal bajo	Pte.	Pte.	Aus.	P/A
episodios de atracones	Aus.	Pte.	Pte.	P/A

Pte.: está presente

Aus.: está ausente

P/A: puede estar presente o ausente.

¿Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en varones?

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, están apareciendo también en hombres jóvenes cada vez más. El porcentaje de varones ha pasado de 5% a 10% en los últimos 5 años. Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías. A su vez, refuerza la hipótesis de *la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural* en la aparición de estos fenómenos.

Al igual que las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer también tienen:

- historias de obesidad que los han convertido en objeto de burlas en algún momento; o
- la fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos; o
- la obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, etcétera.

Un número significativo de los varones con trastornos de la alimentación es homosexual lo que no significa que sea privativo de ese grupo. Quizás esto tenga más que ver con que nuestra cultura no le pone tantas exigencias al hombre heterosexual, en cuanto al cuidado de su presentación física. Más bien le exige que sea fuerte, situación para la cual algunos kilos de más no interfieren. En cambio, en el mundo gay masculino, la apariencia es un valor apreciado, igual que en el mundo femenino.

Vale la pena destacar que es poco frecuente en los hombres con estos problemas de alimentación que el objetivo buscado sea un peso determinado, achicar el talle de la ropa que usan o "entrar" en un pantalón (a diferencia de las adolescentes mujeres). Más bien suelen relatar que todo comenzó por querer modificar alguna parte específica del cuerpo, darle mejor forma o evitar ciertas desproporciones.

Otro grupo significativo entre los varones con trastornos del comer lo representan aquellos que también sufren la presión de mantener un peso fijo por su actividad y se encuentran bajo control de una manera estricta. Es el caso de algunos deportistas bajo entrenamiento intensivo, el caso de los corredores de caballos (jockeys), los fisicoculturistas o los boxeadores obligados a ubicarse en una categoría inferior a aquella para la cual están físicamente mejor dotados. También integran este grupo los bailarines, a quienes se les exige el mantenimiento de un peso más bien bajo, y, en cifras que lamentablemente van en aumento, los modelos masculinos. Decimos "lamentablemente" porque sin duda esto no es más que un preanuncio de que, a corto plazo, en el mundo masculino *también* aumentará la presión por una estética que pase más por la flacura que por un cuerpo proporcionado y fuerte.

Un dato importante a tener en cuenta en el caso de los varones es que se verifica muchas veces que lo que *inicialmente* se presenta como una anorexia nerviosa constituye más bien un trastorno del comer *secundario* a un trastorno

afectivo. Esto quiere decir que el joven ha comenzado con un estado de tristeza o depresión, debido a causas de diversos tipos. Por no haberse enfrentado lo que motiva ese trastorno afectivo, se desarrolla un estado de desinterés por la comida. Las consecuencias terminan siendo las mismas que las que padece una joven cuando deja de comer por razones estéticas.

Andrés (16) confesaba:

"Yo estoy mal desde que mis padres se separaron y, además, se murió mi abuelo. Yo no quise decirles nada porque ellos ya estaban bastante mal. Todos en casa andábamos mal, muy tristes. Antes había un clima muy denso, peleas y eso... después vino la depresión. No me di cuenta de que estaba adelgazando tanto; es que no tengo apetito."

En cambio, Julián (19) nos relataba:

"¿Qué me vino primero si la depresión o la obsesión por la gordura? Yo creo que la depresión me vino después de estar mucho tiempo intentando bajar de peso para que no se burlaran más de mí en la escuela. Cuando me di cuenta de que no me servía para nada todo lo que estaba haciendo para estar más delgado, me quería matar."

Secuelas esperables de la inanición, más allá de su origen

Las investigaciones realizadas en los últimos años han generado el consenso —incluso entre profesionales de distintas orientaciones teóricas— de que muchos de los síntomas que presentan las personas que tienen un trastorno de la alimentación resultan de su estado de inanición. Al hablar de estos síntomas nos referimos tanto a las secuelas físicas, como también a muchos de los aspectos psicológicos más característicos de las personas con estos trastornos.

La gente con desórdenes de la alimentación presenta idénticas características psicológicas y conductuales que las personas que han estado sometidas a situaciones de restricción alimentaria, natural o experimentalmente (Keys *et al.*, 1950). Los lectores podrán entenderlo mejor cuando lleguen al capítulo 4, donde se desarrollará más detalladamente esa investigación.

Lo importante es destacar que, ya que se conocen los graves efectos físicos y psicológicos de la restricción alimentaria y no importa cuál sea el detonante del estado actual, es fundamental la rehabilitación nutricional. Sin una mejora del estado nutricional, no puede hacerse un *buen diagnóstico psicológico* ni garantizarse resultados del tratamiento psicoterapéutico.

¿Existe alguna relación entre los trastornos del comer y la "depresión"?

En los últimos años se ha avanzado bastante en la hipótesis de que *existe una estrecha vinculación entre los trastornos de la alimentación y los trastornos afectivos, más específicamente: la depresión*. Algunos de los signos más comunes de "la depresión" se encuentran presentes, con las mismas características, en las personas con trastornos del comer.

Casi todas las jóvenes mencionan algo de esto:

- sentimientos sobrecogedores de tristeza, sentir que uno "está en el pozo";
- pérdida de interés en casi todo lo que antes les resultaba placentero;
- sentimientos de culpa e impotencia;
- desesperanza hacia el futuro;
- aislamiento social e introversión, aun en personas que han sido sociables y extrovertidas hasta entonces;
- ideas recurrentes de autoagresión (ideas de suicidio);
- nivel de energía disminuido; fatiga desproporcionada en relación al ejercicio que se realiza;
- imposibilidad de concentrarse; disminución de la capacidad de pensar;
- dificultades para conciliar el sueño.

La depresión afecta muy negativamente diversas áreas de la personalidad. Influye en la manera en que sentimos o pensamos sobre nosotros mismos, sobre los otros o sobre la vida, y en la manera en que actuamos, sobre todo en cuanto a las relaciones, lo que llamamos el funcionamiento interpersonal.

Si pensamos en términos "diagnósticos", podríamos decir que:

- es muy común encontrar la presencia de depresión en pacientes con problemas como los que nos ocupan;
- se sabe que existe un componente "hereditario" en *ciertas* formas de depresión y es frecuente encontrar antecedentes de depresión en los familiares directos de algunas jóvenes con trastornos del comer;
- la terapia con medicación antidepressiva ha mostrado ciertos éxitos con estas pacientes, especialmente con las que padecen bulimia nerviosa;
- existe también una correlación entre la severidad de la depresión y la severidad de la bulimia.

Todos estos datos nos hablan de esa vinculación entre depresión y trastornos de la alimentación. Lo que no siempre queda claro es qué es lo que surgió primero. Existen varias hipótesis:

1. Que la depresión sea "*causa*" del trastorno del comer

Esta hipótesis se basa en que muchos pacientes con anorexia o bulimia nerviosas tienen historias de depresión *previas* al desencadenamiento de los trastornos alimentarios. Esto quiere decir que hay motivos específicos que llevaron a la persona a un estado de ánimo depresivo.

Pueden haber sido motivos *recientes*: la muerte de algún ser querido muy

significativo, la separación de los padres, un accidente, una enfermedad, etcétera.

"... y empecé a vomitar. Tenía dieciséis años y creo que era unos meses antes de que se muriera mi mamá. Estaba mal de ánimo y se me juntó todo. Empecé a vomitar y desde ese día vomité todos los días. Llegué a 33 kg enseguida. Parecía algo normal, porque nadie le prestó mucha atención. Mi mamá me llevó al médico, pero no dijo que estaba mal. Para mí estaba bien, pero entré en una depresión terrible. Estaba muy sola, no me importaba nada de nada y me sumergí en una irrealidad total durante muchos años... Mucho tiempo fue, lo que pasaba es que yo ni me daba cuenta." (Cecilia, 24)

Pueden haber sido motivos *de larga data* y que circunstancias específicas actuales desencadenen el estado depresivo. Por ejemplo, hijos de padre/madre depresivo o alcohólico, que viven habitualmente en un clima familiar bastante difícil. La conjunción de ese contexto familiar con, por ejemplo, la ruptura de un noviazgo es lo que precipita la depresión. Observamos que en esos casos el trastorno depresivo *aumenta la predisposición* a una perturbación alimentaria: dejar de comer por el desinterés propio de quien está deprimido y todo le da igual.

"... yo creo que fue porque me desconecté de la vida... me sentía mal por todo, no me podía concentrar en el estudio, no tenía ganas de ver a nadie. Mi casa era un caos; yo tenía la sensación de esas películas de Vietnam, donde ves a los hombres cercados, sin salida. Yo estaba igual. Se me cerró el estómago y no me entraba nada." (Analía, 18)

2. Que los trastornos del comer, entre sus múltiples consecuencias, provoquen un estado depresivo

A estos casos nos referíamos cuando dijimos que a veces la depresión puede ser "secundaria" a un trastorno del comer. Esto significa que *comienza y se mantiene a partir* de la pérdida de peso y/o del comportamiento alimentario caótico. O sea, que no sólo no hay desencadenantes actuales de tipo psicológico que justifiquen el cambio de humor, sino que tampoco hay antecedentes personales, contextuales y/o familiares que puedan considerarse "causa" de un estado de ánimo depresivo de tal magnitud.

"No me acuerdo de haber tenido estas depresiones antes. Después de que empecé con las dietas me cambió totalmente el ánimo."

"Si algo puedo decir de Marita es que era alegre y entusiasta para todo... no me explico qué le pasó."

"La verdad es que no paraba nunca en casa, siempre estaba con sus amigas... ahora vive encerrada en su habitación, no quiere ni atender el teléfono."

Para respaldar esta hipótesis se alega que es muy frecuente que muchas pacientes con bulimia o anorexia nerviosas *mejoran de su estado depresivo con el simple recurso de normalizar la ingesta y de alcanzar el peso normal*. En esos casos parece evidente que la depresión era consecuencia directa del desorden alimentario.

En el experimento de Keys y colaboradores, en la Universidad de Minnesota, que mencionamos en la Introducción y desarrollaremos en el capítulo 4, se investigó sobre los efectos de la desnutrición en el estado de ánimo. Quedó demostrado experimentalmente que:

la depresión es un subproducto común de la semi-inanición (hambruna), un efecto natural de la restricción alimentaria. Muy a menudo mejora y la mayoría de sus síntomas desaparecen cuando la ingesta se normaliza y el peso corporal comienza a recuperar su nivel.

"Yo me di cuenta de lo mal que me había puesto cuando llegué al punto de que quería matarme. Nunca antes lo había ni pensado y de pronto se me convirtió en una obsesión: desaparecer del mundo... una obsesión con las mismas características que la de planificar la comida y los tiempos para vomitar. Es que mi vida casi se había reducido a eso. Entonces me agarró ese estado de depresión y de desinterés por todo y esas ganas de matarme. Por suerte no me salió bien, ahora me alegro." (Bárbara, 22)

"Hoy y aquí pienso sobre el curso que lleva mi vida, a la que no trato de modificar por ningún medio, sólo me dejo llevar por lo que el destino propone. Pero a pesar de todo no me hace feliz el rumbo que mi vaga existencia lleva. Muchas son las veces en que trato de imaginarme cómo sería yo sin todo lo que hoy me pasa. Cómo sería mi vida si no hubiera tenido este trastorno de la alimentación. Sin embargo, no obtengo ninguna respuesta. He crecido así, con estos hábitos que no sólo han trastornado mi forma de comer, sino que día a día han trastornado mi mundo, mis afectos, mi personalidad y, por sobre todo, han trastornado mi deseo de vivir. Yo no veo futuro y, por más que muchas veces me invade el terror cuando imagino pasar el resto de mi vida así, no encuentro la salida correcta de todo esto, más que volver a empezar una dieta." (Eugenia, 18)

"Mi caso fue relativamente breve. Yo lo tomo como breve, llegó a dos años; pero en lo corto que fue perdí muchas cosas: desde dos muelas hasta tres meses de adaptación. Fue poco tiempo pero para mí muy grave. O sea, mi punto límite fue cuando me di cuenta de que había querido matarme. Ahí fue cuando reaccioné: no valía la pena todo eso, y empecé a tratarme." (Tina, 23)

"Llegué a cambiar mi forma de ser, mis pensamientos, mi interés por salir, mi forma de vestirme. Peleaba con todo el mundo, estaba insoportable,

pero recién ahora me doy cuenta. Primero adelgazaba pero después empecé a engordar y ahí me desesperé y empezó la confusión que me llevó a intentar suicidarme. Creo que tuve suerte. Sentí como una luz que me dijo 'Detente, algo está mal'. Me asustó mucho haber llegado a tanto. Me dieron ganas de salir." (Dinorah, 20)

3. Que ambos estados (trastorno del comer y depresión) sean causados por un tercer factor

O sea, que existan, por ejemplo, anormalidades a nivel neurobiológico, que causen depresión o presenten una sintomatología similar a la de los trastornos del comer, como anorexia o vómitos reiterados.

4. Que varias de estas posibilidades sean ciertas al mismo tiempo en diferentes pacientes

Por ejemplo, podría darse el caso de que en algunas pacientes la depresión favorezca el desarrollo de un trastorno de la alimentación, como una especie de mecanismo psicológico para regular los estados de ánimo, a través de evitar comer o de atracarse y luego vomitar. En otras podría ser a la inversa: que atrapadas en el circuito de atracones y vómitos que no pueden controlar, bajen los brazos, se desmoralicen y caigan en un estado depresivo.

"Yo empecé hace un año, más o menos, y fue todo sin darme cuenta. No quería aceptar que tenía este problema. Pensaba que no era mi caso. Y vine porque me mandaron. No me daba cuenta de qué era lo que me pasaba. Fue muy difícil para mí aceptarlo. Pero me sentía cada vez peor, me llevaba mal con todo el mundo, me sentía bien chiquitita, bien disminuida. No quería hacer nada, todo lo que hacía me parecía que estaba mal. Pensaba que iba a poder controlar lo de la comida, y no se puede controlar, termina yéndose de las manos." (Matilde, 22)

"Yo empecé con las dietas y después cada vez se iba acrecentando el terror de engordar y el estar más pendiente de lo que comía, y de lo que comían los demás también. Controlaba todo. Si yo me restringía un chocolate, se lo compraba a alguien, para que lo comiera. Moría por comerme un chocolate, pero no aflojaba. Y bueno, hace cuatro o cinco años, me enfermé, tuve anemia. Me deprimí mucho, tuve que tomar antidepresivos un año entero. Perdí la menstruación por seis meses. Primero estuve con anorexia: no comí por dos meses, y bajé ocho kilos. Después me volqué a la bulimia. Siempre pendiente de la dieta y pensando que por toda mi vida iba a tener que hacer dieta." (Carmen, 19)

En **síntesis**, en la actualidad es difícil saber a simple vista *qué es la causa de qué*, por eso es fundamental:

a) la evaluación clínica de toda persona que consulta, para descartar la posibilidad de una enfermedad orgánica y no "nerviosa";

- b) hacer un buen rastreo de antecedentes individuales y familiares del tipo de los mencionados;
- c) estar alerta a la evolución del consultante.

Con el riesgo de ser reiterativos, pero para destacar su importancia, volvemos a afirmar lo que sí sabemos:

- la depresión suele estar presente en los trastornos alimentarios y mejora en muchos casos una vez que se normaliza la ingesta y se alcanza un peso saludable;

- por lo tanto, cualquiera que sea el caso, es imprescindible recuperar un buen nivel de alimentación lo más pronto posible, porque eso ayudará a ajustar el diagnóstico para saber cómo seguir, qué tipo de terapia hace falta después de que la persona se ha normalizado a nivel orgánico.

El resto se sigue investigando. Esperamos poder dar más información en la próxima edición de este libro.

¿De dónde nace un trastorno del comer?

Un breve paseo por revistas femeninas y propagandas publicitarias

Estos son algunos ejemplos:

"Sí *el rostro se te cae* porque te dejaste estar y ahora ves el resultado de tu descuido y tus excesos..."

"Con el nuevo y exclusivo xxx formulado especialmente para bajar de peso en primavera-verano, *volverás a ser tú misma.*"

La joven, señalándose un rollito en la cintura, se mira al espejo, que le dispara, con una sonrisa maliciosa, la pregunta aterradora:

"¿Con ese salvavidas, *no te da vergüenza hacer el amor?*"

Las propagandas que siguen salieron todas juntas en una tapa de revista argentina para mujeres, que tenía como modelo de tapa una mujer tan delgada que hasta la famosa Twiggy hubiera envidiado:

- Objetivo: **silueta en línea.**
- Batalla antikilos: tres *dietas de vanguardia*, una para cada mujer.
- Lipoaspiración: *milagros* de la escultura corporal.

" 'Yo bajé *sin pasar hambre.*' Mientras duerme, mientras trabaja, mientras lee, usted también baje hasta 11 kilos en 21 días sin hambre, sin píldoras, sin aparatos."

"Haz la prueba. Pregúntale a tu media naranja, *cuál de estos dos cuerpos* se llevaría esta noche a la cama. (A la izquierda hay una mujer común, a la derecha hay una joven con un cuerpo más de acuerdo con los cánones actuales de delgadez.)

Si eligió el de la izquierda, *te miente.*

Acércate ya mismo a xxx y en 23 días no va a tener más motivos para mentirte."

"¿No está harta de ser usted misma? ¡Sea *definitivamente otra!* Consulte nuestro programa intensivo de adelgazamiento antes de las vacaciones."

¿Quién puede resistir este "terrorismo" sin sentirse aludido?

La que menos reaccione se preguntará en qué nivel está y no podrá evitar cierto disgusto por lo que le devuelve el espejo, que nunca es tan perfecto como lo que acaba de ver en la propaganda. De ahí, hasta llegar a un trastorno de la alimentación, no hay un camino muy largo para recorrer.

"La mayoría de los adolescentes y adultos hace dieta no por el colesterol temprano, sino porque el talle único de las tiendas les queda estrecho, porque en una discoteca no pudieron entrar por gorditos o simplemente porque se miran al espejo y no encuentran a Claudia Schiffer, a Lorenzo Lamas o al joven o la joven que fueron. Los que se destruyen los pulmones fumando con tal de calmar la 'ansiedad oral' le temen a la gordura más que al infarto y todo por una sencilla razón: morir es una desgracia, pero ser gordo es una vergüenza." (MNT, para el diario *Clarín*, septiembre de 1994)

¿Con estos ejemplos queremos decir que "la culpa de todo la tiene la presión social"?

No. Pero en este capítulo vamos a entender un poco mejor cómo influyen la presión social y otras cuestiones para que se desencadene lo que llamamos "trastorno del comer".

La "multideterminación" de los trastornos del comer

Así es como llamamos a aquello de lo que acabamos de hablar.

¿Qué quiere decir?

Que existen *diferentes factores* que inciden para que finalmente alguien tenga un "trastorno de la alimentación", pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que *causan* un trastorno del comer es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más *vulnerable* para desarrollarlo.

Para explicarlo claramente, presentamos un cuadro que es una adaptación del que diseñaron los doctores Garner y Garfinkel (1980), pioneros en el tratamiento y la investigación de los trastornos de la alimentación en el Hospital de Toronto, Canadá.

I. Factores predisponentes	II. Factores precipitantes	III. Factores perpetuantes
- socioculturales	- estresores	- atracones y purgas
- familiares	- actitudes anormales con peso y figura	- secuelas fisiológicas y psicológicas
- individuales	- dietas extremas y pérdida de peso	

Empecemos por aclarar los términos *predisponentes*, *precipitantes* y

perpetuantes.

Predisponer significa "preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin".

Es decir que cuando hablamos de "factores predisponentes" estamos diciendo que hay elementos

- en el contexto sociocultural en el que estamos inmersos

y

- en las características individuales del sujeto o en las de su familia

que "preparan el ánimo" de esa persona —del mismo modo que un "campo arado" está listo para ser sembrado—, de tal manera que *puede prosperar más fácilmente* la idea de dedicarse al culto de la figura o al control del peso corporal.

¿"Prosperar la idea" a partir de qué? A partir de lo que llamamos un "factor precipitante".

Precipitar: despeñar, derribar de un sitio alto; arrojarse a hacer o decir algo con arrebato y sin prudencia; acelerar.

Esto significa, y ya lo vamos a ampliar más, que en ese campo preparado para esa siembra tan particular

- cualquier elemento estresante que aparezca o
- la decisión de comenzar con dietas para concretar ese control

actúa a modo de "semilla" que cae en la tierra y empieza a desarrollarse. De ahí a que se establezca la situación, no hace falta "regar" mucho el terreno. Empiezan a incidir ya los "factores perpetuantes".

Perpetuar: hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin.

Ya veremos de qué manera *el sistema de control del peso* actúa como un "fertilizante" para que la semilla crezca y se convierta en una maraña que difícilmente se desanuda. El típico ejemplo es "la bola de nieve". Una vez que comienza a bajar por la montaña, se va agrandando sola, por el mero hecho de ir arrastrando a su paso todo lo que encuentra, *independientemente de los motivos por los que haya comenzado*.

Elina (15) nos decía:

"La anorexia se apoderó de mí y siento que me destrozó. Lo siento recién ahora, después de 8 meses de tratamiento. Quizá parezca exagerado, pero te destruye tanto como la droga o el alcohol. Para recuperarte, tienes que volver a empezar de cero. Durante más de dos años di vuelta toda mi vida, mi mentalidad, mis valores. Es como si hubiera hecho una maraña de cables gigantesca y ahora no sé por dónde empezar. Pero de lo que estoy segura es de

que, cuando esa maraña esté deshecha, no se va a parecer en nada a lo que era antes. Ningún cable va a estar en el mismo lugar. Ya me cuesta saber quién soy. La que era antes, ¿dónde está?"

Para redondear la idea base que desarrollaremos a lo largo de toda esta primera parte del libro:

- **una persona se vuelve *más vulnerable* para desarrollar un "trastorno de la alimentación" cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales;**
- **un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (adolescencia, por ejemplo) en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura, *precipita* el problema.**
- **Pero la *perpetuación* del trastorno —además de lo que puede haberlo disparado en un comienzo y más allá de eso— está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo.**

En este capítulo y el siguiente, nos ocuparemos especialmente de los factores *predisponentes* y *precipitantes*. Y en el capítulo 4, hablaremos más en detalle de los efectos que se producen a nivel psicológico y fisiológico con estos trastornos, y que son, de hecho, factores *perpetuantes* del mismo.

Entrando en un sendero sin salida

Ana tiene 15 años. Al igual que casi todas sus amigas sigue de cerca la vida de las actrices y modelos que salen en las revistas. Todas ellas son lindas, tienen dinero, novio (o candidatos) y básicamente e indispensablemente tienen un cuerpo espectacular. El cuerpo de Ana, que está en franco desarrollo, parece cambiar día a día en sus formas y volúmenes. Esto le da a Ana la impresión de que en cualquier momento puede comenzar a engordar y alejarse ya indefectiblemente de sus modelos.

Los quince años no son precisamente la época de la vida en la que uno está más seguro de sí mismo. Ana pasa largos minutos varias veces al día mirándose al espejo. Es raro, pero pareciera que un día está más gorda y el otro menos. La percepción de sí misma se va distorsionando, producto de su obsesiva preocupación. Les pregunta constantemente a su madre, a sus amigas, al joven que le gusta: "¿Cómo me ves?", pero siempre encuentra alguna razón para no creerles cuando la respuesta es: "¡Estás bien, deja de preocuparte! Estás espléndida así." Ella piensa que es porque es la mamá, ¿qué le va a decir sino que está bien? Y las amigas se lo dicen porque no quieren verla mal. No importa más la opinión de los demás: ella está segura de que le sobran un par de centímetros

acá o allá.

Algún muchacho la invita a salir y no sería raro que ella no vaya, debido a que no está segura de ser aceptada. Ella ya sabe qué tipo de mujeres prefieren los varones. Puede ser que comience a quedarse más tiempo en casa "hasta estar un poco más delgada". Sus padres la notan más retraída y se ven involucrados a partir de sus preguntas y recomendaciones en el malhumor de Ana.

Quizá no, pero podría ocurrir que Ana comience a ocupar un lugar más central en su familia. Se empieza a hablar de ella con preocupación aun cuando no está presente. Sus padres quizá discutan entre ellos y tengan visiones contrapuestas acerca de lo que habría que hacer para ayudarla. Los padres no suelen "nadar en el mar de la tranquilidad", mucho menos con hijos adolescentes. Ana percibe cierto clima enrarecido alrededor de ella. En el cuerpo de Ana puede ser que estén ocurriendo ciertas cosas en forma paralela. Ella podría haberse embarcado ya hace rato en una dieta estricta.

Aquí ya estamos en el momento en que el cuerpo reacciona de acuerdo con sus leyes fisiológicas (esto lo veremos más en detalle en el capítulo 5).

Si Ana no "falla" en su dieta, puede ser que quiera seguirla más allá de haber alcanzado el peso supuestamente pretendido. En rigor, el peso pretendido será siempre un "poco más bajo" de lo que ella alcance. Pronto su cuerpo se acostumbrará a no comer y quizás empiece a tenerle asco a la comida (y a los que comen en general). Ana está camino a ser anoréxica.

También podría haber ocurrido que Ana "falle" en sus dietas y entre en un círculo distinto:

- fluctuará entre períodos de ayuno y/o dietas muy estrictas y explosiones de "comerse todo" con culpa, sensación de fracaso y asco de sí misma;
- sobrevendrán las "compensaciones" por el descontrol: dietas más estrictas, laxantes, diuréticos, pildoras con anfetaminas recetadas por médicos inescrupulosos, etcétera.

Ana ya es prácticamente bulímica.

Como decíamos más arriba, todos estos factores (corporales-fisiológicos, personales, familiares y sociales) se potencian mutuamente. La personalidad en formación de Ana, con las inseguridades propias de la edad, la vuelven "víctima fácil" de una sociedad que premia a los delgados y excluye del éxito a los que no tienen el cuerpo ideal.

Por la misma razón es comprensible que Ana se recluya en su casa y evite los contactos sociales, especialmente con varones. El hecho de que se quede más en su casa, como veíamos antes, influye sobre la familia: aumenta la preocupación de los padres y los hace estar más pendientes de Ana de lo que es ideal para esa edad. Esto no pasa inadvertido para los hermanos, que pueden sentirse celosos de toda la atención que se le presta a Ana o protestar abiertamente por el clima de incertidumbre y las continuas peleas que se suceden a la hora de las comidas. Casi sin advertirlo, Ana comenzará a sacar provecho de ser el centro de atención y es probable que desarrolle caprichos en relación con la exagerada atención de los padres: obtener prerrogativas y ventajas dada su "enfermedad".

Todos estos factores estarán en conjunción con los fisiológicos que, por

ser más complicados, los veremos más en detalle en los siguientes capítulos.

Es importante recalcar que

- frente a períodos prolongados de ayuno,
- las probabilidades de tener un atracón compensatorio se acentúan,
- lo que lleva a la niña preocupada a dietas aun más estrictas.

Esa dieta se convierte finalmente en el factor principal de que el trastorno no sólo no se supere, sino que se perpetúe. Estos continuos fracasos son una recarga adicional para la frágil autoestima de nuestra joven. *El ciclo recomienza.*

"Sólo sentirme verdaderamente delgada y en control de mi cuerpo me devolvería la seguridad en mí misma." (Viviana, 16)

Nuestros lectores pueden estar teniendo una de dos reacciones: *escepticismo*: "las cosas no pueden ser tan malas"; o *pánico*: "mi hija es un monstruo en potencia".

En realidad —citando la Introducción —, "sólo una minoría de las jóvenes tienen este tipo de dificultades, aunque las cifras vayan en aumento muy peligrosamente". Muchas veces las cosas se corrigen solas:

- Ana podría considerar que es una estupidez vivir para tener un cuerpo parecido al de las modelos;
- la amiga de Ana, que ya conoce los efectos de seguir por ese sendero, puede alertarla tempranamente;
- los padres de Ana podrían darle un buen reto o hablarle de una manera convincente (el método que mejor manejen) para disuadirla de seguir esa ruta sin sentido;
- también puede ocurrir que efectivamente Ana comience una dieta moderada, acompañada de una vida deportiva, se sienta mejor consigo misma y que esto no la lleve a excesos.

Carteles que anuncian el peligro

Como lamentablemente "los números van en aumento" y esa minoría de Anas ya no es tan minoría, vamos a analizar en detalle cada uno de los factores predisponentes y precipitantes de los que hablábamos al comenzar este capítulo, para que al reconocerlos estemos en mejores condiciones de sustraernos a su influjo.

Factores predisponentes: socioculturales

1. La presión social para ser delgada

Observemos detenidamente las cifras de estas estadísticas publicadas por la Clínica de Trastornos de la Alimentación del Hospital de Toronto, Canadá, en 1994.

En una encuesta realizada con la pregunta: "¿Qué es lo que te haría más feliz?"

- el 42% de las mujeres respondió: "perder peso";
- el 22% se refirió al éxito en el trabajo;
- el 21% optó por una cita con un hombre admirado;
- el 15% por el reencuentro con una vieja amiga.

Más datos que surgieron de la encuesta:

- más del 90% de las mujeres está insatisfecha con su imagen corporal;
- el 75% de las mujeres están preocupadas por su peso, porque consideran que están excedidas;
- sólo el 25% está excedido desde el punto de vista médico;
- más del 40% está a dieta como una forma de modificar la situación.

Lo cual arroja los siguientes resultados:

- entre el 3% y el 5% de las mujeres padecen bulimia nerviosa;
- del 1% al 2% de las estudiantes padecen anorexia nerviosa;
- entre el 10% y el 15% de las mujeres tienen trastornos alimenticios.

Obviamente el peso tiene un significado importante en la autoestima y la felicidad de estas mujeres y, ¿cómo va a ser de otra manera? Los medios "prometen" a las mujeres de figura esbelta y bajo peso una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito. Observemos el fenómeno desde las revistas para mujeres, por ejemplo:

- "Vendemos siete mil números más si mencionamos la palabra 'dieta' en la tapa", nos confesaba alguien vinculado con una famosa editorial.

- Según David Garner de la Universidad de Toronto y una de las autoridades mundiales en el tema, el número de artículos referidos a dietas en las revistas femeninas en los últimos diez años se ha incrementado en un 70%.

No es difícil entender entonces por qué en todos los números indefectiblemente aparecen notas acerca de cómo modificar el cuerpo: "la nueva dieta milagrosa" inventada en Francia o en Estados Unidos (por ejemplo "Beverly Hills" para los amantes de seguir el modelo de los ricos y famosos) o por los indios del Amazonas (para los amantes de algo "más ecológico"). Cuanto más exótico mejor. De esa forma, se alienta la disconformidad con uno mismo, disfrazada de "mejorar", "ser más exitosa", "ser más atractiva" o "gustarle más al hombre".

Hace unos meses leíamos un título escalofriante: "¿No está harta de ser usted misma? Sea definitivamente otra." La propuesta incluía no sólo las consabidas dietas para adelgazar, sino también estrategias quirúrgicas que modificarían desde la cara hasta los pies.

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente, va en aumento en los últimos treinta años. Es importante recordar que cuando hablamos de "un cuerpo ideal o espectacular" estamos refiriéndonos no a un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento. El ideal de belleza ha ido cambiando según las

épocas y es diferente en las distintas sociedades.

Los trastornos de la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, y aunque están comenzando en las del mundo oriental (Japón, por ejemplo), podemos asegurar que no afectan por igual a mujeres de otras latitudes.

Tampoco afectan por igual a las diferentes clases sociales. Es propio de la clase media y alta. Prácticamente no se registra hasta ahora en las clases bajas. Las personas de clase baja afectadas por este problema, son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta donde se juegan esos valores como fundamentales y se vuelve inevitable cierta mimetización.

A principios de siglo, la delgadez no era considerada atractiva. En una publicidad de una revista en el año 1933 se ofrecía una cerveza que ayudaría a las mujeres a "acumular sólida y saludable grasa". En la publicidad, una mujer delgada le decía con tono de celos a otra visiblemente rellena: "Estoy tan sola e infeliz. Nadie quiere una mujer tan delgada." La segunda mujer (que hoy en día sería considerada gorda) contestaba: "Ya no hay necesidad de seguir siendo delgada. Tomando la cerveza xx con malta podrás ser como yo".

Pero en estas últimas décadas, se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso: cuanto menos kilos, más logros.

Los estudios realizados sobre los estereotipos femeninos fotografiados por la revista *PlayBoy* entre los años 1959 y 1979 demuestran que el modelo de figura femenina se ha ido afinando y aligerando en este período. Sin embargo, se ha dado en nuestras sociedades un aumento del peso y tamaño de la mujer y del hombre en esos mismos veinte años, seguramente debido a mejores condiciones de alimentación y a mayor acceso de todos a ella a nivel general. El resultado es que entre el modelo ideal y la realidad posible hay cada vez más disparidad. Esto indudablemente lleva a las cifras que mencionábamos antes: 90% de las mujeres disconformes con su forma corporal y dispuestas a embarcarse en dietas, si es que ya no lo están haciendo.

"Vivo comparándome con Claudia Schiffer. Sé que es ridículo pero no puedo manejarlo." (Verónica, 19)

Es absurdo establecer una relación entre el éxito y el peso corporal. ¿Cómo mejoran las propias habilidades con la pérdida de peso? ¡No lo hacen! ¡Más bien empeoran!

La persona que sufre de un trastorno de la alimentación llega a estar tan obsesionada con la comida y el comer que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social.

"Antes yo me pesaba a la mañana y decía: soy una cerda, no bajé. Entonces estaba todo el día de malhumor. Todo el mundo me hablaba y yo lo

único que respondía era 'soy una cerda'. Estaba pésimo con todos. No podía concentrarme en nada, cada vez que me sentaba a estudiar empezaba: qué puedo comer para compensar; Tatiana bajó, ¿por qué yo no puedo?; mañana me voy a saltar el desayuno; Victoria me dijo que era un plomo porque no hablo ni pienso en otra cosa. Después terminaba con un ataque de angustia." (Gabriela, 19)

Sin embargo, muchas jóvenes se convencen de lo contrario y se valoran a sí mismas como personas sólo a partir de la aceptación que puede tener su cuerpo para los demás. Por supuesto, no por lo que ellas crean que es lógico, sino por cómo cumple con los cánones impuestos desde afuera.

"Si estás delgada, todo te va a salir bien, todo el mundo te va a querer. Yo ya lo viví. Los varones te miran más y ninguno te dice: 'si bajaras unos kilos'..." (Silvia, 16)

La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva *físicamente*, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la *totalidad* de la mujer se expresa —casi únicamente— a través de la imagen corporal. Como mencionamos en la Introducción, ésta es una forma de tiranía impuesta sobre la mujer, ya que por un lado se le exige ser atractiva físicamente y dedicar ingentes esfuerzos a lograrlo, pero por otro lado muchas veces se oye decir sobre una mujer muy atractiva: "Es lindísima, no debe tener nada en la cabeza". Las alternativas parecieran ser: físicamente poco atractiva pero inteligente, o una diosa pero hueca... ¿o exageramos un poco?

Se sugiere además, al tomar como modelo estereotipado de físico al de una adolescente casi púber, que el atractivo está ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil. O sea que para ser una mujer exitosa en esta sociedad occidental, no sólo hace falta NO desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer, sino que además tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para ser vivida.

Frente a este cúmulo de estímulos negativos y considerando que la mujer tiende a depender más del reconocimiento externo para sentirse bien:

- ¿cómo no decaer?
- ¿cómo no desechar los propios valores porque no son los que se exigen?
- ¿cómo no acumular sentimientos negativos respecto de sí misma?
- ¿cómo no considerarse inadecuada?

