

Comentarios elogiosos previos a la publicación de *Si su adolescente padece un trastorno alimentario*

"*Si su adolescente padece un trastorno alimentario* es una herramienta muy eficaz y una 'lectura obligada' para los padres que intentan comprender la confusión que gira en torno a estas enfermedades tan complicadas. Las historias narradas en el libro esclarecen la realidad de los trastornos alimentarios de manera asombrosa y, al mismo tiempo, brindan ayuda concreta al lector y le demuestran que su familia no está sola".

—Lynn S. Grefe, CEO, National Eating Disorders Association

"*Si su adolescente padece un trastorno alimentario* ... ¡será realmente un GRAN recurso para los padres! Aborda muchas de las duras incertidumbres que los padres enfrentan, por ejemplo, qué esperar, cuál es el tratamiento adecuado y cuál es la realidad de la vida cotidiana cuando se convive con alguien que padece un trastorno alimentario. El libro es real. . . Brinda ayuda y, lo que es más importante, esperanza. Como padre de una adolescente que falleció a causa de un trastorno alimentario, francamente, en ese entonces, necesitaba mucha más información de la que había. Desearía que este libro se hubiera escrito hace cinco años. . . . Quedé particularmente impresionado por la capacidad de los autores para presentar un material muy complicado de manera 'accesible para el lector'. . . . Los padres, los responsables del cuidado y las familias no sólo reciben información científica fundamental para comprender los trastornos alimentarios, sino que también reciben consejos y recomendaciones prácticas de profesionales y los verdaderos 'expertos' —los padres— sobre cómo enfrentar los múltiples problemas que surgen a partir del diagnóstico".

—Kitty Westin, presidenta, Anna Westin Foundation

"Este libro, sensible y accesible para el lector, es un recurso magistral para los padres. Su autor, el Dr. Walsh, es autoridad en la materia y líder mundial en trastornos alimentarios".

Kelly D. Brownell, PhD, *profesora y jefa del departamento de psicología y profesora de epidemiología y salud pública, Universidad de Yale (Yale University) y directora, Yale Center for Eating and Weight Disorder*

"Este libro será muy útil para las familias con hijos adolescentes que padecen trastornos alimentarios. Escrito de forma correcta y clara, incluye las últimas investigaciones y es conciso y completo a la vez. Es una incorporación extremadamente valiosa a la literatura. Lo recomendaré a las familias de todos mis pacientes adolescentes".

—James E. Mitchell, MD, *profesor NRI/Lee A. Christoferson y jefe del departamento de neurociencia clínica, profesor Chester Fritz de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (School of Medicine and Health Sciences), Universidad de Dakota del Norte (University of North Dakota), presidente, Neuropsychiatric Research Institute*

"Walsh y Cameron ofrecen una guía inteligente para padres que necesitan información real acerca de las causas y complejidades de los trastornos alimentarios. Utilizan ejemplos de la vida real provistos por padres. . . Los autores traducen cuestiones científicas relacionadas con los trastornos alimentarios a explicaciones comprensibles. . . . Más importante aún, ofrecen una guía para los padres que se encuentran desorientados en búsqueda de un tratamiento adecuado para sus hijos y brindan información clara sobre lo que debe esperarse cuando la enfermedad aparece y sobre cómo debe defender y ayudar a un hijo que lo necesita".

—Cynthia M. Bulik, PhD, *profesora William and Jeanne Jordan de trastornos alimentarios, departamento de psiquiatría; profesora de nutrición, Facultad de Salud Pública (School of Public Health) y directora, programa de trastornos alimentarios (Eating Disorders Program), Universidad de Carolina del Norte (University of North Carolina), Chapel Hill*



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

Patrick Jamieson, PhD, *editor de la serie*

Otros libros de la serie:

Si su adolescente padece depresión o trastorno bipolar

(2005)

Dwight L. Evans, MD, y Linda Wasmer Andrews

Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad (2006)

Edna B. Foa, PhD, y Linda Wasmer Andrews

Si su adolescente padece esquizofrenia Raquel E. Gur, MD, PhD, y Ann Braden Johnson, PhD

Si su adolescente padece un trastorno alimentario

Un recurso fundamental para los padres
B. Timothy Walsh, MD, y V. L. Cameron



THE ANNENBERG FOUNDATION TRUST
at SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands
Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente



OXFORD
UNIVERSITY PRESS
2005

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

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands
Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania (University of Pennsylvania)
Oxford University Press

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

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

Copyright © 2005 de Oxford University Press, Inc.

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

Oxford es una marca registrada de Oxford University Press.

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

Información del catálogo de publicación de la Biblioteca del Congreso

Walsh, B. Timothy, 1946–

Título original en inglés: *If your adolescent has an eating disorder: an essential resource for
parents* / B. Timothy Walsh and V. L. Cameron.

p. cm. — (Adolescent mental health initiative)

Incluye referencias bibliográficas e índice.

ISBN-13: 978-0-19-518152-4 (cloth-13) ISBN-10: 0-19-518152-2 (cloth)

ISBN-13: 978-0-19-518153-1 (paper-13) ISBN-10: 0-19-518153-0 (pbk)

I. Eating disorders in adolescence—Popular works.

I. Cameron, V. L. II. Title. III. Series.

RJ506.E18W36 2005 616.85'26'00835—dc22 2005011596

9 8 7 6 5 4 3 2 1

Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica en papel sin ácido

Prólogo	6
Capítulo uno	7
Introducción: no es sólo una dieta	7
Capítulo dos	10
Los trastornos alimentarios: qué son y qué esperar	10
Anorexia nerviosa	10
Bulimia nerviosa	15
Trastorno por atracón	17
Trastornos alimentarios en hombres	19
¿Qué significa un diagnóstico DSM?	20
¿Qué tan comunes son los trastornos alimentarios en los adolescentes?	24
¿Cuáles son las causas de los trastornos alimentarios y quiénes están en situación de riesgo?	26
¿Qué otras afecciones pueden coexistir con los trastornos alimentarios?	33
El peligro de no actuar	35
Perspectivas futuras	39
Capítulo tres	40
El tratamiento adecuado para su hijo: terapia, medicación y más	40
La búsqueda del tratamiento: por dónde comenzar	40
¿Qué implica el tratamiento?	41
¿Dónde se realizará el tratamiento?	45
Tratamientos psicológicos	48
Medicación	55
Prevención de la recaída	60
Recorrido por el sistema de atención médica	63
Capítulo cuatro	66
La convivencia con un adolescente que padece un trastorno alimentario	66
Cómo conseguir que el adolescente comience el tratamiento: comunicación y persistencia	67
Tratamiento y recuperación: mantener el rumbo, mantener la fuerza y mantener la comunicación	74
Apoyo de otros padres	80
Capítulo cinco	82
La prevención de los trastornos alimentarios	82
Métodos de prevención	83
¿El tratamiento para la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario?	86
¿Qué pueden hacer los padres para ayudar a prevenir los trastornos alimentarios?	90
Capítulo seis	96
Conclusión: hora de actuar	96
Glosario	99
Recursos	101
Libros y otros materiales	101
Recursos para obtener información, ayuda y derivaciones de tratamientos	101
Bibliografía	106
Índice	107

Prólogo

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

La AMIH comenzó en 2003, cuando se convocaron en Filadelfia y Nueva York siete comisiones científicas constituidas por aproximadamente 150 psiquiatras y psicólogos destacados de todo el país. Presididas por los doctores Edna B. Foa, Dwight L. Evans, B. Timothy Walsh, Martin E.P. Seligman, Raquel E. Gur, Charles P. O' Brien y Herbert Hendin, el objetivo de la creación de estas comisiones era evaluar el estado de las investigaciones científicas sobre los trastornos mentales frecuentes que, en su mayoría, se originan entre los 10 y 12 años. Actualmente, sus hallazgos colectivos están reflejados en un libro dirigido a profesionales de la salud mental y a los responsables de formular políticas titulado *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders*, 2005. Como primer producto de la AMHI, el libro también detalla una agenda de investigación que podría mejorar aún más nuestra capacidad para prevenir y tratar los trastornos mentales, entre ellos, los trastornos de ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y la esquizofrenia.

La AMHI consta de tres partes y la segunda consiste en una serie de libros, incluido el presente, diseñada principalmente para padres de adolescentes con un trastorno mental específico. Estos "libros para padres", cuya información científica proviene en gran parte de la capacidad profesional de la AMHI, presenta cada hallazgo relevante de la comisión de forma accesible y en un tono que, a nuestro criterio, será tanto familiar como reconfortante para los padres y las familias de adolescentes que buscan ayuda. Además, esta serie, a la que le seguirá otra destinada a los adolescentes, combina la ciencia médica con el conocimiento práctico de padres que han enfrentado estas enfermedades con sus propios hijos.