"Es lo que nos toca vivir. Tienes que soportarlo o si no, te vas a vivir al campo. En esta sociedad en la que estoy tengo que hacer lo que hace la mayoría. Si no cumplo con esas pautas, no puedo integrarme." (Flor, 17)

"Yo sé que no todas las mujeres cumplen con esas pautas. Además, te sientes de uniforme. Pero aun así, no puedo evitar estar desesperada." (Carolina, 17)

"Para mí también es inevitable responder a la presión, por eso estoy obsesionada con un número: 51 y ni un kilo más. No sé, espero encontrar una salida." (Majo, 20)

Es importante que recapacites: la apariencia juvenil va disminuyendo con los años, naturalmente, y los cuerpos adquieren otras formas, pero tu forma de relacionarte, tus habilidades y los conocimientos que adquieres son valores que siempre pueden aumentar y mejorar con el paso del tiempo.

2. La presión social para ser "supermujer"

Pensemos en cómo se espera que se desempeñe la mujer hoy. Con un cuerpo perfecto, sin duda, debe desarrollar una carrera brillante, debe desempeñarse fluidamente a nivel social, debe construir un matrimonio perfecto y debe ser una perfecta madre. Los anuncios de la televisión las muestran como "deben ser": delgadas, saludables, sexys, hermosas, triunfadoras. No interesa si están anunciando un detergente, una marca de lavarropas, si están conduciendo un programa sobre la mujer, o si están seduciendo a un hombre para que compre "ese" automóvil. Seguramente no estarán anunciando buenos equipos de audio.

Pero eso sí, deben tener un gran control sobre sí mismas, con logros bien visibles y ser perfeccionistas. Las mujeres creen este mensaje de "mujer moderna" y, a diferencia de los hombres, tienden a echarse la culpa si algo de todo eso no les sale. Se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de mujer que venden los medios. Se sienten fracasadas por no poder responder a lo que suponen que son *las únicas* expectativas que se tienen de ellas. Esto disminuye su sensación de seguridad, la confianza en sus recursos, en lo que sí tienen de valioso: su capacidad de ser buenas mujeres, esposas o madres o buenas amigas, buenas empleadas o buenas compañeras de trabajo. Intentan entonces demostrarse a sí mismas que algo sí pueden lograr.

"No seré una mujer tan maravillosa, pero al menos en lo que hace a la figura sí voy a lograr lo que me proponga." Así es como *el peso* se convierte en el área sobre la que sí van a poder ejercer el dominio exigido. La idea que subyace es que el logro en el "objetivo: peso" inmediatamente se trasladará como por carácter transitivo a cualquier otra área de la vida. Esto es: si puedo ser exitosa en lograr "la figura esperada", obviamente podré serlo después en otras áreas. Una vez que se embarcan en esta lucha, ya no caben dudas: una buena figura traerá aparejado el éxito en el campo profesional y social, en el matrimonio, en el ejercicio de la maternidad, todo el mundo las va a querer, a aprobar, ya no tendrán dificultades para enfrentar aquello que les resulta difícil.

"No lo dudes, si estás delgada los muchachos te miran, si no, ni te ven"
(Soledad, 16)

"Necesito que me digan que estoy delgada para sentirme mejor conmigo"

misma." (Paola, 15)

"Cuando esté delgada, no voy a tener ningún problema para salir a buscar trabajo." (Susana, 23)

Y así es como *manipular el peso* se convierte en la actividad central de muchas jóvenes (y también sigue siéndolo en mujeres adultas), que quedan sin las energías necesarias para afrontar los verdaderos desafíos de la vida cotidiana, en esa etapa de crecimiento.

"Hace unas tres o cuatro semanas que empecé a comer con un programa más organizado y me siento menos pendiente de mi cuerpo, menos obsesionada con la comida, pero más angustiada porque vuelve a aparecer mi problema. El que apareció hace seis meses cuando tenía que ponerme a buscar trabajo. Me dan ganas de resolverlo, pero tengo miedo." (Laly, 19)

La dieta comienza con el fin de ser más popular o atractiva, estar más acorde con los cánones estéticos reinantes, sentirse más "integrada", pero puede desembocar en un serio trastorno de la alimentación.

"Yo siempre bajé cuando quise. Me ponía a dieta y en pocas semanas estaba muy delgada. Hac edos años que empecé a vomitar porque ya no podía hacer esas superdietas. Estoy cada vez más gorda y más desesperada." (Fabiana, 17)

Y así aparecen la culpa, la ansiedad, el miedo y la pérdida de control sobre la alimentación como efecto de "fracasar" en ese intento de manipular el peso corporal. No obstante, en lugar de hacerla desistir, estos sentimientos la estimulan para "probar nuevamente" con la dieta. Así se pone en funcionamiento el ciclo. También, como efecto del mismo trastorno, se desarrollan actitudes y creencias extrañas acerca de la comida, que rondan la obsesión, hasta el punto de no poder hacer ni pensar en otra cosa. En especial, surge un intenso miedo a ganar peso descontroladamente, que contribuye a paralizarse más.

"Es increíble, pero de repente la comida no me asusta, es como si estuviera recuperando la confianza en mí misma y las cosas que me pasan me demuestran que no voy a perder el control, que no tengo que convertirme en una lechona si quiero cambiar. En este momento no tengo esa sensación de ahogo, angustia y miedo a la libertad. Hoy probé un poquito y me gustó y creo que eso no significa que me vaya a devorar todo o a convertirme en una gorda rebelde." (Poli, 15)

Todo esto, combinado con los efectos físicos y psicológicos que trae aparejado el hecho mismo de comer por debajo del mínimo necesario para el funcionamiento normal del cuerpo y la mente, hace que la persona comience a aislarse y sentirse cada vez más descontenta con ella misma.

"Soy un asco, no puedo mirarme al espejo. Cada cosa que como me engorda el doble que a otras mujeres. No quiero ver a nadie, porque me comparo y me siento un cerdo." (Liliana, 15)

Todo confluye para que la sensación general sea *peor* que cuando comenzó el camino en el que pretendía llegar a ejercer el control sobre su vida y, por lo tanto, lograr el éxito.

"Y así como en la era victoriana la mujer se 'encorsetaba' para mostrar ante la sociedad un cuerpo moldeado de acuerdo con la estética reinante, ahora está aprisionada por la 'dieta-corsé', con la que pretende moldear su figura de acuerdo con un ideal de belleza irreal y, en la mayoría de los casos, inaccesible." (Garner y Garfinkel)

A diferencia de los siglos XVII y XVIII, hoy la *delgadez* es sinónimo de estatus social, por lo menos para las sociedades industrializadas del Primer Mundo occidental, como decíamos más arriba. Pero —y para relativizar un poco—, no es así para más del 50% de la población mundial, que considera la delgadez como algo no deseable, que refleja pobreza y falta de estatus, y que está muy lejos de suplir el verdadero valor de la persona, que pasa por otro lugar, mucho más significativo que lo que reflejan una balanza o un centímetro.

El perseguir la delgadez nunca llevó a la felicidad. De hecho, cuanto más grave es el trastorno de la alimentación, más difícil es lograr los objetivos personales de bienestar y seguridad. Esto lo experimentan y lo confiesan todas las jóvenes, desalentadas por la inutilidad de tanto esfuerzo.

Tus ganas de lograr el bienestar son lo que importa tener en cuenta, no tu figura. Lo importante es que puedas encontrar modos de lograr desarrollos personales y que te des cuenta de que la búsqueda de la delgadez no sólo no ayuda, sino que dificulta hasta impedir que logres lo que realmente estás buscando.

3. Otros prejuicios que también presionan

Para terminar con los factores socioculturales, es bueno revisar algunos prejuicios que, sin duda, son parte de lo que induce a la confusión en relación con el control del peso.

En un Congreso Internacional de Obesidad, celebrado no hace mucho, los especialistas —preocupados por los trastornos que está provocando la obsesión por adelgazar— señalaban que es importante:

- tener en cuenta los factores genéticos contra los que no se puede luchar;
- cuidar la discriminación a la que se está sometiendo a los gordos.

Apelaban a la responsabilidad de divulgar información adecuada en

relación con los programas nutricionales más convenientes, ya que, de hecho, está comprobado que el avance de la anorexia y bulimia nerviosas trae *consecuencias mucho más perniciosas* que la obesidad contra la cual se lucha.

Veamos algunos prejuicios en relación con la obesidad:

* Se tiene la idea de que *los obesos lo son porque comen más que los no obesos*, cuando en realidad las investigaciones demuestran que no es así (Wooley y Wooley, 1979). La obesidad tiene otras raíces, y nadie se vuelve obeso por el solo hecho de comer lo que es sano y esperable para su cuerpo.

* También se cree que *los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos*. Varias investigaciones han demostrado que el factor obesidad en sí mismo no produce ni más ni menos problemas emocionales (Wooley y Wooley, 1979). Seguramente los obesos tienen que luchar contra tremendas presiones sociales por su figura, lo cual acarrea problemas, pero como un efecto secundario a la discriminación.

* Se piensa que *la obesidad, aun moderada, está asociada con un incremento de la mortalidad*. Los riesgos de salud más altos están asociados con la hiperobesidad y se han extrapolado a casos de obesidad moderada. Está demostrado que la mayor mortalidad se produce en mujeres de **bajo peso** y que la menor mortalidad se produce en las mujeres que pesan entre un 10% y un 20% por encima de su peso esperado. (Sorlie *et al*, 1980) Se está investigando la hipótesis de que los problemas de alta presión sanguínea y muerte por infarto, asociados a personas con sobrepeso, *se deban más a los efectos en el organismo de la repetición del ciclo "dieta—pérdida de peso—recuperación de peso" que al factor obesidad en sí mismo*.

* Y esto nos lleva a la consideración del último prejuicio que queremos analizar acá: *"los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios"*. Es verdad que la probabilidad de perder peso inicialmente es alta, pero en varios seguimientos *a largo plazo* de pacientes que han bajado de peso con dietas restrictivas se ve claramente el fracaso. Se ha estimado que sólo un 5% de las personas obesas que hacen dietas consiguen mantener un bajo peso, durante dos o más años. (Garner *et al*, 1985)

Si las dietas funcionaran, ¿por qué, entonces, hay un nuevo libro sobre dietas en el mercado cada mes? ¿Por qué los institutos de adelgazamiento tienen clientes reiterativos? Pensemos en lo que significa toda una industria de lo "diet" y lo "light", que "casualmente" parece que ha quintuplicado sus entradas en los últimos años, lo cual obviamente sostiene esta tendencia. Todo un capital al servicio del desarrollo de una publicidad que fomenta la obsesión por una delgadez muchas veces inaccesible, *obsesión que llevará inevitablemente a consumir los productos que prometen el milagro*. La industria de lo dietético florece también a partir de los best sellers sobre dietas, supresores del apetito, centros de tratamiento para bajar de peso (spas, clínicas, institutos de adelgazamiento, etcétera). Hasta existen productos "light" para mascotas.

Es muy escasa la vigilancia social de las falsas promesas que se les hacen a las mujeres a partir de todas estas publicidades. Un ejemplo citado por Garfinkel y Garner es la famosa "Dieta de Beverly Hills". En ella se llega a

sugerir la autoprovocación de diarrea por ingesta exagerada de fruta, a los fines de controlar el peso.

Dentro de ese mismo ámbito económico, obviamente también la ropa sigue la misma tendencia, ya que se propone un talle 42 para un pantalón al que en realidad le correspondería un 38. Y como es de imaginar, la sola constatación de necesitar un pantalón que lleva un número mayor al que uno esperaba dispara la desesperación y las consecuentes maniobras para bajar el peso.

La mayoría de la gente piensa que no tener éxito con las dietas (o ser gordo) se debe a una "falta de voluntad" por parte de los que lo intentan e ignoran *los efectos relacionados con el solo hecho de hacer dietas estrictas o reiterativas* (de los que hablaremos muy extensamente en el capítulo 4).

Esta creencia sólo sirve para perpetuar sentimientos descalificadores respecto de ti misma y atribuirte la culpa por no lograr los objetivos que te propones. La idea de que "no se ha puesto la voluntad suficiente" funciona como un estimulante para atraparte en un ciclo de dieta "esta vez voy a lograrlo", que aparte de reiterar el fracaso, incrementará aun más tu sensación de inseguridad.

¿Quién desarrolla un trastorno de la alimentación?

No es fácil describir "el perfil" de una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación, o de su familia, porque en general uno comienza a observarlos a partir de que el trastorno del comer ya se ha instalado. Los trastornos del comer afectan *tanto* la personalidad que se vuelve difícil separar los rasgos característicos de la persona de los que aparecen como resultado una vez que se instala el trastorno del comer.

Una experiencia que se realizó en Minnesota en los años 40 comprobó que: *la inanición aguda provocada por una dieta restrictiva genera cambios de personalidad y comportamientos aberrantes con la comida, iguales a los que se observan en las personas con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa*. Estos cambios, entonces, no son genuinos sino aparentes, ya que a medida que la persona va recuperándose del trastorno alimenticio, van desapareciendo.

Factores predisponentes: individuales y familiares

A pesar de la dificultad que planteamos, intentaremos describir algunas características comunes a muchas de las jóvenes, que parecen ser bastante claves para "volverlas vulnerables", como decíamos al comienzo.

Comenzaremos reproduciendo algunos de los comentarios que hacen los padres sobre sus hijas al consultar, comentarios que como podrán ver, *reflejan tanto las características personales de las jóvenes, como las de sus padres o del tipo de interacción propia de la familia*:

- * "Mi hija es la hija que cualquier padre hubiera querido tener."
- * "Yo la veo mal... Creo que nunca se tuvo la suficiente estima, nunca se sintió segura de sus cosas."
- * "Ella siempre fue muy difícil. Esta es una cosa más de las tantas que siempre nos han tenido en jaque con ella."
- * "¡No puedo entender cómo le pasa esto! Ella nunca nos trajo problemas antes."
- * "¡Para nosotros es tan terrible! Siempre tenemos la sensación de que fallamos como padres y esto que le pasa a ella no es más que una prueba, porque ¡pobrecita! ¡cómo no nos dimos cuenta! Ella es tan buena que no nos dijo nada sobre lo mal que estaba."
- * "¡Cómo podíamos pensar que tuviera un problema! Ella es la mejor de la clase. La veíamos dedicada a sus estudios y siempre fue una alumna modelo y una excelente deportista."
- * "La verdad es que no entendemos por qué está así. Le hemos dado todo igual que a los demás hermanos y somos padres que estamos siempre muy pendientes de que no les falte nada. No hay problemas en casa, pero ella siempre tiene que

dar la nota."

* "Yo ya me lo imaginé desde que empezó con la dieta, porque ella es tan exagerada para todo. Le decíamos que estaba bien, que podía sentirse contenta así, pero ella no tiene límites y es terriblemente testaruda."

* "Yo mismo le aconsejé que empezara una dieta, porque en mi familia hemos tenido problemas con la gordura y yo veía que ella estaba más... no sé... ¡Siempre fue tan delgadita!"

* "Para mí, son todas exageraciones de los médicos. No puede ser que esté mal, porque es una muchacha tan independiente y tan madura para resolver siempre sus cosas."

* "Ella nunca hizo caso a nadie. Nosotros le dijimos que no precisaba hacer dieta, pero ella parece que tiene que llevar la contra, si no, no está contenta. Así es con todo."

* "Mi hijita siempre fue muy de su hogar; nosotros somos muy apegados. No salimos mucho ni vemos amigos. Así que no nos parecía raro que no saliera con sus compañeritas."

* "Ella es una joven perfecta, muy inteligente. Seguramente va a salir pronto de esto, porque es muy capaz y lo va a entender."

* "Yo creo que ella está gorda por llevarme la contra. Porque yo siempre le cuidé su silueta, como tiene la misma tendencia que yo a ser gordita".

* "Ella es muy reservada, muy callada. Nunca tuvo facilidad para las amistades, pero eso sí: es muy compañera en casa, ayuda mucho y es muy obediente."

* "Desde que era pequeña yo le digo: cuida la silueta, que no te pase como a mí que he tenido que vivir luchando contra los kilos."

* "Dice que fue el novio que le dijo: 'si tuvieras dos kilos menos, estarías preciosa'. Y ella ya se obsesionó, porque siempre tiene que estar espléndida."

Aun corriendo el riesgo de ser reiterativos, recordemos el comienzo del capítulo anterior, donde explicábamos el concepto de "multideterminación". Es muy importante destacar que ninguno de estos rasgos individuales o características familiares en sí mismos "son causa" o "producen" un trastorno de la alimentación, sino que simplemente *predisponen a eso*. Por lo tanto, es la combinación de algo personal y/o familiar, con otros factores contextuales o de circunstancias vitales de la persona, lo que *precipita* la situación.

Y nunca está demás repetir que finalmente lo que *perpetúa* el trastorno de la alimentación *está más relacionado con lo que se está haciendo —tanto en cuanto a la alimentación como en cuanto a las relaciones— que con lo que puede haber dado comienzo al trastorno*.

Para ver cómo modificar la situación, dedicaremos capítulos aparte sobre tratamiento y nutrición. Ahora, veamos más detalladamente las características *individuales y familiares más comunes* en las personas afectadas por un trastorno de la alimentación.

1. Problemas con la autonomía

Una posible predisposición a los trastornos de la alimentación es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externos. Esto es, jóvenes que viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre "adecuada" les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento. Planteos que seguramente mostrarán diferencias con los padres o provocarán distanciamientos o dejarán temporalmente insatisfechos a otros.

Cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener de uno, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficacia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales, porque se termina siempre dudando de sí mismo.

En general, las jóvenes que padecen estos trastornos transitan una etapa que naturalmente está llena de situaciones bastante cambiantes: cambios de escuela, de amigos, de barrio, en la relación con los padres o la posibilidad de una relación más íntima con el sexo opuesto, etcétera. Muchas veces, es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que *una persona vulnerable* a desarrollar un trastorno de la alimentación convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser "especial" y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol.

"Si yo estoy bien, dejan de interesarse por mí y yo ya no ocupo un lugar central." (Fidela, 17)

"Estar dentro de un trastorno del comer te hace sentir diferente de algún modo. A veces es atractivo pensar 'no soy como las demás, ellas sí... pero yo no' cuando se están comiendo una pizza, alfajores, chocolates o lo que sea mientras yo me siento a comer una ensalada de tomate y mozzarella." (Toti, 17)

"Yo me acuerdo una escena cuando en un cumpleaños que tuve con gente que no veía hacía bastante, era verano y yo estaba bien delgada y todo el mundo me miraba. Algunos no me veían desde hacía tres meses y me decían: '¿Cómo hiciste? Qué delgada que estás!' Y yo me sentía tan importante, estaba tan orgullosa, pensaba 'yo puedo' y me sentía superior a ellos." (Flopi, 18)

Tus objetivos de ser feliz estarán cada vez más lejanos cuanto más atrapada estés en un trastorno del comer. Lo que es importante tener en cuenta es tu búsqueda de bienestar, aunque hayas errado el camino y creas que lo vas a encontrar a través del endiosamiento de un trastorno del comer. Lo que te está haciendo falta es aprender cómo lograr tu felicidad, y reconocer que perseguir la delgadez te privará justamente de lo que esperas

alcanzar con ella.

2. Déficit en la autoestima

Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como "autoestima". Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como "ideal" es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima.

Los parámetros para la autoestima varían en ambos sexos. En la mujer de nuestra sociedad, en general, la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás, etcétera. De hecho, esta expectativa se confirma constantemente:

"A nadie le importa cómo eres. Si eres delgada y linda, entras." (Inés, 15)

Una joven puede sentirse tan insegura acerca de sus posibilidades de cumplir con esos parámetros y, por lo mismo, de ser exitosa en sus relaciones que concentra en *el peso* el área de triunfo y aceptación.

"Yo, como soy muy tímida, necesito mostrar bien lo de afuera para que me acepten, porque lo de adentro no lo puedo mostrar." (Mónica, 16)

Esta sensación de baja autoestima que nace de juzgarse a sí misma desde las apariencias, desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia como formas de lograr elevarla.

La tragedia es que los esfuerzos puestos en hacer dieta nunca te ayudarán a salir de los problemas. Es más, te sentirás más confusa acerca de quién eres y de qué quieres a medida que avances en ese camino, porque un trastorno del comer no te permite hacerte cargo de tu realidad interior donde te sientes más temerosa o insegura.

3. Camino a la perfección y el autocontrol

La tendencia al perfeccionismo es bastante común entre las jóvenes con trastornos del comer. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, directamente no lo intentan.

Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a sí mismas. De este modo, lograrán ser seguras y tenerse

la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida.

"Yo me sentía tan fea por dentro que pensé que si me volvía linda por fuera, iba a poder compensarlo y me iban a querer." (Jessica, 14)

Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos.

El perfeccionismo no nos permite ser humanos.

"Ni yo me imaginé que iba a costarme tanto salir de la anorexia. Al principio parece que todo se va a solucionar comiendo bien, pero no es tan simple. Rompí con una imagen de perfección para acarrear con otra: la de enferma, trastornada, problemática, la que necesita que la cuiden y controlen. Es difícil volver a empezar, volver a nacer a los 15." (Lucía, 15)

Es una trampa, ya que nunca se logra lo que se busca porque es en sí mismo inalcanzable.

"Me maté para hacer la dieta perfecta. No pude y me descontrolé. Ahora tengo dos problemas: me siento pésimo porque fallé otra vez y pésimo porque engordé." (Vicki, 16)

También es bastante frecuente encontrar en las jóvenes con trastornos del comer una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas, lo cual incluye, obviamente, un férreo control del cuerpo. Se sienten poderosas manipulando el peso corporal, seguramente como compensación de *sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar*. Hasta que finalmente comprueban que el sistema de control se les vuelve en contra.

"Siempre fui muy delgada, pero en segundo año empecé a engordar. Me habían cambiado de escuela; había problemas en casa, económicos y con mi mamá, que es alcohólica, aunque ella miente, dice que es bebedora social

Yo no toleraba ni mi familia ni mi cuerpo. Empecé a hacer dieta, pero muy estricta: no comía en toda la semana, salvo los viernes que me comía todo. Yo decía: lo puedo controlar y será sólo ese día. Sábado y domingo no salía. Pero hace dos años empecé a vomitar porque ya no lo hacía sólo los viernes. También empecé a tomar laxantes y diuréticos hace un año, porque cada vez estoy más gorda. Me da vergüenza salir. Yo no sé si quiero cambiar, no estoy segura de seguir viniendo porque yo planteo mi problema con toda mi sinceridad, pero ella (la madre) no hace nada y miente. Yo no puedo hacer mucho." (Silvina, 19)

En realidad, no es esperable que alguien que enfrenta situaciones nuevas, como las que describíamos más arriba, sepa desde el comienzo cómo desempeñarse o cómo resolverlas. Pero estas jóvenes no soportan que las cosas

no estén bajo su control y tienen una gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que "deberían saber" cómo hacer todo bien desde el comienzo. Entonces, surge el área de la comida y el peso como un campo que sí es posible controlar, y la ilusión de que al lograrlo tendrán la prueba cierta de su capacidad para enfrentar las cosas en la vida.

"Hasta que no me sienta bien con mi cuerpo, no puedo hacer nada, ni salir ni relacionarme. Después seguro que sí." (Luciana, 16)

Pero lo más dañino y lo más frustrante de esta forma de encarar las cosas es que, de hecho, la persona con trastornos del comer no logra nunca ese control por el que lucha tanto.

Porque no se puede manejar ni controlar la fisiología. Los ciclos de ayuno y restricción son los que finalmente te están controlando a ti, y dictaminan cuándo, qué y cómo comes. Porque no es la solución dar vuelta la cara en lugar de enfrentar las cosas que realmente te afligen y no te dejan crecer.

4. Miedo a madurar

Los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. De hecho, es un período de numerosos cambios: a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos.

Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más "de mujer". Para muchas jóvenes que tienen trastornos de la alimentación, éste puede ser el factor precipitante. Una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia.

Generalmente, estas jóvenes están muy "estancadas en la niñez", y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica.

"Hoy me reencontré con dos amigas. No sé, después de dos meses de no vernos me sentí incómoda. Estuvieron con amigos y todo. Me pareció extraño. Yo me pasé todo el verano en casa. Pienso en lo que dice mamá, que soy inmadura y parezco más pequeña de lo que soy." (Tatiana, 15)

"¿Por qué tantos conflictos e inseguridad? La anorexia me destruyó más de lo que uno se imagina. Ahora que estoy saliendo, es como volver a empezar. Tengo que integrarme con amigas con las que supuestamente tengo mucha afinidad porque nos conocemos desde pequeñas. ¿Por qué tanto problema entonces? Las veo a todas con su personalidad ya formada, en cambio yo, no sé... quizá sea verdad que me falta madurar, y mucho. ¿Qué tengo que hacer? No

creo que la solución sea esta vez COMER. No, debe haber algo más profundo. Manu antes era como yo, parecía muy intimidada y de golpe se rebeló. Ahora tiene unos amigos geniales." (Malena, 16)

O bien, perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto.

"Yo pienso que mamá quiere que yo siga siendo una nena. Pero si sigo así, no salgo nunca más de esto. No se lo digo a ella por no herirla. Pero cada vez que me doy cuenta de sus miedos, termino dándome un atracón de comida." (Luli, 17)

Otro aspecto de ese temor a crecer, de ese mantenerse como niños, es que conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos:

- bueno o malo,
- todo o nada,
- obeso o delgado.

"Yo quiero bajar de peso, pero no del modo en que lo hice antes, a cualquier precio. Quiero aprender a tener paciencia y a no ser tan extremista. Yo siento que siempre voy de un extremo al otro: o me exijo tanto que no como nada, o me mato comiendo. También el ánimo se me va de un extremo al otro: un día me tengo toda la confianza del mundo y me siento fuerte y al otro (¡o al rato!) me siento pésimo, que no logro nada." (Roxana, 21)

Tu miedo a crecer se muestra en esos pensamientos dicotómicos y extremistas, más propios de un niño que no acepta la realidad ni el hecho de que cualquier cosa que uno quiere lograr requiere un esfuerzo continuado. Es esencial ir paso a paso y avanzar, no entre el blanco y el negro, sino por zonas grises. Tu miedo a crecer también contribuye a perpetuar el trastorno de la alimentación, porque expresa una severa incapacidad para aceptar un peso promedio como saludable y adecuado.

5. Rasgos familiares

Nuevamente, resulta complejo diferenciar cuáles son los factores característicos de las familias antes de que se desarrolle un trastorno de la alimentación y los que se desprenden una vez que el mismo se ha instalado.

A veces se dice que las familias con poca comunicación entre sí, con una interrelación pobre, son "causantes" del desarrollo de un trastorno del comer en uno de sus miembros.

Sabemos que un trastorno de ese tipo termina generando una relación muy distorsionada en el seno de la familia y originando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y crecientes dificultades en la

comunicación. Tanto la paciente como sus padres o hermanos pueden ser considerados alternativamente "el que más sufre" o "el más responsable" de lo que sucede.

Y podemos afirmar sin temor a equivocarnos que este tipo de interacción suele estar más relacionado con la *evolución* de la enfermedad que con su origen. O sea que no es justo de ningún modo declarar a priori que las familias son "causantes" de la situación. Consideramos que el hecho de que una familia tenga una crisis no necesariamente implica que sea una familia "patológica".

- Por lo tanto, como lo venimos afirmando, de la misma manera que no es adecuado adjudicar todo el peso a los factores socioculturales ni tampoco a los personales, tampoco lo es atribuir a la situación familiar toda la responsabilidad en la génesis de un trastorno del comer.

Parece más ecuánime pensar en una combinatoria de fuerzas de orígenes diversos: social, individual y familiar, de cuya interacción resulta el desarrollo de un trastorno de la alimentación que tendrá, por lo tanto, características específicas en cada caso. Esta afirmación implica que se hace imprescindible diseñar *camino de salida* también específicos para cada caso.

Como veníamos diciendo, si bien las características familiares pueden predisponer a alguien —*volverlo más vulnerable*—, a tener un trastorno del comer, es

- la combinación especial de esas características con
- los rasgos de personalidad del individuo y
- la incidencia de los factores socioculturales

lo que dará como resultado una persona con un trastorno de la alimentación.

Se han identificado ciertas características familiares comunes a muchas de las personas que han consultado por este tema.

Algunas han quedado manifiestas en los múltiples testimonios vertidos a lo largo de estos capítulos. Las mencionaremos a modo de orientación, pero sin intención de rotular ni de manifestar que las familias con esos rasgos "necesariamente van a producir" un trastorno del comer en su seno:

- * **Escasa comunicación entre sus miembros;**
- * **Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan;**
- * **Sobreprotección por parte de los padres;**
- * **Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa;**
- * **Ausencia de límites generacionales (por ejemplo: jóvenes con papel de madres);**
- * **Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos;**
- * **Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo;**
- * **Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.**

"Siento que mis padres me presionan. Ahora lo veo mucho más claro. Pretenden que haga todo bien y me retan porque pasé mal un mensaje, atendí yo el teléfono en lugar de pasárselo a mamá, o estaba mal sentada. Me llaman todo el tiempo a lo de mis amigas. Si no arreglo con una semana de anticipación una salida con mis amigas, es todo un conflicto conseguir permiso." (Gisela, 13)

"Los padres también tienen la culpa: desde que nací que sólo escucho que hay que cuidarse la silueta, ojo con engordar, siempre con productos dietéticos y nunca un permiso para comer todo el pan que tengas ganas. A mí al final eso me llevó a descontrolarme... un poco por rebeldía también, porque me tenían cansada." (Gimena, 16)

"Siento que a mamá lo único que le importa es que sea delgada. No me valora por lo que soy. Creo que no me quiere porque soy gorda. Ella dice que me persigue por mi bien, porque yo tampoco me siento conforme conmigo misma y después me quejo. No quiero bajar porque tengo la sensación de que si lo hago, mi mamá me va a aceptar porque estoy más delgada, no por lo que soy." (Graciela, 19)

"Creí que iba a poder guardar celosamente el lugar que tuve en casa a partir de los 12 años, que me hizo sentir especial dentro de mi hogar. Yo era más que mis hermanos, al mismo tiempo era como su mamá." (Tamy, 17)

"En casa tuve un lugar que me hacía sentir única, mejor que todos los que me rodeaban, porque yo era la hija perfecta, 'la hija que cualquier padre hubiera querido tener', como dice mi papá. Cuando empecé con la obsesión del cuerpo, ya se vino todo abajo. Hace años que no encuentro el modo de estar con mi familia sin tener problemas." (Andrea, 18)

"Cuando no soy 'buena', es decir, cuando no cumplo con mis obligaciones, no voy a la escuela porque estoy acostada en la cama, no llevo una vida normal saliendo con amigas porque me siento una vaca, etcétera, cuando soy un desastre como ahora, defraudo a mis padres. Es como si por dentro tuviera la obligación de lograr que ellos se sientan orgullosos de mí. Estoy tan confundida; tengo un lugar central en casa estando mal, pero ya no lo quiero. Quiero ponerme bien, por mí." (María, 17)

"Mis padres no me creyeron y mi tío siguió entrando en casa como si nada. Yo vivía desesperada; me sentía mala por haberlo acusado de tocarme. Y encima mamá se ofendió, porque era su hermano. Me mandaba a casa de la abuela sabiendo que él estaba ahí, y me retaban porque yo no hacía lo que me pedían. ¡Te juro que los odio!" (Dorotea, 25)

Lo que sí es innegable es que las familias tienden a reflejar en pequeño los conflictos sociales más amplios, o las actitudes e ideologías imperantes en cada época social. Los miembros de cada familia reproducen en sus vidas individuales los valores que absorbieron durante el crecimiento.

Para una joven que crece en el seno de una familia donde el cuidado de la imagen externa es lo fundamental, donde la figura y el peso corporal ocupan un lugar predominante en las preocupaciones de los adultos, es muy difícil escapar a esa influencia.

- **Es muy difícil no terminar midiéndose con la vara de "cuánto se acerca lo que logro a la imagen que me proponen".**
- **Es lógico por lo mismo sentirse muy poco valiosa por no llegar a ese ideal.**
- **Es casi inevitable, como resultado, una autoestima muy baja.**

La edad de consulta ha ido bajando en los últimos años. Ahora vienen niñas de 11 y 12 años, con una problemática con su cuerpo que no es esperable hasta los 14 o 15. Es verdad que la presión social es fuerte y que estamos inmersos en una suerte de lavado de cerebro que nos obsesiona con el tema de la celulitis o las siliconas o los lípidos o los centímetros de más, como si fueran cosas de vida o muerte.

No podemos luchar contra los medios de comunicación pero sí podemos, en el seno de nuestras familias, preguntarnos sobre estas cosas, cuestionarlas tal vez, y ayudarnos mutuamente a volver a poner los valores en su lógica jerarquía.

Nos preocupa sobremanera la incidencia que tendrá sobre la próxima generación de jóvenes el ser hijos de los padres más obsesionados con el peso y la figura corporal que hayan existido en todos los tiempos.

Escuchando la voz de los familiares: Testimonios

Carta escrita por una madre desesperada por el comportamiento de su hija:

"Luisa tiene 16 años. Tiene conductas muy raras que no entiendo y que a esta altura ya nos tienen a todos tan desconcertados... Trato de buscarles una causa y no la encuentro. Ella era una niña tan simpática, tan cariñosa y divertida. Pero desde hace un tiempo se ha ido transformando en alguien desconocido y, me da pena decirlo, bastante insoportable.

Atando cabos, creo que los cambios empezaron cuando ella tenía 14. Un día me dijo que se sentía gordita y yo también la notaba; le sobrarían unos dos o tres kilos, no más. Decidimos ir a un dietista y para mi asombro, nos dijo que realmente estaba sobrepasada de peso y le dio una dieta muy estricta. Me pareció que para una niña de 14 años era demasiado, pero Luisa salió muy contenta y decidida a hacerla. Ella siempre que se propone algo lo logra. Yo empecé a prepararle la comida de la dieta y ella la cumplía al pie de la letra.

Al cabo de dos meses, sus hermanos me empezaron a decir que Luisa estaba insoportable, que todo le caía mal y que no la toleraban más. Ellos eran más grandes y, además, varones. Así que yo no le di mayor importancia y les pedí paciencia: 'Ustedes porque no se acuerdan de lo insoportables que eran a la edad de ella. Traten de no darle importancia que seguro pronto se le va a pasar.' ¡Ilusa de mí! No sólo no se le pasaba, sino que se iba complicando más.

Al cabo de un tiempito, además de su carácter irritable y cambiante, yo también empecé a notar actitudes que me resultaban extrañas. Empezó con que suprimía la carne roja, después todo tipo de carnes, después ni siquiera quería comer las cosas que el dietista le había dado y, por último, desde hace ya casi un

año, empezó a no querer sentarse a la mesa. Al principio con excusas de que tenía que estudiar o que estaba justo mirando un programa de televisión que tenía que ver para la escuela. Al final sin excusas, simplemente agarraba la bandeja y se encerraba en su habitación a comer.

Ella siempre fue buena alumna y responsable con sus obligaciones, así que para nosotros es importante respetarle sus tiempos. Pero si bien no tenía problemas con los estudios, empezamos a notar que se aislaba mucho. Eso sí que es raro porque le encantaba salir y tenía bastantes amigos. Ahora casi no sale, y aunque la siguen llamando sus amigas, parece que le rehuyera a la gente, se hace negar.

La vemos triste y nerviosa. Casi todos los días por algún motivo explota y se pone a llorar o a gritar. Al padre prácticamente no le habla y él se dio por vencido porque dice que es una niña malcriada y que ya no hay nada que hacer con ella. A mí me pelea mucho, me critica todo lo que hago, y de repente en otro momento me busca como si se refugiara en mí, llora y se critica a sí misma, se ve mal, fea, gorda, pero está delgadísima.

Hablé con una amiga de ella, para ver si sabía lo que le pasaba. Ella me dijo que casi no hablaba con nadie, que estaba muy solitaria y no contaba sus cosas, así que no sabía qué más decirme.

Yo ya no puedo más. Las cosas en casa están muy tensas; me peleo mucho con mi esposo porque él me dice que la culpa es mía, que la consiento y yo le digo que qué quiere que haga. Sus dos hermanos no la toleran más y tienen razón. Yo no sé qué hacer. Ya no pienso que es algo de la edad que se le va a pasar, porque al revés, la veo cada día peor.

Y con la comida pasan cosas cada vez más raras. No quiere comer delante de otros; ella dice que no come, pero yo digo que debe comer a escondidas porque faltan cosas que yo compro. Además, a veces me falta dinero de la cartera y ella no baja más de peso, así que algo debe comer. Últimamente me está controlando cuando cocino y siempre está comentando que no comemos bien y vigila que yo coma. Algunos días de esos que está de mejor humor, se pone a cocinar ella. Hace tortas y cosas que por supuesto nunca prueba.

El otro día una amiga mía me dijo que tenía que controlarla un poco más porque hay muchas jóvenes que tienen conductas parecidas a las de Luisa y que es como una enfermedad. Y yo empecé a fijarme y me parece que ella tiene razón, está vomitando bastante seguido y ya no creo que siempre sea porque algo le cayó mal, como dice ella.

En la televisión vi un programa la semana pasada que fue lo que me hizo empezar a atar cabos. Hablé con ella después y traté de hacerle entender que era muy importante que cambiara con la comida porque está corriendo un riesgo con su salud. Se puso como loca. Empezó a gritarme que la enferma soy yo, que qué me creo, que de dónde saqué que ella vomita o está con esos problemas.

Estoy perdida. No sé si tengo que obligarla a comer, a sentarse a la mesa con nosotros, a seguirla al baño como decían en la televisión o si tengo que entenderla, estar a su lado y esperar que se le pase. Igual siento que ya se me fue de las manos la situación porque lo poco que traté de hacerle entender, no me hace caso y yo no sé cómo convencerla. ¿Qué hago? Me pregunto muchas cosas

y no tengo respuestas. Me siento sola con esto porque en casa nadie cree que sea grave y no quieren consultar."

Esquela enviada por la hermana de una joven con bulimia nerviosa:

"Tener un familiar bulímico es veinte veces peor que padecerlo, o por lo menos en mi caso lo fue. Hubiera deseado que mi hermana nunca pasara por las mismas cosas que pasé yo, pero las dos manifestamos las mismas conductas al mismo tiempo, y quizás ella por su forma de ser (siempre demostró más que yo lo que sentía) parecía que estaba peor.

Fue horrible para todos ver cómo aumentaba 10 kilos y hacer como que no pasaba nada. Sólo yo sabía de sus atracones y nos refugiábamos una en la otra, alimentándonos la creencia de que cuando adelgazáramos íbamos a ser las muchachas perfectas.

Es casi imposible para una persona que nunca padeció una enfermedad como ésta poder entender lo que se siente y lo que sufre un bulímico o anoréxico. Mi familia no fue una excepción, y tomar conciencia de lo que estaba pasando fue un trago amargo para todos, incluso para nosotras dos. Los reproches de ambas partes aparecían todo el tiempo sin que en realidad nos quisiéramos echar la culpa los unos a los otros, pero eran inevitables.

Tomar conciencia de que ésta es una enfermedad es algo difícil de asimilar para la familia, y también para los que la sufrimos. Tampoco encontrar la mano que nos pueda dar la ayuda que estamos necesitando es tan fácil, aunque en la actualidad hay varios centros de atención que también orientan a la familia del enfermo para que no nos desesperemos y podamos manejar a nuestro familiar enfermo de manera que lo ayudemos a salir. También nos orientan a no fomentar el círculo vicioso que muchas veces, por no saber cómo actuar, los que estamos alrededor de una persona con bulimia seguimos manteniendo. Espero ayudar a mi hermana como me ayudo a mí misma ahora."
(Julieta, 19)

¿Cómo se mantiene un trastorno del comer?

Una vez explorados los factores que contribuyen al desarrollo de los trastornos de la conducta alimenticia, que habíamos descripto como *factores predisponentes y precipitantes*, vamos a considerar a continuación las complicaciones de orden **fisiológico y psicológico** que derivan de dichos trastornos, y que vienen a convertirse, en los *factores perpetuantes* que mencionábamos al comienzo del capítulo 2.

Recordemos el significado de la palabra

Perpetuar: hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin.

Veremos de qué modo

las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas dejan de ser una solución al problema para convertirse justamente en lo que **lo mantiene, lo perpetúa "sin fin"**.

Se ha demostrado en la experiencia clínica que *poseer una información cabal* acerca de los problemas físicos y emocionales que se asocian con la mala alimentación *constituye un primer paso fundamental para la modificación de estas conductas*. El conocimiento de los efectos que provoca la mala alimentación, ya sea en el campo orgánico como en el anímico, ayuda a "normalizar" muchas de las cosas que están pasando. Es decir que las vuelve "explicables" a partir de la situación misma y no producto de algún tipo de "locura que quién sabe de dónde le vino de repente a esta niña", como decía un papá.

En principio, esto tiene un doble efecto:

- los padres sienten que es posible intervenir para ayudar a modificar la situación, porque hay algo concreto que ellos pueden hacer;
 - las jóvenes sienten que no son tan "locas" ni es tan raro lo que les pasa.
- Muchas veces, disminuye la sintomatología después de obtener esta información.

Vamos a comenzar con la exposición de las **complicaciones de orden fisiológico y psicológico** que derivan de la mala alimentación. Estamos seguros de que al finalizar la lectura de esto, no va a quedar la menor duda al respecto:

la dieta es el factor perpetuante por excelencia.

El cuerpo, que está subalimentado, causa el malestar anímico y emocional, y la falta de fuerzas en la persona. Por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto el organismo como el ánimo. Es insoslayable la necesidad de empezar a recuperarse *físicamente*, a alimentarse correctamente

para recuperar la estabilidad orgánica y volver así a sentirse mejor emocionalmente.

La investigación de Minnesota en los años 40

Una investigación esclarecedora para medir *los efectos y los riesgos* vinculados con las dietas restrictivas fue la desarrollada en Minnesota, Estados Unidos, en los años 40, que consistió en reducir el aporte calórico en la alimentación de un grupo de 36 hombres jóvenes y sanos, y aparentemente normales psicológicamente. Es decir, no constaba que hubieran tenido nunca antecedentes de las conductas que se desarrollaron con posterioridad al experimento.

• *El relato de esta experiencia sirve para demostrar cómo, aun en personas sin problemas psicológicos ni familiares, el someterse a una dieta muy restrictiva produce una cantidad de efectos muy similares a los que observamos en una anorexia o una bulimia nerviosas. Lo cual significa que cualquiera que se imponga una restricción calórica semejante corre el riesgo de enfermarse con iguales características.*

El experimento se dividió en tres etapas:

1ª) Durante los primeros tres meses, cada uno recibió la alimentación a la que estaba acostumbrado, al mismo tiempo que se estudiaban: su conducta, su personalidad y sus patrones alimenticios habituales.

2ª) Durante los siguientes seis meses, su dieta fue restringida a la mitad, lo que ocasionó en muchos de ellos pérdidas cercanas al 25% del peso original.

3ª) A este período le siguió una etapa de rehabilitación de tres meses, durante la cual les fue administrada la dieta original, anterior a la experiencia.

1. Transformaciones anímicas

Si bien la respuesta de la semiinanición no fue idéntica en todos los miembros del grupo, todos ellos sufrieron importantes transformaciones físicas, emocionales y sociales, como las que vamos a relatar.

Se observó en el grupo de una manera muy significativa lo que comúnmente las jóvenes describen como "un bajón general" en el estado de ánimo. De hecho, muchos de los integrantes llegaron a una situación de depresión anímica profunda. Esto se reflejaba en una visión pesimista sobre sí mismos, sobre el futuro y sobre las posibilidades de pensar o hacer algo diferente al respecto.

También se detectaron signos claros de intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos y cambios abruptos del humor. Como consecuencia del nerviosismo que sentían, aparecía un grave estado de ansiedad que se manifestaba, entre otras cosas, en la incorporación de nuevos hábitos,

como el de fumar o comerse las uñas.

El grado de apatía creció en algunos de ellos al punto de perder el interés en todo lo de afuera y hasta en el aseo personal; a otros, si bien no estaban totalmente apáticos, les resultaba extremadamente difícil continuar con el ritmo habitual de sus tareas cotidianas y perdían la motivación para hacer cosas que antes disfrutaban mucho.

Los tests de personalidad a que fueron sometidos durante la experiencia revelaron también signos de hipocondría, histeria y desorganización general de la conducta, que no se habían encontrado antes en las pruebas suministradas previamente a la experiencia.

Los disturbios emocionales de irritabilidad, negativismo, obsesividad, etcétera, perduraron en algunos sujetos más allá de la finalización del experimento, incluso una vez restablecida la alimentación normal y alcanzado el peso original.

Es interesante subrayar que son similares los disturbios emocionales que han sido descriptos arriba con los que se describen en individuos obesos sometidos a semiinanición terapéutica (semiprivación de la alimentación por decisión propia o médica) y con aquellos que observamos en jóvenes que padecen trastornos del comer.

Para ejemplificar mejor lo que estamos queriendo subrayar, vamos a ir intercalando algunos comentarios realizados por jóvenes diagnosticadas con "trastornos de la alimentación" en la actualidad, en Buenos Aires, en las cuales aparecen descripciones de conductas y emociones idénticas a aquellas vividas por los participantes del experimento de privación alimenticia en Minnesota que acabamos de relatar.

Desesperación sobre el futuro: *"Mi punto límite fue que quise matarme... No sabía por qué, nada valía la pena."*

Influencia sobre la manera de pensar: *"Llegué a cambiar mis pensamientos, mi forma de ser, cambié todo. Yo misma no me reconocía de a ratos."*

Sensaciones de depresión y descontrol: *"Cada vez es peor lo que se siente. Crees que lo puedes controlar, que vas a cortar si quieres y no se puede... Me sentía mal anímicamente, le escapaba a todo."*

"Estuve mal, padecí anemia, estuve deprimida, no supe por qué era. Tomé antidepresivos."

Regresión e inseguridad: *"Yo me veía mal, bien pequeñita... bien disminuida. Me volví incapaz de hacer cosas que siempre había hecho."*

Comportamientos autodestructivos: *"Yo me quise clavar una tijera, y cada vez que discutía o me sucedían cosas negativas, me golpeaba. Era una agresión hacia mí misma."*

Irritabilidad e intolerancia: *"No tolero estar en mi casa. Me molestan los ruidos; el bebé llora y me irrita. Además, todos parecen estar en mi contra."*

Asco respecto de los hábitos alimenticios de los demás: *"No puedo sentarme a la mesa con mi familia. Mis padres comen mal, hacen ruido al tragar, no los soporto."*

Dejar cosas que antes disfrutaban: *"Antes me encantaba ir a bailar. Iba todos*

los fines de semana. Ahora me siento horrible; no tengo más ganas de salir."

Un testimonio vinculado con los **pensamientos obsesivos** alrededor de la comida, muy característico de estos trastornos, va a introducirnos en el otro punto de la investigación.

Lo "obsesivo" consiste en que la persona se siente invadida por ideas o impulsos que no puede rechazar, como si tomaran posesión de ella:

"No comía durante todo un día o comía arroz o una manzana y, por la noche, vaciaba el refrigerador. El tema de la comida ocupaba el 99% de mi tiempo y de mi mente. Me sentaba a estudiar y pensaba: '¿Que cenaré esta noche?' o bien, 'Hoy comenzaré tal o cual dieta.' Olvidaba lo que estaba estudiando, todo me iba mal. Yo quería hacer otra cosa pero no podía, no podía concentrarme. Me decía: hoy te vas a comportar bien, estudias hasta el mediodía y después... Antes de que pasaran diez minutos, ya estaba calculando lo que había comido ayer y lo que iba a comer hoy o a no comer, o simplemente me encontraba comiendo." (Iliana, 19)

En el experimento de Minnesota, una de las primeras actitudes observadas en los miembros del grupo, con posterioridad a la deprivación alimenticia, fue una *tendencia inevitable a preocuparse obsesivamente de diversas maneras por la comida*. Mientras realizaban otras actividades, se descubrían a sí mismos pensando en la comida. Aparecía el pensamiento de una forma muy intrusiva, que impedía continuar concentrado en otra cosa. Así la comida se convertía en el principal tema de conversación y hasta aparecía recurrentemente en los sueños en forma de banquetes de los que no podían sustraerse.

"¡Soñé que comía de todo y me desperté desesperada pensando que era verdad! Tenía que adelgazar lo que había engordado soñando." (Paula, 15)

Algunos de ellos comenzaron a interesarse en la literatura culinaria y a anotar recetas, a pesar de que ninguno había tenido inclinación alguna por el tema con anterioridad a la experiencia. Un 40% de los participantes mencionaron su intención de encarar en el futuro proyectos vinculados de un modo u otro con la alimentación, como carreras universitarias directamente relacionadas (nutrición, técnico en alimentación, etcétera) o cambiar sus ocupaciones por las de chefs o agricultores.

Muchas jóvenes con trastornos de la alimentación, a la hora de elegir, se inclinan por profesiones u oficios relacionados con los alimentos. También se preocupan en cocinar para otros y preparar la mesa; observan lo que comen los demás y ocupan mucho de su tiempo en una meticulosa planificación de sus propias comidas.

En el experimento también se pudo comprobar que cuando se acercaba la hora de la comida, empezaban a ensimismarse y la ingesta se producía en silencio, absortos en lo que hacían, con el propósito de prestar toda la atención a lo que comían y extender el momento de la alimentación todo lo posible.

Del mismo modo, se observa que las jóvenes con trastornos de la alimentación generan un largo ritual alrededor de las comidas: deben comer sólo algunos alimentos, a temperatura determinada, en ámbitos especialmente elegidos —por lo general, tranquilos— y preferentemente a solas. Es habitual un aumento marcado en el consumo de infusiones, como té o café, y en la necesidad de tener siempre algo en la boca, por lo general, goma de mascar o cigarrillos.

Un punto clave de este experimento de Minnesota lo constituyó la comprobación de *las reacciones que tuvieron las personas al incremento del apetito que se producía como consecuencia de la imposición de la dieta hipocalórica*. Todos los voluntarios experimentaron un aumento del apetito, que *para la mayoría resultó intolerable*. Los pocos que soportaron la sensación de apetito y mantuvieron la dieta como estaba previsto continuaron bajando de peso, tal como podemos observarlo en las personas que padecen anorexia nerviosa.

Pero muchos de ellos fracasaron a menudo en el seguimiento de la dieta y, como consecuencia, llegaron a tener episodios "bulímicos": momentos de descontrol durante los cuales necesitaron ingerir grandes cantidades de comida de alto valor calórico (de la que se los estaba privando), seguidos de reproches a sí mismos y sensaciones de culpa y, en algunas oportunidades, seguidos de vómitos que intentaban reparar el descontrol o de ejercicio físico practicado en forma exagerada.

Durante el experimento:

Se observaron otras conductas vinculadas con el apetito, como buscar en tachos de basura, robar comida y guardarla para consumirla a escondidas.

"No puedo explicar lo que me pasa. Después de uno o dos días de comer poco para estar linda, comienzo a comer algo, por ejemplo, una galleta, y termino comiéndome todo el paquete; si no tengo más voy y compro lo que sea. No sé, una vez que empiezo ya no puedo detenerme y me como todo lo que encuentro." (Carola, 19)

"No comía durante todo el día y, a la noche, cuando ya no había nadie levantado, vaciaba el refrigerador. O si no, compraba muchas golosinas a la salida de la escuela, y venía comiendo por la calle, apurada, me atragantaba para terminar antes de llegar a casa así no me veía mi mamá. Después no comía más hasta el día siguiente." (Titina, 14)

Tanto estos últimos testimonios como lo relatado sobre los participantes de la experiencia muestran claramente cómo la restricción alimentaria (el comer muy poquito) lleva a episodios de atracones y a la sensación de un "hambre" que no se satisface con nada, es decir, a los primeros síntomas de bulimia.

Las conductas obsesivas en relación con la comida persistieron en los voluntarios del experimento de Minnesota entre tres y seis meses después, aun cuando estaban en condiciones normales de alimentación. Muchos de ellos se quejaron de *continuar con apetito* después de abundantes comidas e incluso se

les acrecentaba el apetito después de la ingesta.

"A mí me adelgazó todo menos el apetito." (Silvia, 19)

"Yo sé que es imposible tener apetito cuando acabas de comer, y de comer bien. Pero a pesar de todo yo sigo sintiendo que tengo que comer, como si me llamara la comida. Me desespera esa avidez... soy un lípido con ideas." (Laura, 16)

A algunos les resultaba difícil dejar de comer a pesar de estar ya bajo una dieta normal de comida. Después de cinco meses de rehabilitación de sus patrones habituales de alimentación, todavía unos pocos continuaron con ataques bulímicos aun teniendo la posibilidad de comer cuando y cuanto quisieran.

Es decir que los efectos de este tipo de restricciones son suficientemente "trastornantes" del organismo como para perdurar aun cuando la persona haya incorporado nuevos hábitos con la idea de recuperarse. La recuperación lleva tiempo y se da con "recaídas" inevitables.

Los voluntarios reportaron dolencias asociadas con estos "atracones", como dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, apatía y somnolencia. También aumentaron los malestares seguidos de náuseas y vómitos.

"Yo quería estar delgada. Me restringía mucho en las comidas. No comía o comía de todo. Algunos días vomitaba a cada rato. Todo me caía mal y lo vomitaba. Eso me llevaba a no tener ganas de hacer nada, a tener sueño todo el día, a no querer moverme de casa." (Rita, 16)

"Mi vida quedó organizada alrededor de la comida, de tal modo que si tenía que salir a trabajar, no desayunaba porque si no... Y si almorzaba, no podía salir a trabajar después de la una ni antes de las seis de la tarde porque sabía que cuando almorzara, me iba a descontrolar... y después vendrían los vómitos, y ese malestar y esa sensación terrible de desintegración, de desolación... y tirarme acurrucada en la cama con ganas de borrar me del mundo. A veces me dormía, a veces quedaba como en una nube. Después de unas horas podía conectarme de vuelta. No sé para qué. Trabajaba unas horas más cuando podía, sólo para esperar que llegara la noche y otra vez lo mismo." (Marta, 29)

"Yo la veía cada vez más caída, más silenciosa y más tiempo acostada en la cama. Pensaba que eran cosas de la adolescencia, qué se yo... Los adolescentes tienen sus cambios y también duermen más. Lo extraño era que ella siempre había sido tan activa, deportista, llena de amigas. Teníamos que frenarla para que estuviera un poco en casa. Y de pronto dejó todo y se lo pasaba ensimismada, mirando el vacío. O durmiendo la siesta. Y con un carácter que no era el de ella." (Mamá de Patricia, 17)

La subalimentación tiene **impacto también en otras áreas, como la**

social. Los voluntarios sometidos al experimento de Minnesota, extrovertidos y sociables, fueron paulatinamente cayendo en un estado de aislamiento y ensimismamiento. Se negaban a participar en actividades grupales y sentían incomodidad en la interacción con otros. Manifestaron también una disminución marcada en su interés amoroso y sexual. En el período de rehabilitación, la recuperación del interés social y sexual demoró entre tres y ocho meses en restablecerse.

En la anorexia nerviosa, esta falta de interés en el sexo opuesto está presente en la mayoría de los casos.

"Llegué rápidamente a 33 kilos y parecía tan normal que no quería cambiar nada. Estaba muy sola, sí. Entonces estaba viviendo una irrealidad total. Yo estaba también muy aislada, no quería ver a nadie, no me interesaba que se metieran... o sea que tampoco había demasiada gente para ayudarme." (Graciana, 22)

"No quería salir, no salía. Vivía en un departamento y no salía jamás, salvo de compras. Pero no veía a nadie. Habré estado así unos cuatro meses." (Raquel, 24)

"No aguantaba a nadie, pensaba que nadie me aguantaba a mí. De hecho, estaban todos cansados de mis conflictos. No quería hablar de nada, ni con nadie. Nada de lo que me decían me hacía cambiar de idea, ni me interesaba. Me empecé a sentir realmente mal con el mundo." (Loly, 21)

"Puedo pasar una semana completa sin hablar con nadie que no sea de mi familia. Mi mamá me manda a hacer las compras y yo no quiero, no quiero hablar con nadie." (Inés, 14)

"Mis compañeras querían acercarse pero yo me las ingeniaba para que no me encontraran. Salía rápido de la escuela y me iba sola para casa. No quería que me hablaran, no quería escuchar a nadie. Me tenían lástima y eso me disgustaba." (Virginia, 16)

"Lo que me preocupa de Sebastián es que perdió a todos sus amigos durante la enfermedad. Está de lo más aislado, no quiere encontrarse con nadie. Dice que es porque lo enojó que ellos nos llamaran para contarnos que estaba vomitando... Yo creo que es porque se siente muy desconectado y no sabe de qué hablar." (Papá de Sebas, 17)

"Ella había sido siempre de la casa, reservada, pero buena amiga. La eligieron la mejor compañera el año pasado, porque ella es muy solidaria, colabora. Pero de pronto empezó con eso de inventar excusas para no atender el teléfono cuando la llamaban las amigas. Nunca salía los fines de semana con ellas y tampoco quería salir con nosotros. Decía que tenía que estudiar y se quedaba en casa. Nosotros le decíamos que no fuera tan exagerada con el

estudio, pero como siempre fue muy obsesiva con eso..." (Papá de Giorgina, 17)

"Siempre, desde primer año, fuimos juntas las cuatro a bailar. Éramos todas fanáticas y ella era la más linda, era a la que miraban más, ¿verdad? Por eso no podíamos entender que de golpe empezara con que no quería salir, que estaba fea, que no le importaban los muchachos y con esa obsesión de que estaba gorda y que no quería que la vieran ni vera nadie... ¡ni a nosotras! Pero nosotras no le obedecemos. Por eso estamos aquí también." (Amigas de Ana Lía, 16)

Los voluntarios también mostraron **dificultades en la concentración, en la comprensión y el estado de alerta** durante la experiencia, del mismo modo que muchos jóvenes con estos trastornos mencionan problemas para seguir con sus estudios.

"Vino llorando el otro día porque no había podido hacer la prueba. Recién ahí nos contó que hace tiempo que no puede concentrarse bien, que empieza a estudiar y se le va la cabeza o se le nubla la vista... y que no tiene fuerzas a la mañana para levantarse porque se queda estudiando mucho tiempo y no le rinde. El día de la prueba estaba tan tensionada que se descompuso. Parece que se desmayó." (Padres de Gisela, 14)

"Cuando traje la libreta de calificaciones, mis padres no podían creerlo, porque siempre fui muy exigente y tuve muy buenas calificaciones. Creo que lo usé para poder contarles lo que me pasaba, porque no aguantaba más." (Irene, 15)

"Mariano no pudo seguir estudiando. Estaba tan disperso, y tenía tan pocas ganas de todo, que se reflejó también en la escuela. Él no entendía lo que estudiaba, no le rendía. Nunca fue de los mejores, pero en general no había traído problemas. Cuando intentó trabajar, le pasó lo mismo: se olvidaba de lo que le pedían, no entendía lo que tenía que hacer. Ahora empezó nuevamente, en un bachillerato para adultos." (Mamá de Mariano, 19)

2. Transformaciones físicas

Vamos a dedicarles ahora un espacio a las importantes *transformaciones físicas* que se evidenciaron durante el período de semiinanición.

La lista incluye:

- cefaleas;
- *hipersensibilidad a la luz y a los ruidos;*
- *molestias gastrointestinales: acidez, constipación, diarrea;*
- *problemas de visión y auditivos;*
- *adormecimiento de miembros (especialmente los pies o las manos),*
- *calambres, pérdida de cabello y desarrollo de lanugo (vello finito, tipo bebé) en*

zonas donde habitualmente no hay pelo;

- *enlentecimiento metabólico,*
- *disminución de la tolerancia al frío por atermia: pérdida de temperatura corporal;*
- *cambios cardiológicos: bradicardia y taquicardia;*
- *interrupción de la menstruación en mujeres (amenorrea);*
- *debilidad muscular y deshidratación, etcétera.*

No es de sorprender que la respuesta del cuerpo a una restricción calórica tan severa sea un enlentecimiento general de todas las funciones corporales.

Es muy importante entender que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, automáticamente y como una forma de adaptarse, el cuerpo va a quemar menos calorías por medio de la disminución del metabolismo basal, que es el que se ocupa de estas funciones mientras descansamos.

Si lo miramos desde el punto de vista de las personas que se someten a severas dietas para adelgazar, se encuentran en la paradójica situación de que cuanto menos comen, menos adelgazan, porque las calorías son quemadas más lentamente como un modo de preservar la energía y de utilizar todo lo que entra para el mantenimiento de los procesos físicos básicos necesarios para sobrevivir.

Los voluntarios vieron reducida también su *actividad física* y se mostraron cansados, abúlicos, débiles y faltos de energía. A pesar de esta debilidad, y al igual que otras personas con trastornos de la alimentación que se encuentran en similares condiciones físicas, pasaban por períodos de imposición de grandes dosis de ejercicio físico, como justificación para una mayor ingesta.

"No puedo salir de casa sin hacer antes por lo menos cien abdominales. Nunca me acuesto si no cumplí con la cuota diaria de ejercicio: doscientos cincuenta abdominales y por lo menos veinte subidas y bajadas de escalera."
(Adriana, 15)

Durante la rehabilitación, estos cambios metabólicos fueron revirtiéndose como consecuencia de la ingesta progresiva de una mayor cantidad de calorías.

Al final de la etapa de inanición, el metabolismo de los voluntarios había disminuido hasta un 40% en su velocidad.

Cuando comenzó la etapa de renutrición, aquellos que comieron más desde el comienzo fueron los que recuperaron más rápido su ritmo metabólico, como si fuera necesaria una inyección inicial para que el ritmo normal arranque y retome nuevamente. Esta observación es importante, ya que la mayoría de las personas con trastornos de la alimentación creen que todo lo que les pasa es "porque están consumiendo demasiadas calorías y deberían ser capaces de comer menos". Pero el cuerpo necesita nutrientes y calorías, y cuando no obtiene la suficiente cantidad, reacciona de distintas maneras para conservar la energía y para lograr que la persona vuelva a comer, como lo hemos visto.

Algunas reflexiones acerca del experimento

La gran diferencia entre los voluntarios y las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria reside justamente en la autoimposición de la dieta restrictiva.

Pero lo sorprendente es que esta diferencia de motivación para comenzar con la dieta *no tiene consecuencias diferentes* a la hora de evaluar los efectos que produce la mala alimentación.

En Minnesota, quedó demostrada la innumerable cantidad de efectos perniciosos de la subalimentación y el amplio espectro de consecuencias dañinas de esta práctica, tanto a nivel orgánico como emocional, y es obvio que no podemos adjudicarlos a motivos "psicológicos".

Ninguno de los que llegaron a los episodios "bulímicos" que describíamos más arriba lo hicieron:

- *"por inestabilidad emocional";*
- *"como una forma de autocastigo";*
- *"porque tengo baja la autoestima";*
- *"por una adicción a la comida";*
- *"porque tenía problemas familiares".*

Estas son algunas de las razones con que muchas veces se trata de *explicar* este tipo de reacciones y conductas.

Fueron llevados a ese estado por formar parte de una investigación, no porque quisieran estar delgados o tuvieran problemas de adaptación al medio. Es más, cuando se los seleccionó por medio de tests, eran más fuertes psicológicamente que una persona promedio.

- **Cayeron en esas reacciones extremas como una consecuencia pendular lógica del "extremo ayuno" anterior.**

En el origen de todo "trastorno de la alimentación" hay siempre un período de dietas restrictivas que llevan a la semiinanición, con su consecuente correlato de síntomas orgánicos y emocionales. Una vez que se ha instalado, se vuelve difícil identificar si la sintomatología que aparece es un subproducto del trastorno o se debe a características de personalidad, para lo cual será preciso *primero restablecer las condiciones físicas.*

Además, *la privación alimenticia es formadora de hábitos.* Quedó claro cómo las personas sometidas a una restricción alimentaria severa desarrollan modos de vincularse con la comida y hábitos relacionados con el tema de los que es muy difícil escapar. Tal como hemos visto en el relato, la comida se vuelve una obsesión que enferma. Los carbohidratos, postres o las llamadas "comidas malas", como están absolutamente prohibidas se convierten en un polo de atracción irresistible, como podría ser una droga.

- **Después de este experimento podemos decir que, sin duda, lo adictivo es la**

dieta y no la comida en sí misma.

Es decir, *hacer dieta* es lo que lleva a toda la sintomatología descrita (obsesiones, depresión, aislamiento, malestares físicos, inseguridades, etcétera), de la cual se pretende salir, paradójicamente, con nuevos esfuerzos de control con la comida, para esta vez "sí, lograrlo" y recuperar el bienestar.

Es preciso reiterar que antes que ninguna otra cosa, entonces, es absolutamente esencial *volver a una alimentación normal*, que incluya todos los alimentos, de forma tal que, al no haber prohibiciones, se vuelvan innecesarias las compulsiones compensatorias de la privación.

• El experimento también expresa claramente que no se puede, sin riesgo, manipular el cuerpo para lograr un peso bajo, y menos aún reprogramarlo para mantener ese peso por debajo de los parámetros naturales de cada individuo, sin graves consecuencias de todo tipo.

Se conoce poco de este tema, pero consiste básicamente en que así como el individuo tiene una altura predeterminada por sus componentes hereditarios, de un modo semejante aunque no idéntico, también tiene *un peso corporal que le es propio*. Esto se llama "punto de partida" (*set-point*) y vamos a hablar sobre este tema más en detalle en el capítulo 5.

Simplemente aclaremos que este principio es aplicable tanto a aquellos que son naturalmente "gorditos" como a aquellos que son delgados, de manera que es posible hablar de un mecanismo que opera para que el organismo se mantenga cerca de un peso predeterminado.

La predeterminación del peso corporal explica las diferencias marcadas que existen entre los individuos para situarse en distintas escalas de peso, así como las distintas propensiones a ganar o perder peso con mayor o menor facilidad. La expectativa de situarse en un peso alejado de aquel predeterminado encontrará grandes resistencias por parte del propio organismo.

Vamos a pasar, entonces, al capítulo que desarrollará más en detalle todo el tema vinculado con el peso, la nutrición y la reeducación alimentaria imprescindible para terminar de transitar el camino de salida del territorio trastornado.

¿Qué ocurre en el cuerpo cuando se tiene anorexia o bulimia nerviosas?¹

Aunque no esté ubicado exactamente en la mitad del libro éste capítulo es central porque:

- es el último en el que describimos estos trastornos, y
- es el primero en el que proponemos soluciones.

Dentro del mismo capítulo encontrarán no sólo información acerca de *las consecuencias a nivel orgánico* de tener una bulimia o una anorexia nerviosas, sino también propuestas concretas de cómo comenzar a salir de este territorio trastornado. Estas propuestas tienen que ver, por lo menos en un comienzo, con *empezar a comer de una manera distinta, con otra actitud*.

Es importante leer la primera parte de este capítulo con tranquilidad. El objetivo no es asustar sino *prevenir*: que esto sea un espacio para pensar bien en qué problema puede llegar a tener uno si no regula la obsesión por el control del peso corporal por medio de las dietas. Obviamente los daños que se producen son mayores cuanto mayor es la gravedad de la alteración de la conducta alimentaria. Es decir: no es lo mismo vomitar una vez cada tanto o dos veces por semana, que siete veces por día. (Sin embargo, no hay que olvidar que quienes vomitan hoy siete veces por día empezaron vomitando una vez cada tanto.) Como tampoco es igual el caso de quien hace poco que comenzó con esta conducta, y quien hace años que viene viajando por el territorio trastornado.

Consecuencias "físicas" de la bulimia nerviosa

Estar inmerso en el circuito bulímico (ayunos, atracones, purgas diversas —vómitos, laxantes, diuréticos, exceso de ejercicio, etc.— y nuevamente ayuno) afecta enormemente a nivel anímico o psicológico. Sin embargo, es imprescindible considerar que el circuito descrito consiste en *acciones concretas, que involucran al organismo* y, por lo mismo, el "físico" también sufre de variadas formas.

Esto explica que se vuelva tan difícil lograr una mejoría anímica de la persona afectada si no se empieza por sacar al cuerpo del campo minado. Una vez repuesto mínimamente, es más factible encontrar los vericuetos psicológicos que llevaron a ese camino sin salida. Pero con un cuerpo desorganizado hasta el caos, ¿qué mente puede restablecerse?

Entonces, es muy importante conocer las consecuencias a nivel físico y

¹ Este capítulo fue escrito conjuntamente con la doctora Ana Jufe, sin cuya colaboración hubiera sido imposible concretarlo. ¡Gracias!

subsananlas cuanto antes, para empezar a sentirse mejor. A continuación vamos a ir mostrando *parte por parte* de qué modo se encuentra afectado el cuerpo de una joven que está con un trastorno de la conducta alimentaria *de tipo bulímico*.

Boca:

Cuando uno vomita, vuelve a la boca toda la comida que sale del estómago y junto con eso también viene *ácido clorhídrico*. Ese ácido se encuentra en el estómago para ayudar a digerir lo que uno ingiere. El estómago está preparado para que un elemento tan corrosivo esté en contacto con sus paredes. Sin embargo, en la boca, este ácido puede:

a) producir la *pérdida del esmalte dentario* en la cara interna de los dientes. Es fácil imaginarse de qué modo facilita el aumento en la producción de caries. Además, el daño es irreversible: el esmalte no vuelve a salirles a los dientes. Se ve mucho en las jóvenes que han tenido estos episodios por tiempo suficientemente prolongado. Tienen los dientes en pésimo estado o arreglados con fundas que suplen el diente original.

b) *dañar las encías, el paladar y la garganta*, produciendo inflamación de los mismos. Las manos u otros elementos introducidos en la boca para estimular el vómito pueden provocar heridas en la garganta y el paladar, que en ocasiones llegan al sangrado.

El odontólogo entrenado puede reconocer que una joven vomita frecuentemente por esas señales.

Glándulas salivales:

Suelen aumentar de tamaño, en especial las parótidas, como consecuencia de la acción de vomitar. El resultado es un rostro de aspecto regordete. Esto se revierte cuando cesan los vómitos. Muchas jóvenes comienzan a vomitar porque se ven gordas. Sobre todo porque suelen mirarse el rostro, que tal vez es del tipo redondeado aunque el cuerpo esté en buen peso. Lo paradójico es que terminan reforzando esta característica facial por la inflamación que se produce en las glándulas salivales a raíz de los vómitos.

Alteraciones hidroelectrolíticas:

Potasio:

Una de las complicaciones más graves de la bulimia nerviosa es la reducción del potasio en sangre. La pérdida del mismo se produce:

a) a través de los vómitos, porque el jugo gástrico que se pierde al vomitar es muy rico en potasio;

b) al tomar diuréticos, que también producen una disminución de potasio en sangre por exceso de eliminación de líquidos;

c) por la combinación de ambos métodos. Esta última situación es de *altísimo riesgo*.

La disminución del potasio en la sangre afecta el funcionamiento del corazón, ocasionando arritmias cardíacas que pueden llevar a la muerte por paro cardíaco.

Sodio:

También como consecuencia de los vómitos y/o del uso de laxantes suele disminuir el sodio en sangre. Como la alimentación suele ser tan desordenada, en general la ingesta de sodio es de por sí reducida.

La reducción de sodio en sangre produce disminución de la presión arterial y mareos.