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

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

Patrick Jamieson, PhD
Editor de la serie
Adolescent Risk Communication Institute
Annenberg Public Policy Center
Universidad de Pensilvania
Filadelfia, Pensilvania

Capítulo uno

Introducción: no es sólo una dieta

Cuando Susan le dijo a su esposo, Ted, que a su hija Vanesa le habían diagnosticado anorexia nerviosa, él se sintió, en realidad, aliviado. "En retrospectiva, suena terrible", dice ella. "Pero como nuestra hija comía muy poco y había adelgazado tanto, temíamos lo peor. Así que cuando escuchamos las palabras 'trastorno alimentario' mi esposo dijo: 'Bien. Ahora, todo lo que debemos hacer es obligarla a comer'. Lamentablemente, a partir de ese momento, aprendimos lo terrible que pueden llegar a ser los trastornos alimentarios y lo largo que puede ser el período de recuperación".

Al igual que Susan y Ted, muchos padres tienen muy poco conocimiento sobre los trastornos alimentarios y, cuando descubren que su hijo es víctima de éstos, no saben cómo reaccionar. Algunos piensan que pueden "arreglar" a su hijo solamente obligándolo a comer. Otros pueden llegar a pensar que su hijo tiene un profundo problema emocional que llevará años de terapia intensiva para que salga a la luz. Otros padres pueden incluso preguntarse si el problema de su hijo no es más que otra dieta "pasajera" de moda entre su grupo de amigos. Otros también pueden sentirse como Shirley cuando se enteró de que su hija Jody padecía bulimia nerviosa: "Sentí una gran vergüenza. No podía creer que *mi* hija se hiciera semejantes cosas. En realidad, yo creía que la bulimia era una elección. Si podías decidir cuándo iniciar esa conducta, entonces también podías elegir cuándo ponerle fin. Debido a la vergüenza y al estigma —nuestra cultura reafirma el concepto de 'la elección de una niña blanca malcriada'— me resultaba difícil admitir, sólo podía hacerlo ante nuestros amigos más íntimos, lo que estaba sucediendo en nuestra familia".

<CITA> "No podía creer que *mi* hija se hiciera semejantes cosas".

Esta diversidad de reacciones refleja el hecho de que el término *trastorno alimentario*, incluso en la comunidad de profesionales que se especializan en el tratamiento de tales alteraciones, define un amplio espectro de problemáticas. Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa —dos tipos de trastornos alimentarios— ya se han definido con claridad y se han estudiado de forma exhaustiva. Son enfermedades graves que entrañan riesgo de muerte. Afectan principalmente a mujeres jóvenes, pero también pueden manifestarse en otras personas, sin distinción de edad, sexo, raza o condición económica. Además, los especialistas en trastornos alimentarios señalan que muchos jóvenes tienen grandes problemas alimentarios que interfieren en el normal desarrollo físico y emocional, sin llegar a ser casos totalmente desarrollados de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Muchos otros jóvenes adquieren hábitos alimentarios poco comunes y preferencias de comidas peculiares pero pasajeras e inofensivas, como lo demuestra la experiencia de Anne con su hija Charlotte.

De niña, Charlotte comía todo lo que le daban pero, cuando cumplió trece años, comenzó de repente a rechazar casi todos los alimentos, a excepción de algunos que no constitúan exactamente una dieta equilibrada. Anne intentó hacerla comer otras cosas, pero no pudo

lograrlo. Si sus alimentos favoritos no estaban en el menú (ya sea en su hogar o en cualquier otro lugar) Charlotte prefería quedarse con hambre.

En su juventud, Anne había sido patinadora y había ganado numerosos premios en competencias de aficionados. En ese entonces, deseaba formar parte de un espectáculo de hielo profesional, pero había desistido de su sueño al ver cómo otras patinadoras se privaban de comer o utilizaban diuréticos o laxantes para llegar al límite de peso requerido. Amaba patinar, pero no al punto de dañarse físicamente por ello. Al haber sido testigo de las conductas poco saludables de sus antiguas colegas, se preocupó por las restricciones de comida de Charlotte y realizaron una consulta con un médico especializado en trastornos alimentarios. Luego de escuchar las inquietudes de Ann, el médico realizó un análisis de sangre y un examen físico. Lo más importante, según Anne, fue que el médico sostuvo una larga conversación con Charlotte y aconsejó a Anne que hiciera lo mismo. Al final, ni el médico ni la madre pudieron encontrar evidencia física o psicológica alguna que indicara que Charlotte estuviese experimentando otra cosa que no fuera un cambio en sus gustos. Demostró ser una adolescente segura de sí misma, fuerte y saludable, a quien sólo le gustaban ciertos alimentos. Con el tiempo, Charlotte se fue a la universidad, se casó y tuvo hijos, quienes ahora la atormentan con sus preferencias de alimentos.

Aunque los trastornos alimentarios suelen aparecer al inicio de la pubertad, o apenas ésta comienza, no se debe dudar de inmediato de todos los adolescentes que modifican sus hábitos alimentarios. Como todos los padres saben, ya que ellos mismos han sido adolescentes alguna vez, la adolescencia es un período turbulento que trae consigo presiones sociales y académicas, como así también cambios psicológicos. Como consecuencia, aquellos que antes comían mucho, pueden, de repente, volverse quisquillosos con la alimentación. Por el incremento de las actividades escolares o extracurriculares, los niños quizás no comen con sus familias. Además, esas "hormonas embravecidas" pueden hacer que los adolescentes presten más atención a su aspecto.

<CITA> "... la adolescencia es un período turbulento que trae consigo presiones sociales y académicas, como así también cambios psicológicos".

Diane, cuya hija Megan se está recuperando de la anorexia nerviosa, recuerda: "Cuando tu hija empieza una dieta, tú piensas: 'Pues bien, todo el mundo hace dieta'. Cuando era joven, yo lo hacía porque todas mis amigas lo hacían. Esa es la razón por la cual no le dije nada a Megan cuando comenzó a hacer dieta. Es muy inteligente y sabía que, con el tiempo, se daría cuenta y terminaría con ese asunto de las dietas. Desafortunadamente, eso no sucedió. Ahora me arrepiento de no haber hablado antes con ella".

Como lo demuestran los ejemplos anteriores, la amplia gama de preferencias y consumos de alimentos de los seres humanos dificulta el reconocimiento de los trastornos alimentarios graves. Esto sucede particularmente durante la adolescencia, cuando los jóvenes necesitan más energía para sustentar el desarrollo y crecimiento normal de sus cuerpos. Según un informe realizado en 2002 por el Committee on Dietary Reference Intakes, Institute of Medicine de Washington, DC, la cantidad de calorías que las mujeres necesitan para alimentarse se incrementa en un 50% entre los 9 y 19 años, mientras que en los varones el incremento es del 80%. Quizás, las dietas adolescentes sean tan comunes debido, en parte, a este dramático imperativo biológico que se combina con la idea cambiante de la sociedad de cómo "debemos" vernos. Estos y otros

elementos pueden crear un ambiente propicio para el desarrollo de los trastornos alimentarios. Así lo demuestran las siguientes estadísticas extraídas de la bibliografía médica:

- Un estudio realizado en niños de tercer grado, publicado en 2001, descubrió que el 26% de los niños y el 35% de las niñas deseaban adelgazar. Entre ellos, el 17% de los niños y el 24% de las niñas estaban a dieta.
- En 2002, se reveló que el 56% de las mujeres y el 28% de los varones de noveno grado recurrían a atracones o realizaban una o más de las siguientes actividades para adelgazar o controlar su peso: ayunar o saltarse comidas, tomar píldoras adelgazantes o laxantes, inducirse el vómito o fumar cigarrillos.
- En 2001, casi dos tercios de las mujeres de la escuela secundaria y un tercio de los varones intentaban adelgazar.

Estos números ponen de relieve los altos porcentajes de interés en controlar el peso entre los jóvenes y el ferviente deseo de adelgazar que existe entre las mujeres. Afortunadamente, los trastornos alimentarios más graves no son tan comunes. Aunque existe una considerable incertidumbre sobre su prevalencia, la opinión generalizada entre los expertos es que los trastornos alimentarios totalmente desarrollados ocurren aproximadamente entre el 1% (anorexia nerviosa) y el 3% (bulimia nerviosa) de las mujeres en algún momento de sus vidas. Los porcentajes entre los hombres se dan aproximadamente en una décima parte comparados con los de las mujeres. ¿Qué sucede con los adolescentes? En lo que respecta a este grupo etario, las cifras no son precisas. Sin embargo, un informe presentado por el Committee on Adolescence de la American Academy of Pediatrics en enero de 2003, estimó que el 0.5% de las adolescentes estadounidenses padece anorexia nerviosa; entre el 1 % y el 5% tiene bulimia nerviosa y casi un 10% de todos los casos de trastornos alimentarios se manifiesta en varones.