Magnesio:

Puede disminuir en sangre y en los tejidos en general, como consecuencia de la utilización de laxantes y diuréticos, solos o combinados. También se pierde magnesio al vomitar.

La pérdida de magnesio en sangre ocasiona debilidad muscular, hormigueos y calambres.

Agua:

Suele haber pérdida de agua y electrolitos a través de los vómitos y como consecuencia del uso de laxantes y diuréticos, solos o combinados. Se hace evidente especialmente cuando, además, la ingesta de líquidos es reducida.

La pérdida de agua y electrolitos genera deshidratación.

Aparato digestivo:

Esófago:

Puede irritarse como consecuencia del pasaje del ácido clorhídrico en forma reiterada, lo que produce *esofagitis*. Si bien no es habitual, en ocasiones — sobre todo si hay una frecuencia alta de vómitos diarios—, el gran esfuerzo realizado para vomitar puede provocar la *ruptura esofágica*, cuadro de suma gravedad que requiere tratamiento quirúrgico de urgencia. A veces este cuadro se anuncia con una *fisura esofágica*, que no es más que un preaviso de la gravedad que está adquiriendo la situación.

También como consecuencia de los vómitos reiterados, es frecuente la aparición de *reflujo gastro-esofágico*, lo que significa el pasaje espontáneo del contenido gástrico hacia el esófago. Es decir, cuando el cuerpo se acostumbró a vomitar, puede ocurrir que lo que está en el estómago vuelva espontáneamente a la boca, aun sin tener que hacer ningún esfuerzo, lo cual trae las consecuencias descriptas.

Estómago:

Es bastante común en una persona vomitadora la aparición de *gastritis*, debido a la pérdida a través del vómito del moco que protege la mucosa gástrica del ácido clorhídrico. Como consecuencia, en ocasiones pueden producirse *vómitos de sangre*.

También es frecuente que, como consecuencia de los vómitos reiterados, el *vaciamiento gástrico* se haga más lentamente. Como si el estómago se volviera "perezoso" y generara una sensación de "estar lleno" que dificulta la regulación de la ingesta. Aunque con menor frecuencia, ocurre la *dilatación gástrica aguda*

y la ruptura gástrica, cuadro de suma gravedad.

Intestino:

Como efecto inmediato del uso de laxantes, pueden aparecer *diarreas* y *dolores abdominales*, llamados *cólicos*.

Pero lo más frecuente es la aparición de *constipación grave*, como consecuencia del uso *prolongado* de laxantes, ya que éstos acostumbran al intestino a funcionar bajo su estímulo y luego el intestino no responde a los estímulos normales. Si a eso le sumamos el desorden alimentario, que en general implica un pobre equilibrio de los diferentes nutrientes necesarios para que la digestión haga su ciclo naturalmente, no es difícil imaginar por qué tantas jóvenes se quejan de que "no van al baño". Con el agravante de que esa constipación se traduce como "gordura" en la percepción de las jóvenes y dispara nuevos ciclos de ayunos y purgas.

Aparato cardiovascular:

Las consecuencias cardíacas más frecuentes ya fueron mencionadas en los párrafos anteriores, pero conviene repasarlas:

- *disminución de la presión arterial* por la pérdida de líquido y sodio,
- aumento de las pulsaciones cardíacas o *taquicardia*,
- aparición de *arritmias cardíacas* como consecuencia de la pérdida de potasio, de calcio y de magnesio, que puede producir arritmias graves que ocasionen paro cardíaco y muerte.

Aparato respiratorio:

No es frecuente pero, en ocasiones, se produce el pasaje hacia las vías aéreas de pequeños contenidos gástricos que suben del estómago al autoinducir el vómito. Esto produce cuadros de *bronquitis* (por microaspiración) o de *neumonías aspirativas*, especialmente si el vómito se provoca en un estado de alteración de la conciencia (por ejemplo, por alcohol).

Aparato urinario:

No es difícil que se produzcan daños —de leves a moderados— en el funcionamiento de los *riñones* como consecuencia de la deshidratación y del abuso de diuréticos. Cuando se abusa de los diuréticos por tiempo muy prolongado, puede producirse una necrosis renal, con la consecuente pérdida del riñón. También son frecuentes las *infecciones urinarias* y la producción de *litiasis urinaria* (cálculos o arenilla).

Aparato genital:

Es muy frecuente la aparición de *irregularidades menstruales*, debido a la mala alimentación. La ausencia de menstruación o *amenorrea secundaria* no es privativa de las anoréxicas o las personas que están muy delgadas. La menstruación puede retirarse, aun en pacientes con bulimia nerviosa y peso normal, simplemente como consecuencia del caos alimenticio que altera el funcionamiento del sistema endócrino.

Manos:

Suelen aparecer callosidades y erosiones, o lastimaduras en los nudillos de los dedos, o en el sitio de roce contra los dientes, cuando se utiliza la mano para provocar el vómito. El médico entrenado puede reconocer que una joven vomita frecuentemente por esta señal, aunque no siempre está presente.

Consecuencias "físicas" de la anorexia nerviosa

Del mismo modo que con la bulimia, también pasan cosas en el cuerpo cuando una joven desarrolla una anorexia. Para este caso también vale lo que afirmábamos al comienzo del capítulo:

"Esto explica que se vuelva tan difícil lograr una mejoría anímica de la persona 'afectada' si no se empieza por sacar al cuerpo del campo minado. Una vez repuesto 'mínimamente', es más factible encontrar los vericuetos psicológicos que llevaron a ese 'camino sin salida'. Pero con un cuerpo desorganizado hasta el caos, ¿qué mente puede restablecerse?"

Algunas de las consecuencias físicas de la anorexia nerviosa son semejantes a las descritas antes. Otras son específicas:

Gasto energético:

Se encuentra disminuido como adaptación a la baja ingesta de calorías. Esto quiere decir que el cuerpo "sabe" que no está entrando suficiente combustible para el consumo de energías y es como si pusiera el motor a bajas revoluciones. Quema lo mínimo para que le queden reservas.

Temperatura:

Se encuentra disminuida como resultado de la disminución del gasto energético. El cuerpo, en el intento de economizar las pocas energías que le quedan, disminuye también la *temperatura corporal* porque ésta disipa la energía en forma de calor. Por este mecanismo de adaptación del organismo es que muchas jóvenes con anorexia se quejan de sentir frío.

Aparato cardiovascular:

Como consecuencia de la disminución del gasto energético, es muy frecuente la disminución de:

- a) las pulsaciones cardíacas: se denomina *bradicardia*;
- b) la presión arterial: se conoce como *hipotensión* (o *baja presión*).

Este es uno de los elementos que provoca esas descomposturas repentinas de las que hablan las jóvenes, cuando relatan que se levantan de golpe de una silla, como lo haría cualquier joven a su edad, o estando acostadas intentan incorporarse y "se les pone todo negro".

Las paredes del corazón disminuyen su grosor, en especial el ventrículo

izquierdo (se debe a la disminución del músculo cardíaco) y es posible que aparezcan *arritmias cardíacas* provocadas por el déficit de determinados nutrientes, como calcio, potasio y magnesio. Como lo explicábamos para el caso de la bulimia nerviosa, estos déficit de nutrientes en ocasiones son causa de muerte por paro cardíaco consecuencia de una arritmia.

Piel:

Se encuentra *seca, áspera y quebradiza*, también como consecuencia de los déficit nutricionales, y *fría* como efecto de la disminución del gasto energético que describíamos más arriba.

Las extremidades —manos y pies— suelen estar bastante *frías* y con frecuencia de un *color violáceo*, debido a las alteraciones circulatorias. También puede hallarse un color amarillento en las palmas de las manos y las plantas de los pies —se denomina *hipercarotinemia*—, debido a la ingesta excesiva de calabaza y/o zanahoria, propia de la dieta que llevan este tipo de pacientes. También es posible observar en zonas que normalmente no tienen vello —espalda, brazos, mejillas— la aparición de un vello finito y largo, tipo pelusa, llamado *lanugo*.

Aparato digestivo:

Estómago:

Es frecuente el retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de nutrientes que describíamos anteriormente (magnesio, calcio y potasio). La consecuencia lógica es que aparece una sensación de saciedad precoz: "me lleno enseguida, no me entra nada", que favorece aun más la perpetuación del cuadro anoréxico. Esta situación se revierte mediante la realimentación progresiva y pautada.

Intestino:

La motilidad intestinal también está disminuida como consecuencia del déficit de calcio, potasio y magnesio. Esto, junto con la baja ingestión de alimentos, favorece la aparición de *constipación pertinaz*, que en ocasiones puede requerir la utilización de enemas evacuantes.

Aparato genital:

Uno de los síntomas distintivos de la anorexia nerviosa es la ausencia de menstruación o *amenorrea*, por un período de tres meses o más, con niveles bajos de estrógenos. La amenorrea se debe no sólo a la pérdida de peso, sino también al estrés psicológico permanente que ocasiona el control alimentario riguroso, típico de esta clase de pacientes.

Fertilidad:

Algunos investigadores han comunicado que puede ocurrir una disminución en la fertilidad, como consecuencia de una alimentación restrictiva prolongada.

Sistema óseo:

Es posible que se produzca una disminución del calcio en los huesos: generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de *fracturas espontáneas*. Esto se llama *osteoporosis*, porque los huesos se visualizan como agujereados. Se debe a una ingesta de calcio disminuida por la mala alimentación y agravada por la *dificultad de fijación del calcio* en los huesos, como consecuencia de la baja producción de estrógenos. La osteoporosis es común en las mujeres menopáusicas justamente por la baja producción de estrógenos propia de esa etapa vital, y es irreversible. Lo que estamos describiendo significa que una niña de 14 o 15 años tendrá un sistema óseo con las características de una mujer de más de 50.

Tejido celular subcutáneo:

Es factible encontrar *edemas* en determinadas partes del cuerpo, generalmente en piernas y pies, sobre todo cuando la paciente comienza a realimentarse. El edema es una retención de líquido en el tejido celular subcutáneo. Se produce por un aumento en la retención de sodio, debido al aumento de la sensibilidad renal a la aldosterona y a la acción de la insulina en los túbulos renales durante la realimentación.

Esta suerte de "hinchazón" es casi inevitable en el período de recuperación por los ajustes que debe hacer el organismo. A menudo, las pacientes la toman como "gordura", con la consecuente angustia que eso desencadena. Es importante saber que es algo transitorio, pero que desaparecerá si el organismo funciona normalmente por suficiente tiempo.

Sangre:

Es frecuente la aparición de *anemias* por déficit de hierro, lo cual aumenta la sensación de cansancio y un estado de tipo depresivo por la falta de fuerzas. También es frecuente el aumento del colesterol: *hipercolesterolemia*.

Aspecto "alimentario" del tratamiento nutricional para la bulimia nerviosa y trastornos del comer no específicos

1. Aprender a comer nuevamente

La clave de la recuperación, como tantas veces lo hemos repetido, está en el *ordenamiento de la alimentación*, que traerá aparejado el restablecimiento no sólo orgánico sino también anímico. Por lo tanto, la intervención inicial a este nivel consiste fundamentalmente en **diseñar un plan alimentario** específico y adecuado a las características únicas de cada paciente, pero con dos objetivos *comunes a todos* los casos:

Normalizar el patrón alimentario para evitar los atracones y las purgas;
Normalizar el peso en caso de que haya sobrepeso.

Nos remitimos otra vez a la experiencia que describimos en el capítulo 4,

para remarcar algo que sabemos que es exactamente lo opuesto de lo que piensa la joven con bulimia:

El descenso de peso sólo puede empezar a producirse una vez que se terminan los atracones.

Los atracones comienzan a desaparecer cuando se normaliza el patrón alimentario.

La primera meta: volver a aprender a comer

2. El programa de alimentación

El plan de alimentación que se requiere para que una joven con bulimia se cure y empiece a tener una alimentación sana tiene las siguientes características:

- **es muy bien pautado:**

Si es necesario, hay que especificar qué es lo que se va a comer día por día. Esto es importante, ya que las pacientes tienen pánico a engordar, y este miedo aumenta cuando piensan en no utilizar más las purgas como compensación. Por lo tanto, deben tener la seguridad de que lo que ingieren es adecuado para mantener su peso o bien disminuirlo si poseen sobrepeso.

"Antes, yo pensaba que si comía, iba a vomitar. Entonces no comía y soportaba el hambre hasta que no daba más. Después de que empecé a entender lo que me pasaba, me di cuenta de que 'como después iba a vomitar', podía comer. Estaba a salvo de engordar." (Laura, 17)

- **es normal en calorías:**

Nunca debe realizarse un plan de alimentación bajo en calorías o restrictivo, ya que es la restricción alimentaria la que contribuye a la instalación y mantenimiento del trastorno. Recordemos: en la medida en que las calorías están por debajo de lo necesario, se empieza a "juntar apetito", lo que desemboca indefectiblemente en el atracón. Por lo tanto, debe evitarse la aparición del apetito intenso.

"Cuando me hablaron del plan, pensé: 'ni pienso comer todas esas veces por día'. Estaba segura de que iba a engordar muchísimo. Después de tres semanas, yo misma no puedo creerlo. Estoy comiendo más que antes, como de todo, como varias veces por día, como lo que me gusta y bajé de peso." (Camila, 14)

- **es normal en hidratos de carbono:**

Se remarca la necesidad de ingerir de un 50% a un 60% de las calorías diarias en forma de hidratos. La razón es la misma: la ausencia de hidratos por restricción a la larga desemboca en una ingesta desahorada de los mismos. Muchas jóvenes relatan un atracón de varias porciones de torta, un kilo de dulce, o... después de habérselo prohibido durante un tiempo.

"Lo que más miedo me daba eran los dulces. Yo hacía años que no los probaba. Pensaba que si me soltaba en eso, nunca más me iba a detener. Después que empecé, me di cuenta de que la desesperación no existe, porque nunca dejo que se me junten tantas ganas de comer algo dulce." (Soledad, 19)

"Cuando empecé con la nutricionista quería que me jurara que nunca me iba a hacer comer chocolate. Lo dije en la primera reunión del grupo: 'no pienso comer chocolate'. El chocolate me ocupaba la mitad del cerebro. Ahora estoy experimentando realmente cómo el ordenamiento del programa y la variedad de cosas que puedo comer me dejaron libre la cabeza y con posibilidades de dedicarme a otras cosas." (Virginia, 22)

• **es fraccionado:**

En 4 a 6 comidas diarias, nunca menos de 4.

Esto es clave, sobre todo al comienzo, de la recuperación, en que las sensaciones de apetito y saciedad están muy vinculadas al atracón y el vómito.

Comer cada menos tiempo:

- evita tener que consumir en cada ingesta cantidades abundantes que dan la sensación de estar desbordándose;
- evita tener espacios prolongados sin comer, que también dan la sensación de estar juntando apetito, lo que llevaría a un descontrol.

• **incluye todo tipo de alimentos:**

Teniendo en cuenta, básicamente, los gustos de la paciente, pero no dejando de lado nada que sea necesario para la buena salud. Los alimentos que son "temidos" se van incluyendo al ritmo de cada paciente.

No hay un criterio de alimentos "permitidos", porque *no hay alimentos "prohibidos"*. Todos los alimentos pueden ser incluidos, y se orienta en *la cantidad* con que conviene comerlos (aun de los alimentos calóricos) para mantener el peso.

"Cuando me dieron el plan, pensé: '¡qué alivio! no hago más dieta' y me lancé sobre la comida. Comía muchísimo al principio, desesperada, 'aprovechando' los días de permiso. Hasta que me di cuenta de que tengo todos los días de mi vida para comer lo que me gusta y me quedé tranquila." (Támara, 19)

3. Con respecto al peso

Se sugiere a la paciente delegar en la nutricionista *el control del peso*. Se le pide que confíe en que el objetivo de ambas es que alcance el *peso adecuado*, pero que ella todavía no está en condiciones de regular nada al respecto, por el nivel de distorsión de la percepción que le ha provocado el trastorno en sí. Por lo tanto, se le pide que no se pese más sola, y en la consulta semanal se la pesa de

frente o de espalda, según la tolerancia de cada paciente a ver las oscilaciones del peso, que suelen ser normales en una etapa en que el organismo se está restableciendo. Se refuerza el concepto de "*peso posible*" para cada una, es decir: **aquel que se logra y mantiene como consecuencia de**

- **comer moderadamente y sin privaciones,**
- **junto con una actividad física moderada.**

Ese *peso posible* no necesariamente coincide con el peso ideal o deseado. Mucho menos en estas épocas y en las sociedades occidentales industrializadas, en que los modelos que se proponen para la figura femenina tienden a ser exageradamente delgados, hasta el punto de que muchas mujeres por buscarlo ponen en riesgo su vida.

4. Los registros del aprendizaje

Es de suma utilidad trabajar al comienzo con *registros alimentarios*, donde la paciente anota qué y cuánto come, con quién, a qué hora, y la sensación acompañante (apetito, ansiedad, miedo, culpa, cansancio, etcétera).

De ese modo, aprende a *reconocer situaciones que la predisponen al atracón*, ya sean:

- de índole netamente nutricional: apetito, restricción, necesidad de hidratos;
- de tipo anímicas: fastidio, soledad, aburrimiento, inseguridad, frustración, etcétera.

"El otro día discutimos con mi novio. Venía bien con la comida desde hacía una semana. Me dijo que no quería seguir saliendo conmigo. Y ahí no más empecé a comer. Estaba con una amiga, y le dije: "¡Ay, no! ¿te das cuenta lo que estoy haciendo? Estoy comiendo, pero porque me quedé mal por lo que él me acaba de decir. Si yo no tengo hambre, ¿por qué seguir?" Pude detenerme. Ahora me pasa eso, porque aprendí a darme cuenta de cuándo como, por qué como, cómo como." (Tina, 23)

"El tema de la comida me preocupa pero en menor medida. Me ayudó mucho permitirme muchas cosas que antes ni probaba, porque estoy menos pendiente de lo que como. También me ayuda anotar las comidas que hago, porque cuando me pongo obsesiva con que comí muchísimo y seguro que engordé, me fijo en lo que anoté y me doy cuenta de que no comí tanto, que es más una idea mía, y me siento menos culpable." (Marisa, 22)

Aspecto "alimentario" del tratamiento nutricional para la anorexia nerviosa

Igual que para los otros trastornos del comer, también en el caso de la anorexia nerviosa, la clave de la recuperación empieza por el *ordenamiento de la alimentación*. El plan alimentario específico, en estos cuadros, tendrá dos

objetivos fundamentales:

- ⇒ **Recuperación del peso y del estado nutricional;**
- ⇒ **Normalización del patrón alimentario.**

Es importante explicarles a la paciente y sus padres, o quiénes estén a cargo de su recuperación, que el objetivo de ninguna manera es que "sea gorda", *sino que pueda estar delgada de un modo que la mantenga sana.*

En este punto justamente es clave que la persona a cargo del programa de renutrición se ocupe de que en el proceso de recuperación no se produzca un efecto péndulo. Por eso, en el diseño del plan de alimentación se tendrá en cuenta que el aumento de peso sea *gradual* y nunca más allá de lo esperado.

1. ¿Cuál es el peso esperado?

El *peso teórico* que le corresponde a cada persona se establece de acuerdo con la relación entre:

- sus factores hereditarios,
- su historia en relación con el peso,
- su altura y
- su contextura física.

Eso quiere decir que las famosas tablas rígidas de pesos esperados no se ocupan de algo tan elemental como las diferencias específicas de cada persona. No es ni seguro, ni siquiera esperable, que dos personas que miden 1,65 m y tienen la misma edad, tengan idéntico peso teórico. Ese peso teórico no se expresa con un número fijo único (al que suelen atarse las jóvenes con trastornos del comer como un ideal rígido e inmodificable: "quiero los 48"), sino como *un rango* posible, que en general abarca hasta más o menos seis kilos. Esto implica que la persona está bien y en su peso mientras esté *dentro de ese rango*.

"Me acuerdo que cuando empecé la terapia lo primero que pregunté fue si este tratamiento me iba a llevar a engordar. Y no engordé, porque yo estaba pesando 54 kg y sigo en 54, pero antes había llegado a 51kg y sentía que ese era el ideal. Después dejé de preocuparme el número." (Célica, 25)

"Para mí el peso era la referencia de autovaloración. Ahora veo, por ejemplo, cómo la gente me aprecia y tiene ganas de estar conmigo, aunque no haga dieta. Yo estaba insoportable, me invitaban a comer y no comía, tomaba agua. Ahora me doy cuenta de que me quieren muchísimo, y comemos todas juntas. Y no tengo ningún 'rollo' de esos que me aislaban, y eso ayuda a que los otros te demuestren que te quieren. Mi problema era que me aceptaran, y yo creía que para que me aceptaran, tenía que pesar menos de 52 kg." (Luciana, 18)

Es fundamental que tanto la paciente como sus familiares (que de hecho

suelen ser quienes inicialmente están a cargo de esta recuperación), tengan en claro que:

- hay un *peso mínimo* al que hay que llegar, que se establece considerando estos factores, y que para no correr riesgos de salud, nunca puede estar por debajo del 10% del peso teórico;
- que se irá llegando a este objetivo *en forma gradual*, no sólo por considerar que cualquier persona que ha bajado bruscamente de peso tiene temor de engordar de golpe apenas empieza a comer, sino porque es preciso ir a un ritmo que le permita al metabolismo hacer los ajustes necesarios a la nueva situación.

El control de peso se hace semanalmente —excepto en casos muy graves, que pueden requerir un control diario o día por medio— y, por lo general, se las pesa de frente, salvo que la paciente pida explícitamente lo contrario. A diferencia de los casos de bulimia nerviosa o trastornos no específicos del comer, a las jóvenes con anorexia nerviosa las tranquiliza más tener cierto control del aumento del peso, y se disponen mejor a colaborar al comprobar que van con un ritmo que concuerda con lo pactado.

2. El programa de alimentación

Con respecto al plan de alimentación que se requiere para que una joven con anorexia nerviosa se recupere:

- **debe ser personalizado:**

teniendo en cuenta la selectividad de la paciente y las posibilidades concretas que se van presentando de enriquecerlo. ("¿Qué te animarías a comer? ¿Te parece bien esto?") Se trata de ir incluyendo, a lo largo de las consultas, todo tipo de alimentos para cubrir los requerimientos de proteínas, grasas e hidratos de carbono, así como los de vitaminas y minerales.

- **debe ser fraccionado:**

remarcando la importancia de las cuatro comidas principales y las colaciones correspondientes.

- **debe ser pautado:**

indicando claramente las cantidades explícitas a consumir en cada ingesta, para evitar el temor a engordar ilimitadamente al que hacíamos alusión más arriba.

Para algunas pacientes, es conveniente dejar cierto grado de decisión en las comidas no fundamentales (por ejemplo, que pueda postergar una colación).

- **las calorías que incluye:**

al comienzo son levemente mayores a las que viene ingiriendo la paciente (si la paciente ingiere 500 calorías por día, podrá comenzar con un plan de 800-900 calorías diarias) y se van aumentando lentamente a medida que avanza el

tratamiento y la paciente recupera peso.

3. Los miedos y los mitos sobre lo que engorda

Es muy importante explicitar con cada paciente cuáles son sus miedos y de qué forma se presentan, para encontrar diversas formas de superarlos. Muchos de los *miedos* provienen, más que de algo real y comprobable, de *mitos* tejidos social o individualmente, sobre los efectos "engordantes" de ciertos alimentos. Por lo tanto, una parte importante de la recuperación consiste en obtener información clara al respecto y animarse a *experimentar* con esos alimentos, para comprobar cómo pueden ingerirse en cantidades adecuadas de modo tal que no influyan negativamente en el peso.

4. La relación paciente-nutricionista

Si bien al comienzo todo este aspecto nutricional suele estar netamente a cargo de algún familiar, ya que la negativa a comer por parte de la paciente suele ser muy fuerte, a medida que progresa, se vuelve muy importante su colaboración en el proceso de recuperación.

La relación de la paciente con la persona a cargo de su recuperación nutricional es fundamental para lograr este nivel de compromiso que se requiere para avanzar. En determinados puntos, será necesaria su disponibilidad para implementar ciertas estrategias que ayuden a superar esos miedos. Por ejemplo: tomar juntas un té con medialunas en el consultorio, o un café con sandwiches calientes en un bar, para que se anime la primera vez a reincorporar algo que le gusta mucho pero a la vez le da mucho miedo comerlo.

Aspecto "educacional" del tratamiento nutricional de los trastornos del comer

Por lo que venimos diciendo, está claro que el tratamiento nutricional no se limita a dar indicaciones sobre qué, cómo y cuánto se debe comer. Implica un gran compromiso para caminar juntos en ese proceso de salida del territorio trastornado, tanto por parte de los profesionales a cargo como de los familiares de la persona que padece el trastorno. En ese caminar, ayuda mucho la información que se imparte sobre los diferentes aspectos involucrados en este "trastorno", tanto físicos como psíquicos. Esa es la razón por la cual desde el primer contacto con la paciente, los profesionales van dándole a ella y su familia información que permite entender determinados mecanismos, y por lo tanto colaborar en su modificación.

Quizá ya hemos hablado mucho sobre el tema en otros capítulos de este libro, pero de todos modos consideramos conveniente recordar, en este momento en particular, algunos de esos aspectos de la fisiología del organismo que muchas

veces no se toman en cuenta o están distorsionados por todos los intereses que rodean al mundo de las dietas. Conocerlos posibilita modificar actitudes, algo imprescindible para el restablecimiento.

1. El circuito: dietas restrictivas, atracón y purgas diversas

• Dietas restrictivas:

Hacer dieta es la forma más común de controlar el peso entre las personas con desórdenes de la alimentación. De diferentes maneras: desde seguir dietas sugeridas en libros, folletos de propaganda, etcétera, pasando por concurrir a clínicas o centros de reducción del peso, o tomar productos que "mágicamente" reducirán el peso, hasta la forma más extrema que implica directamente ayunar. Se saltean comidas, se reducen porciones y se elimina determinada categoría de alimentos, sobre todo los que tienen la clara connotación de "engordantes".

No hay nada secreto acerca de las dietas: *todas llevan a la restricción de calorías*, por debajo de lo que el cuerpo requiere para funcionar sanamente. Cuando la restricción es suficientemente severa, el cuerpo comienza a producir su propia energía: almacena y utiliza el tejido adiposo (graso) para cubrir el déficit de energía y, como consecuencia, uno comienza a perder peso. El cuerpo está equipado como para manejarse sin demasiados problemas, con reducciones calóricas *a corto plazo*. Sin embargo, mantener *a mediano o largo plazo* la restricción calórica provoca cambios internos en el cuerpo.

**=> Una de las consecuencias es el comer descontroladamente, porque
=> la dieta restrictiva ocasiona apetito y necesidad de ingerir hidratos de carbono.**

El hidrato de carbono es el principal combustible energético del organismo y, en una dieta balanceada, entre el 50% y el 60% de las calorías deben ser aportadas en forma de hidratos de carbono. Los alimentos ricos en hidratos son: el azúcar y todo lo que contenga azúcar, los cereales y derivados (pan, pastas, arroz, galletas, etc.); entre los vegetales, la papa, la batata y el choclo, y entre las frutas, la banana.

Lo que sucede generalmente, cuando se realiza una *dieta restrictiva o hipocalórica* (baja en calorías):

- a) se *suprimen los alimentos ricos en hidratos*, y por este motivo aparece una necesidad imperiosa de comerlos;
- b) si uno se resiste a ello, a lo largo de los días esa necesidad crece hasta que el organismo no resiste más y puede entonces manifestarse el primer *atracción* o descontrol alimentario.

El atracón es una consecuencia natural de la deprivación calórica.

- **Un atracón** se caracteriza por la ingesta de una enorme cantidad de

alimentos ricos en hidratos de carbono, en muy poco tiempo, y con la sensación de no poder controlar *qué* ni *cuánto* se come, después de lo cual la persona se siente culpable y disgustada consigo misma.

c) Como consecuencia de ello y de la ansiedad que le produce el miedo a engordar, se recurre a *una purga o compensación impropia*: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos, exceso de ejercicio.

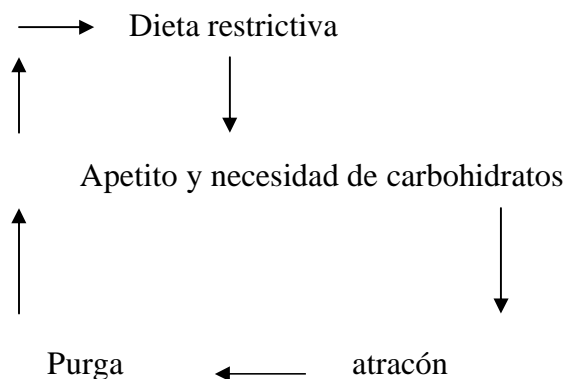
• **El vómito autoinducido** —método por el cual se intenta eliminar las calorías indeseadas ingeridas en un atracón— comienza implementándose como un sistema para recuperar el control después de un atracón, y termina siendo un fracaso en el control, ya que de hecho el vómito "legitima" el atracón y, por lo tanto, el descontrol.

d) recomienza el ayuno o *dieta restrictiva* (hipocalórica),

e) que conduce nuevamente a una situación de hambre y necesidad de hidratos de carbono, que seguramente desembocará en *el atracón*,

f) con las subsiguientes *purgas* de diferente tipo. Así se cierra un círculo vicioso que se consolida cada vez más.

El gráfico siguiente muestra el circuito que acabamos de describir:



Ya vimos en el capítulo 4, con los voluntarios del experimento de Minnesota, que los diversos comportamientos de los individuos frente a la comida tienen menos que ver con su peso actual y más con el hecho de que estén haciendo dieta.

Una investigación que se realizó en una escuela de Estados Unidos, demostró que la gente que no hace dieta habitualmente se autorregula en forma natural: si come un poco de una cosa, después come menos de la otra. En cambio, parece quedar claro que la gente que suele estar a dieta, "contrarregula" su ingesta: come más cuando ya comió, y menos si mantiene la dieta. "Romper" la dieta da un permiso para seguir comiendo aunque no sea necesario.

La experiencia consistió en invitar a un grupo de muchachas de 3° a 5° año de una escuela secundaria, clasificadas como "dietantes" y "no dietantes", a "un experimento de degustación de helado". Se les pidió que antes tomaran uno o dos licuados de fruta con leche, o ninguno, según los grupos. Después de esa

"entrada", recién se les pidió que probaran varios gustos de helado.

El verdadero objetivo del experimento consistía en averiguar qué efecto producían esas "entradas" en el consumo posterior de helados. Y el resultado fue claro:

- las habituales "dietantes" comían más helado si antes habían tomado licuados;
- las que no estaban a dieta, comían más helado si no habían tomado licuados, menos después de un licuado y todavía menos después de dos.

(Hermán y Mack, 1975)

- ⇒ **La conclusión salta a la vista:**
- ⇒ **la dieta es el principal factor de mantenimiento de un trastorno del comer.**

2. Incidencia del "set-point" del peso o peso programado

Existe en el organismo lo que se ha llamado el "set-point" —o punto de partida— del peso de cada persona.

El *set-point* es un punto de equilibrio que determina el» peso que cada individuo tiene, y que está establecido genéticamente (por lo tanto no puede ser modificado).

Así como los individuos tienen una altura determinada genéticamente, hay un peso programado genéticamente que no es modificable en forma permanente por una dieta restrictiva. Es un peso "natural" específico de cada cuerpo. Hay momentos en que se define, como en el primer año de vida del niño, en la pubertad, en la menopausia. Hay momentos en que es más flexible, como en la adolescencia, durante los embarazos. Pero en general tiende a estar estable debido a, como decíamos más arriba, factores hereditarios, altura, masa corporal e historia del peso de cada persona. O sea que algunos factores influyen en su establecimiento (edad y herencia) y otros parecen tener impacto en su regulación y ser capaces de descenderlo, como por ejemplo, el nivel de estrés en un momento determinado, el cigarrillo, el ejercicio. De todos modos, el efecto de cualquiera de ellos es pequeño.

Cuando por medio de dietas restrictivas se intenta descender en forma marcada ese peso, el organismo *se protege, disminuyendo el gasto energético* para mantener el peso cerca del nivel que tiene asignado. Ese mecanismo regulador espontáneo del organismo explicaría nuestra afirmación del apartado anterior:

La dieta es el principal factor de mantenimiento de un trastorno del comer.

Además, también explicaría por qué los que hacen dietas restrictivas *fracasan* en mantener bajo el peso a largo plazo.

También desafía cualquier estereotipo cultural acerca de la obesidad. Estudios a largo plazo con 121 obesos dan cuenta de una pérdida de peso inicial en casi todos los participantes, y el mantenimiento del logro de muchos de ellos

en el primer año. Pero el seguimiento a dos años dio como resultado que el 50% recuperaba todo su peso. Y a los nueve años, sólo el 6% pesaba menos que originariamente y el 25% pesaba aun más que al comenzar con su dieta restrictiva. (Johnson y Drenick, 1977) Estos resultados obviamente van contra la popular versión de que "todo lo que hace falta para perder peso es cerrar la boca y poner voluntad".

Cuando uno comienza una dieta, baja de peso fácilmente, pero es común que independientemente del peso, exista un punto en que se detenga ese descenso y aun comiendo poco, no se pierde peso en la misma medida. El cuerpo reduce el metabolismo para conservar la energía, como decíamos antes, y de ese modo lucha contra la posibilidad de seguir perdiendo peso. Y cuanto más larga sea la historia de altibajos en el peso de un individuo, más distorsionado estará el funcionamiento metabólico. Menos responderá "bajando el peso" frente a nuevos ciclos de restricción, y más rápido "subirá el peso" apenas se deje la dieta estricta, aun cuando el consumo de calorías no sea exagerado.

La historia de cualquiera de las jóvenes que consultan da cuenta de estos vaivenes y de los pobres resultados obtenidos en la lucha para mantenerse delgadas. Pero a pesar de eso, siempre aparece una nueva dieta que parece ser la que finalmente logrará el objetivo buscado, y la persona se embarca llena de ilusiones otra vez, para que al cabo de un tiempo el final sea el mismo.

Muchas de las jóvenes que consultan por trastornos del comer de diversos tipos se encuentran por debajo de su "set-point":

- En la anorexia nerviosa, por ejemplo, la persona logra mantener un peso corporal muy por debajo del nivel necesario para funcionar sanamente. Algunas logran ese peso bajando de un peso más alto en su adolescencia o juventud temprana. Otras comienzan a restringirse antes, con lo cual no logran ganar peso a medida que crecen.
- Muchas de las personas que desarrollan bulimia nerviosa u otros trastornos del comer no específicos también están por debajo de su "set-point", aunque aparenten estar en su peso normal porque no tienen ese aspecto esquelético de las personas con anorexia.
- Otras personas con trastornos de la alimentación están cercanas al peso natural, pero no pueden reconocerlo a causa de la relación caótica que tienen con la comida, y continúan con las prácticas de control del peso.

Pero básicamente, no podrán evitar la urgencia por comer que las lleva al atracón, hasta que no estén en un peso más sano, *debido a la presión en contra que el organismo le pone a ese estado de privación*. También la depresión, la ansiedad y el consumo de alcohol aumentan las ganas de comer en los que hacen dietas restrictivas.

Cuando en estas circunstancias de restricción, se producen los atracones o descontroles alimentarios, lejos de bajar de peso lo que sucede generalmente es lo contrario: un aumento de peso importante. Las calorías consumidas en un atracón, después de ayunos autoimpuestos, es menos probable que se consuman como combustible y más seguro que se almacenen como grasa. La ecuación es simple:

**ingreso de muchas calorías por el atracón
+ gasto energético disminuido por el estado de restricción
= aumento de peso.**

A la larga se llega a un peso aun mayor que el peso programado, o sea, el peso natural de la persona, previo a la dieta.