Luego hablaremos sobre cómo los expertos definen formalmente a los trastornos alimentarios y la cantidad de jóvenes que los desarrollan pero, por el momento, el punto clave que queremos resaltar sobre las estadísticas en adolescentes es el siguiente: todos estos adolescentes tienen padres que han tenido que lidiar con el impacto que estos trastornos han provocado en la vida diaria de sus hijos y en la de ellos mismos. Todos se hacen preguntas sobre estas enfermedades: ¿Qué son? ¿Qué las causa? ¿Qué se puede hacer para vencerlas? La comunidad científica de investigadores en trastornos alimentarios tiene las respuestas a estas preguntas; sin embargo, dichas respuestas son incompletas y mucho queda por descubrir sobre las causas, los tratamientos y la prevención de estas enfermedades. Si su hijo padece o está en riesgo de padecer algún trastorno alimentario, es posible que tenga más preguntas sobre su hijo que las que se puedan responder de manera concluyente en este momento. El objetivo de este libro es transmitir la mejor información científica sobre trastornos alimentarios a la que se puede acceder en la actualidad y darle un panorama de lo que puede llegar a enfrentar cuando busque ayuda para su hijo. Es evidente que no podemos responder todas sus preguntas. Tampoco un libro puede reemplazar la evaluación y el tratamiento de un profesional. Lo que sí podemos hacer es ayudarlo a entender la situación por la que su adolescente está pasando y lo que usted, como padre, puede hacer para ayudarlo a recuperarse.

El material científico aquí presentado incluye, en gran medida, los hallazgos de la Comisión de Trastornos Alimentarios (Commission on Eating Disorders) formada por 15 miembros y

liderada por el autor principal de este libro, quienes formaron parte de la Iniciativa para la Salud Mental del Adolescentes (Adolescent Mental Health Initiative) encabezada en 2003 por la Annenberg Foundation Trust at Sunnyslans para abordar la creciente prevalencia de enfermedades mentales graves (p. ej., depresión, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios y otras afecciones) entre los jóvenes de nuestra nación. El libro también se vale de otras fuentes, sobre todo, de padres que ya han tenido que enfrentar estos trastornos con sus propios hijos. Algunos padres, lamentablemente, han perdido la batalla para salvar a sus hijos de los estragos que causan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Otros continúan luchando hasta el día de hoy. Y otros han resultado vencedores aunque la lucha haya sido encarnizada. Independientemente del resultado, todos han pasado por una situación similar a la que usted está atravesando y han accedido a ser entrevistados para este libro con el fin de llegar a usted y transmitirle lo que han aprendido sobre estos trastornos a través de las vivencias de sus hijos. Lo mismo hicieron dos personas, hoy adultas, cuyos relatos sobre sus trastornos alimentarios cuando eran adolescentes también se han incluido en el libro. Se han cambiado los nombres de todas las personas que compartieron sus experiencias con nosotros para proteger su privacidad, pero dichas experiencias son absolutamente ciertas. Juntos forman parte lo que se podría denominar un "grupo de apoyo virtual". Creemos que la riqueza de conocimientos prácticos y reflexiones personales que aportan será más que valiosa para usted. Estamos más que agradecidos con ellos porque han demostrado su coraje y generosidad al compartir sus vidas con nosotros para este propósito.

<CITA> "El libro también se vale de otras fuentes, sobre todo, de padres que ya han tenido que enfrentar estos trastornos con sus propios hijos".

Capítulo dos

Los trastornos alimentarios: qué son y qué esperar

Anorexia nerviosa

Cuando Chelsey comenzó a evitar las comidas y a aislarse de su familia y de sus amigos, sus padres se preocuparon. "De pequeña, siempre fue muy sociable", dice su madre, Donna. "Tenía muchos amigos y realizaba todo tipo de actividades sociales. Además, su rendimiento era sobresaliente y era perfeccionista. Todo debía hacerse a su manera y, si algo no se hacía exactamente como ella pensaba que debía hacerse, se angustiaba y comenzaba todo otra vez hasta que quedara bien. Esta actitud perfeccionista se extendió a su deseo de ser delgada. Cuando mi esposo y yo le dijimos que dejara de hacer dieta, se enojó y adoptó una actitud defensiva, argumentando que interferiríamos en su vida, lo que nos tomó por sorpresa porque jamás nos había hablado así. Luego descubrimos que no sólo quería ser delgada: quería ser más delgada que cualquier otra persona".

<CITA> "Esta actitud perfeccionista se extendió a su deseo de ser delgada".

Valerie notó los mismos cambios en su hija Audra. "Se volvió muy retraída y sigilosa. Comenzó a actuar como si una fuerza interior la motivara a mantenerse en movimiento y ocupada. De repente, comenzó a ensimismarse y a tener muy poca capacidad de concentración. A medida que su estado físico se deterioraba, se tornó extremadamente irritable y sus pensamientos eran a menudo irracionales. Cuando su peso llegó a un punto crítico, se volvió incluso violenta".

La primera señal que le indicó a Diane que Megan tenía un problema se manifestó cuando regresó de la universidad, luego de estar un año ausente. "Estaba extremadamente delgada, siempre tenía frío y, además, se la veía enferma", recuerda Diane. "Su relación con la comida también había cambiado por completo. Antes le encantaba la comida; la celebraba. Pero todo eso cambió luego de su regreso de la universidad; era evidente que veía a la comida de otra manera. De repente, daba muchas vueltas para elegir lo que podía comer o no y hacer las compras se convirtió en una terrible y agotadora experiencia, ya que calculaba cada caloría y cada gramo de grasa. Si el total excedía lo que estaba dispuesta a permitirse, prefería dejar el alimento en vez de agregarlo al carrito. Su relación sana con los alimentos se había vuelto enfermiza. Tratar de hacerla comer algo era una pesadilla".

Chelsey, Audra y Megan manifestaban signos y síntomas de anorexia nerviosa, un trastorno mental complejo que puede literalmente "consumir" a una persona por el intenso temor de engordar. Aún cuando su peso llega a niveles críticos, una adolescente puede autodenominarse "vaca gorda" ya que la enfermedad distorsiona la percepción que las personas tienen de sí mismas.

La anorexia nerviosa suele comenzar cerca del inicio de la pubertad. Los casos totalmente desarrollados se manifiestan en uno de cada 200 adolescentes. Entre el 90% y el 95% de esos adolescentes son mujeres. La anorexia nerviosa es uno de los trastornos psiquiátricos que causan la mayor cantidad de muertes, con una tasa de mortalidad estimada en alrededor del 0.56% anual, lo que redundaría en un 5.6% por década. Esta estadística es aproximadamente 12 veces mayor que la tasa de mortalidad anual derivada de todas las causas de muerte entre mujeres de 15 a 24 años de edad en la población general. La prevalencia o frecuencia de la anorexia nerviosa se tratará más adelante en este capítulo en la sección "¿Qué tan comunes son los trastornos alimentarios en los adolescentes?" (págs. 32-36).

En sí mismo, el término *anorexia* significa "pérdida del apetito". Casi todos hemos experimentado anorexia alguna vez: por ejemplo, la "gripe estomacal" y algunos medicamentos —ciertos tipos de drogas utilizadas en la quimioterapia— pueden producir una aversión a la comida, lo cual lleva a perder peso. Sin embargo, aquellos que padecen el trastorno mental denominado "anorexia nerviosa" no manifiestan aversión a la comida. De hecho, casi siempre tienen hambre y piensan constantemente en la comida, aún cuando sus cuerpos los impelen a negarles a sus organismos el alimento necesario para su correcto funcionamiento. Esta negación del deseo normal por los alimentos puede incluso llevar a "proteger" a la enfermedad, por ejemplo, evitando ir a eventos sociales en donde se incluya comida, tratando de esconder la grave pérdida de peso con ropa holgada o incurriendo en mentiras a la familia y a los amigos sobre lo que comen y lo que no.

"Es difícil creer que tu propia hija te miente descaradamente —comenta Diane— especialmente si nunca antes lo había hecho". Así que cuando te dicen que han almorzado muy bien o con un amiga, les crees. No hay nada que te indique que no deberías creerle. Es decir,

¿quién desea pensar que su hija no solamente miente sino que además se está negando a comer hasta el punto de poner en riesgo su vida?"

<CITA> "Es difícil creer que tu propia hija te miente descaradamente".

Aunque muchos jóvenes víctimas de la anorexia nerviosa terminan negándose a comer hasta llegar a un estado físico crítico, muy pocos son los que comienzan con ese objetivo. Esta enfermedad puede manifestarse porque sienten que los cambios de sus cuerpos los traicionan. Con el inicio de la pubertad, una joven de repente se enfrenta a un cuerpo curvilíneo y redondeado —por el crecimiento de los pechos, las caderas, las nalgas y los muslos— lo que puede provocarle complejos e incluso angustia. De la misma manera, un varón adolescente que se ensancha en vez de crecer en altura, puede convertirse en objeto de burla por parte de sus pares ya que su "grasa infantil" hace que se vea más como "una muchacha". En nuestra cultura, un porcentaje extremadamente alto, tanto de varones como de mujeres, se siente insatisfecho con su aspecto. Según un estudio llevado a cabo en estudiantes de sexto a octavo grado, el 26% de las mujeres y el 22% de los varones creían que estaban excedidos de peso y un porcentaje aún más alto de mujeres y varones intentaban adelgazar. La insatisfacción con el aspecto físico señalado por las estadísticas, sumado a los cambios mentales y físicos que llegan junto con el inicio de la pubertad, puede desencadenar diversas conductas relacionadas con trastornos alimentarios en jóvenes sensibles que definen su autoestima según por aspecto físico.

Asimismo, cuando los jóvenes que hacen dieta adelgazan, pueden llegar a embriagarse con los elogios de amigos y familiares (p. ej., "¡Ah!, ¡te ves fantástica!" u "Oye, esa dieta verdaderamente te dio resultado, ¿no?") y llegar a pensar: "Si crees que me veo bien ahora, espera a ver lo bien que me veré luego de perder otras diez libras". Desafortunadamente, mientras más preocupados estemos por ser delgados o mantener nuestra delgadez, mayor es el riesgo de que dicha preocupación se convierta en una obsesión. Una adolescente llegó a describirse a sí misma como un "soldado" que luchaba por no sucumbir ante el enemigo (el hambre). Cada segundo, cada minuto y cada hora de su vida giraba en torno a la necesidad de ganar la "guerra" librada entre su cuerpo y su propia necesidad de controlarlo.

La concientización pública sobre la anorexia nerviosa se ha incrementado drásticamente a lo largo de las últimas décadas debido, en parte, a la atención que los medios de comunicación prestan a las celebridades con trastornos alimentarios. Uno de los primeros ejemplos ocurrió en 1983, cuando Karen Carpenter —cantante de música pop ganadora de un Grammy— falleció de insuficiencia cardíaca a los 32 años, como consecuencia de los efectos a largo plazo de la negación a comer, el vómito autoinducido y el abuso de laxantes.

"En ese momento, estaba completamente conmocionada", cuenta una madre cuya hija falleció a causa de un trastorno alimentario 15 años después. "¿Cómo podía ser que alguien tan rica y famosa como Karen Carpenter muriera a tan corta edad sólo porque había hecho dieta? En ese entonces, no entendíamos bien la diferencia entre dieta y trastorno alimentario. Su muerte apareció en los titulares de todo el país, pero sólo se decía que había muerto porque su corazón había dejado de funcionar, haciéndonos creer que se debía a un problema biológico o genético. No fue hasta años más tarde —cuando diagnosticaron a mi hija— que finalmente comprendí cuán insidiosos son realmente los trastornos alimentarios".

Aunque la anorexia nerviosa ha sido reconocida por siglos como una afección médica, los profesionales de la salud mental sólo estaban comenzando a describirla en forma coherente y sistemática cuando Carpenter murió, en 1983. Antes de mediados de la década del setenta, las enfermedades psiquiátricas eran descriptas, en su mayoría, con términos generales como *neurosis* con base en conceptos del psicoanálisis. Luego, en la década del setenta, tuvo lugar una profunda revolución en cuanto a la descripción y clasificación de los trastornos psiquiátricos. Los profesionales pasaron de clasificar los trastornos basados en la teoría psicoanalítica de los conflictos inconscientes a categorizar los problemas conductuales y emocionales en función de características que son mucho más fáciles de observar y describir. Así pues, el término *neurosis* fue eliminado como diagnóstico reconocido oficialmente y fue reemplazado por varias categorías, mucho más específicas, como anorexia nerviosa. Este cambio drástico en la forma en que los profesionales de la salud mental describen y nombran a las enfermedades que tratan finalizó en 1980 con la publicación de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*, publicado por la American Psychiatric Association (APA). La versión actual de este libro, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tercera edición, texto revisado, 2000 (DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) o *DSM-IV* enumera todos los trastornos psiquiátricos que se han reconocido oficialmente, incluso la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Este manual es de suma importancia para los médicos, los investigadores e incluso para las compañías aseguradoras.

Al elaborar el *DSM-III* y el *DSM-IV*, los médicos de la salud mental siguieron el ejemplo de la medicina general. A lo largo de varios siglos, los médicos han adoptado definiciones cada vez más específicas para las enfermedades. Pasaron de decir que un paciente tenía "fiebre" y "tos" a decir que padecía de "neumonía neumocócica". Esta transición ha resultado útil por distintas razones, sin ser de menor importancia el hecho de que permite a los médicos desarrollar y proveer tratamientos más específicos y eficaces. Sin embargo, aún existe una gran diferencia entre el diagnóstico de las enfermedades médicas y las psiquiátricas. El diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica se basa sobre todo en la descripción que el paciente (y su familia) hace del problema, como puede ser la incidencia de pensamientos, conductas y sentimientos conflictivos. En otras áreas de la medicina, las descripciones de los síntomas, como las quejas de dolor, dan las primeras indicaciones de la naturaleza de la enfermedad. Sin embargo, el diagnóstico final se confirma casi siempre por otros medios, por ejemplo, análisis de sangre o procedimientos de diagnóstico por imágenes, como los son las resonancias magnéticas (Magnetic Resonance Imaging, MRI, por sus siglas en inglés) o las tomografías axiales computadas (Computerized Axial Tomography, CAT, por sus siglas en inglés). Dichos exámenes confirmatorios no existen aún para las enfermedades psiquiátricas, incluso la anorexia nerviosa; por ende, los médicos deben llegar al diagnóstico basándose en la descripción del problema por parte del paciente, sus propias observaciones sobre el paciente y en su experiencia y capacidad de discernimiento.

Algunos exámenes *sí* pueden revelar algunos signos físicos de los trastornos alimentarios: ritmo cardiaco lento, baja presión sanguínea, deshidratación o alteraciones electrolíticas. No obstante, la clave para realizar un diagnóstico de anorexia nerviosa es la observación minuciosa. Para tal fin, los padres juegan un papel importantísimo en la observación de ciertos signos y síntomas externos tales como:

- pérdida de peso drástica no asociada con una enfermedad médica

- comentarios de autodesprecio acerca de su gordura a pesar de mostrar una notable pérdida de peso
- obsesión por la comida, las calorías y los gramos de grasa
- hábitos de alimentación restrictiva que comienzan con el rechazo a comer ciertos alimentos y continúan con la eliminación de categorías completas de alimentos (p. ej., grasas, carbohidratos, etc.)
- desarrollo de rituales alimentarios (p. ej., acomodar la comida en el plato para que parezca que ha comido más de lo que en verdad comió, cortar la comida en pedacitos muy pequeños, masticar la comida por un lapso excesivamente largo de tiempo o comer los alimentos siguiendo un cierto orden)
- conductas que indiquen que la pérdida de peso, la dieta y el control de la ingesta de alimentos se han convertido en una preocupación primordial
- negación del apetito a pesar de haber sufrido una pérdida sustancial de peso
- uso de ropa holgada para esconder una excesiva pérdida de peso
- rechazo a comidas familiares y otros eventos sociales que incluyan comida
- necesidad de seguir una rutina de ejercicios estricta (incluso excesiva) a pesar del mal tiempo, las heridas o las enfermedades
- aislamiento y retraimiento social en relación con la familia y amigos
- sigilo, hostilidad, intolerancia e irritabilidad
- dificultad para concentrarse
- debilidad, desmayos o desvanecimientos (junto con otros síntomas)

Si cree que su hijo o hija se encuentra en riesgo de padecer anorexia nerviosa ya que presenta estos signos, es importante que los tome en serio y que actúe rápidamente para ayudarlo. Estos síntomas por sí solos no representan un diagnóstico formal de la enfermedad, pero son "señales de alerta" que indican que su hijo necesita ver a un profesional médico de inmediato. A su vez, el profesional evaluará los síntomas a la luz de las pautas o criterios formales, que posiblemente sean aquellos propuestos en el *DSM-IV*. Estos criterios pueden verse en el cuadro 1 y serán desarrollados más adelante en la sección "¿Qué significa el diagnóstico *DSM*". (págs. 24-32).