"Desde que empecé con las dietas, engordé más de seis kilos. Antes no tenía problema, me mantenía casi igual. Pero se me ocurrió estar un poco más delgada y fue lo peor, porque además me cambió el humor y estoy peleada con el mundo." (Tatiana, 17)

"El profesor de danza me dijo que me convenía bajar un poco de peso para estar más ágil. Yo me obsesioné tanto que ya no pude verme nunca más bien. Ahora estoy más gorda que el año pasado; tengo atracones que nunca había tenido y me siento muy deprimida." (Verónica, 17)

"Yo empecé con 51 y llegué enseguida a 54 de tanto que vomitaba. Comía una galletita o algo que normalmente no engorda, y yo engordaba. Me restringía mucho y ahora entiendo eso de que 'el cuerpo no sabe cuándo va a volver a comer, entonces lo que uno come, lo guarda de reserva'. Pero en ese momento me desesperé." (Luisa, 16)

Para salir de esta situación es necesario *volver a un patrón alimentario normal*, con cuatro comidas por día como mínimo (desayuno, almuerzo, merienda y cena), que tiene como efecto:

- aumentar nuevamente el gasto energético (siguiendo la dirección inversa a la anterior), quemando en forma normal las calorías que corresponde;
- evitar la aparición del apetito y la necesidad imperiosa de hidratos porque no es restrictivo;
- en consecuencia, disminuyen o desaparecen los atracones.

"Uno tiene que tratar de calmarse. Yo también estaba muy obsesionada con la gordura. Pero me metí esto bien dentro de la cabeza: 'la única manera de salir de esto es comiendo' y me dio resultado. Tuve que apostar a esto, hacer un voto de confianza que me costó mucho porque estaba aterrada de engordar." (Magda, 17)

**Centrarse en volver a comer normalmente, en lugar de en el aumento de peso, es la única posibilidad de superar el trastorno alimenticio.
Comer es un requerimiento básico de la vida.**

3. Algo más sobre atracones

Si bien este síntoma alimenticio es un rasgo típico de las personas con bulimia nerviosa, entre el 50% y el 60% de las personas con anorexia nerviosa terminan experimentándolo también.

Describimos más arriba en qué consiste un atracón y qué lo origina. Sus características distintivas son la velocidad de la ingesta, así como la cantidad y calidad de comida que se ingiere (en general, van precedidos de una fuerte ingesta de comida de alto valor calórico, preferentemente en la forma de carbohidratos —por ejemplo: dulces, pan, helados, tortas, papas fritas— que, salvo en estos episodios, suelen evitarse). La situación se experimenta en su totalidad como algo fuera del propio control, que de algún modo le sobreviene a uno.

Es común que estos episodios se practiquen en secreto, y sólo se interrumpen si alguien entra en el lugar, o cuando se acaba la comida, o por una dolorosa sensación de distensión abdominal muy frecuente después de tal ingesta. A veces las jóvenes manifiestan que previo al atracón experimentaron sentimientos de ansiedad, depresión, frustración o aburrimiento. Estos estados de ánimo pueden ser el resultado de experiencias desagradables, como peleas con alguien, mal desempeño en la tarea o simplemente por la dificultad para ocupar el propio tiempo libre, que genera aburrimiento. Mientras dura el atracón, uno se distrae de estos sentimientos desagradables, pero invariablemente retornan apenas "la comilona" termina. A esto se le suma una sensación de frustración y la consiguiente depresión, que llevarán al aislamiento y el encierro en una misma.

La asociación entre *empeoramiento del estado anímico - episodio de atracón* lleva a muchas jóvenes a "explicarse" sus comilonas como respuestas a esos sentimientos o ideas angustiosas al estilo de "descargas". Entonces se sienten fracasadas por no haber logrado mantener ese control rígido sobre la comida que se habían propuesto. Y concluyen definiéndose como "comedoras emocionales", como si lo que les sucede se debiera casi exclusivamente a su falta de control frente a situaciones adversas.

Después de lo que hemos explicado más arriba, podemos afirmar con certeza que en la mayoría de los casos, esto es un malentendido de los mecanismos que realmente subyacen a este comportamiento alimentario.

Los estados de ánimo negativos disparan un atracón sólo si la persona está crónicamente a dieta.

En una persona que *no vive haciendo dieta*, la más angustiosa de las situaciones o los sentimientos más intensos *no necesariamente la llevan a tener una comilona* de las características que hemos descrito anteriormente, como forma de descarga. Sin hablar de que también es casi seguro que gran parte de los sentimientos que a menudo preceden a un atracón (cambio de humor, angustia, irritabilidad, depresión, sensación de inseguridad, etc.) *pueden ser consecuencia directa, justamente, del estado de privación nutricional* (no estar comiendo como corresponde, haber saltado comidas ese día, etcétera) *en la forma de baja glucosa en sangre*.

No cabe duda, entonces, y podemos destacarlo una vez más que: **los atracones son una respuesta natural a la dieta crónica y a los esfuerzos**

sostenidos por mantener un peso corporal más bajo que el programado.

Y lo comprueba además el hecho de que, sin excepciones, las personas que tienen este síntoma son consumidoras de dietas que logran la delgadez por medio de la restricción de la cantidad de comida. La secuencia típica consiste en:

- "comenzar el lunes" con la firme decisión de "cumplir con la dieta", salteando comidas, y cuando se come, restringiendo calorías,
- pero a medida que avanza la semana —o el lunes mismo—, el apetito creciente y la ingesta de comidas varias conducen a:
- la preocupación por "traicionar" su propósito, y
- el descontrol y consecuente atracón si las circunstancias lo permiten.

Circuito que inevitablemente se vuelve *autoperpetuante* del trastorno del comer. Y además genera hábitos alimenticios y relaciones con la comida muy difíciles de modificar, que a veces se interpretan como adicciones: "no puedo evitarlo, una vez que empiezo a comer torta, no puedo detenerme. Así que prefiero no probarla nunca".

Nosotros creemos —y a esta altura cualquiera que haya seguido el desarrollo de este capítulo pensará igual— que:

**es el proceso —o sea, hacer dieta—
y no las sustancias —diferentes comidas—
lo que es adictivo.**

Se "*pierde el control*" fundamentalmente por estar en una situación de privación nutricional, no por ser adicto a determinado tipo de comida. Es el organismo que está necesitando *esas comidas* y por ende se termina perdiendo el control.

- ⇒ Cuando se normaliza la ingesta, *cesa la sensación de descontrol*
- ⇒ porque *deja de haber largos períodos de ayuno* y
- ⇒ *ya no existen los alimentos prohibidos*, por largo tiempo anhelados.

Para ejemplificar esto, vamos a transcribir uno de los diálogos que se generaron entre cuatro miembros (R) de un grupo terapéutico que evaluaban los resultados de su tratamiento a un año de haber comenzado, y cuatro pacientes (P) que comenzaban su proceso de recuperación en ese momento, y llevaban dos encuentros en un grupo psicoeducativo. Queda muy clara la dificultad para entender estos conceptos de las nuevas pacientes, aún inmersas en su trastorno del comer, y la posibilidad de transmitir, desde la experiencia, una certeza de que es posible vivir una relación más tranquila con la comida y con el propio cuerpo:

P: Tú dijiste que al enterarte qué era un atracón y qué lo producía, tomaste conciencia. Pero, ¿lo sigues haciendo?

R: Sí, a veces me sigo dando atracones, por más que sé lo que son. A veces me levanto a la noche, porque estoy nerviosa, y me como un sandwich o algo, pero no me siento mal. Antes me enojaba mucho cada vez, porque yo me mataba haciendo dieta todo el día y lo sentía un fracaso. Ahora me doy cuenta de que es

por nervios, y además, ya no tengo atracones como los de antes, porque ya no hago dietas.

R: Ella decía que te vas dando cuenta de que vas a tener un atracón, no sólo cuando ya lo tuviste. Yo decía antes que me había puesto mal, porque me habían dicho algo que no y me puse nerviosa y me descargué con la comida. Pude darme cuenta, y hoy me freno. Hoy hace un año que empecé, y me freno. No fue así de entrada.

P: Sí, lleva tiempo, inclusive hay que entender que es un proceso.

P: Pero hace un año, ¿no te dabas cuenta? Porque a mí me pasa también, que me doy cuenta de que me estoy poniendo mal, o sea que lo puedo prever, pero que igual lo hago.

R: Y lo vas a seguir haciendo te des o no te des cuenta. O sea, un día vas a tener voluntad de comer, y te vas a decir: "¿y ahora por qué?" Y tal vez no le vas a encontrar una respuesta.

R: Además, primero tienes que regularizar la forma de comer. El cuerpo está acostumbrado a tener esos atracones cada tanto, por las dietas restrictivas de tantos años y también porque termina haciéndose un hábito, y dejarlo es como una traición para el cuerpo.

P: Yo intento hacer una dieta para mantenerme, pero obviamente no como ni un tercio de lo que debería comer en la dieta que me prepararon.

R: ¿Por qué haces una dieta?

P: Para mantenerme. Además me explicaron que hay que ir de a poco para que el metabolismo se equilibre o algo así.

R: Tienes miedo de engordar, ¿no? Si te estás restringiendo permanentemente en lo que quisieras comer, los atracones no pueden frenarse.

P: A mí me pasó al revés de lo que esperaba: haciendo dieta engordé muchísimo, ¡y no entiendo!

R: ¡Por eso! Fíjate, yo tengo el mismo peso que cuando empecé acá hace un año, el mismo, eh? Yo hace un año vomitaba. Cuando dejé de vomitar fue porque me di cuenta de que estaba empezando a engordar, no me servía más. ¡Con los vómitos engordaba! Cuando haces una dieta te estás restringiendo cosas que a la larga las vas comer en más cantidad, justamente durante los atracones. O sea, yo creo que lo importante es directamente no hacer dieta. Si hoy tienes ganas de comer un chocolate, cómelo, ¡o si tienes ganas de comer tres chocolates! No te va a engordar comer tres chocolates en un día.

P: El tema es: ¿ustedes pueden diferenciar lo que es tener ganas de lo que es desesperación por un chocolate?

R: Hoy yo lo diferencio. Igualmente lleva un tiempo, de a poco. Yo pienso que lo más importante es cesar de hacer dieta, de restringirse, porque uno se obsesiona y además por lo del metabolismo que no funciona.

R: Mientras haces dieta, es siempre desesperación no sólo el chocolate, sino cualquier cosa que te prohibas. Cuando no hagas más dieta, te vas a dar cuenta de lo que necesita tu cuerpo. A veces será chocolate y a veces otra cosa. El cuerpo no siempre necesita lo mismo. Pero nosotros tuvimos que volver a aprender a escucharlo.

P: Si ahora me dijeran: "no hagas más dieta, come lo que quieras" ¿no quiero ni

pensar dónde terminaría!

4. Ineficacia de las purgas

Muchas jóvenes siguen un razonamiento que parece de sentido común pero que es esencialmente falso: *si vomito, uso laxantes para evacuar el vientre o diuréticos, y trato de no comer nada, adelgazaré para siempre.*

Esta es la explicación de por qué es falso ese razonamiento:

Laxantes:

Estas sustancias son peligrosas e ineficaces para eliminar calorías, porque primariamente:

afectan el vaciamiento del intestino grueso (última parte del intestino), **mientras que la absorción de nutrientes se produce en el intestino delgado** (primera parte del intestino).

Aun con dosis exageradas sólo se puede lograr una pérdida del 5% de las calorías ingeridas. La diarrea que ocasionan se debe a que *aumentan la secreción de agua y sodio* hacia el interior del intestino grueso, y además estimulan en forma directa la contractilidad del intestino. La disminución del peso se debe a la *pérdida de agua* y no de tejido graso. O sea que los laxantes sólo logran volver disfuncional al intestino, por la pérdida de contractilidad natural, y producir desequilibrios electrolíticos y deshidratación, que llevan a complicaciones médicas potencialmente muy serias, de las que hablamos al comienzo de este capítulo.

Diuréticos:

Actúan a nivel de los riñones, ocasionando un *aumento en la pérdida de agua y potasio por la orina*. Al igual que con los laxantes, la disminución del peso se debe a la pérdida de agua y no de tejido graso, lo cual significa que la persona puede estar *seriamente deshidratada* y no necesariamente más delgada. También explicamos en detalle en los efectos físicos de un trastorno del comer las graves complicaciones que pueden producirse a raíz de estos desequilibrios electrolíticos por pérdida de nutrientes.

Vómitos, ayuno y dieta restrictiva:

Ya hemos explicado que, si bien evitan o compensan las calorías ingeridas, vuelven a producir apetito y necesidad de hidratos. De esta manera, se prepara el terreno para un nuevo atracón o descontrol alimentario, que a la larga resultará en un aumento de peso, objetivo contrario al buscado.

El ciclo atracón-vómito *inevitablemente aumenta en escalada*. Eso significa que aunque al comienzo el individuo piense que puede controlar la frecuencia o seleccionar el momento, finalmente la persona llega a un punto donde siente que debe eliminar cualquier comida que crea que le va a aumentar el peso. El vómito también produce disturbios electrolíticos internos, que colocan al individuo frente a severos riesgos de salud, como lo explicamos en detalle más

arriba. Y como no sirve para eliminar todas las calorías del estómago, de hecho el ciclo atracón-vómito no produce baja de peso, pero sí crea problemas serios en el medio interno del organismo.

"Yo empecé sin darme cuenta, me dije: 'Bueno para adelgazar voy a vomitar los dulces'. Un día empecé con los dulces de la tarde, después con los dulces de todo el día; y ya después me dolía el estómago de tanto vomitar. Cualquiera cosa que comía, aun comida normal, me dolía el estómago y entonces lo vomitaba. Y terminé vomitando lo dulce más la comida, hasta que llegó un punto en que vomitaba todo: el desayuno, la merienda, la cena. O no comía en todo el día, pero en la comida de la noche, todo lo que comía lo vomitaba." (Adri,21).

"Cuando empecé a regularme con la comida, ya no sentía esa necesidad de comer todo el tiempo. Empecé a cuidarme en agosto, era octubre y hasta en diciembre del año pasado, y estaba comiendo bien, y no quería vomitar, pero tenía todavía ese dolor de estómago que no se me iba. Porque durante un año yo había vomitado cada cosa que comía, engordara o no, entonces yo creo que mi estómago estaba acostumbrado a comer y a vomitar, y le costó acostumbrarse a tener comida adentro." (Mónica, 20)

5. Ejercicio físico

Muchas de las personas con desórdenes de la alimentación utilizan el ejercicio para quemar calorías, o sea, *como una forma de purgarse*. Otras no se permiten comer si no han cumplido con su cuota de ejercicio diario.

Y cuando mencionamos esto, en los casos de jóvenes que utilizan este tipo de purga, estamos hablando de cosas tales como doscientos abdominales por día, subir y bajar escaleras hasta cuarenta veces, más de tres horas de ejercicio en el gimnasio, bicicleta, etc., solos o combinados.

Sin duda, el ejercicio produce beneficios tanto para el cuerpo como para la mente, pero en nuestra sociedad, en lugar de ser un factor de distensión, ha terminado contribuyendo a la presión creciente sobre la mujer y el hombre para lograr *cuerpos inalcanzables*. Una investigación sobre el tema ya en 1983 daba como resultado que las dos terceras partes de las mujeres que hacían ejercicio, lo hacían para mantener el peso deseado, no por salud. (Canadá Fitness Survey, 1983)

Uno de los peligros del exceso de ejercicio combinado con dietas restrictivas es el *esfuerzo intenso que exige al corazón*. Recordemos aquí los efectos de la privación nutricional sobre el sistema cardiovascular. De todos modos, nunca el ejercicio, por más intenso que sea, logra compensar la disminución del metabolismo que producen las dietas estrictas.

"Para muestra basta un botón": testimonios

Lo que sigue es una colección de "botones", es decir, testimonios escritos por diferentes jóvenes en distintos momentos de su tratamiento, pero que aluden básicamente a lo que hemos estado hablando en este capítulo. Quién mejor que ellas mismas —que han vivido "el infierno", como dijo una de ellas— para transmitir con sus propias palabras experiencias que comprueban que lo dicho hasta acá no es un invento:

"Son las 02:10 de la madrugada. Juan se acaba de ir. Estaba por comer un yogur y me quise probar con una galleta dulce para ver si podía frenarme. Terminé atracándome con galletas dulces, saladas y encima untándolas con dulce. Tenía mucho fastidio ya que estuve tratando de no comer durante todo el día para llegar con el vientre liso a la fiesta de mañana.

Me siento muy frustrada. No puedo pasar más de una semana sin salirme de la maldita dieta y mucho menos llegar a completar un mes entero." (Guadalupe, 18)

"Cuando llegué del recital a las 12:30 de la noche, comí tres porciones de tarta de fruta; dos porciones de tarta de queso, bebí Coca Cola y algo más que no me acuerdo, pero ya comía con la intención de vomitar. Creo que porque me sentía delgada porque no había comido nada desde el viernes, y estuve saltando y corriendo sin cesar todo el concierto. Sentí que tenía que vomitar porque si no, no iba a estar delgada al otro día. Vomité, no mucho, no pude como antes y no me sentí tan bien tampoco. Al contrario, al otro día cuando me levanté me di cuenta de que todo estaba mal, porque tenía el rostro muy hinchado y no estaba más delgada." (Teresa, 16)

"Estoy gorda y no me puedo ver. El pantalón me ajusta; nada me queda bien; no me veo bien. ¡Quiero los 48, por favor! No me importa otra cosa que ese número. Cuando lo logre seré feliz." (Ana Belén, 17)

"Es la una de la mañana. Hoy fue el cumpleaños de F. Estuve todo el día cocinando sin probar nada. A la tarde, no comí la galleta porque no tenía tiempo. Bebí un café con leche pequeño. Llegué a la noche de trabajar. Yo me había separado una tajada de jamón y una y media de queso, y zanahoria con choclo. Pero terminé comiendo de todo lo que había en la fiesta... Por supuesto, no pude evitar terminar en el baño. Estaba con tanto disgusto que empecé a tocarme el rostro, me torturé frente al espejo. Pienso que mañana voy a comer menos. Hace unas horas, me sentía muy bien... delgada. Ahora ya me veo y me siento horrible; nadie puede quererme. Estoy gorda y encima llena de granitos reventados." (Luciana, 19)

"Al mediodía cociné yo. Había empanadas y yo me cociné dos remolachas pequeñas. Comí una. Estaba horrible. Comí queso y una naranja y una manzana. A las 18 horas, vuelvo de ver un partido de polo con un ataque de apetito. Como

galleta de arroz con queso blanco mientras me preparo un café con leche. No quiero tentarme comiendo unas masas que hizo mamá. Todos están tomando el té. Como más galleta de arroz.. Me zafé y me comí en total tres galletas de arroz con queso crema y dos buenos cafés con leche. A las 9 de la noche, seguía todavía sin poder sacarme de la mente las ganas de algo rico para comer. La verdad no tenía ganas de cenar verduras. No aguanté más. Comí dos masas con queso y cuatro galletas de salvado. Me sentía muy mal, con pocas fuerzas para contenerme y a la vez muy, muy nerviosa. Por poco no puedo resistir darme un atracón de empanadas. No lo hice de vergüenza porque estaba mi hermano con la novia. Tenía fastidio de no poder comer aunque sea alguna vez hasta donde realmente quiero y lo que quiero sin que se me transforme en un atracón... poder comer sin culpa... Me apuré y me vine a acostar. No me siento tan gorda, lo que sí, sigo sintiendo muchas ganas de comer." (Caty, 17)

"Jueves 23.30 hs: Me levanté a buscar más calabaza, saqué dos galletitas, volví a ver TV en la cama. Volví a a levantarme unas cuatro veces a sacar cada vez más galletitas y volví a la cama. Llevé la bolsita de las galletitas y saqué el queso del refrigerador, me corté al rasparme con un estante por la ansiedad que tenía. Corto queso, como una galletita tras otra, me levanto a sacar una pera, la llevo en un plato a mi habitación. Como galletitas con pera. Me levanto a tirar la bolsa vacía y guardo el queso. Vuelvo a la cama. Me levanto a sacar queso nuevamente del refrigerador, corto tres rebanadas y me las como de pie ahí mismo. Toco la gelatina que todavía está blanda, no se hizo. Voy hasta la mochila y saco tres laxantes. Voy al baño, al salir saco del refrigerador un yogur y lo como de pie frente a la mesada. Saco otro y me lo como. Me meto en la cama. Prendo un cigarrillo. Me levanto, lo apago, me tomo las pulsaciones. Me siento mal. Estoy anotando porque me lo pediste y me hace peor. Me duermo, espero que sea hasta mañana.

Viernes 11.30 hs: Me quito la bata y me pongo un jogging así nomás porque en cuanto vuelva me meteré en la cama otra vez. Llueve torrencialmente, me siento la única idiota que camina por la calleí para ir a comprar comida. Pienso qué le voy a decir a la señora de la tienda que sabe que vivo sola con la abuela. Le diré que vinieron amigas a estudiar. Elijo con un placer de tipo orgásmico lo que compro, me gustaría sentarme ahí mismo y ponerme a comer. Compró 1 pizza, 1 kilo de queso, 1 salame, 10 pancitos, 1 sobre de mayonesa, 5 postres de natilla, 1/2 kilo de dulce de leche y un paquete de galletitas dulces. No comí nada por el camino porque esta vez abuela sabe, y no tengo que comer como los delincuentes. Mientras escribí todo esto, estaba esperando que se hiciera la pizza, pero hice un sandwich de salame y queso para aguantarme hasta que esté pronta.

Ahora estoy nuevamente en camisa de dormir, sentada en la cama, comiendo la pizza, mientras otros trabajan pensando en verse a la noche con sus maridos o hijos, pero yo sé que después de esta comilona, me voy a dormir todo. Con la rapidez que devoro parece que jamás me hubieran enseñado a comer. Ni loca comería así delante de la gente.

En realidad, me gusta lo que estoy comiendo, pero también me gustaba

volver de la universidad, saber que me esperaban en casa, comer algo con mamá y siempre hacía cosas después con mis amigos. Ahora es comer, y luego morir. No quiero que suene el teléfono, ni que abuela me dirija la palabra. Cuanto más como, más y más agresiva me voy poniendo. No tengo aspecto de deprimida, excepto por la camisa de dormir. ¡Uy! ya voy por más de la mitad de la pizza y creo que tengo diarrea, subo al baño. Volví a buscar la pizza, mientras subía pensé qué triste y gris estaba el día, y que en el fondo me encanta hacer estas cosas. Sufiré las consecuencias, pero en este momento es como si estuviera anestesiada. No es que no salgo porque engordé, podría comer con abuela, mi prima, pero me fascina estar sola, metida adentro, y comer. Después dormir, casi tan bien como si alguien muy querido me estuviera abrazando y cuidando. Mientras escribo se me cruza mil veces el pensamiento: ¿si tuviera un bebé, o un hijo a quién cuidar? ¡No podría hacer esto! porque cuanto más como, menos razono, llego a no poder caminar, si algo pasa a mi alrededor y estoy tumbada, no sirvo para nada. Me encantaría estar enferma en serio, arrojada en una camita, con esta lluvia, tomar sólo un té porque estoy muy descompuesta, y ver tele. Claro, todo esto con mamá. Sí, mamá, la que ayer me echó de casa y dice que no quiere verme más pero yo sé que me adora y se le va a pasar, tiene razón. Cuando me agarran estos períodos de comilonas me pongo insoportable.

No puedo comer más, esto es muy raro, porque tengo que estar un poco lúcida para escribir como me pediste. Seguiría con los postres, pero me gustaría estar ya metida en la cama y comiendo con los ojos cerrados (muchas veces lo hago), hasta dormirme. ¡Basta! no quiero más pizza, me voy a dormir y seguiré comiendo cuando me despierte y la sensación sea más atrayente. Me traje un postre a la habitación, la mamadera, desde aquí se escucha mejor la lluvia, qué lindo para dormir, son las 12.50 hs. 14.00 hs: me desperté, bajé y preparé una bandeja con los cuatro postres, el dulce de leche, las galletitas dulces y una coca-cola. Acá estoy, abrigada comiendo. Estoy muy mal de los intestinos, no importa, voy a seguir comiendo. ¿Y si hubiera cápsulas de dulce de leche que dieran sueño? No me duró demasiado el efecto de la pizza, pero soñé mucho. Ahora estoy en la cama pero ya no puedo mantenerme sentada, porque tengo el estómago muy distendido. Me pregunto ¿cómo hace Andrea (la del grupo de terapia) cuando llega el marido y le pasó esto toda la tarde? Tengo que ir al baño, estoy destruida con los laxantes que me tomé. Pensaba: en este momento podría estar bien vestida y trabajando, en contacto con gente, no en esta burbuja. También podría estar en casa de Patricia o de Raquel (las de grupo), tomando un café y charlando en este increíble día de lluvia. Está pasando por mi cabeza todo lo que estarán haciendo mis amigas y cambiaría por cualquiera esta cama horrible. Cantidad de gente hoy llegará a su casa y se sentará a comentar con los demás el día y yo seguiré comiendo. Me encantaría estar en la época en que iba a la escuela, almorzaba muy poco porque era delgadita y bastante manera para comer, y esta tarde de lluvia la hubiera disfrutado con mamá y Leti, tiradas viendo tele. Alguien vendría a tomar el té, seguro, con cosas dulces ricas, que yo ahora siento como veneno que me hace mal.

Mis movimientos al comer son más normales, es que ya no tengo necesidad física sino psicológica. No es como cuando busco comida después de

mucho tiempo, parezco una histérica loca. Ni siquiera puedo comer mucho con esto de escribir, sólo comí dos postres y unas cuantas cucharadas de dulce de leche. No doy más, dejo el resto para cuando me vuelva a despertar.

16,15 hs: estoy despierta otra vez, ya comí otro postre, creo que ni llegué a despertarme del todo. Ahora saco el otro de la bandeja, qué suerte que dejé todo al lado mío. Le gritaría a mi abuela que baje la tele que tiene a todo volumen. Creo que no puedo expresar mi fastidio, mi depresión, si me siento sola no puedo hacer más que "tragarse todo con lo que como". Ojalá tuviera las depresiones que tiene mamá, durmiendo sin querer probar bocado. O si estuviera en una clínica y me alimentaran a pildoras para dormir, y el día que tenga ganas otra vez, me levanto y puedo ponerme mi ropa, no como me pasa después de 4 o 5 días en que me dedico a devorar y dormir. Si alguien pudiera quedarse al lado mío para que yo no siguiera despertándome para comer. Los ojos ya se me cierran solos a los 15 minutos de estar despierta. Me suministré "mi droga" y ya estoy planchada. Estoy asqueada de comer, pero no hay otra forma. Son las 16.35 hs; voy a dormir otra vez.

17.20 hs: tengo sed, quiero cerveza.

18.45 hs: bajo a buscar pan, salame y mayonesa. La gente ya debe estar volviendo a su casa. Ya no siento nada más, quiero dormir, no comer, DORMIR. Busco un cigarrillo, lo apago por la mitad, me levanto al baño nuevamente.

19.05 hs: encontré un Nozyinám en el cajón, entre mis sweaters. Ya había apagado la luz pero sentí frío, me siento un poco mal y necesitaría a mamá. Pobre mamá. (Ceci, 28)

Finalizaremos estos testimonios con un diálogo mantenido durante una sesión evaluativa donde fueron invitadas jóvenes (P:) que recién empezaban un grupo psicoeducativo, y conversaron con las que terminaban su proceso terapéutico (R:) a un año de haber comenzado:

P: No puedo hablar. No sé, tengo una cosa acá... (...) Es como que estoy trabada, que sé yo... Tengo ganas de llorar y no sé por qué y no sé lo que me pasa...

R: ¿Cómo estás en este momento con el tema de la comida?

P: ¡Qué sé yo!... Dieta no hago más, al contrario, como lo que tengo ganas. Si a las tres de la tarde quiero comer un pedazo de queso y dulce, voy, lo saco del refrigerador y lo como. No tengo atracones con la desesperación que los tenía un mes atrás. Pero, aunque como muy desordenadamente, no me restrinjo en lo que tengo ganas de comer.

De todas maneras siento que lo mío es un desquicio, es un desastre. No salgo, no hago nada, yo estoy todo el día en mi casa, encerrada, dejé de ir a la escuela, si puedo evitar salir a la puerta de casa es mejor.

R: ¿Te parece que tiene que ver con empezar a comer de todo cuando tenés ganas, como si te hubiera agarrado pánico?

P: No, supongo que no tiene que ver con eso, sino con que yo no me veo bien... Entonces no salgo de mi casa, no tengo qué hacer...

R: Lo que le pasa a ella es parecido a lo que me pasaba a mí antes.

R: Sí, a mí también. Es normal que se sienta que no sabe qué hacer. Yo me

encontré mil veces que me desesperaba porque no sabía lo que sentía, ni lo que pensaba; pensaba una cosa y al instante lo cambiaba. Uno es un desquicio en esos momentos.

R: Voy a llorar chicas... (llora) Verlas, en serio, me pone mal. Porque yo estuve, así, con esa impotencia, y les quiero decir que se sale, en serio... Yo les contaba al principio cómo me pasa de tener miedo todavía, esto no es mágico, pero se sale. Me siento impotente para hacerles entender que están en el camino equivocado.

R: Y tú ¿tienes idea de qué es lo que te pone tan mal ahora, es por lo que conversamos?

P: Yo no es que no lo entienda... hace mucho tiempo estuve internada en una sala psiquiátrica, a los 15 años, donde había chicas que tenían 34 años y ¡con anorexia desde los 16!... Y tú las veías así, que no podían tener más hijos, seguían su vida sin rumbo. Una estaba con su marido en Alemania, ella estaba acá haciendo algo, y sin embargo seguía con el mismo tema, con la misma locura por la comida y... me quedó la sensación de que de esto no se salía. Y aún ahora tengo la misma sensación, no sé hasta qué punto se puede cambiar una cosa que uno lleva tan adentro... yo hace mucho que vengo...

R: ¿Cuántos años?

P: Y... desde los 13 que empecé con dietas y todo eso, y ahora tengo 18...

P: No es tanto...

P: Claro, pero ¡las cosas que yo perdí por todo esto! Qué sé yo... salir con amigos, disfrutar de muchísimas cosas, los años de colegio, el viaje de egresados este año, muchas cosas... Entonces, se me cruzan cosas por la cabeza y...

P: Pero ¿tú tienes ganas de salir o sientes que ni siquiera te vas a "poner las pilas" para que tu vida se ponga en marcha?

P: Es que yo no conozco otra forma de estar bien, si no es haciendo dieta. Ese es el punto. Para mí no existe, porque las veces en las que pude ir a bailar por ejemplo, fue cuando estaba restringida con la comida y estaba flaca, si no, no voy a ningún lado, me quedo en mi casa todo el día.

P: Perdona que insista, pero ¿tú tienes ganas de que eso cambie o no?

P: Sí, que cambie sí, pero... yo ir a bailar así, no; salir a caminar tampoco; veo a muy poca gente...

R: Seguro que crees que todo el mundo está valorando cómo es tu cuerpo.

P: No, lo que pienso es qué van a pensar los otros: "¡Esta mujer está loca! hace dos meses que no la veo y era la mitad de lo que es ahora"... ¡que sé yo! Cada vez me voy ofuscando más hasta que llego al punto en que estoy ahora del ánimo, ¿me entiendes? Porque comer me da lo mismo, por más que muchas veces me tenga que contener las ganas de vomitar, las contengo igual, pero no hago otra cosa más que estar en mi casa. O sea: no tengo atracones, no vomito, como lo que tengo ganas, ¡pero sigo encerrada lo mismo!, no me relaciono con nadie, ni tampoco tengo interés en hacerlo. Me gustaría que todo fuera distinto, pero no me imagino cómo las cosas podrían ser de otra manera.

R: Es que estás con mucho miedo todavía; al comienzo uno tiene más miedo que ganas de cambiar las cosas.

R: Porque te pones a imaginarte lo que va a pasar, lo que van a pensar de ti. Y

eso te paraliza. A mí me pasó eso: no quería ver a nadie, vivía sola en un departamento y terminé no saliendo nunca, jamás. Y, no sé, habré estado como tres meses así. Y empecé a ir a una psicóloga que me puso como condición, si quería hacer el tratamiento con ella, salir dos veces por semana. Primero era una vez por semana con algún amigo y otra con no sé quién, pero sí o sí. Con tiempo restringido, no salir sin saber cuándo iba a volver; una hora y después de la hora volver, no tienes que quedarte más y aunque quieras, no te lo permiten. Para ir de a poco. Y bueno, eso me ayudó mucho a darme cuenta de que no pasa nada, que todos los rollos que me hacía eran peores en mi mente que en la realidad, nada es tan terrible como uno se imagina.

P: Yo tengo dos o tres personas a las que sí veo, pero ellas también tienen sus cosas para hacer, entonces no nos vemos con mucha frecuencia. Además, en los momentos en que estoy así, me siento tan diferente, siento que hago cosas tan distintas y que tengo tan poco para hablar...

R: ...a mí me pasaba lo mismo, después todo va cambiando...

P: ...me hablan de que salieron con el novio, o que fueron a cenar... y yo de eso estoy en cero...

R:.. .y a mí también... yo no aguantaba a nadie. Pensaba que nadie me aguantaba a mí. No quería hablar de nada, lo que me decían no me interesaba, pero... muy de a poquito fui cambiando, no sé mucho cómo... se fue dando.

R: Yo creo que... cuando uno entra en la etapa en que quiere cambiar, las cosas van cambiando: empezaste con la comida, ¿no? bueno, te falta cambiar la forma de pensar. Todavía tienes la misma forma de pensar de antes, pero eso se va a normalizar en cuanto tu organismo se organice también. Porque todavía está como que no sabe para dónde va.

Cuando el cuerpo empieza a funcionar bien, uno va cambiando... y es como decía ella: ¡tiene algo de mágico! Uno empieza a hacer unas cosas y te agarran ganas de hacer otras cosas, y después otras, casi sin darte cuenta... pero eso lleva un tiempo.

¿Cómo y cuándo recibir ayuda profesional?¹

Primeros pasos para armar el campo de trabajo

1. Definiendo prioridades

Como con tantas otras situaciones difíciles en la vida, existe la posibilidad de que una joven atraviese por períodos de dificultad con su cuerpo y esto se manifieste en problemas con la alimentación del tipo de los que hemos descripto. También es posible que pueda resolverlos con la ayuda de la red social en la que vive: el apoyo de los padres o familiares, el consejo de amigas, sus propias fuerzas, una buena orientación médica, etcétera. Algunas veces, sin embargo, esto no sucede y el problema se va haciendo más complicado a medida que continúa internándose en el territorio trastornado:

- porque la joven en cuestión se aisle (conducta típica) y nadie se entere de lo que está pasando;
- porque voluntariamente lo oculte, o minimice la sintomatología ante los profesionales;
- porque la familia esté demasiado ocupada en otras cosas como para prestarles atención a los síntomas que van expresándolo, etcétera.

Es en estos casos que es útil recurrir a la ayuda del especialista. Hoy en día, por suerte, los profesionales de la salud en general están bastante enterados de las formas en que estos problemas se presentan y logran detecciones más tempranas del trastorno, lo que evita que las cosas lleguen a mayores. También muchos de los profesionales de la salud mental están más enterados de las técnicas específicas existentes para solucionarlos. No ocurría lo mismo hace pocos años, cuando se ensayaban extensas e inoperantes terapias, en las que se le restaba importancia a todo lo que tenía que ver con la desnutrición de la anoréxica o la incorrecta alimentación de la bulímica. Se pensaba que lo más importante de todo eran los aspectos psicológicos.