Cuadro 1
Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa

-
- A. Negación a mantener el peso corporal al nivel mínimo normal —o por encima de éste— según la edad y la altura (p. ej., perder peso para mantener el peso corporal por debajo del 85% de lo normal o no llegar a aumentar el peso esperado durante el período de crecimiento, redundando en un peso corporal por debajo del 85% de lo esperado)
 - B. Temor intenso a aumentar de peso o engordar, aún estando por debajo del peso normal
 - C. Percepción alterada del peso o de la silueta corporal, influencia excesiva del peso o la silueta corporal en la autoevaluación o negación de la gravedad del bajo peso actual
 - D. En mujeres posmenáuricas, amenorrea, es decir, la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas, p. ej. estrógenos.)

Tipos:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa actual, la persona no recurre a los atracones ni a las purgas de forma habitual (es decir, vómito autoinducido o abuso de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa actual, la persona recurre a los atracones o a las purgas de forma habitual (es decir, vómito autoinducido o abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

Fuente: reimpresso con permiso del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Copyright 2000. APA.

Bulimia nerviosa

"La comida siempre había sido una parte importante de la vida de Linda", comenta Kay sobre su hija, a quien se le diagnosticó bulimia nerviosa. "Incluso cuando estaba en el jardín de infantes, solía tomar una caja de cereales o galletas, se sentaba frente a la televisión y comía de la caja. Además, era más grande y estaba más desarrollada que la mayoría de los niños de su edad. Con el transcurso del tiempo, comenzó a sentirse acomplejada por su tamaño".

Un mes antes de cumplir 12 años, Linda tuvo gripe estomacal, faltó a la escuela durante una semana y perdió diez libras.

"Al regresar a la escuela —comenta Kay—recibió tanta atención por su pérdida de peso que decidió seguir bajando. Con el tiempo, dejó de comer todo menos naranjas. Seguimos tratando de hacerla comer, pero nada parecía funcionar. En cuatro meses había perdido 50 libras. Luego, de repente, comenzó a comer nuevamente. Estábamos felices pero también sorprendidos de que no aumentara de peso". También comenzó a pasar más y más tiempo en el baño y, cuando Kay iba a limpiarlo, parecía como si alguien hubiese vomitado. Kay también notó cambios en el estado de ánimo de Linda.

<CITA> "... en cuatro meses, perdió cincuenta libras".

"De repente, ya no era nuestra dulce niña. Comenzó a tener problemas con sus hermanas y su abuela. Además, notamos que muchos alimentos desaparecían. Al regresar a casa de la tienda estaba segura de que había comprado *bagels*, pero a la mañana siguiente ya no estaban. Cuando les preguntaba a todos en la casa por los *bagels*, nadie los había visto. Entonces comenzaba a preguntarme si los había traído de la tienda o si accidentalmente los había dejado en la canasta o en el mostrador".

Según Kay, Linda no era la persona más prolija de la tierra y discutían sobre el desorden que reinaba siempre en su habitación. Finalmente llegaron a un acuerdo: si Linda deseaba continuar con el desorden, tendría que mantener la puerta de su habitación cerrada y se haría responsable de ordenar su ropa luego de que fuera lavada. Cuando Linda se fue de campamento el siguiente verano, Kay fue a su habitación para limpiarla a fondo.

"Encontré un montón de ropa que ella había utilizado para la purga, apretujada dentro de los cajones, debajo de la cama y metida dentro de su bolso de fútbol. Había suficiente ropa como para llenar una bolsa de basura grande. Aún no puedo entender cómo esa habitación no olía terriblemente mal. Mucho de lo que había purgado era una materia oscura, la cual luego me entero por los profesionales que era bilis, ya que su forma de purga era muy severa".

Linda presentaba los síntomas clásicos de la bulimia nerviosa, una enfermedad que fue reconocida por primera vez como trastorno por la comunidad psiquiátrica en 1979. Se caracteriza por episodios de atracones de grandes cantidades de comida durante un breve período de tiempo, seguido por la purga (más comúnmente llevada a cabo con vómitos autoinducidos o fármacos,

aunque también se utilizan los laxantes y los diuréticos). Otro síntoma es el de la ingesta restrictiva de alimentos (ayuno o dieta extrema) y la actividad física excesiva, todo para evitar aumentar de peso por los atracones. Al vomitar, los atracones de comida pueden repetirse durante horas y horas —la persona come, vomita y vuelve a comer. Algunos pacientes dicen que llegaron a hacerlo hasta 20 veces en un lapso de 24 horas.

Aunque el ciclo de atracones y purgas se realiza casi siempre a escondidas y está acompañado de sentimientos de repugnancia hacia sí mismos, vergüenza y descontrol, algunos aducen no recordar tales atracones y no sentir el sabor de los alimentos que ingieren. Los atracones proveen un efecto sedante, como si la comida fuera una droga tranquilizante que les ayudara a calmarse y a liberar el estrés. En esos casos, los sentimientos de repugnancia y vergüenza aparecen después del atracón, por lo que ellos tratan de aliviarse con el efecto reconfortante de otro atracón.

<CITA> "... el ciclo de atracones y purgas se realiza casi siempre a escondidas..."

La obsesión por la silueta y el peso que caracteriza a la anorexia nerviosa es otro rasgo importante de la bulimia nerviosa. La siguiente historia de Toni, quien ahora es una mujer adulta que se está recuperando de la bulimia nerviosa, nos da una idea de hasta qué punto la controlaban dichas obsesiones de adolescente:

"Siempre estuve, de alguna manera, obsesionada con mi peso, pero nunca llegué al punto de negarme a comer porque adoraba la comida y no podía abandonarla," cuenta Tony. "Tuve casi siempre el mismo peso durante toda mi vida, pero tenía que esforzarme mucho para no aumentar. Todos los días decidía qué comer. Si almorzaba, no cenaba o comía algo liviano de noche, como una ensalada sin aderezo o una manzana pequeña". Sin embargo, un día, Toni olvidó que la habían invitado a cenar a la casa de una amiga y comió lo que para ella era un almuerzo "gigantesco" (una hamburguesa con patatas fritas). Mientras regresaba a casa, recordó la invitación a cenar y se angustió muchísimo.

"Pensé que, como la madre de mi amiga era una buena cocinera, habría mucha comida irresistible que no podría rechazar," cuenta Tony. "Como no podía tener dos comidas grandes en un día, se me ocurrió una idea que, para mí, era brillante: todo lo que entra sale, así que pensé: ¿por qué no lo ayudo a salir?"

Ese fue el día en el que Tony decidió inducirse el vómito. Le resultó algo sorprendentemente fácil. Luego de hacerlo, estaba completamente eufórica ya que se sentía limpia, fresca y lista para probar la comida deliciosa que serviría la madre de su amiga. Sin embargo, la velada se empañó ya que ella no dejaba de pensar en que estaba "engullendo todo lo que estaba a la vista".

"Mientras comía, estaba como en un trance y luego caí en la cuenta de que probablemente había sido un espectáculo repugnante", dice. En retrospectiva, ahora se da cuenta de que en realidad no había comido mucho más que el resto. "Honestamente, quizás haya comido menos que el resto de los presentes, pero aún así me odié a mi misma por 'comer como una cerda' y, apenas llegué a casa, me induje el vómito nuevamente". Así comenzó el patrón de comidas y purgas que se prolongaría durante años hasta que Toni finalmente buscara ayuda a instancias de su novio (quien hoy es su esposo). Hasta hoy, continúa con problemas con la comida y lucha contra la necesidad de la purga cada vez que come más de lo que ella cree que debería comer.

"Aún me da un poco de pánico cuando me invitan a una fiesta, especialmente cuando el anfitrión o la anfitriona me cuenta la maravillosa comida que servirán. Creo que es lo más irónico de ser bulímico. Como he mantenido mi peso durante años, nadie sospecha que padezco un trastorno alimentario, así que continúan hablando de la comida sin darse cuenta de cuánto me atormenta.

La historia de Toni también nos da una idea de cómo, a diferencia de la anorexia nerviosa — en la cual la negación a comer hace que el físico los delate, sin importar lo mucho que intenten ocultarlo— las personas con bulimia nerviosa permanecen dentro de su peso normal y pueden parecer que están en perfecto estado de salud. Tal como lo expresa un padre: "En la mayoría de los casos, no se puede saber a ciencia cierta si una persona padece bulimia con tan solo mirarla. Tienes que prestar mucha atención a su conducta y escucharla detenidamente". De hecho, la bulimia nerviosa suele ser tan difícil de detectar que puede pasar desapercibida por años. Los signos y síntomas externos a los que los padres deben prestar atención son los siguientes:

<CITA> "... no se puede saber a ciencia cierta si una persona padece bulimia con tan solo mirarla".

- evidencia de conductas purgativas (p. ej., idas frecuentes al baño luego de las comidas, señales de vómito, envases desechados de laxantes o diuréticos)
- evidencia de atracones, incluso la desaparición de grandes cantidades de comida o la aparición de envoltorios o envases vacíos que indiquen que una gran cantidad de alimentos ha sido consumida en un breve lapso de tiempo
- tumefacción en las mejillas o alrededor de la mandíbula
- presencia de callosidades o cicatrices en el dorso de las manos o en la parte de atrás de los nudillos causados por vómitos autoinducidos
- problemas dentales, particularmente erosión del esmalte de los dientes en la parte trasera de los dientes delanteros
- rutina excesiva de ejercicios sin importar el mal tiempo, las heridas o las enfermedades.
- conducta que indica que la pérdida de peso, la dieta y el control de la ingesta de alimentos se han convertido en una obsesión
- cambios en el estado de ánimo

Aquí también, los signos por sí solos no representan un diagnóstico formal de la bulimia nerviosa, pero si la conducta o el aspecto de su adolescente presentan señales de alerta es importante que consulte a un profesional médico de inmediato sobre el estado de su hijo, el cual probablemente se evaluará según los criterios del *DSM-IV*. Estos criterios para diagnosticar la bulimia nerviosa pueden verse en el cuadro 2 y serán desarrollados luego en la sección "¿Qué significa el diagnóstico *DSM*?" (ver págs. 24-32).

Trastorno por atracón

Los dos tipos de trastornos que acabamos de describir, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son los dos trastornos alimentarios reconocidos formalmente en el *DSM-IV*. Sin embargo, en los últimos años, otro tipo de trastorno ha despertado un gran interés: el "trastorno por atracón". Debido a que la información que se tenía sobre el trastorno por atracón recién

aparecía cuando se estaba elaborando el *DSM-IV*, los criterios para esta afección se encuentran solamente enumerados en uno de sus apéndices y resultan un poco más controvertidos que aquellos de los otros dos trastornos alimentarios. No obstante, la evidencia que ha surgido desde la publicación del *DSM-IV* en 2000 indica que el trastorno por atracón es una enfermedad grave asociada con la obesidad y otras complicaciones físicas importantes. Al igual que las víctimas de la bulimia nerviosa, aquellos que sufren el trastorno por atracón comen —rápidamente y a menudo en secreto— grandes cantidades de comida en un breve lapso de tiempo sin tener en cuenta el hambre o la saciedad. También sienten descontrol durante los atracones y luego experimentan culpa, repugnancia o vergüenza. Sin embargo, a diferencia de aquellos que padecen bulimia nerviosa, éstos usualmente no recurren a la purga, no restringen drásticamente la ingesta de alimentos ni se ejercitan excesivamente para quemar las calorías adicionales. Según el sistema del *DSM-IV*, para el diagnóstico de este trastorno, los atracones deben ser recurrentes, llevándose a cabo en un promedio de al menos dos días a la semana durante seis meses o más. De acuerdo con el *DSM-IV*, el diagnóstico del trastorno por atracón entra en la categoría de "trastornos alimentarios no especificados", sobre los cuales se proporcionará información adicional más adelante en este capítulo.

Cuadro 2

Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por:
 - 1. comer, en un breve lapso de tiempo (p. ej., en un período de dos horas) una cantidad de comida que es significativamente superior a la que la mayoría de las personas comería durante un período de tiempo similar y bajo circunstancias parecidas
 - 2. sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sentir que no se puede parar de comer o controlar la cantidad que se está ingiriendo)
 - B. Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoinducido; el abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; el ayuno o el ejercicio excesivo
 - C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos dos veces por semana durante tres meses.
 - D. La autoevaluación está excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.
 - E. La alteración no ocurre exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
-

Fuente: reimpresso con permiso del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Copyright 2000. APA.

<CITA> "El ser varón puede haber sido la razón por la cual los médicos pasaran por alto la posibilidad de que padeciera un trastorno alimentario".

El National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) informó que, en 2001, alrededor del 2% de los adultos de los Estados Unidos (casi 4 millones de estadounidenses) padecía el trastorno por atracón. El informe también indicó que dicho síndrome es, en cierta forma, más común en mujeres que en hombres, ya que lo padecían tres mujeres de cada dos hombres. No existe información concluyente sobre cuán común es el trastorno por atracón en adolescentes, pero el drástico incremento de la obesidad entre este grupo etario que se ha dado en años recientes (tratado más adelante en el capítulo 5 de este libro) suscita la inquietud de que una gran cantidad de adolescentes pueda estar padeciendo este trastorno.

Trastornos alimentarios en hombres

No existen estadísticas precisas en cuanto a la cantidad de hombres que padecen trastornos alimentarios, pero se estima que entre un 5% y un 15% de todas las personas diagnosticadas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa pertenecen al sexo masculino. Sin embargo, un artículo publicado en abril de 2001 en el *American Journal of Psychiatry* sugirió que la cifra real puede ser más elevada ya que no es tan probable que los hombres busquen ayuda como lo hacen las mujeres; por lo tanto, sus síntomas pasan desapercibidos, quizás debido al error generalizado de que los trastornos alimentarios son enfermedades que afectan "sólo a las mujeres". Otra posibilidad es que, como los trastornos alimentarios se manifiestan más comúnmente en mujeres, los síntomas de aquellos hombres que sí buscan tratamiento son diagnosticados en forma equívoca, lo que lleva a una demora en el tratamiento apropiado. Ese es el caso del hijo de Cathleen, Phil.

"Phil había tenido problemas digestivos durante varios meses y continuaba perdiendo muchas libras. Durante ese período, consultamos a distintos médicos que intentaban dilucidar el problema," nos comenta. "Los análisis confirmaban que había un problema en su sistema, pero los médicos no podían establecerlo con exactitud. A cada médico le expresaba continuamente mi preocupación por que su problema sea emocional y no físico. Les contaba de nuestra situación familiar [Cathleen y el padre de Phil se habían separado], el deseo de Phil de ser 'perfecto', su constante sensación de cansancio y otros signos que observaba". Sin embargo, todos los médicos creían que el problema de Phil era más que nada físico y su diagnóstico fue enfermedad celíaca (también conocida como intolerancia al gluten).

"El ser varón puede haber sido la razón por la cual los médicos pasaron por alto la posibilidad de que padeciera un trastorno alimentario —Cathleen agrega— pero creo que el mal funcionamiento de su sistema digestivo y los resultados positivos de sus exámenes dieron lugar a la confusión".

Finalmente, Cathleen insistió en llevar a Phil a una clínica especializada en trastornos alimentarios, en donde se le diagnosticó anorexia nerviosa. El médico felicitó a Cathleen por buscar otra opinión sobre Phil.

"El médico me dijo que no todos los padres piden ayuda psicológica para sus hijos cuando ya le han dicho que el problema es físico," explica.

Además, también podría haber sido más difícil pensar que Phil padecía un trastorno alimentario porque su delgadez parecía simplemente reflejar su participación en ciertas actividades. Phil pertenecía al equipo de atletismo de su escuela secundaria. Tanto los deportistas, como los bailarines, los actores y los modelos deben cuidar continuamente su estado físico y su aspecto y, en deportes como el campo a través, el atletismo y la natación, es normal ser delgado. Es fácil que los padres crean equivocadamente que la obsesión de sus hijos por perder peso es una consecuencia de sus actividades y no una manifestación de un trastorno alimentario.

¿Cuáles son los indicadores que señalan que su hijo padece un trastorno alimentario? Las señales de alerta mencionadas anteriormente no son ni diferentes ni menos graves para los varones que para las mujeres. Tenga en cuenta lo siguiente:

- pérdida de peso anormal o variaciones importantes en el peso que no respondan a enfermedades médicas
- conductas purgativas destinadas a perder peso (Un estudio realizado en 1998 descubrió que el 4% de los varones de sexto a octavo grado se inducía el vómito o tomaba laxantes para perder peso.)
- obsesión constante con el peso y la silueta
- intentos constantes de hacer dieta o adelgazar a pesar de tener un peso normal o bajo
- retraimiento social y aislamiento de actividades que incluyan comida

¿Qué significa un diagnóstico DSM?