Es importante ser muy claros en este punto, porque está comprobado que:

- **no existe terapia eficaz de la anorexia nerviosa, que no esté acompañada de un proceso de renutrición;**
- **no existe terapia eficaz de la bulimia nerviosa o de los trastornos del comer en general, que no esté acompañada del restablecimiento de hábitos**

¹ Agradecemos la colaboración del Dr. Mario Levenberg, médico psiquiatra, en lo referente al tema del uso de la medicación.

correctos de alimentación.

Es falso e inoperante pensar que, si se cambia primero la actitud interna hacia la comida o hacia el propio cuerpo, o si se modifican ciertos aspectos psicológicos en primer lugar, la conducta alimentaria se ordenará espontáneamente a continuación.

Actualmente, gracias a que se está más al tanto de hasta qué punto este problema se ha convertido casi en "epidémico" entre las adolescentes, puede detectarse la existencia de alguno de los síntomas que lo caracterizan a través del pediatra, el odontólogo, el gastroenterólogo, el dietista —al que concurren jóvenes que están en su peso pero obsesionadas por bajar más— y el psicólogo entrenado en este tipo de problemática. Y con todas las campañas de prevención que se realizan, los padres mismos pueden aprender a detectar precozmente algunos de los signos preocupantes.

No es el propósito de este capítulo hacer una descripción exhaustiva de las técnicas de abordaje existentes. Recordamos que nuestro objetivo es *hacer prevención*: informar a las jóvenes y a sus padres, o a quienes estén interesados en el tema, y por lo tanto no nos extenderemos en consideraciones científicas. Pero sí queremos contarles algo de lo que pueden esperar (y exigir) de los profesionales cuya ayuda requieran.

2. Primero el cuidado del cuerpo

El primer paso debe ser siempre ponerse en manos de un médico clínico que pueda evaluar, a través de un completo chequeo médico, la *situación clínica* de la paciente, los efectos que la mala alimentación ha causado, el peso en que se encuentra, su funcionamiento cardíaco y demás. De esta evaluación se decidirá si hace falta alguna medicación y cuál es la dieta indicada para la niña.

Cuando el médico es experto en nutrición y conoce este tipo de trastornos, se ocupa él mismo del plan. De lo contrario, en general deriva a algún especialista en nutrición, que es mejor si ya tiene experiencia y está entrenado para llevar el proceso de reeducación alimentaria propio de este tipo de pacientes y, por supuesto, la orientación necesaria a sus familiares.

Después de que se verifique que esto está marchando, se dará lugar a los aspectos psicológicos y de cambio de conductas y hábitos. Recordemos lo que hablábamos en el capítulo 1 acerca de los efectos no sólo a nivel orgánico, sino también anímico que tiene este tipo de estado nutricional.

Por eso es que se vuelve imprescindible que los primeros esfuerzos de todos los involucrados en el proceso de recuperación estén destinados a lograr una correcta alimentación, que restablecerá a la paciente no sólo físicamente sino también emocionalmente.

Y sólo una vez que este aspecto está encaminado se dará lugar a otras cuestiones, como la falta de contacto social, los problemas de relación en la familia, etcétera.

Este orden de prioridades significa, simplemente, que antes de

construir la casa hay que poner firmes los cimientos.

3. ¿Quién está más interesado en solucionar el problema?

En primer término es muy importante determinar si se cuenta o no con la *motivación suficiente para curarse* por parte de la joven que está padeciendo el problema. Esto hace una importante diferencia, ya que se avanza mucho si la paciente colabora en el proceso de recuperación.

"Yo estaba yendo a una psicóloga y no le decía nada. Fui tres años, y no le decía absolutamente nada, porque en ese tiempo no quería cambiarlo. Después sí, cuando ya no daba más, llegué tan a fondo que empecé a querer a cambiarlo muy en serio. Pero tampoco podía, porque no me salía, porque ya hacía mucho tiempo que estaba en eso, era demasiado difícil y mi actitud era siempre la misma de estar mal, de estar mal, y ya había perdido referencias, ya era un desastre. No sé cómo, empecé a ver que podía estar de otra manera, empecé a probar cosas chiquitas, paulatinamente había cosas que me interesaban de la vida... fue querer, fue empezar a querer muchísimas cosas." (Zelmira, 25)

"Yo estaba muy aislada, no quería salir de mí misma. No quería cambiar nada y tampoco había gente que pudiera ayudarme mucho Si uno no quiere cambiar, aunque haya gente, uno no la deja acercarse. Pude cambiar porque empecé a querer yo salir, muy en serio. Conocí al que es ahora mi esposo, eso fue hace dos años. Un poco antes de conocerlo a él, yo había empezado a ver qué podía hacer conmigo, porque sentí que si no, me moría." (Celia, 24)

No es habitual que la paciente *quiera curarse*, ya que —como vimos— la mala alimentación ayuda a producir distorsiones en:

a) la percepción

"Aunque esté pesando 38 kilos y todo el mundo me diga que estoy delgada yo me veo bien. Hasta bajaría un par de kilos más por las dudas." (Gabriela, 15)

b) la voluntad

"No tengo ganas de hacer ningún esfuerzo. Si ellos quieren que cambie, que lo hagan ellos." (Magela, 14)

c) la expectativa de mejorar

"Yo de esto ya no salgo. Me siento un total fracaso." (Natalia, 18)

d) la autoestima

"Ahora soy una enferma, estuve mal y ya no me van a mirar como a cualquiera, ya mi imagen cambió... nadie me va a querer." (Diana, 16)

"Si no soy la más delgada de la clase, ¿qué soy?" (Adriana, 17)

Pero si no contamos con *las ganas de salir del trastorno*, de la que lo padece o de alguien significativo que *inicialmente pone las ganas* para colaborar en el proceso de recuperación, no podemos avanzar. Alguien tiene que quererlo, alguien tiene que *pedir una mano* para que se le pueda ofrecer una ayuda. Y ese pedido es nuestro motivo principal para ponernos en camino con la paciente, o su familia, o quien la acompaña.

Cuando no contamos inicialmente con la colaboración de la paciente es posible aún intentar convencerla a partir de darle información acerca de lo que padece y de cómo eso influye en su estado anímico; ayudándola a entender que ella no es "culpable" de lo que le está pasando, que una vez que se instala un trastorno del comer los efectos se desencadenan más allá de la voluntad del que lo padece. También es importante explicarle en qué consiste la terapia que va a realizar; hacerle entender que uno sabe de los sufrimientos y los miedos por los que ella está pasando, y hablarle de cómo se va a sentir cuando supere los actuales inconvenientes. Es fundamental que pueda vernos como aliados de ella y no sus enemigos que queremos hacerla engordar a cualquier precio (ya que casi siempre es esa precisamente la fantasía de las jóvenes que nos consultan).

Si aun así no se logra motivación de la paciente para cambiar, todo el trabajo inicial para sacar a la paciente de la situación de riesgo se apoyará centralmente en la familia de la joven —o en personas significativas para ella en el caso de que los familiares no estén disponibles—, que son quienes están preocupados por ella y han decidido pedir ayuda y colaborar en su recuperación.

"¿Estarías dispuesta a hacer algo para no seguir bajando de peso?"

"No. Eso es algo material. Yo simplemente quiero recuperar mis ganas de vivir', mi parte espiritual."

"Bueno, vamos a trabajar contigo este tema, siempre que tengamos la seguridad de que vas a vivir mientras dure el tratamiento. Para que la terapia tenga lugar, es preciso que elijas quién se va a hacer cargo de mantener vivo tu cuerpo."

Escoge a su madre. (Susana, 21 años, 37 kilos)

En los casos de anorexia ésta es la regla más que la excepción.

Queda claro, entonces, que una de las primeras cosas que es importante detectar es: con qué fuerzas a favor contamos y con qué resistencias.

4. La ayuda imprescindible de los padres o quienes estén en su lugar

Para empezar a coordinar esfuerzos en la dirección deseada, es útil indagar *qué cosas ha hecho la familia* hasta ese momento para enfrentar la situación (si es que ya ha hecho algo). Es importante aprovechar lo que sí ha ayudado y desestimar las actitudes que comprobadamente no dieron resultado.

Algunas veces los padres pusieron en práctica *soluciones que de haber persistido en el tiempo hubieran dado resultados*, pero que se abandonaron prematuramente. Lo más frecuente es que se fluctúe entre diversos intentos de solución, que al no tener efecto inmediato, se abandonan y se reemplazan por actitudes opuestas. Por ejemplo:

- muy a menudo, los padres mezclan intentos tímidos de persuasión con estallidos de violencia, producto de la frustración.
- otras veces adoptan la actitud de no prestarle atención al problema porque piensan "ya se le pasará, son cosas de la edad".
- otros padres apenas ven un signo del problema adoptan una actitud alarmista y se desesperan. Esto les da a las hijas una buena ocasión de manejarlos a su voluntad; al convertirse en el centro de atención de su casa utilizan ese "poder" para llamar la atención y compensar de esa manera su sensación de no tener nada bajo control.

Por supuesto, como muchas veces dicen los padres, "nadie nace sabiendo, y mucho menos sabemos ser padres, porque nadie nos enseña". Es más fácil para el profesional que está más distante de la situación ver un poco más objetivamente cuál puede ser el rumbo más útil a tomar, *para ese caso en particular, a partir de ese momento en que se está haciendo la consulta y teniendo en cuenta las características específicas de la familia*.

Lo principal es que los padres no se sientan "culpables" por la situación que se ha planteado, y mucho menos que sean los profesionales los que los carguen con ese fardo. Creemos que ellos más que nadie quisieran ver sana a su hija. Cuando empieza a jugar la culpa, los padres se sienten deprimidos o derrotados y pierden sus recursos para colaborar activamente en el proceso de recuperación. En todo caso, si ha habido errores es bueno considerarlos como producto de la necesidad desesperada de hacer algo, de encontrar una solución en medio de una situación que de por sí es muy crítica y que casi siempre los enfrenta con la "testarudez" propia de una hija con trastornos del comer y por lo tanto no dispuesta a cambiar las cosas. Por suerte, ya estamos lejos de las épocas en que se culpaba a los padres de ser los causantes de todo lo que les pasara a sus hijos.

En general solemos pedirles a los padres que "tiren juntos del carro" en una actitud firme y sin claudicaciones ni excepciones a la hora de cumplir con la dieta de alimentación propuesta por el nutricionista. Y es en este punto donde se pondrá el máximo de las energías al comienzo.

Esto puede parecer fácil de decir y también de lograr, pero no es así. Son innumerables las formas en que las jóvenes con estos problemas y que no están dispuestas a colaborar tienen de persistir en sus conductas y engañar a los padres. Pueden decirles que ya comieron y sin embargo haber tirado la comida por el inodoro. Pueden intentar negociar con los padres que si éstos les permiten comer la mitad del desayuno indicado ellas luego comerán un poco más a la hora del almuerzo, para luego volver a intentar postergar la compensación hasta la hora de la cena, y así sucesiva y agotadoramente. Cuanto más resistente sea la actitud de la paciente, más constante deberá ser el seguimiento por parte de los padres.

Vamos a transcribir una esquelita enviada por una mamá muy colaboradora, pero no por eso menos enojada al descubrir estas resistencias a las que hacíamos referencia:

"Querida X:

Disculpa mi ausencia a la sesión de hoy, pero creo que es positivo para Elina, para que vea que estoy cansada de ir al consultorio y repetir siempre lo mismo. Fue una semana en que no estuve tan estricta y ella se aprovechó. Ahora estoy más dura que nunca, porque se está burlando. Creo que detrás de esa carita que pone de nena buena y angelical, hay una persona inteligente que me está desafiando: 'Engordé un kilo, qué contenta está mamá, bueno esta semana hago lo que yo quiero.' Me encantaría que la vieras en la nutricionista, la cara de víctima que pone.

Cuando venga de la escuela voy a decirle por qué no la acompaño. Para ella ir a tu consultorio es todo un programa porque le gusta y porque vamos todos juntos charlando y riéndonos. Hoy no quiero que sea así. Quiero que ella te cuente por qué achicó las porciones de comida, por qué tiró la leche por la pileta de la cocina cuando creía que el padre no la veía. Además, el domingo cuando fuimos todos a comer afuera estaba de muy mal humor, comió pero no abrió la boca en toda la comida. Perdona por cargarte con mis problemas, pero quiero que sepa que estoy realmente cansada de su jueguito. Espero no haber hecho mal por no ir, pero esto es lo que siento en este momento. Muchas gracias." (Mamá de Elina, 15)

Por supuesto que la entendemos a la mamá de Elina. A Elina le hizo bien que su mamá le expresara su enojo, porque eso es también una forma de expresarle el cariño y el deseo de que se ponga pronto bien; que no le es indiferente "perder una semana" cuando se trata de abandonar cuanto antes el territorio trastornado. También entendemos a Elina, que en su quinta semana de tratamiento y viendo que había subido de peso porque estaba cuidada (y vigilada) por sus padres, se asustó y quiso ir más despacio. Aprovechando cierta distensión, típica de los padres que al ver mejor a la hija aflojan un poquito, intentó "zafar". Y de hecho no era su responsabilidad "cumplir", porque ella había dicho claramente que aún no había decidido curarse y por eso pusimos en manos de sus padres las cosas.

Por último, al comentario de la mamá sobre el almuerzo del domingo, "...comió, pero no abrió la boca en toda la comida", seguramente tuvimos que responder:

"El objetivo para este momento no es que sea sociable, que esté integrada con la familia o en comunicación con amigas, que esté contenta, ni siquiera que 'quiera comer'. Es suficiente y demasiado ya lograr que simplemente coma lo que ustedes le sirven, de acuerdo con las instrucciones de la nutricionista."

Es difícil tolerarlo, porque uno como padre o madre siente que las cosas van bien si hay una reacción emocional favorable, pero —y disculpen por lo reiterativo— *el estado de ánimo se verá beneficiado por la buena nutrición*. Ya es bastante trabajo para quién está a cargo ocuparse de dar de comer y controlar que se cumpla con el programa pautado como para, además, preocuparse por

cosas que muy difícilmente se van a modificar antes del restablecimiento orgánico mínimo necesario para salir de la situación crítica.

En los casos de consultas que tienen un diagnóstico de anorexia nerviosa, "el camino de salida" suele continuar basado fundamentalmente en esta orientación y apoyo a los padres y la progresiva integración de la paciente en un proceso terapéutico a través de:

- sesiones vinculares con sus padres y/o familiares o con personas ligadas estrechamente a la paciente, que se ofrecen a colaborar cuando los familiares no están cerca o no existen;

- sesiones con amigas, que suelen ser excelentes coterapeutas por la disponibilidad que tienen para ayudar y porque de hecho pasan muchas horas del día juntas;

- sesiones individuales, cuando ya la paciente está más motivada a trabajar por sí misma y su recuperación.

5. Sintetizando hasta aquí

"Yo no es que no lo entienda, pero tengo miedo... Hace mucho tiempo estuve internada en una sala psiquiátrica, a los 15 años, donde había chicas que tenían 34 años ¡y con anorexia desde los 16! Y las veías así, que no podían tener más hijos, seguían su vida sin rumbo. Una estaba con su marido en Alemania, ella estaba acá haciendo algo, y sin embargo seguía con el mismo tema, con la misma locura por la comida. Y me quedó la sensación de que de esto no se salía. Y aún ahora tengo la misma sensación, no sé hasta que punto se puede cambiar una cosa que uno lleva tan adentro. Yo hace tres años que vengo con todo este rollo, para algunos será poco, para mí es mucho y tengo miedo." (Vale, 18)

La salida del territorio trastornado es transitable pero es esencial tener claro que es imposible que se lleve a cabo el proceso de curación sin el trabajo constante y firme de la familia, y mucho más necesario cuando la paciente no está aún en condiciones de aportar su colaboración. Cuanto más tiempo se permanece en este campo, más uno se va habituando a ese estilo de vida y finalmente parece imposible vivir de otro modo. En general, las personas que transitan esos caminos hace mucho tiempo, ya no se preguntan cómo salir, sino más bien cómo sobrevivir a pesar de todo, si es que se preguntan algo. Sus padres o personas significativas ya no suelen buscar salidas para ellas, derrotados por tantos fracasos; y las posibilidades de modificar la situación se vuelven mínimas. Un "prolongado" trastorno del comer tiene un pronóstico más "reservado" respecto a su curación.

De todos modos, y mientras la gravedad del caso no requiera otro tipo de intervenciones, creemos que las cosas pueden —y es conveniente que así sea— resolverse en casa, con la colaboración de quienes están más cerca de la paciente y en mejores condiciones de apoyar el restablecimiento de la salud y la normalidad de la vida de su hija.

Es fundamental la creación de lazos cercanos de los terapeutas con los

consultantes y sus otros significativos, de tal modo que se abra el espacio de confianza que posibilita recibir y dar los elementos necesarios para la recuperación. El cambio finalmente se hará posible *por el compromiso de todos, trabajando en equipo*. Este tipo de patologías requiere a veces de la intervención de muchos profesionales: médicos de varias especialidades: clínico, nutricionista, ginecólogo, endocrinólogo, gastroenterólogo; y terapeuta familiar y psiquiatra cuando la paciente ha sido medicada. Sabemos con certeza que la recuperación no se logra por la intervención de uno u otro de los profesionales aisladamente, y ni siquiera por el esfuerzo de la familia o la motivación de la paciente cuando la hay, sino *por el trabajo conjunto de todos*.

Grupos psicoeducativos para los trastornos del comer

1. ¿Por qué los grupos psicoeducativos?

En los casos de consultas que tienen un diagnóstico de bulimia nerviosa o de trastornos del comer no específicos, que son la mayoría, un recurso que utilizamos habitualmente es reunir a las jóvenes en grupos en los que se imparte dosificadamente una información semejante a la que hemos vertido en este libro, y se trabaja sobre soluciones y estrategias para enfrentar las dificultades más comunes por las que atraviesan.

Como lo decíamos ya en Palabras previas:

el primer paso y el comienzo del proceso de tratamiento para la recuperación de un trastorno del comer es proveer información acerca de la naturaleza del desorden.

A esta primera instancia la llamamos **PSICOEDUCACIÓN**.

En los casos de anorexia nerviosa, la psicoeducación es impartida a los padres, en sesiones de orientación familiar —con la hija presente o no, como lo desarrollamos más arriba— fundamentalmente porque *las pacientes no se encuentran en condiciones de integrarse a un grupo en esta etapa del tratamiento*, y de hecho quienes están a cargo no son ellas mismas.

En cambio, en los demás casos, en general no hay contraindicación de incorporarse a un grupo, sino más bien lo contrario. Por otra parte suelen estar más motivadas estas pacientes para informarse acerca de su problema e incluso colaborar con la terapia.

Desde la primera entrevista con las pacientes y sus padres, se vuelve imprescindible comenzar a dar información para que puedan ir tomándose las medidas necesarias referentes a la parte clínica y la reeducación alimentaria. También se les informa sobre la conveniencia de incorporarse oportunamente a un grupo psicoeducativo, por las ventajas que describiremos a continuación.

Durante el proceso la persona recibe información relevante para responder preguntas como:

- ¿por qué desarrollé este problema?
- ¿cómo puedo salir de esto?

- ¿es posible comer y no engordar?
- ¿tiene algo que ver mi inestabilidad emocional con el tema de la comida?
- ¿qué puedo hacer para estar más tranquila con mi cuerpo?

Se trabaja sobre la imagen corporal, cómo evitar ser arrastrada por los dictados de la moda, y sobre las cuestiones psicológicas que están en juego al "desplazar" hacia el cuerpo con tanta intensidad todo el foco de atención.

De ese modo se cubre la parte "educativa", impartiendo toda la información pertinente para entender y poder encarar la modificación de las actitudes que hacen al trastorno alimentario específicamente. También se desarrolla el autoconocimiento y el descubrimiento de recursos personales para ir resolviendo los problemas propios de cada una, que sería la parte más "psico(lógica)".

El poder transmitir esta información en un *contexto grupal* conlleva beneficios tales como:

- ser un ámbito específico para evacuar todo tipo de dudas respecto del tema, que en general no tienen en claro porque les da vergüenza preguntar;
- entender y comprobar que uno no está solo en esto;
- verificar que hay muchas otras jóvenes que padecen el mismo tipo de problema y no por eso están "locas";
- aumentar, por lo mismo, la motivación a mejorar; compartir y aprender de otras experiencias;
- aprender a expresar sentimientos;
- aprender a pedir y animarse a recibir ayuda de otros;
- poder ayudar a otros a pesar de sentirse muy mal;
- tener una red de contención importante para esa etapa de cambios en la que muchas veces uno se siente muy solo.

Estas son algunas de las razones por las que escogemos los grupos psicoeducativos como el primer paso en el abordaje de estos trastornos, cuando se trata de pacientes con bulimia nerviosa o trastornos del comer inespecíficos.

2. ¿Cómo son los grupos psicoeducativos?

Los grupos psicoeducativos tienen una naturaleza breve y fundamentalmente didáctica, pero pueden variar en el número de sesiones y el número de participantes. Por lo general, se forman grupos de 6 a 12 participantes, y duran entre 5 y 8 semanas, con una sesión semanal de una hora y media de duración, coordinados por dos profesionales de la salud (psicólogo, psiquiatra o médica).

Se realiza al comenzar un contrato verbal que implica no faltar a ninguno de los encuentros, guardar reserva sobre lo que se comparta en el grupo, completar y retornar todas las semanas unas *planillas de "automonitoreo"* (Anexo 1) que se les entregan al final de cada reunión. Se verifica que efectivamente hayan hecho el contacto con el médico que se ocupará del chequeo clínico.

A veces las jóvenes prefieren hacer el curso antes de cambiar sus hábitos alimenticios, porque temen descontrolarse y/o engordar súbitamente. Se les da la alternativa de postergar la orientación nutricional, pero a medida que avanzan en el análisis y comentario de la información que se va impartiendo, muchas resuelven no esperar y comenzar su reeducación alimentaria cuanto antes, convencidas de que ahí está gran parte de la posibilidad de recuperación.

Al finalizar el primer encuentro, se entrega a las participantes el primer capítulo de un "*manual psicoeducativo*" para grupos de trastornos del comer, con el que se trabajará a lo largo del tiempo que dure el curso. Este manual contiene toda la información que nos parece esencial impartir durante las reuniones, gran parte de la cual se encuentra desarrollada en este libro. Además, contiene estrategias específicas para aplicar durante el proceso de regularización de la alimentación (Anexo 2), así como pautas para un trabajo sobre la imagen corporal y para la resolución de problemas de diversa índole, que si no se encarar inevitablemente serán desplazados una vez más al cuerpo.

Una cosa es cuidarse y otra es "tapar" con una obsesión por el cuerpo otros problemas o algún conflicto afectivo más difícil de resolver.

Se espera que el contenido del capítulo sea el tema principal para discutir en el siguiente encuentro, y para cada reunión hay una nueva sección del manual que es imprescindible leer. También se les pide a las participantes que ese material sea leído *por sus padres*, de modo que todos van estando al tanto de cuáles son las características del problema y sus alternativas de solución.

Hacia el final del curso, se hace una reunión con los padres de todas las participantes, o familiar, o amigo involucrados en el tratamiento, para intercambiar experiencias, dudas, temores y esperanzas. También para compartir ideas de cómo ingeniárselas para llevar a sus hijas a buen puerto.

Todos los encuentros, entonces, tienen un tema organizado a partir de la lectura propuesta. Las dudas y reflexiones que el material les genera son aclaradas y compartidas con el resto del grupo y los coordinadores a cargo. También, al finalizar cada reunión, se les entrega *la planilla de "automonitoreo"*, que deben completar día a día y que sirve fundamentalmente:

- para evaluar el efecto del curso y de la orientación nutricional paralela sobre la sintomatología propia del trastorno del comer;
- para aumentar el autoconocimiento.

Con esos datos se trabaja al comienzo de la reunión siguiente. En general, a partir de la información recibida y de la incorporación de nuevos hábitos alimentarios, suelen disminuir notoriamente los "atracones" y consecuentemente los sistemas de purga que utiliza cada una (vómitos, diuréticos, laxantes, gimnasia, etcétera). Cuando reaparecen, se descubre por la planilla que se debe a que dejaron el plan de alimentación incurriendo nuevamente en "ayunos", que indefectiblemente terminan en comilonas. También se trata de averiguar, a partir de las "recaídas", con qué situación vivida se relaciona el cambio de actitud con la comida:

"El sábado tenía la fiesta de Susy y me vi obesa. Desde el jueves empecé con la dieta otra vez. Tenía el vientre lisito. Pero el domingo me comí todo." (Adela, 15)

"Lucía me llamó para ir a bailar a la noche y sabía que iba Sebastián. Yo no comí nada en todo el día; quería estar muy delgada. El sábado fue un desastre con la comida desde que me levanté." (Silvia, 16)

"Ayer me descontrolé de vuelta. Venía bien hace cuatro semanas, pero llegué a casa mal porque me había peleado en el trabajo con mi jefa, que siempre me critica, y terminé con un atracón. Me dio mucha rabia. Igual no fue un atracón tan grande como los de antes, pero me di cuenta de que comía como una descarga, no tenía apetito ni nada." (Mariel, 22)

Para terminar con las características de estos grupos:

Es fundamental que las pacientes *se comprometan* durante el período que dura el grupo psicoeducativo a *estar abiertas* a lo que aprenden y a darse por lo menos una posibilidad de probar algo nuevo.

Gran parte de la información que reciben durante el curso acerca del peso y la figura corporal, la conducta alimentaria y las cuestiones relativas a los beneficios y perjuicios de las dietas, suele ser contraria a la que están acostumbradas a escuchar en los medios.

Por eso mismo, es importante que se animen a tomar el desafío de confrontar sus creencias y prejuicios, con esta nueva información. Y la propuesta es *abrir la cabeza* para que pueda entrar, y hacer un voto de confianza al menos por seis semanas.

3. ¿Ayuda el psicoeducativo? Testimonios

A continuación transcribimos un intercambio con pacientes en una sesión de evaluación sobre el psicoeducativo realizado un año antes:

En agosto del año pasado, ustedes estaban comenzando el grupo psicoeducativo, empezando a obtener información sobre el tema: ¿de qué manera creen que ese ciclo las ayudó?

CA: A mí me ayudó primero que nada, a entender por qué tenía atracones. Porque yo me enojaba mucho conmigo, no entendía por qué esa necesidad de comer así, tan desesperadamente. Me resultaba muy chocante que me pasara eso. Bueno, entenderlo desde el proceso orgánico como lo explica el manual, me hizo bien, me ayudó a tomar la decisión de terminar con las dietas, y también a tenerme paciencia.

MA: A mí también me ayudó eso, y las ideas prácticas que proponía para autoayudarse. Cuando me empezaba a obsesionar con la comida, o tenía atracones, aparte de sentarme a pensar qué me llevaba a todo eso y cómo resolver lo que me ponía loca, tenía algunas ideas prácticas de cómo ayudarme a liberarme en el momento, estrategias para poder salir de la situación y tranquilizarme.

BE: A mí me sirvió tener conocimiento de lo que era un trastorno del comer desde todos los ángulos. Saber por qué te pasaba, qué te podía pasar si no parabas; y después, el aprendizaje de cómo ir saliendo, qué poder hacer mientras todavía tienes los atracones, cómo distraerse por ejemplo. Para mí el conocer bien todo eso, me hizo tomar conciencia de las cosas y salir. Además me ayudó mucho estar con otros que también tenían problemas parecidos. Me alivió saber que les pasaba a otras jóvenes como yo, y compartir mis miedos y dudas con ellas.

MA: Sí, eso a mí también me alivió.

CA: Es cierto eso, y otra idea que para mí fue nueva y me ayudó mucho, fue aceptar eso de que así como no podemos regular nuestra altura, ¡tampoco podemos empecinarnos en regular nuestra anchura!

Algunos testimonios antes de seguir con la próxima etapa de tratamiento:

"Hoy leo estas líneas de mi diario y por un lado me dan gracia... y por el otro noto el gran cambio que he tenido, lo mal que estaba y lo bien que me estoy empezando a sentir a partir de todo lo que nos enseñaron.

Te las copio para tu libro:

7/10/90: Querido diario: hoy tuve la necesidad de escribir, ya que estoy muy mal y sabes que ésta es una manera de descargarme. Es como si le confesara mis conflictos a algún amigo. En este momento tengo muchísimas ganas de no ser yo, de desligarme de todos los problemas que me atormentan y vivir tranquila, sin llantos, sin peleas, sin ocultamientos.

El principal problema que tengo es que estoy muy gorda y ninguna ropa me queda linda, además de que los muchachos por la calle me dicen gorda y cosas por el estilo, que me hacen sentir muy mal, me atormentan y me convencen cada día más de que soy un monstruo.

30/5/91: Hola diario: hoy te escribo porque me volvió a agarrar la depresión. A veces digo que no sé por qué me pasa esto, pero en realidad sé muy bien que me sucede. La causa de todos mis conflictos es que no estoy conforme conmigo misma. No sé qué me pasa, no puedo hacer dieta y cada vez que me peso aumento más y más. No sé cómo hacer para no comer, es que estoy muy ansiosa durante el día o aburrida, entonces como.

Necesito enamorarme de alguien para no comer. Creo que es lo único que me ayudaría para pensar en otra cosa. Tengo ganas de tirarme por el balcón, no soporto más a nadie, ni siquiera tengo ganas de salir este fin de semana. No quiero encontrarme con nadie. ¡NO AGUANTO A NADIE!

23/6/91: Estoy muy contenta porque en el estudio me va muy bien y me encantó. Lo único que me falta para estar conforme conmigo misma es bajar de

peso. Estoy muy gorda y no sé cómo diablos hacer para no tentarme con las cosas ricas que cocina mamá. Mañana, lunes, voy a intentar empezar la dieta.

30/7/92: Hoy, como tantas veces, prometí que empezaría la dieta y no lo hice. Realmente, ¿yo quiero ser feliz? A veces creo que quiero que la gente me tenga lástima, poniendo cara de preocupada, comiendo como una desenfrenada. Pero no. Yo quiero estar muy delgada, muy linda, para así gustarle a la gente. ¿Por qué no hago el esfuerzo? Lo juro por mi vida que comenzaré la dieta y no la voy a romper hasta que me sienta conforme con mi cuerpo. Todo lo hago por mi felicidad.

1995: Menos mal que pude detenerme. ¡Adiós y gracias!" (Camila, 20)

"Yo me siento extraña porque el culto al cuerpo ocupa casi todos los lugares... y la competencia no pasa por cuántos libros leíste sino por cuántos kilos bajaste. Le echamos la culpa a la televisión y las revistas, pero a nosotras ¿qué nos pasó? Somos culpables también de hacer pasar todo por lo estético, la imagen." (Flaminea, 18)

"Yo me preocupé tanto tiempo por estar bien para los demás y por dentro me sentía pésimo." (Ana Luisa, 19)

"Te vas a comprar ropa y no te entra, y no es que tú estés mal, sino que la hacen pequeña." (Sofía, 15)

"Los hombres siempre se preocupan por lo mismo, porque si ven una mujer muy linda, se desesperan y no piensan si es inteligente o no. '¡Es una belleza!', dicen y sólo miran el aspecto." (Caro, 16)

"Yo me sentía fea por dentro. No me gustaba cómo era. Pensé que si me ponía linda por fuera iba a sentirme mejor, no tenía otra cosa para mostrar. Ahora me siento fea por dentro y por fuera. Bueno, por dentro me estoy empezando a querer." (Cinthia, 17)

"Yo pensaba que mi felicidad iba a encontrarla si era delgada. Por eso, acuso a la cultura materialista que me impone como el mayor valor el ser extremadamente delgada y consumir productos dietéticos. Yo tengo una personalidad bastante sensible y me importa todo lo que me dicen. Empecé con dietas que no me resultaron. Porque al principio conseguí estar delgada, pero no encontré la felicidad que me había imaginado. Después terminé muy deprimida y bulímica." (Laura, 19)

"Yo creo que los culpables también son mis padres que tienen esa mentalidad de cuidarse, y desde que los conozco están a dieta y controlando qué comen o qué engorda. Mi mamá no puede dejar de controlarnos a mí y a mi hermana. Desde que naces, están los productos para estar más linda, más delgada y más joven. Y los padres te inculcan esa mentalidad. Encima está la presión de todo lo que ves en los medios y ¿quién aguanta?" (Micaela, 15)

"Yo siempre me sentía insegura conmigo y mi cuerpo y empecé a hacer dieta para sentirme mejor. Pero fue peor porque ahora además de conmigo me siento insegura con todo." (Tatiana, 16)

4. Y después del psicoeducativo, ¿qué?

Al finalizar esta primera etapa del tratamiento, se evalúa a cada participante del grupo para poder hacerles a ella y a sus padres la recomendación del camino a seguir.

Cuando la consulta se hace tempranamente, el trastorno del comer es incipiente y por lo tanto tiene menos consecuencias a todo nivel. Si la joven no tenía otros conflictos que los generados por esa situación puntual:

- con la información recibida,
- con el apoyo de sus padres, que recibieron una orientación específica para acompañar el proceso
- y con el monitoreo periódico por un tiempo de la nutricionista, no hace falta continuar con una psicoterapia.

Si es así, se conversa con la paciente y sus padres. Se recomienda atención especial en relación con el tema de la alimentación y se propone hacer seguimientos periódicos cada 2 o 3 meses. Igualmente, la comunicación se mantiene y los padres conocen ya las alarmas para consultar antes de que la situación esté fuera de control. En las sesiones de seguimiento posterior, se irá definiendo cuándo se puede considerar "dada de alta".

Con más frecuencia, si bien el trastorno del comer se encuentra más acotado y la paciente en un buen proceso de recuperación, se considera conveniente *trabajar en la resolución de algunos puntos críticos personales*, que de no encararlos seguramente fomentaría un nuevo desplazamiento del problema hacia el cuerpo y así se recomenzaría con las preocupaciones por el peso o la figura corporal. Los puntos que se trabajan suelen ser comunes a varios de los miembros del grupo, y es lo que en general está vinculado con la situación desencadenante (o factor precipitante) de la entrada de la joven en este territorio trastornado.

Vamos a hablar de estos puntos que más comúnmente se trabajan durante el proceso terapéutico un poco más adelante. Antes hablaremos de cómo es que se diseñan los grupos psicoterapéuticos para resolver problemas.

Grupos psicoterapéuticos para resolución de problemas

1. La indicación de psicoterapia en grupo

Decíamos que, finalizado el grupo psicoeducativo, algunas participantes eran invitadas a continuar trabajando sobre actitudes personales problemáticas,

que de no hacerlo probablemente incidirían de manera negativa en su recuperación. Salvo excepciones, que requieren continuar con otros formatos, a estas pacientes, en reunión con sus padres, se les propone incorporarse por un período promedio de unos nueve meses a un "**Grupo Psicoterapéutico para Resolución de Problemas**", donde se trabajan *objetivos individuales de cada participante*.

Dichos puntos se acuerdan con la paciente y sus padres en el caso de las más pequeñas, y suelen estar vinculados con dificultades propias de cada una. En general, la mayoría de las jóvenes expresan una cierta reticencia inicial a incorporarse a un grupo cuando se les propone el psicoeducativo, pero lo que suele suceder es que les ha resultado finalmente tan buena la experiencia que no dudan en que *el espacio grupal* será el más adecuado para ese trabajo.

Asimismo, en forma periódica *los padres participan de reuniones grupales* para continuar con la orientación y resolver también ellos cuestiones vinculadas con el manejo de la problemática de su hija y de las interacciones que se suscitan a nivel familiar a causa del problema o del momento de cambio propio de cuando la adolescencia llega a la familia. En casos en que hace falta, se complementa el tratamiento con sesiones familiares, vinculares, individuales, y demás.