Como ya se ha expuesto, el *DSM-IV* provee una serie de pautas utilizadas por muchos profesionales de la salud mental para describir la naturaleza exacta del problema de un paciente y señalar el diagnóstico. Una vez que se da el diagnóstico preciso, es más fácil saber cuáles son los tratamientos apropiados que pueden ser eficaces. Esto es claramente cierto en el caso de las enfermedades físicas: la neumonía bacteriana responde a los antibióticos, mientras que la neumonía viral, no. Esto no es menos cierto en el caso de los trastornos psiquiátricos, pero tanto para las enfermedades mentales como para los trastornos alimentarios, dar con el diagnóstico acertado puede constituir todo un desafío. Los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para los trastornos alimentarios se basan en signos y síntomas descritos por los pacientes que solicitaron el tratamiento debido a su aflicción por los síntomas o a problemas médicos, psicológicos o sociales derivados de dichas cuestiones. La mayoría de los profesionales especializados en trastornos alimentarios aceptan los criterios del *DSM-IV* en lo que respecta a los dos trastornos principales: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Sin embargo, reconocen que hay, al menos, un gran problema con dichos criterios: son tan estrictos que la mayoría de los pacientes tratados en las clínicas no se ajustan totalmente a la definición de ninguno de los dos síndromes. Se agrupan en la amplia y mal calificada categoría "trastornos alimentarios no especificados (eating disorders not otherwise specified, EDNOS, por sus siglas en inglés).

Los criterios para los dos síndromes principales son también, a menudo, tema de discusión, ya que algunos profesionales que trabajan en el campo de la salud mental proclaman que las pautas no son perfectas para definir con exactitud las complejidades diagnósticas de ambas enfermedades. Como se muestra en el cuadro 1, el primer criterio para la anorexia nerviosa —criterio A— está relacionado con la pérdida de peso. Mientras que éste no parecería ser un concepto controvertido, los médicos no concuerdan enteramente en cómo se debe calcular la pérdida de peso de aquellos que padecen anorexia nerviosa, especialmente de los adolescentes. Algunos investigadores hacen hincapié en que el cálculo de la pérdida de peso se debe realizar según un valor estándar inicial (es decir, el peso del individuo antes de que comenzara con el problema), mientras que otros sostienen que se debe realizar en función del peso normal por la edad y la estatura. El término *negación* incluido en el criterio A también presenta un problema, ya que implica una decisión voluntaria y explícita de no comer. Sin embargo, en la anorexia nerviosa, la conducta dietética a menudo tiene una cualidad obsesiva que es difícil de "controlar" por el paciente. En otras palabras, la "negación" es un impulso más que una decisión explícita.

<CITA> "... en la anorexia nerviosa, la conducta dietética tiene una cualidad obsesiva que es difícil de 'controlar' por el paciente".

En cuanto al segundo criterio —criterio B— es verdad que muchos individuos que padecen anorexia nerviosa reconocen tener un temor intenso a subir de peso o engordar. Sin embargo, no es menos cierto que los individuos más jóvenes, así como también aquellos que no buscan ser tratados, niegan rotundamente tener temor de subir de peso, a pesar de que su conducta muestre exactamente lo contrario. El criterio se centra en un factor psicológico —la emoción del temor— del cual no puede tenerse certeza cuando el paciente lo niega categóricamente.

El tercer criterio —criterio C— es quizás el menos debatido en el campo, aunque es particularmente complejo, ya que intenta definir las características psicológicas básicas de la anorexia nerviosa. Una imagen distorsionada del peso o la silueta corporal puede manifestarse por los comentarios del individuo acerca de su gordura o de que algunas partes de su cuerpo son demasiado grandes, incluso si esa persona es extremadamente delgada. Además, los individuos que padecen anorexia nerviosa tienen un éxito rotundo en mantener el bajo peso y obtienen una sensación de logro al evaluarse a sí mismos en términos de delgadez. Admitir la gravedad del bajo peso corporal sería reconocer la necesidad de aumentar de peso, lo que significa algo terrible para aquellos que padecen esta enfermedad.

Entre los criterios del *DSM* para la anorexia nerviosa, el último —la amenorrea o pérdida de períodos menstruales— es particularmente controvertido entre los investigadores. La amenorrea ocurre debido a que una parte del cerebro, denominada hipotálamo, disminuye la secreción hormonal. Este cambio activa una "reacción en cadena" de la disminución de la secreción hormonal de la glándula pituitaria y de los ovarios. La cantidad insuficiente de estrógenos provenientes de los ovarios causa la amenorrea. En los últimos años, se ha descubierto que, en el caso de la anorexia nerviosa, el hipotálamo reduce la secreción hormonal debido a una baja cantidad de leptina, una hormona liberada en la sangre por las células adiposas. En otras palabras, para que las adolescentes tengan ciclos menstruales normales, sus cuerpos deben tener una cantidad normal de tejido adiposo. Si el tejido adiposo es escaso, como ocurre con la anorexia nerviosa, la menstruación normal se interrumpe.

Entonces, ¿cuál es el problema con el hecho de que el *DSM-IV* establezca a la amenorrea como requisito para el diagnóstico de la anorexia nerviosa? La dificultad subyace en el hecho de que muchos investigadores han descrito a pacientes que cumplen con todos los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa excepto la amenorrea y han descubierto que, fuera de esta excepción, no existen diferencias con aquellos que sí cumplen con todos los criterios. Es de suponer que estas jóvenes aún poseen la cantidad suficiente de grasa adiposa para permitir que sus sistemas hormonales funcionen. Estas observaciones, junto con la ocasional dificultad de obtener un antecedente preciso de los patrones menstruales de las pacientes, sugieren que la amenorrea puede no ser un criterio muy útil para diagnosticar la anorexia nerviosa.

Para complicar aún más el diagnóstico, el *DSM-IV* también indica que los individuos con anorexia nerviosa pertenecen a uno de los dos subtipos mutuamente excluyentes: aquellos que no se someten a atracones o purgas durante un episodio de anorexia nerviosa (tipo restrictivo, o AN-R, por sus siglas en inglés), y aquellos que sí lo hacen (tipo compulsivo/purgativo, o AN-B/P, por sus siglas en inglés). Estos subtipos se han incluido en los criterios del *DSM-IV* para la anorexia nerviosa debido a la existencia de otros problemas físico y mentales en pacientes pertenecientes al subtipo AN-B/P: Sus conductas de atracones y purgas los predisponen a tener problemas que no se asocian tan frecuentemente con el tipo restrictivo y sus conductas

impulsivas —el intento de suicidio, la automutilación, el robo y el abuso de alcohol o sustancias— son más frecuentes que en los pacientes con AN-R.

En lo que respecta a la bulimia nerviosa, los criterios diagnósticos del *DSM-IV* pueden ser igualmente difíciles de interpretar. Como se muestra en el cuadro 2, el criterio A define al episodio de atracones en términos de cantidad ("superior a la que la mayoría comería"), duración ("en un breve lapso de tiempo") y estado psicológico ("sensación de falta de control"). Sin embargo, la importancia relativa que poseen estos elementos y las definiciones ofrecidas están sujetas a interpretación. Por ejemplo, muchos pacientes aseguran que recurren a un atracón cuando comen cantidades de comida que no son superiores a las que comen la mayoría de las personas y creen que la sensación de falta de control es más importante que la cantidad ingerida. Por lo tanto, a menos que *también* ingieran compulsivamente grandes cantidades de alimentos de manera habitual, no se los debería diagnosticar con bulimia nerviosa, según el *DSM-IV*.

El criterio B, el cual describe conductas compensatorias recurrentes e inapropiadas, incluye tanto a las que son fácilmente caracterizadas (vómito autoinducido) como a las que no: por ejemplo, ¿en qué consiste el "abuso" de laxantes y diuréticos y cómo se define el "ejercicio excesivo"?

El criterio C establece que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos dos veces por semana a lo largo de tres meses, pero las investigaciones sugieren que los individuos que presentan frecuencias menores de atracones se asemejan a aquellos que se ajustan al criterio C. El Criterio D, que señala que la autoevaluación del individuo está excesivamente influenciada por la silueta y el peso corporal, también forma parte del criterio referido a la anorexia nerviosa e intenta abarcar una dimensión importante del trastorno. Sin embargo, la línea que separa a la "influencia excesiva" de la preocupación excesiva por la silueta y el peso corporal presente principalmente en muchachas adolescentes es incierta.

<CITA> "... ¿cómo se define el 'ejercicio excesivo'?"