Obviamente, *es indispensable que la paciente continúe con el monitoreo periódico de su programa de alimentación* para completar el proceso de reeducación alimentaria que es clave para garantizar la finalización del trastorno del comer. Eso también libera el espacio de la psicoterapia grupal para trabajar sobre los objetivos de cada uno, que no tienen que ver con la comida ni el peso, sino con la modificación de actitudes que les impiden crecer y estar bien.

2. Funcionamiento y objetivos de los grupos

Los motivos por los cuales es apropiado un ámbito grupal para el trabajo de estos puntos críticos personales, son los mismos que expusimos en el apartado de los grupos psicoeducativos. El grupo es el elemento natural para los jóvenes de esta edad y por lo mismo facilita procesos que de otro modo serían más dificultosos de hacer. Ya escuchamos en los testimonios cómo las había ayudado estar en grupo, poder compartir la carga que significan los problemas que intentan enfrentar y que otros miembros del grupo también están tratando de resolver. El hecho de animarse a mostrarse con dificultades y necesitado de ayuda es un modo de aceptar que uno solo no puede y necesita de otros, punto bastante difícil para la mayoría de estas jóvenes generalmente muy perfeccionistas y omnipotentes. Reconocer cada uno su limitación y que puede pedir ayuda es lo que permite asociarse para trabajar en la recuperación.

Los grupos:

—Se integran preferentemente con adolescentes o jóvenes de edad similar pero de problemática diversa, propia de la etapa de la vida en que se encuentran

(dificultad de relación con pares o con el sexo opuesto, timidez, problemas con padres, trastornos de conducta, trastornos del comer, etcétera).

— Si son mixtos, mejor.

— Se reúnen semanalmente, con coordinación profesional, por una hora y media.

A medida que avanzan en el logro de sus objetivos, puede variar la frecuencia y el formato (por ejemplo: reunión sin coordinador cada quince días, con puntos para trabajar y desarrollar en la siguiente sesión, etcétera). También puede ser mayor la frecuencia al comenzar la terapia en grupo.

Vamos a transcribir otro momento de la evaluación, pero esta es de la experiencia de haber participado en un grupo para resolución de problemas:

Ustedes participaron, después de terminar el ciclo psicoeducativo, de un grupo terapéutico "para resolución de problemas": ¿en qué sienten que ese espacio les ayudó?

CE: Para mí fue clave para el mantenimiento de lo que había empezado. Al terminar el grupo psicoeducativo, no es que uno ya está bien, siguen pasando cosas. El grupo era un lugar donde podíamos ir hablando cómo vivíamos los cambios, y de las dificultades típicas de cada una en esta etapa, que son las que influyen para que uno no esté bien.

MA: Había cosas fuera de la comida que podían repercutir en la comida, cosas propias de cada uno, y para mejorar esos puntos conflictivos ayudaba mucho compartirlos con el grupo, abrirte a lo que los demás veían que uno no quiere ver de uno mismo, ¿no?

CA: Es que generalmente hay cosas más allá de la comida. Uno no se da cuenta hasta que no para con el "rollo" de la comida que tapa todo. Cuando estás mal, le echas la culpa a la comida y listo. Es lo del "desplazamiento al cuerpo de tus dificultades" de que habla el manual. Pero cuando empiezas a estar bien con la comida, igual estás mal con otras cosas y de esas es que pude ocuparme en el grupo.

BE: Sí, me pasó igual: cuando mejoré mi alimentación, empecé a ver cuáles son los factores externos que me ponen ansiosa y que me llevaban a comer aunque el cuerpo no me lo pidiera. Aprender cómo regularse en esos momentos en que uno se pone ansioso o está medio en crisis, para mí fue clave, porque tengo problemas reales, pero no es modo de resolverlos comiendo y vomitando.

3. El grupo como "red" alternativa y multiplicadora

Un objetivo clave para el grupo es que resulte una red alternativa de apoyo al tratamiento, tanto para los pacientes como para sus padres, quienes también trabajan en grupo los temas relacionados con los cambios y problemas típicos de los jóvenes de esta edad.

Cuando la red natural no ha sido suficiente para llevar nuevamente la

situación a la normalidad, estos grupos de "pares" cumplen con esa función, de modo que se vuelven *grupos primarios de sostén*. Se fomenta la comunicación y el apoyo entre ellos; todos tienen los teléfonos de todos y, cuando hay situaciones críticas, se establecen cadenas de ayuda entre sesión y sesión; se festejan los cumpleaños, etcétera. Pero, como los objetivos de cada uno son conocidos por todos, también se evalúa el proceso mensualmente, se les presta especial atención a los que no están comprometidos o no están cambiando de acuerdo con lo que se habían propuesto y se trabaja muy seriamente en ir dando los pasos que cada uno se ha fijado para esa etapa.

El beneficio mayor, además del cambio individual, es que los lazos creados en la relación terapéutica *no necesitan ser sostenidos por los profesionales* sino que se ven *enriquecidos y multiplicados a partir de esa nueva red que se teje* entre los pacientes y desde ellos hacia afuera, hacia sus amigos, o entre los padres de los pacientes que también se apoyan mucho durante el tratamiento.

Es esa nueva red y sus sucesivas multiplicaciones la que finalmente posibilitará hacer prevención, porque transmitirá los recursos descubiertos para crear espacios de crecimiento que hagan innecesaria la entrada en el territorio trastornado.

Temas que suelen abordarse durante el proceso terapéutico

Como ya dijimos, una vez en marcha el proceso de renutrición (en el caso de la anorexia nerviosa) o de que se hayan comenzado a cambiar los hábitos de atracones y vómitos (en el caso de la bulimia nerviosa u otros trastornos del comer) es importante considerar otros temas que por lo general están presentes en este tipo de pacientes.

Estos temas están relacionados con lo que al comienzo llamábamos "*factores precipitantes*" o desencadenantes de un trastorno del comer (capítulo 2), y también tienen que ver con las características individuales de las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno del comer: la tendencia al perfeccionismo y el autocontrol, las dificultades con la autonomía o cierto déficit en la autoestima, etcétera, que constituyen los "*factores predisponentes*" en este tipo de problemas (capítulo 3).

Trataremos de enumerar algunos de los puntos que consideramos más significativos para trabajar en la terapia, donde se entrelazan ambos aspectos: los personales y los contextuales. Esta pequeña lista tiene más que ver con hablar de lo que más se reitera que con la pretensión de ser exhaustivos.

1. La adolescencia como momento de cambio

Existen los problemas *reales* por los que todas las jóvenes atraviesan, propios de su edad, ya sea que los estén padeciendo o que los hayan pospuesto por sus problemas alimentarios.

La adolescencia es una etapa particularmente rica aunque difícil del desarrollo, en la que es preciso enfrentar una cantidad de cambios no sólo en el propio cuerpo, que ya sería bastante, sino también a nivel psíquico, afectivo, de integración social, y sobre todo de tipo existencial. Todo o casi todo lo que hasta ese momento estaba organizado, comienza a ser motivo de cuestionamiento y ya no es suficiente lo aprendido. Entonces surgen las grandes preguntas y la búsqueda de nuevas respuestas personales, camino inevitable pero que genera bastante incertidumbre, y que no siempre encuentra a la persona suficientemente fuerte, inquieta, bien acompañada, o dispuesta para transitarlo.

En muchas pacientes adolescentes los problemas de alimentación, *que absorben toda su atención*, "sirven" para evitar enfrentar situaciones para las que no se sienten aún capacitadas.

Un ejemplo de esto es tener que comenzar a **lidiar con el sexo opuesto**. Muchas veces las jóvenes evitan salir y conocer varones hasta lograr objetivos tales como: "cuando tenga el cuerpo que quiero", "hasta que no baje por lo menos cuatro kilos". Otras rechazan invitaciones a bailar o a fiestas "porque nada de la ropa que tengo me queda bien". La mayoría de ellas, en un primer momento del tratamiento, negaría cualquier sugerencia de que en el fondo *utilizan sus obsesiones* para evitar enfrentar un tema que les cuesta. Pero, por lo general gracias al grupo, pueden empezar a registrar que estos puntos son comunes a varios participantes, aunque de diversos modos. Les es más fácil aceptarlo a partir de verlo en otros, y comenzar a hacer los cambios personales necesarios para dejar de ocultarse detrás de un trastorno del comer.

Muchas veces recomendamos la inclusión en **espacios de expresión**, ya sea a través de grupos de teatro, talleres de plástica, la música, un taller literario, la jardinería, etcétera. La idea es tener una actividad que pueda intermediar en el intercambio y la comunicación con los demás para que la interacción deje de ser tan difícil.

"Cuando volvimos de las vacaciones en el campo, me encontré con Tatu y me contó que este verano en la playa estuvo saliendo con José, el hermano de Sofía, y también Maru salió con el primo de José que se llama Javier. Tatu siempre fue como yo, no le interesaba salir, le gustaba más estar entre nosotras. Yo pensé 'todas están saliendo, ya no me van a invitar a estar con ellas si yo no me animo'. Me dio mucho miedo. Mamá tiene razón cuando dice que soy infantil." (Magu, 16)

"Cuando uno empieza a comer le empieza a funcionar el cerebro, empieza a tener pensamientos normales, y ¡comer es normal otra vez! Y ya no te preocupa, no estás pensando todo el tiempo si estás delgada o no. Y a mí me pasó una cosa: justo en ese período en que estaba mal, salía con un chico. Cuando empecé a cambiar, a normalizarme, y como yo decía, empezó a funcionar el cerebro otra vez, me di cuenta de que no iba para nada con él, y me separé de él, porque yo intentaba hacer otra vida, otras cosas, y él me decía: 'Ya no eres la de antes'. Yo quería salir nuevamente con mis amigas, quería hacer deportes, quería volver a estudiar, quería trabajar afuera. Él se

asombraba y me decía: 'tú no eras así'. Claro, cuando él me conoció, yo me tapaba toda, era la chica que no salía de su casa, encerrada no veía a nadie que no fuera él. Cambié tanto de modo de verme y de pensar, que hasta me di cuenta de que a él no lo quería, que como estaba tan sola y necesitaba a alguien, me había pegado a él, y a él le gustaban ese tipo de novias. Pero yo ya no podía." (Victoria, 25)

Otro ejemplo típico de este momento de cambio es el de **dejar de ser niña**. Internamente se vive la incertidumbre de dejar un mundo en el que uno ya se sentía bastante segura, para entrar en esa etapa indefinida en que "un día me tratan como una niña y no me dan permiso para nada y otro se acuerdan de que soy grande y me reprochan que no asumo responsabilidades... que se pongan de acuerdo".

Si es una persona que tiene dificultades para moverse en el ámbito exterior a la familia porque pertenece a esas familias muy cerradas sobre sí mismas, o si tiene características personales como las que describíamos en el capítulo 3, es probable que éste sea un paso muy difícil de dar sin la ayuda de los adultos cercanos y de amigos que tal vez sean un poco más osados.

Si la joven ha ocupado un lugar muy central en su familia y se acostumbró a tener todo lo que quisiera con sólo pedirlo, o a veces hasta sin pedirlo, probablemente le costará entrar en esa otra etapa en la que:

- o bien los padres parecen dispuestos a tratarla más como adulta y a no consentirla tanto como antes;
- o bien la vida compartida con sus pares se hace más intensa y necesariamente requiere que ella comience a asumir compromisos a los que no está acostumbrada.

Una vez más los efectos de un trastorno de la alimentación ya instalado pueden lograr que la niña siga encerrada en casa sin tener que lidiar con el mundo externo, o que siga siendo el centro de atención y de preocupación de sus padres, de los que puede conseguir casi cualquier cosa "con tal de que se cure".

Sumémosle a esto el hecho de que es un momento en que justamente la adolescente está viviendo la sensación de no tener ni siquiera su cuerpo bajo control, con lo cual son varios los "beneficios secundarios" que esta niña logra aunque sin proponérselo: no tiene que dejar de ser niña porque los padres todavía pueden cuidarla como tal, y no tiene que hacerse cargo de un cuerpo de mujer porque el que tiene se mantiene como el de una púber si no es que comienza a volverse infantil.

"Yo empecé a los 14 y ahora tengo 24 ¡es mucho! A los 14 me empezó a entrar ese pánico por el cambio del cuerpo, ¡me resultaba imposible tolerarlo! No sabía por qué pero no quería cambiar, no quería saber nada de tener otro cuerpo. Entonces empecé a comer menos, como si fuera la cosa más normal. Después de un año me sentí bien con el cuerpo que tenía, pero siempre uno quiere estar un poco más delgada, ¿no? Y aunque ya estaba sumamente delgada, comencé a comer un poquito menos aún y seguí bajando, lentamente. Nunca dejé de comer algo, pero me fui debilitando mucho hasta el día que me descompuse y

me llevaron a la clínica. Recién ahí me enteré de que estaba con anorexia, habían pasado muchos años de mi vida, ya tenía 20 aunque seguía pareciendo una niña." (Dolores, 24)

"Mi historia es larga, empecé a los 15 cuando mi cuerpo comenzó a cambiar, y yo quería seguir siendo delgadita como siempre había sido, no podía tolerar las curvas 'normales' de las mujeres. Entonces comencé a hacer dietas de cualquier tipo, o dejaba de comer tres días y comía descontroladamente al cuarto. Empecé a perder el hábito de comer cuando tenía hambre, de alimentarme bien, ordenadamente, y hasta ahora no he podido recuperarlo." (Magda, 23)

2. Actitudes psicológicas acerca del peso y la propia figura

Muy relacionado con el punto anterior, en la base de casi todo problema de alimentación, puede encontrarse un miedo irracional a engordar. Es este miedo el que da comienzo a las dietas, que luego desencadenan los trastornos propiamente dichos. Es habitual que las jóvenes con estos problemas estén tan obsesionadas con la forma de su cuerpo que tiendan a verlo más grande de lo que en realidad es. Así que, una vez puesta en marcha una correcta alimentación, es necesario abocarse a tratar estos miedos irracionales a los que se agregan con el tiempo las prácticas reiterativas de control de peso.

Tan significativas son estas actitudes subyacentes que se las considera una característica indispensable para saber que estamos ante una verdadera anorexia nerviosa o una bulimia, o un trastorno del comer inespecífico. De esto hablamos en el capítulo 1, pero es bueno recordarlo a esta altura. Existen otros cuadros, tanto psiquiátricos como de tipo orgánico, en los que el paciente se niega a alimentarse o vomita, pero la diferencia es que falta en el paciente este miedo al que hacíamos referencia y las obsesiones con respecto al peso y la forma corporal. Estamos hablando, por ejemplo, de las *depresiones* en las que el paciente está tan desgastado que ni siquiera quiere comer, o de algunos trastornos mentales en que, por ejemplo, los pacientes temen ingerir alimentos porque tienen el delirio de que alguien les ha envenenado la comida, etcétera. También la falta de apetito es clásica de cuadros orgánicos, así como los vómitos pueden ser sintomáticos tanto de problemas gastrointestinales como de tumores, etcétera. No vamos a entrar en detalles aquí, pero es fundamental discriminar este síntoma para no confundirse a la hora de diagnosticar un trastorno del comer.

Es muy importante en la terapia abordar estas actitudes para que puedan modificarlas. Es recomendable acompañar el proceso con un **trabajo corporal**, en el que se ayuda a la joven a tomar contacto con la verdadera forma de su cuerpo.

"Ahora me siento más libre. ¡Me siento tan diferente a como estaba hace un año! Tengo ganas de hacer muchas cosas, me gusta que la gente me vea bien y verme linda. Puedo mostrarme, mostrar mi cuerpo así como está. Antes no me gustaba nunca mi cuerpo, y llegué a no querer salir. Ya no iba a bailar, yo que

siempre había sido la que más impulsaba las salidas en mi grupo de amigas. La idea de salir a bailar me deprimía. Yo no iba, pero pensaba en las jóvenes que seguramente estarían en la discoteca y me las imaginaba como diosas, con sus cuerpos perfectos, y me ponía a llorar en mi casa, comparándome y viéndome pésimo, ahora me doy cuenta de que me veía mucho peor de lo que realmente estaba." (Nuria, 19)

3. Patrones extremistas de pensamiento

Los patrones extremistas de pensamiento suelen exacerbarse como parte del trastorno alimentario y terminan guiando la conducta de la paciente no sólo en relación con la comida. El resultado de "obsesionarse" con un tema hace que uno pierda perspectiva con respecto al mismo. En otras palabras, se pierde objetividad cuando uno está "preocupadamente" pensando todo el día en lo mismo.

"Yo me doy cuenta de que estoy mentalizada así: si estoy a dieta, estoy en lo correcto, eso me impulsa a salir. Aunque no esté delgada todavía, ya siento que puedo llegar a estarlo y eso me anima a traspasar la puerta de calle. Cuando no estoy a dieta, estoy encerrada y no hago nada más que mirar TV tirada en la cama. Me siento un cerdo aunque me digan que estoy bien, o que estoy normal. Yo no conozco otra manera de estar bien que estar a dieta para llegar a ser 'superdelgada'. Todavía no me animo a otra cosa." (Rita, 17)

En las jóvenes con trastornos de la alimentación encontramos alteraciones del pensamiento que siguen ciertos patrones generales y que parecen guiar la conducta de la paciente más allá de lo racional. Un ejemplo de esto es **el pensamiento del todo o nada**. Es común en estos trastornos la existencia de un *pensamiento extremo*. Algunas jóvenes que están pesando 40 kilos creen que si aumentan unos pocos kilos para recuperar la salud inmediatamente se irán del otro lado y serán unas "gordas" que provocarán las burlas de los demás. Eso las lleva a las típicas conductas restrictivas, tanto alimentarias como emocionales, que terminan en "descontroles". De esta manera, se confirma obviamente la hipótesis de que:

o tienen un control "total" o si no sobreviene el caos "total".

- Si comen una barra de chocolate, ya no podrán evitar comerse el chocolate entero.
- Si un muchacho no les prestó atención, ya nunca más ninguno se fijará en ellas.
- Si tuvieron un atracón cuando pensaban que se estaban recuperando, ya nunca retomarán la buena senda.

Otro ejemplo común es el **pensamiento mágico**, que es más propio de niños que de adultos. Cuando uno piensa "mágicamente" tiende a relacionar cosas que de hecho no necesariamente se siguen unas de otras, o tiende a creer que las situaciones pueden resolverse sin la intervención de uno. Hemos dado muchos ejemplos de esta forma de pensar a través de los testimonios que fuimos

vertiendo a lo largo del libro:

- Estar delgada es lo que logra la felicidad y la posibilidad de triunfar;
- Controlarse con la comida es igual a tener seguridad en una misma y evitar los imprevistos de la vida;
- Usar determinado tipo de ropa me convierte inmediatamente en esa modelo que la publicita, etcétera.

"Yo me di cuenta de que esta obsesión de ser delgada empezaba a dejar de tener importancia, cuando comencé a fijarme en otras cosas. Lo fundamental había sido organizarme con la comida porque eso me tranquilizó muchísimo. Después pude comprobar que estar delgada no me iba a dar todo lo que yo quería. Y eso es verdad, es obvio, pero yo recién ahora puedo aceptarlo: no por estar delgada uno consigue todo lo que espera conseguir cuando se mete en este rollo." (Tere, 20)

Por supuesto que los medios ayudan a creer en este tipo de "resultados mágicos" con su publicidad, pero también es cierto que hay características particulares de esa joven que la vuelven más vulnerable. Enseguida retomaremos este punto.

El pensamiento catastrófico es otra forma de pensamiento extremo típico de este tipo de pacientes, que hace creer, por ejemplo:

- Si tengo algunos kilos de más nadie me va a apreciar;
- Si abandono el vómito empezaré a aumentar de peso sin detenerme nunca más.

Este tipo de pensamientos sólo sirven para paralizar a la persona, y si bien disminuyen bastante una vez que se normaliza la situación alimentaria, es preciso también trabajar en su modificación dentro de todo el proceso terapéutico.

4. El contexto familiar

Existen problemas vinculados más bien con el contexto familiar y la interacción que se suscita entre sus miembros.

Hablábamos también en el capítulo 3 de las características más típicas de las familias de las jóvenes con trastornos del comer. Tener en cuenta esos puntos hace que se vuelva muy fundamental el **espacio de orientación a la familia** a lo largo del tratamiento.

Ya lo mencionamos entonces: algunos de los problemas que se presentan en la familia en el momento de la consulta *pueden anteceder al desencadenamiento del trastorno del comer*, e incluso haber contribuido a producirlo; muchos otros *pueden ser efecto de lidiar con este problema*, que suele alterar hasta a las familias mejor constituidas.

En algunas familias, por ejemplo, no se ha puesto el énfasis suficiente en **educar para ser libre**. Esto implica transmitir a los hijos que muchas veces es importante oponerse a la masa para respetar la propia individualidad. No vivir

pendiente únicamente de la imagen externa, del "qué dirán si nosotros no tenemos...", de estar de acuerdo con las expectativas de la mayoría sólo porque son las de la mayoría, no por una elección que responde a valores de la familia.

El grupo es el elemento natural dentro del cual se mueven los jóvenes. Cuando se es adolescente no es fácil animarse, por ejemplo, a decir "no" aun en medio de muchos "sí" de su grupo de pares, porque uno siente la pertenencia a un grupo cuando de algún modo "sigue la corriente de la mayoría". Esto vale tanto para cosas "obviamente" rechazables como puede ser robar o matar o drogarse, como también para cosas "menores" pero no por eso menos presionantes, como son los dictados de la moda imperante en relación con la ropa que *hay que* usar o la figura corporal que *hay que* tener. Poder tener una postura diferente, tener la libertad de no adherir cuando uno siente que no quiere o de adherir con matices propios, no es algo que se improvisa justamente en esa edad ni ese momento de la vida. Llegar preparados supone haber recibido esos mensajes en casa desde chicos, haber visto que también sus padres valoran sus propias elecciones aunque no sean las de la mayoría.

Dentro de esta misma temática, muchas de las jóvenes con problemas de alimentación tienen dificultades para **individualizarse**, ser ellas mismas y diferentes del resto, no transformarse en dóciles ovejitas que siempre hacen "lo que hay que hacer" porque si no sienten que pierden seguridad. Trabajar este punto se vuelve fundamental para encarar lo que significa crecer en esta etapa. El grupo terapéutico es un buen "laboratorio" para experimentar esas actitudes nuevas que les permitan discrepar, diferir, discriminarse del resto cuando lo requiere la situación. .

No es curioso que muchas de las muchachas que terminan con anorexia nerviosa, que comienzan una dieta y no la abandonan hasta casi la muerte, sean **extremadamente perfeccionistas**: siempre las primeras en la escuela, las más estudiosas, las más prolijas y ordenadas, las mejores compañeras por ser las más complacientes, pero también las menos expresivas de sus afectos, quizás un poco solitarias, bastante estrictas con el deber, poco flexibles para cambiar de opinión, etcétera. En general en sus padres encontramos la misma tendencia al perfeccionismo, a la autoexigencia, altas expectativas de rendimiento en relación a sus hijos y por lo tanto una explícita aprobación de las actitudes de la hija.

Muchas parecen haberse "sobreadaptado", es decir, han hecho siempre lo que se esperaba de ellas. Y ahora les toca adaptarse a lo que la sociedad les impone a nivel corporal.

En otras familias, en cambio, **se trata a las hijas como más pequeñas de lo que son**. Algunas por un *exceso de protección* de sus padres, que no las estimulan a crecer probando alternativas, arriesgándose para aprender aunque eso implique equivocarse a veces. Esto les impide tener un marco propio de seguridad. Otras se quedan pequeñas porque ocupan *un lugar de preferencia en la familia por ser efectivamente las menores* y los padres no se resignan a terminar con la etapa de crianza de los hijos; o por ser las más consentidas, y se encuentran cómodas sin tener que encarar la resolución de sus propias cuestiones. Otras por ser las que se meten en el medio cuando sus padres pelean y *cumplen una función de "pacificadoras"*, que les impide salir de la casa: si ellas no están

¿qué sobrevendrá entre sus padres? Otras porque han sido siempre un poco caprichosas, se les ha permitido ser "despóticas" en cierta forma, y realizar sus propios impulsos más allá de las necesidades del resto de la familia. Que nadie les haya marcado un límite es lo que contribuye a conservarlas en un estado de infantilismo que les impide la adaptación mínima para entrar en un mundo más adulto, porque pretenden "llevárselo por delante" como se llevaron por delante a sus padres o hermanos. Obviamente, no es muy factible integrarse así al mundo.

Estos son algunos ejemplos no más, pero pensamos que son de este tipo las circunstancias familiares que no ayudan a que los jóvenes "corten amarras" en cierta forma y aborden sus propios desafíos de la adolescencia.

Dentro de esta orientación a la familia, es importante tomar en consideración los problemas de *celos o postergación en las necesidades* que los hermanos de la paciente puedan presentar. No hacerlo nos hace correr el riesgo de pasar por alto un posible foco de resentimiento que no favorezca la recuperación del equilibrio tanto de la paciente como de la familia.

5. La autonomía necesaria para crecer

Durante muchos momentos de la terapia, pero sobre todo al comienzo, se le pide a la familia que tenga una posición muy activa de *cooperación con los profesionales y control de la paciente, y se refuerza la contención familiar*. Esto puede implicar que no la dejen sola en determinados momentos, o que estén con ella cuando tiene que comer. La idea es brindarle un marco de contención que, si no hay riesgos, le posibilite la *recuperación dentro de su medio natural*.

Cuando la terapia está llegando a su fin, es importante devolverle la confianza y credibilidad a la paciente y progresivamente ir reasegurándole **el ejercicio de su autonomía**. Ya no hará falta que los padres y hermanos la vigilen tanto o le estén tan encima, y al contrario es importante abrir espacios nuevos y nuevos modos de interacción entre los miembros de la familia.

Este proceso de individualización debe hacerse cuidadosamente respetando los tiempos de todos. Pero es inevitable cuando se trata de crecer.

Es muy común que cuando la paciente mejora y puede comenzar a desempeñarse con más autonomía, *los adultos que estuvieron a cargo se sientan inseguros*. Las madres, que suelen tener una relación más próxima y para quienes es más difícil la separación de sus hijas, son las que sienten más este momento de la terapia, porque, por un lado, los terapeutas ya no las requieren tanto y, por el otro, las hijas comienzan su proceso de discriminación de sus madres, una etapa más llena de peleas y discusiones que de demostraciones de cariño, aunque lo haya. Cuanto más cercana haya sido la relación con la madre, más necesario se hará en este momento del desarrollo un espacio de separación entre madre e hija. Si no es así, no se puede crecer.

Por ese motivo se vuelve muy importante sostener el cambio no sólo apoyando los pequeños pasos que la paciente puede ir dando, sino orientando a sus padres para que puedan acompañarla en su búsqueda de autonomía sin abandonarla, y a la vez encontrar el nuevo equilibrio

familiar. Es difícil que el cambio que la joven debe hacer se mantenga si paralelamente no se da un cambio en el contexto que la rodea.

6. Los "ideales" de la mayoría

Retomamos el tema de la vulnerabilidad de las jóvenes que desarrollan este tipo de problemas —*por su tendencia a priorizar el agrandar a otros o responder a expectativas del grupo más que saber qué les gusta o qué quieren*— porque nos interesa hacer un comentario más sobre otro de los puntos que suelen trabajarse en terapia:

Los ideales con los que los jóvenes se identifican suelen ser comunes en su grupo de pares, por eso mismo es un tema interesante para ser tratado en terapia grupal. Muchas de las idealizaciones de la época adolescente, que llevan a endiosar a determinadas figuras, se dan en un contexto grupal. Es decir, la joven aprende a identificarse con determinados modelos, por lo que ellos representan. Esto se da principalmente por la influencia de su grupo de pares: varones y mujeres de edades similares que en conjunto deciden quién es el modelo con el que se identificarán, por lo menos por un tiempo. Por supuesto que esto también está fuertemente influido por las empresas de la moda o del mundo artístico: con el fin de venderle al segmento adolescente del mercado, proponen y popularizan determinado producto a través de ciertas figuras que saben que serán aceptadas o que ya son parte del mundo de ese sector.

Pero, básicamente, lo que queremos destacar aquí es que *el proceso de idealización se da en forma grupal y no aislada*. El peso que tiene para una joven la opinión de la mayoría de sus amigos es enorme. En la actualidad, las jóvenes han endiosado a las modelos que, entre otras muchas cosas, son delgadas y tienen el cuerpo "que hay que tener" (si tienen otras cosas, además, lamentablemente no se las promociona por tenerlas). Y eso determina en gran parte la desesperación por no poder ajustarse a "ese" modelo, que la llevará a obsesionarse con su cuerpo y a todas las prácticas de control de las que hemos estado hablando.

En los grupos terapéuticos de adolescentes, solemos discutir abiertamente los modos en que las jóvenes (con o sin trastornos del comer) viven esclavizadas por alcanzar un determinado formato corporal, y la validez de perder tantas cosas (hasta la salud) con tal de adaptarse a los dictados de la moda. También se discute sobre la forma en que los varones a su manera se esclavizan por sostener una imagen de potencia a través de tener cosas, ser atractivos o estar a la moda.

Y más allá de la figura corporal o la imagen, se discute sobre la dificultad propia de la edad para "tener personalidad" y no dejarse esclavizar. Trabajando en grupo, varones y mujeres se ayudan a objetivar un poco la situación y minimizar esas "idealizaciones".

¿Crecer depende sólo de mí?: Testimonios

Vamos a transcribir, a continuación, las conclusiones de un trabajo grupal que hicieron jovencitas de entre 13 y 15 años acerca de

- cuáles son las cosas por las que tienen ganas de crecer y
- cuáles las cosas por las que les da miedo crecer y, por lo tanto, hacen que sin querer se mantengan niñas.

¿Por qué *quiero* crecer?

- Porque la gente que quieres te confía sus problemas, porque te ve capaz de ayudarla y eso te hace sentir útil.
- También porque cuando vas creciendo tienes más oportunidades y haces cosas que antes no podías.
- Me gustaría también crecer para especializarme en lo que me gusta y más tarde formar una familia.
- Para ser independiente y poder desenvolverme sola.
- Tengo algo de fe en que puede cambiar (un poquito aunque sea) el mundo que nos rodea y que tal vez algo mejore.
- Tengo amigos y familiares (aunque no tantos) pero sé que en las buenas y en las malas siempre me acompañan así como yo también a ellos.
- Nos gusta tener nuestras propias responsabilidades y una vida más independiente.
- Nos gusta formar una familia.
- Queremos crecer porque anhelamos sueños y proyectos en los cuales creemos y queremos que se hagan realidad.
- Yo quiero crecer, no envejecer. Me gusta la edad que tengo pero no le temo a la madurez. Considero que son etapas con sus pros y contras.
- Debo admitir que el futuro que nos están dejando es un desastre. Claro que exagerando un poco mi optimismo, no lo considero irremediable. Cada vez que me lo imagino me doy ánimo creándole soluciones y finales felices. Si no, ¿de qué otro modo lo podría enfrentar?
- No tengo miedo a crecer porque tengo proyectos. Yo me imagino columnista de algún periódico en una sección deportiva.
- Y en casa relatando historias de todo tipo, inventadas, reales, me encanta contar cuentos.

¿Por qué *no quiero* crecer?

- Porque me da miedo la responsabilidad y cometer los mismos errores que cometió mi familia.
- También porque el mundo de los mayores es como si fueran monstruos que se comen unos a los otros y ser pequeño es como estar protegido.
- Me da miedo crecer porque las etapas que paso nunca más voy a volver a tenerlas. A mis hermanos les pasó eso, ya que los problemas los hicieron crecer muy rápido, saltar etapas y de la noche a la mañana pasaron de pequeños a

grandes y tengo miedo de que me pase lo mismo.

- Me da miedo porque la gente que quiero también crece y cambia. No los veo felices.
- De alguna manera, "crecer" trae la muerte cada vez más cerca de nosotros y de los otros, y eso es lo que más me aterra en el mundo.
- Muchas veces "crecer" significa alejarse de gente que se quiere mucho.
- Como van las cosas, me da miedo que el mundo explote y acabe con nuestras vidas.
- Por la forma en que la vida es afuera; cómo es la política y el poder que descalifican a los mejores o ponen a los peores arriba de todos para manejar el país de una manera poco honesta y creíble.
- Por el estudio en la facultad, que es muy difícil y duro, desorganizado y por la forma en que te tratan o cómo son las cosas ahí, en la universidad.
- Por temor a no poder desenvolverme bien, y tal vez fracasar, y quedarme estancada.
- Las enfermedades que a medida que creces pueden aparecer en cualquier momento de la vida. Pero más miedo le tengo a aquellas que son terminales.
- Porque la muerte nuestra y de nuestros seres queridos está cada vez más cerca.
- ¿Matarte estudiando y después no conseguir un trabajo como el que querías?
- El mundo es muy diferente al que soñamos de pequeñas.
- Perder el buen humor. El cambio en la forma de ser que tienen los grandes no me gustaría tenerlo yo.
- No poder afrontar las responsabilidades. Quedarnos estancadas y no poder avanzar.
- Que el mundo sea de los poderosos y los que no lo son no valgan nada.
- El miedo no es a crecer en sí, sino a quemar etapas, no aprovechar o disfrutar la edad que tenemos y perdernos de cosas que después jamás podríamos hacer.
- También tememos infinitamente a la frustración, a cometer los mismos errores de nuestros padres.
- Por temor a las responsabilidades que implica crecer. Ser pequeños es como estar protegidos. De hecho, los mayores nos transmiten seguridad. Por ejemplo, la aprobación de un mayor nos parece mucho más importante que la de un igual.

Y estas son las conclusiones de otro grupo de adolescentes de entre 16 y 18 años, que trabajó sobre la consigna:

¿Por qué le temo al futuro?

Las primeras conclusiones destacan lo que a cada una le llegó más de todo lo que se habló durante la discusión grupal. La conclusión final, es el mensaje grupal.

- Porque no sé qué voy a conseguir estudiando, temo no conseguir empleo.
- Porque temo fracasar en el matrimonio o con la familia, como mis padres.
- Porque sé que ésta es la etapa de mayor diversión, porque después hay que afrontar responsabilidades.

- Porque trabajando todo el año y teniendo sólo quince días de vacaciones no creo que se disfrute la vida como es debido.
- Porque la realidad no tiene nada que ver con lo que siempre soñé.
- Porque no quiero ser vieja.
- En lo personal, no nos animamos a pronosticar sobre nuestro futuro, porque por ahora insistimos en soñarlo ingenuamente y mantener ciertas expectativas de que vamos a poder desarrollar nuestros proyectos. No obstante, somos conscientes de la realidad y no ignoramos la situación caótica que nos envuelve, que no da muchas perspectivas al futuro de nadie en la tierra. Eso nos da mucho miedo. Ojalá que los adultos hagan algo antes de que explotemos todos.

Problemas directamente vinculados al trastorno del comer

Por último, si bien estos grupos terapéuticos de resolución de problemas no están *centrados* en el trastorno del comer exclusivamente, ya que se integran con adolescentes —mujeres y varones— con diferentes problemáticas propias de la edad, como muchos de sus integrantes están en un proceso de recuperación de un trastorno del comer, cuando es necesario se buscan también salidas alternativas a problemas específicos del trastorno.

Por ejemplo, **cómo manejarse con los atracones y vómitos.**

Como dijimos al comienzo, la orientación nutricional está a cargo de la especialista y, por lo mismo, en general este tipo de temas se manejan más en el consultorio de la nutricionista que en el grupo. Pero en el espacio terapéutico también surgen, no sólo porque los "traen" semanalmente junto con la planilla de automonitoreo (Anexo 1) que se analiza al comenzar cada sesión y sirve para ver las oscilaciones de los síntomas, sino porque parte del proceso de recuperación es trabajar concretamente con los problemas que afectan a la joven, que aún disparan "descargas" con la comida.

Con el paso del tiempo, los atracones y los vómitos dejan de ser sólo un método de sacarse la comida de encima y evitar engordar, para transformarse en un *mecanismo para regular estados internos* de tensión, tales como malhumor, angustia, incertidumbre, aburrimiento, tristeza, etc. Mecanismo poco sano e ineficaz a largo plazo, ya que los verdaderos problemas siguen allí sin resolverse.

=> Por eso es que muchas veces se vuelve tan complicado aprender a vivir sin atracones y vómitos y es necesario implementar estrategias especiales para ir desarticulando ese "mal hábito".

Como cada persona es distinta, sus motivaciones son personales y la historia del desarrollo es individual, las estrategias se diseñan para cada caso particular. Con algunos ejemplos podemos dar una idea de este tipo de trabajo, y subrayamos que estas estrategias sólo sirven si ya se ha comenzado el proceso de normalización alimentaria:

- **Pedir ayuda** es un punto muy difícil para estas jóvenes en general bastante

omnipotentes y autoexigentes, o en el otro extremo, impulsivas e impacientes. Cualquiera de estas estrategias implica partir de la base de que "sola no se puede" y que necesitamos de otros que nos den una mano, para salir del territorio trastornado.

Diálogo entre dos integrantes de un grupo: —Yo también quizás llamo a una amiga para ir a comer, o que venga a casa y nos quedamos mirando la tele; pero yo siento que ella hace una vida tan distinta a la que hago yo que tal vez me pide un consejo o me cuenta algo y yo no sé qué decirle. O porque no lo viví, o porque lo que me está pasando me ocupa tanto lugar en la cabeza que no puedo dedicarme de lleno a esa persona, entonces prefiero que no venga. (F, 18)

—Quizás necesites a alguien que justamente pueda escucharte a ti y no tratar tú de estar entendiendo a los demás. En un momento así, son los otros los que tienen que tratar de entenderte. Creo que estás preocupada por lo que los demás necesitan o esperan de ti, y queriendo ayudar y más bien deberías pedir que te ayuden a ti que estás tan mal. A mí también me costaba ver gente cuando estaba mal, más que nada porque no quería que se metieran conmigo. Cuando empecé a querer salir, también empecé a animarme a pedir que me ayudaran. (D, 17)

• **Distracción:**

A veces uno puede *interrumpir el impulso* de tener un atracón buscando una actividad alternativa para distraerse en ese momento. Debe ser una actividad suficientemente poderosa como para captar toda nuestra atención: desde llamar a una amiga por teléfono para pedir ayuda, o a algún familiar de los que se han comprometido a acompañar de cerca; salir de la casa, a correr o a caminar o a andar en bicicleta, visitar a alguien significativo, recurrir a un "hobby", etcétera.

Otro diálogo entre dos integrantes de un grupo:

—Ayer, yo sabía, estuve todo el día sabiendo que lo más probable es que terminara en un atracón, pero, sabiendo que me iba a pasar, tampoco pude controlarlo. (C, 22)

—¿Qué te estaba pasando? (B, 23)

—Me sentía ansiosa, no había comido mucho, pero sí estaba todo el tiempo pensando en que tenía hambre, y que tenía ganas de comerme todo.

—Lo sabías pero no pudiste evitarlo: mira, quizás en otro momento puedes hacer algo a tiempo para no terminar en el atracón, llamar a una amiga, por ejemplo.

—Es contradictorio en cierta forma lo que digo, porque estaba con una persona y tenía ganas de decirle: "Por favor no te vayas, o llévame a algún lugar porque me va a pasar esto", pero por otro lado también pensaba: no le digo nada porque tengo ganas de que se vaya y ponerme a comer.

—Yo creo que eso nos pasa porque está tu parte que quiere cambiar y tu parte que no quiere cambiar. Tu parte que todavía quiere seguir, y a la vez la otra parte que está pidiendo ayuda. Si puedes decirle a tu amiga: "Quédate acá", se te van a pasar las ganas. Tal vez al otro día te dan ganas de comer nuevamente, pero bueno, ya ese día lo superaste.

—Pero tampoco voy a tener siempre a alguien al lado que me esté cuidando, o agarrándome la mano, o cerrando la puerta, o...

—Es difícil entenderlo, pero tampoco puedes pretender de golpe actuar sola y no necesitar la ayuda de nadie, porque esa es una manera de no cambiar, nadie puede salir sola de esto.

• **Postergación:**

Uno puede *decidir que posterga*, por ejemplo, por media hora, el atracón. Hay ocasiones en que es tan urgente la necesidad de comer en exceso y consecuentemente vomitar que parece impensable el no hacerlo. Aun así, es posible darse a uno mismo la oportunidad de esperar tan sólo media hora antes de hacerlo, y eso puede traer el respiro que estábamos necesitando para tomar control de nosotros mismos. Si en media hora no se modificó la urgencia, quizás éste sea otro tropezón. Pero existen muchas posibilidades de que la urgencia disminuya y media hora después ya no haga falta recurrir al atracón o a la purga habitual.

Una de las estrategias es aprovechar esa media hora para seguir los **pasos para la resolución de problemas**, que es una de las herramientas que se aprende a utilizar en estos grupos terapéuticos, y de la cual hablaremos después de transcribir dos testimonios que fueron escritos especialmente para este libro, con idea de compartir un camino con otras personas, a ver si la experiencia hecha por unos ayuda a prevenir a otros.

Historias de esclavitud y postergación de la vida: Testimonios

Julieta, 19:

"¿Cómo empezar a contar mi historia? Hace ya tanto tiempo que no recuerdo bien cuál fue el comienzo. Lo único que puedo decir con seguridad es que me llevó mucho tiempo darme cuenta de que lo que me estaba pasando era una enfermedad, un trastorno del comer. Sé que me rompía la cabeza pensando cómo podía ser tan imbécil que no podía controlar cuándo comer y cuándo no. Fue muy largo el camino recorrido y sé que todavía tengo que seguir un poquito más. Todavía hay mecanismos en mi cerebro que tengo que cambiar, es mucho más cómodo vivir 'postergando vivir'.

Uno se va cerrando pensando que mañana todo va a cambiar mágicamente al adelgazar y ser una persona totalmente distinta. Es un círculo muy peligroso, porque no puedes ver la salida. En realidad yo siempre creí que la salida era bajar de peso, eso me iba a cambiar la vida. Todavía hoy, en determinadas situaciones, me aferro a esa mentira, porque es así, es una mentira enorme que nos decimos a nosotras mismas para no enfrentar situaciones, para no crecer, para evitar hacer esas cosas que nos dan tanto miedo.

Todavía me cuesta amar ciertos aspectos de mi personalidad, que son míos y que, si no los acepto, muy difícilmente los cambie (si es que después de aceptarlos, todavía quiero cambiarlos). El camino de la recuperación es un esfuerzo continuo y el trabajo sobre uno mismo es muy duro, pero vale la pena,

porque todos los que sufrimos esta enfermedad dejamos de vivir y nos hacemos esclavas de una torta o una hamburguesa: ellos van a determinar nuestro humor cada día. Y no sólo eso, para mí controlar la comida era medir mi fuerza de voluntad, mi inteligencia y hasta mi autoestima.

Ahora, mientras recuerdo, pienso en todos esos años y me angustia darme cuenta de todo el tiempo que se me fue sin haber vivido, sufriendo (porque se sufre muchísimo), pero me consuela saber que encontré la salida a partir del trabajo que hicimos juntos, y que esto es posible para todos los que en algún momento sufrimos esta enfermedad.

Sí, la salida existe y volver a ser la de antes, volver a tener el dominio de nosotros mismos es posible si estamos dispuestos a aceptarnos tal cual somos hoy. Y con eso tendremos el coraje de enfrentarnos con nuestras propias vidas."

Elsa, 22:

"Siempre mantuve un peso regular entre 49 y 52 kilos. Lo lograba mediante días en que compensaba comiendo menos, con lo cual bajaba dos o tres kilos en dos semanas aproximadamente y después seguía comiendo normal. Pensaba que jamás iba a engordar.

A mediados de 1994, tuve diferentes problemas: perdí a mis amigos, me fui a vivir sola, rompí con mi pareja de entonces, me quedé sin trabajo, etcétera. Todo esto sucedió en pocas semanas y no tuve tiempo de reaccionar.

Empecé a comer sin control alguno y en consecuencia a engordar. Devoraba todo lo que estuviera a mi alcance: galletas, tortas, papas fritas. Tenía hinchazón estomacal, frío constante, sueño aunque dormía más de nueve horas diarias, irritabilidad, angustia permanente, lloraba a cada instante. Estaba muy deprimida y nada de lo que hiciera me hacía sentir satisfecha. Sólo pensaba en fórmulas mágicas para adelgazar, o suicidarme.

Asustada de mi persona, recurrí a terapia y me integré a un grupo psicoeducacional para personas con problemas de la alimentación. Al principio escuchaba con prejuicios y me mantenía a la defensiva, pero en seguida me interesé. Me di cuenta de que tenía un problema o trastorno del comer, que ya no podía dominar como antes mi peso, que esto era algo que seguiría creciendo si no lo trataba, y me asfixiaba hasta tal punto que encontraba como única solución la muerte.

En el grupo, encontré jóvenes con los mismos síntomas y me identifiqué con su inseguridad, su adversidad ante un kilo más, la misma culpa al tener un atracón o la costumbre de mantenerse a mate cocido todo el día.

No hay fórmulas mágicas para detener los atracones y la inmediata frustración. La angustia no desaparece de un día para el otro, pero uno comienza a querer salir adelante y proyecta cosas que no sean dietas milagrosas.

En la actualidad, llevo una dieta pero responde a mi necesidad básica de comer, no con restricciones que me matan. Trato de frenar los atracones, aunque a veces son imparables. Depende de los períodos de angustia, que son cada vez más reducidos. Para tratar de arreglar las cosas que me los producen es que quiero empezar con el otro grupo de trabajo."

Entrenamiento en resolución de problemas

Como decíamos más arriba: a medida que se va normalizando la alimentación, los atracones y vómitos aparecen más vinculados a situaciones que la paciente enfrenta y no sabe cómo resolver, o que le dan miedo y prefiere evitar.

Sus síntomas empiezan a tener nítidamente la función adicional de distraerla de situaciones típicas de su edad, que ella debería estar enfrentando.

Es muy útil, como parte de la terapia, adiestrar a los pacientes en un método sencillo de resolución de problemas. Si lo aplican en forma consistente, les permitirá sentirse más pertrechados a la hora de enfrentar dificultades.

La idea básica de la técnica para resolver problemas es:

- ir lentamente y paso a paso,
- identificar, en la forma más precisa posible, cuál es exactamente la dificultad frente a la que se encuentra,
- ver qué soluciones tiene disponibles, entre las ya conocidas,
- ir al encuentro de nuevos recursos para resolver la situación, sin autocríticas o censuras, que impiden generar salidas alternativas.

Esto intenta *contrarrestar esas típicas formas de pensamiento extremista* que describíamos antes, en las que la paciente piensa en términos de "todo o nada", en "forma catastrófica", o que los problemas se resolverán "mágicamente" y sin necesidad de su esfuerzo pautado y continuo. Formas de pensamiento que por ser *globalizantes, no permiten distinguir un problema de otro* y, por lo tanto, generan un gran desaliento a la hora de buscarle una salida a la situación conflictiva.

Tradicionalmente se divide el proceso de resolución de problemas en siete pasos sucesivos:

- 1) El problema debe ser *identificado y especificado* tan precisamente como sea posible. En los casos en que un problema pueda ser dividido en dos problemas menores y relativamente independientes es aconsejable hacerlo.
- 2) Deben identificarse todas las alternativas imaginables para enfrentar la dificultad. Es bueno hacer un listado de *soluciones posibles*, sin censuras que limitan las alternativas y sin recortar ideas porque parezcan banales o irracionales.
- 3) *Evaluar las consecuencias de cada una* de esas acciones posibles, consecuencias favorables y desfavorables, ventajas e inconvenientes que puede acarrear según las circunstancias propias y específicas. Examinar si cada una de esas soluciones es practicable y si resolverá la situación.
- 4) *Elegir una* de las alternativas. Este paso suele ser difícil ya que muchas veces nos atascamos aquí y no nos animamos a dar el paso siguiente que es comprometerse con *uno* de los caminos. Es importante haber considerado no sólo las ventajas de esa alternativa en particular sino sus inconvenientes. Evaluar racionalmente y optar por un camino. Aunque muchas veces también, la elección de una alternativa termina siendo un acto intuitivo.

5) *Definir los pasos* que se requieren para implementar esa solución. Practicar mentalmente cada uno de los pasos y hacer una lista de los posibles inconvenientes que podrían surgir.

6) *Poner en práctica* la solución elegida.

7) *Evaluar todo el proceso* para saber si es preciso introducir modificaciones. Más tarde es bueno reevaluar todo el proceso de toma de decisión y de resolución del problema presentado.

La medicación como ayuda para la recuperación

Nos parece importante desarrollar, aunque muy brevemente, algo alrededor de este tema, para despejar algunas dudas.

1. Los prejuicios sobre la medicación psiquiátrica

Existen aún muchos prejuicios relacionados con la medicación psiquiátrica, algunos fundados y otros no.

- Es cierto que algunas medicaciones psiquiátricas tienen *efectos colaterales* indeseables, tales como pérdida o aumento del apetito, disminución del deseo sexual, aumento de la somnolencia, sequedad de boca, etcétera. Pero es importante aclarar que en los últimos años ha habido muchos avances en ese campo y que se han desarrollado drogas nuevas con muchos menos efectos indeseados.

- Otro temor muchas veces presente es el de no poder evitar *la dependencia del fármaco*. Cuando está bien indicado por el médico y es él quien regula las dosis y la conveniencia de aumentar, disminuir o suspender el uso, ese riesgo prácticamente no existe. Ahora, si uno comete la imprudencia de automedicarse y prolongar el uso del medicamento más allá de lo que el médico receta, la situación es otra. El problema, como con toda droga, no es la sustancia en sí misma sino el mal uso que pueda hacerse de ella.

- Uno de los temores más frecuentes cuando uno debe utilizar medicación psiquiátrica es el de creer que al tomarla uno recibe automáticamente el certificado de "loco". "Hay que estar loco para estar tomando algo así." Mucha gente cree también que, si toma una píldora para sentirse mejor y poder cumplir con los pasos necesarios para recuperarse, ya no es ella misma la autora de su mejoría, sino la píldora. Este prejuicio está basado en la atribución de una *importancia exagerada* a la medicación.

- **La medicación no hace milagros ni puede reemplazar aquello que sólo se logra cuando hay ganas de estar mejor y se aplica la inteligencia y la voluntad. De ningún modo nos transforma en autómatas sin voluntad propia.**

2. Cómo actúa la medicación psiquiátrica

Allí donde está bien indicada, la medicación viene a corregir un *déficit a nivel cerebral* que no nos permite funcionar tan bien como podríamos de no padecer tal problema, de la misma manera que una persona con hipotiroidismo tiene que tomar tiroidina (transitoriamente o de por vida), porque su organismo no la produce, o una persona diabética insulino dependiente, debe inyectarse diariamente su cuota de insulina porque no hay otra manera de que se genere en su organismo.

En las pacientes con trastornos del comer, así como en algunas depresiones y en algunos casos de trastornos obsesivo-compulsivos, *ese déficit suele estar en el nivel de los neurotransmisores*. Los neurotransmisores se encargan de conducir los impulsos nerviosos a través de cadenas neuronales que se relacionan íntimamente unas con otras. La medicación que suele utilizarse con mayor frecuencia en estos casos (antidepresivos y/o ansiolíticos, depende del cuadro) actúa **aumentando la transmisión de algunos de estos neurotransmisores**.

La elección del fármaco adecuado depende en gran medida del cuadro del que se trate; por eso la evaluación de la estrategia medicamentosa es individual para cada paciente, lo mismo que las dosis recomendadas. En general estas medicaciones, sobre todo los antidepresivos, demoran un tiempo variable en demostrar plenamente sus efectos y requieren, por lo tanto, constancia y paciencia hasta que dan resultados.

Se ha comprobado que la medicación tiene más beneficios en los casos de bulimia nerviosa u otros trastornos del comer, que en los casos de anorexia nerviosa en los que no se recomienda su utilización salvo cuando el componente depresivo es muy persistente.

Es importante recordar, tal como lo desarrollamos en el capítulo 1, que muchas de las manifestaciones psicológicas que se observan en pacientes con trastornos del comer, tales como abulia, depresión, desgano, ansiedad, irritabilidad, obsesiones, etcétera, pueden ser *consecuencia* del desarreglo alimentario más que *causa*.

Por lo tanto, en general, se recomienda antes de probar con la utilización de un fármaco, regular la ingesta —es decir, poner en orden todo lo que tiene que ver con una alimentación adecuada en cantidad y en tiempo—, salvo que del diagnóstico surja claramente que el trastorno afectivo es previo al desarrollo del trastorno del comer o que el estado de la paciente requiera una intervención inmediata para evitar una situación de mayor gravedad.

A modo de cierre

Mencionamos varias veces que "si la gravedad del caso no requiere otro tipo de atención..."

No vamos a entrar en más detalles porque no forma parte de los objetivos de este libro, que están más bien dirigidos a **hacer prevención de los trastornos del comer**. Sin embargo, es cierto que a veces la situación es muy grave y se

requieren cuidados que no es posible brindar sin una internación clínica, por ejemplo, o si no se encuentra un marco más seguro de control para la paciente en un momento determinado.

Las premisas básicas que determinan nuestros criterios de elección del tipo de abordaje psicoterapéutico son:

a) **La familia** es *el medio natural y deseable para la recuperación de la paciente*, y los padres tienen recursos para acompañar el camino, siguiendo las directivas de profesionales idóneos. Por lo tanto, mientras sea posible y de acuerdo con la gravedad del caso, no conviene separar a la paciente de su medio natural. La orientación a los padres y familiares es el eje donde se asienta el cambio que comienza con la recuperación nutricional.

b) **El medio social natural** de estos pacientes, teniendo en cuenta que se trata en su mayoría de adolescentes y jóvenes, es **el grupo de pares**. Es por eso que se *vuelve fundamental para la elaboración de su problemática y la total reinserción social de los pacientes, un espacio terapéutico grupal desde el inicio* en los casos de bulimia nerviosa u otro tipo de trastorno del comer, y *recomendable después de comenzada su recuperación*, en los casos de anorexia nerviosa.

c) En todos los casos, las **intervenciones** se *diseñan aumentando la utilización de recursos sólo cuando se comprueba que lo anterior no ha sido suficiente*. El grado de intrusión terapéutica tendrá relación directa con la gravedad de la situación. La idea es *ir de menor a mayor*, y si la internación o el hospital de día son inevitables, *es recomendable la reinserción progresiva de las pacientes en su medio familiar y social en el menor tiempo posible*.

Epílogo

Manteniendo el buen camino

Aquí se recapitulan algunas ideas importantes que ya se han expuesto para la superación del trastorno del comer. Estas ideas no deben ser perdidas de vista durante un período extenso de tiempo y ayudarán a retener el entusiasmo y comprobar que se está en el camino correcto.

La recuperación requiere tiempo

- El camino de la recuperación no suele ser lineal ni simple. Por el contrario, suele estar sembrado de dificultades, avances y retrocesos.
- Una recaída en hábitos que se consideraban abandonados, no es más que un resbalón en un proceso gradual de recuperación.
- Lo esencial es evitar la sensación de fracaso y de pánico, que no es más que otra forma del pensamiento TODO o NADA que conduce a pensar: "Esta mejoría es falsa, estoy igual que cuando comencé..."

Un ciclista que acaba de empezar a correr aprende mucho de sus caídas: Aprenderá a entrar en las curvas a menor velocidad, a medir la distancia a los obstáculos, etcétera. *Del mismo modo, la recaída puede ser convertida en una experiencia aleccionadora*, la que señale una eventual restricción en la ingesta, la que ponga en evidencia las circunstancias de entorno que conducen a ese punto.

Cada día es un nuevo día

- No debe olvidarse que durante la recuperación el atracón o purga es un acontecimiento *aislado en el espacio y el tiempo*, y que no indica cómo serán las cosas en el futuro.
- Cada día es un nuevo día y cada comida es una nueva comida. De manera que, después de un exceso o atracón, por más grave y frustrante que haya sido, es posible volver al camino iniciado con el simple acto de comer en forma normal en la siguiente comida planeada.

Así como para una persona que no practica dietas, el exceso ocasional en la ingesta es algo usual, para una persona en proceso de recuperación también es admisible, y el cuerpo se encargará espontáneamente de equilibrarse en el tiempo y no producirá un aumento de peso por un único desborde.

Darse aliento con los progresos

- Es fundamental mirar lo ya recorrido y no el trecho faltante. Lo perfecto es enemigo de lo bueno y el pensamiento perfeccionista sólo lleva a restarle crédito a los avances logrados.
- Cuando se trabaja duro para modificar las actitudes con respecto al peso y el aspecto corporal, es importante reconocer los cambios en el pensamiento y la acción aunque éstos sean pequeños.
- La evaluación acerca del progreso no debe referirse a las últimas horas sino al

tiempo transcurrido desde el inicio del trabajo de recuperación.

No apurarse a dejar las estrategias a corto plazo

- No debe olvidarse jamás que existe una relación directa entre los atracones y la restricción alimentaria exagerada.
- El comer sistemáticamente menos de lo que el cuerpo necesita es asimilable a estirar ilimitadamente un elástico. Llegará el momento en que éste se soltará y volverá espontáneamente a su punto de reposo.
- Intentar llevar al cuerpo humano a un peso que no le corresponde producirá inevitablemente una explosión de sobrealimentación que busca la recuperación del estado anterior. Esto son los atracones.

Por otra parte, e independientemente de los orígenes fisiológicos de los atracones, una vez comenzados, éstos pueden convertirse en un mecanismo psicológico que se utilice ilusoriamente para eliminar tensiones o alejar los problemas cotidianos. La ingesta se convierte entonces en un *instrumento evasivo* frente a momentos conflictivos o de irritación, que a la larga demuestra ser únicamente útil para postergar solucionar el problema y por lo tanto, agravarlo.

Una recaída no es empezar de cero

- Las personas que tienen actitudes extremistas con respecto a su peso y su aspecto, suelen también ser extremistas en su pensamiento. Para ellos, la vida se divide en BLANCO O NEGRO, TODO O NADA, y *hacer algo lentamente es equivalente a no hacer nada*.
- Una persona así, es proclive a creer que una recaída en el proceso de recuperación es sinónimo de fracaso total, porque *todo aquello que no implique el control absoluto es entendido como el caos*.

Pero no es así: todo problema tiene varias soluciones "posibles" aunque no todas sean "perfectas" y, aunque en un momento determinado no aparezca una alternativa salvadora, es un enorme avance reconocer que hay otras opciones.

Si al comienzo parece un "trabajo", es señal de que se está haciendo bien

- Corregir hábitos muy arraigados es difícil y requiere de mucho esfuerzo y perseverancia.
- Superar un trastorno alimentario puede llegar a ser muy arduo y el camino de la recuperación debe ser recorrido paso a paso, como un trabajo cotidiano y tedioso.
- Porque se deberá, entre otras cosas: modificar los horarios para disponer de tiempos y espacios adecuados para las comidas; comer en momentos en que no se sienta hambre; tolerar incomodidades físicas asociadas con los cambios de patrones alimenticios, y muchas más.

Pero todo el esfuerzo que requiera volver a comer normalmente irá disminuyendo en forma notable junto a la normalización.

El trabajo no será siempre tan duro, aunque aún tendrá que disponerse de algo más de paciencia: es muy probable que las preocupaciones por el peso y las

calorías persistan por un tiempo.

Sólo desaparecerán completamente una vez que las energías dedicadas a desarrollar y mantener un trastorno alimentario puedan canalizarse para rearmar áreas vitales relegadas. Entonces es posible volver a "estar bien".

Anexo 1
Planilla de automonitoreo

NOMBRE:..... /Nutricionista:.....

Semana del.....al.....de.....de 20...

* Atracones							
* Vómitos							
* Uso de laxantes							
Tpo. ejerc. físico							
+ Probl. para dormir							
Otros:.....							
* Comidas "no dieta"							

(+) Poner sí/no

(*) Poner número en el casillero de cada día

En promedio, durante la ultima-semana:

	Mejóro	Está igual	Empeoro
Mi relación con mis padres			
Mi relación con mis hermanos			
Mi relación con mis amigos			
Mi estado de ánimo			

OBSERVACIONES o comentarios

.....

Anexo 2

Estrategias para no abandonar tu camino de recuperación

Es imposible que te recuperes mientras estés a dieta. La dieta conduce a la privación, causando atracones y purgas.

Comer normalmente te sirve para revertir gran parte de los síntomas físicos y es el paso crucial para la superación de tu trastorno del comer.

En el momento en que reordenes tu comida de acuerdo con un programa pautado para tu recuperación, las sensaciones de hambre y saciedad comenzarán a normalizarse, y en particular decrecerá la frecuencia de los atracones.

La "no dieta" significa:

Comer en respuesta al hambre y aprender a detenerte cuando te sientas llena.

Permitirte comer porciones normales de comida, una variedad de alimentos en cantidad sustancial.

Comer proteínas, grasas, carbohidratos, incluidas las comidas de alto valor calórico que habitualmente rechazas.

Comer el equivalente a tres comidas de no dieta y por lo menos 1500 calorías por día.

¿Qué es una persona que no hace dieta?

Es alguien que come cuanto y cuando quiere, come de acuerdo con sus necesidades biológicas, más que de acuerdo con un peso ideal esperado.

Por mucho tiempo te has sentido confundida con lo que el hambre es para ti.

Y tampoco sabes lo que es la saciedad. Llegar a este punto lleva su tiempo, por eso es importante que empieces a comer en una forma "**mecánica**".

¿Qué es comer en una forma mecánica?

Las personas que se están recuperando de un trastorno de la alimentación, primero deben aprender a seguir un *programa de aprendizaje* para comer en forma mecánica, hasta que puedan responder al hambre y la saciedad.

Comer mecánicamente quiere decir establecer un patrón de no dieta que implica, como mínimo, tomar el desayuno nunca más de una hora después de despertar, almorzar tres o cuatro horas después del desayuno, comer algo a media tarde y cenar no demasiado tarde.

Las comidas *deben ser tratadas como medicinas*, en un principio, y darles prioridad en tu jornada. En esta primera etapa debes comer según el programa planteado, y no de acuerdo con tu apetito o con tu dieta personal. No debes saltar ninguna comida, pues si lo haces puedes tener un atracón por la noche.

En un principio te resultará útil establecer un plan desde la mañana, que te protegerá de comer de menos en situaciones de confusión, y también te protegerá

de comer de más cuando ya es suficiente.

Cuando comiences a normalizar tu alimentación, tu estómago va a tardar un tiempo en sentirse vacío, porque no está acostumbrado a esas cantidades de comida.

Tendrás otros malestares que se irán normalizando a medida que se normalice tu alimentación, como trastornos gastrointestinales: constipación, hinchazón, dolores estomacales, etcétera.

Si tienes bulimia nerviosa, tendrás necesidad de darte atracones aún posteriormente a la normalización de tu pauta de alimentación. Pero si sigues comiendo normalmente, esta necesidad desaparecerá con el tiempo.

La clave de la no dieta es la persistencia. Las conductas alimenticias no se desarrollan inmediatamente. No te frustres si retrocedes. Es importante que evites los atracones. Mientras sientes la urgencia de darte un atracón, puedes pensar alguna de las siguientes cosas:

- "Esta urgencia ahora es fuerte, pero si espero un momento va a reducirse a un punto tolerable."
- "Una de las razones por las que quiero seguir comiendo después de la comida, es porque mi estómago aún no da señales de estar lleno."
- "En una hora me sentiré satisfecha (si he comido bien), y no tendré necesidad de tener un atracón ahora."
- "A veces como para evitar enfrentar algo... ¿será este el motivo ahora?"
- "Los atracones no harán desaparecer mis problemas."
- "Si estoy desbordada por una situación, mejor no agregar más carga."
- "Con un atracón, lo único que lograré es sentirme peor."

Estás en buen camino si has logrado controlarte *postergando un rato* el atracón o la purga. Si estas estrategias no te han funcionado para *evitar* tu urgencia de atracarte de comida o purgarte, es crucial que la próxima comida la hagas normalmente a pesar del atracón.

Si lo que sientes es ganas de abandonar la "no dieta" y entrar en una etapa restrictiva, puedes recordar alguna de las siguientes ideas:

- "Esta comida no me llevará a ganar peso en forma descontrolada."
- "Comer 'no dieta' es la única manera de ponerme mejor."
- "Sé que todavía mi hambre y mi saciedad están confusas, por eso debo comer en forma mecánica y no como lo siento."
- "Comer 'no dieta' me permitirá evitar un atracón por la noche."
- "Esta barra de chocolate no me engordará."

Algunas estrategias para esta etapa

A continuación se transcribe una recopilación de sugerencias hechas por pacientes recuperados de trastornos de la alimentación para superar los primeros pasos del programa "no dieta":

PSIKOLIBRO

- Trata de romper tus propias reglas de dieta poco a poco. Por ejemplo, si tienes una regla que dice que no puedes desayunar, trata de empezar comiendo un poquito a la mañana, una fruta, un huevo, etc. Eso te protegerá de la urgencia del atracón.
- En principio, come más de aquella comida que ya te permites, y gradualmente comienza a introducir aquella que no te has permitido en el pasado.
- Empieza comiendo regularmente, sirviéndote porciones razonables.
- Empieza a pensar en tirar tus comidas de dieta (bebidas dietéticas, edulcorantes, etc.). Ya sabes cómo la idea de que son dietéticas nos hace comer más cantidad de la necesaria por pensar que no engordan.
- En un principio te será más fácil hacer 5 o 6 comidas pequeñas en el día en vez de 3 o 4 más importantes.
- Tal vez te resulte mejor comer sola, o en lugares no públicos. Trata de relajarte mientras comes, escucha música, lee un libro y trata de estar sentada. Arma una atmósfera confortable.
- Intenta buscar distraerte después de cada comida, como una forma de no pensar que tienes comida en el estómago.
- Trata de darte otros placeres cuando sientas la urgencia del atracón, o te sientas mal con tu peso. Por ejemplo un buen baño de espuma, ir al cine, escribir una carta, leer un libro, llamar a una amiga, pedir ayuda a los que estén cerca y te la hayan ofrecido, salir a caminar, etcétera.
- Aprende a hacer ejercicios por placer y no sólo para quemar calorías. Toma en cuenta que el ejercicio sólo disminuye tu "punto de partida" un 5%.
- Hazte un programa de ejercicios moderado y que puedas disfrutarlo.
- Ya no te peses. En vez de focalizar en tu peso, focaliza en comer normalmente. Piensa que tu cuerpo *naturalmente* fluctuará en +/- 2 kg.
- Intenta desprenderte de esa ropa muy ceñida que siempre te incomoda.
- Intenta llevar un registro de lo que comes, cuánto, cuándo, si tienes atracones, purgas, etcétera; eso te ayudará a objetivar la situación cuando creas que has estado comiendo demás, o cuando te estés restringiendo sin darte cuenta.
- Trata cada comida como un episodio independiente.
- Trata a la comida como si fuera una medicina.

.....

.....

.....

.....

.....

(para completar con tus propias ideas)

PSIKOLIBRO

A continuación se mencionan algunas de las instituciones públicas y privadas a las cuales es posible recurrir para consultas vinculadas con el tema de este libro.

En Capital Federal (República Argentina)

HOSPITAL DE CLÍNICAS Av. Córdoba 2351 4962-4081

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA UDAONDO Caseros 2601 4306-4641

HOSPITAL ITALIANO Gascón 450 4981-6143

HOSPITAL DURAND Av. Díaz Vélez 5044 4982-5770

HOSPITAL PIÑEIRO Varela 1307 4631-1352

CENTRO DE SALUD MENTAL N° 3 Av. Córdoba 3120 4862-2893

HOSPITAL RAMOS MEJÍA Urquiza 609 4957-2888

HOSPITAL PIROVANO Av. Monroe 3655 4542-5552

HOSPITAL ZUBIZARRETA Nueva York 3952 4502-3263

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES SERVICIO DE ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN
EN ANOREXIA Y BULIMIA Hidalgo 1067 4983-3255

FUNDACIÓN HEMOS Chacabuco 243 4331-0697

"LA CASITA" Migueletes 1831 - Pta. 3 4787-5432

ALUBA Combate de los Pozos 2193 4306-9786

En España

HOSPITAL PRÍNCIPES DE ESPAÑA (Bellvitge)

Unidad de trastornos alimentarios

Servicio de Psiquiatría

HOSPITAL GERMANS TRIAS PUJOLS (Badalona)

Unidad de trastornos alimentarios

HOSPITAL CASA MATERNIDAD.

CORPORACIÓN SANITARIA CLINIC (Barcelona)

Unidad de trastornos alimentarios

Servicio de Psiquiatría infantil y juvenil

ANOREXIA Y BULIMIA

Lo que hay que saber

Tres experimentados psicólogos explican aquí todos los aspectos importantes de un fenómeno típico de esta última mitad del siglo XX: los trastornos relacionados con la alimentación. Se trata de la bulimia nerviosa, de la anorexia nerviosa y las obsesiones con respecto al peso, a la balanza y a la forma del cuerpo, que se denominan trastornos del comer no específicos.

Este libro ofrece en primer lugar una clara descripción de los trastornos de la alimentación, sus causas, su diagnóstico y los daños que producen. Determinadas constelaciones familiares pueden favorecer esta patología y hay personas más vulnerables a este tipo de trastornos por su personalidad y grado de maduración. Un factor de gran incidencia en este problema es nuestra sociedad postindustrial, marcada por una ética y una estética determinadas que priorizan la imagen externa por encima de cualquier valor.

En un 90 por cien las afectadas por este trastorno son mujeres. El modelo ideal de figura y peso femeninos, tal como lo propone la publicidad actual, atenta contra la salud de las mujeres por exigir un peso que la mayoría de ellas no puede ni debe alcanzar.

Los autores ofrecen una amplia orientación sobre las posibilidades de recuperar un control natural y equilibrado del cuerpo para evitar las agresiones a la salud y explican técnicas eficaces que se pueden aplicar fácilmente con la supervisión de un médico especializado. En los casos graves, generalmente de adolescentes, suelen ser los padres u otros familiares los que buscan ayuda. Los autores describen cómo pueden apoyar a las personas afectadas y cómo se desarrolla, en casos indicados, una psicoterapia. Una serie de casos clínicos permite conocer en detalle las experiencias y sufrimientos de personas anoréxicas y bulímicas.

EL PRESENTE TEXTO SE BASA EN DOCE AÑOS DE LABOR CLÍNICA EN EL CAMPO DE LOS TRASTORNOS DEL COMER.

gedisa
editorial

Cód. Int.: 100536

Rosina Crispo es licenciada en psicología y supervisora del Centro de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de Clínicas de Buenos Aires, es coordinadora del Centro Privado de Psicoterapia y co-directora del Centro para adolescentes La Casita.

Eduardo Figueroa, licenciado en psicología, es profesor en el Doctorado de Psicología de la Universidad de Belgrano y en el Post-grado de la Universidad de Buenos Aires, actualmente en práctica privada.

Diana Guelar, psicóloga por la Universidad de Barcelona, es residente del Mental Research Institute de Palo Alto, co-fundadora y miembro del Centro de Terapia breve de Barcelona, y en Buenos Aires es miembro del Centro Privado de Psicoterapia y co-directora del Centro para adolescentes La Casita.

Los autores publicaron previamente: Trastornos del comer: Terapia estratégica e intervenciones para el cambio (Barcelona 1994).

ISBN 84-7432-606-0



9 788474 326062