Debido a las limitaciones y dificultades interpretativas que presentan los criterios del *DSM-IV* para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, muchas personas cuyos síntomas no se ajustan a estos criterios terminan siendo agrupados en la categoría EDNOS. Incluso al trastorno por atracón y a otros trastornos alimentarios, los cuales se describen en forma inadecuada, se los llama a menudo "bolsa de sorpresas de EDNOS". Esto quiere decir, por ejemplo, que a una joven de 16 años con bajo peso crítico, que se autodenomina gorda y se rehúsa a comer cualquier cosa que no sea apio, pero que no ha dejado de menstruar por tres meses consecutivos no le diagnosticarían anorexia nerviosa porque no cumple con el criterio D sobre amenorrea del *DSM-IV*. Pertencería, entonces, a la categoría EDNOS. Lo mismo sucedería con una adolescente con un patrón de atracones y purgas presente solamente una vez por semana en lugar de dos veces por semana, como lo establece el criterio C para el diagnóstico de la bulimia nerviosa. Lo mismo ocurriría con individuos que padezcan otros trastornos alimentarios graves que no se ajusten a los criterios presentados por el *DSM-IV* para los dos síndromes principales. Todos ellos pertenecen a un gran grupo de personas a las cuales se les diagnostica EDNOS. De hecho, según datos recogidos sobre más de 700 personas con trastornos alimentarios de cinco clínicas del país, entre el 49% y el 71% no cumplía todos los criterios del *DSM* para anorexia nerviosa o bulimia

nerviosa y, por ende, se les diagnosticó EDNOS, como sucedió con el 50% de los adolescentes de este grupo.

Los criterios del *DSM-IV* para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa sirven para ayudar a la comunidad médica a reconocer y describir a personas con alteraciones graves en la conducta alimentaria. Sin embargo, es evidente que el sistema del *DSM-IV* no provee categorías útiles que incluyan a una cantidad considerable de individuos que poseen síntomas significativos de trastornos alimentarios. Una posible alternativa a las categorías del *DSM-IV* para adolescentes es el *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care, Child and Adolescent Version* (1996) de la American Academy of Pediatrics. Éste ofrece un sistema de clasificación desarrollado para ayudar a los responsables de la atención primaria a reconocer y diagnosticar enfermedades relacionadas con la salud mental en niños y adolescentes, incluso las variaciones normales, los problemas y los trastornos. Su esquema de clasificación de trastornos alimentarios —en los que las "variaciones" representan síntomas menores relacionados con la alimentación o la imagen corporal y los "problemas" reflejan alteraciones más graves— es más amplia que la del *DSM* y, además, incluye una jerarquía de manifestaciones clínicas (p. ej., atracones, dietas y problemas de imagen corporal) que no cumplen enteramente con todos los criterios diagnósticos del *DSM-IV*. Este sistema puede ayudar a definir una amplia variedad de problemas alimentarios potencialmente importantes en los adolescentes, pero su utilidad real no ha sido examinada experimentalmente hasta nuestros días. Por ejemplo, no se sabe con qué frecuencia las variaciones o problemas se transforman en síndromes presentados por el *DSM-IV* o si dicha transformación ocurre.

Otra serie de criterios utilizados para describir una amplia variedad de problemas alimentarios en los niños es la establecida por el Great Ormond Street Hospital de Londres. Estos criterios utilizan la pérdida de peso intencional, la alteración en la percepción del peso y la silueta corporal y la obsesión patológica con el peso y la silueta para realizar el diagnóstico de la anorexia nerviosa. Los criterios para diagnosticar la bulimia nerviosa incluyen los atracones y las purgas recurrentes, la sensación de falta de control y la obsesión patológica por la silueta y el peso. También se incluyen criterios específicos para el diagnóstico de otros trastornos, como el "trastorno de rechazo a la comida de causa emocional", una enfermedad que se caracteriza por la depresión y otros problemas emocionales que afectan el apetito del niño y dan como resultado el rechazo a la comida y la "alimentación selectiva", un trastorno en el cual el niño come solamente una variedad limitada de alimentos "seguros" o "aceptables" y puede llegar a molestarse mucho si se lo estimula u obliga a comer alimentos fuera de esa variedad. Aunque su intento por ampliar las categorías diagnósticas es prometedor, los criterios del Great Ormond Street no han sido utilizado en forma masiva ni por los médicos ni por los investigadores.

¿Qué significa este despliegue desconcertante de criterios para usted, como padre de un hijo que puede llegar a padecer un trastorno alimentario? Significa que definir las líneas divisorias entre las variaciones de la alimentación normal de los adolescentes y los trastornos alimentarios más graves sigue siendo un desafío complejo aun para los profesionales. Arribar a un diagnóstico preciso y útil puede no ser una tarea fácil o sencilla. Todavía queda mucho por aprender sobre estas enfermedades para mejorar los criterios con los cuales la profesión médica pueda facilitar diagnósticos más precisos. Por el momento, y aún con todas sus imperfecciones, el sistema del

DSM-IV continúa siendo el estándar con el cual se evalúa el estado de la salud mental de su hijo y según el cual se toman las decisiones en cuanto al tratamiento y la cobertura de salud.

<CITA>"... definir las líneas divisorias entre las variaciones de la alimentación normal de los adolescentes y los trastornos alimentarios más graves sigue siendo un desafío complejo..."

Al ser la persona que más conoce a su hijo, usted puede ayudar a garantizar que estos estándares diagnósticos se apliquen en forma apropiada. Primero y principalmente, debe brindar toda la información posible al médico de su hijo sobre los signos y síntomas —señales de alerta— que usted haya observado y que le hayan hecho pensar que puede padecer un trastorno alimentario. Por ejemplo, en la primera visita, esté preparado para responder preguntas sobre el momento en el que comenzaron los signos, la frecuencia con la que ocurren, su duración y lo grave que pueden llegar a parecerle. Otras personas que también forman parte de la vida diaria de su hijo —por ejemplo, docentes, entrenadores y consejeros escolares— también pueden ser útiles en este respecto al compartir sus observaciones sobre la conducta de su hijo en clase, en la cafetería o en el campo de juego. Existen probabilidades de que en la escuela se hayan observado los mismos signos que usted observa en su hogar. Hable con ellos y juntos pueden recabar el tipo de información que le ayudará al médico a entender los síntomas de su hijo para arribar a un diagnóstico preciso.

Antes de realizar un diagnóstico, se recomendará una revisión médica completa para eliminar la posibilidad de otras enfermedades que pudieran estar causando síntomas similares a los de un trastorno alimentario. Entre las enfermedades médicas que pueden causar tales síntomas se encuentran los problemas intestinales como la enfermedad intestinal inflamatoria y la enfermedad celíaca (el diagnóstico inicial que se le dio al hijo de Cathleen, Phil), la diabetes, el hipertiroidismo (tiroides hiperactiva) y las afecciones neurológicas, incluso tumores cerebrales y enfermedades o infecciones crónicas. Los trastornos psiquiátricos, como la depresión grave o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), pueden estar también presentes. Éstas y otras enfermedades psiquiátricas se tratarán más adelante en este capítulo en la sección "¿Qué otras afecciones pueden coexistir con los trastornos alimentarios?"

¿Qué tan comunes son los trastornos alimentarios en los adolescentes?

Aunque se sabe que los síntomas de los trastornos alimentarios se originan principalmente en la adolescencia, las investigaciones sobre su frecuencia (prevalencia) entre los adolescentes son sorprendentemente limitadas. La mayoría de los estudios se centran principalmente en la incidencia de estos trastornos en adultos, pero incluso para este grupo etario, no se conoce mucho sobre la cantidad de individuos que en realidad padece un trastorno alimentario y sobre quién particularmente es vulnerable a desarrollar un tipo específico, como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa. Sin embargo, como se ha mencionado en el capítulo 1, los expertos sí parecen estar de acuerdo con estas estadísticas: los trastornos alimentarios se manifiestan aproximadamente entre el 1% (anorexia nerviosa) y el 3% (bulimia nerviosa) de las mujeres a lo largo de sus vidas y las cifras de prevalencia entre los hombres son aproximadamente una décima parte de las observadas en mujeres.

<CITA> "... los trastornos alimentarios se manifiestan aproximadamente entre el 1% (anorexia nerviosa) y el 3% (bulimia nerviosa) de las mujeres..."

Los pocos estudios enfocados en la prevalencia de los trastornos alimentarios en adolescentes varían considerablemente en cuanto a su enfoque: en la cantidad y sexo de los individuos estudiados, en su ubicación (desde adolescentes de una escuela de Nueva York hasta jóvenes pertenecientes a todo el condado de Nueva Jersey e incluso adolescentes incluidos en una muestra a nivel nacional en Gran Bretaña), en los métodos utilizados para seleccionar e identificar a los individuos que pueden padecer un trastorno alimentario y en las maneras en la que estos estudios dan a conocer sus hallazgos. Por ejemplo, el estudio realizado a nivel nacional en Gran Bretaña encuestó a más de 10,000 niños y jóvenes de ambos sexos entre las edades de 5 y 15 años, pero no dio a conocer información detallada sobre los tipos específicos de trastornos alimentarios que se habían sido identificado (anorexia nerviosa o bulimia nerviosa) o el sexo de aquellos afectados con dichos trastornos. Es más, tampoco se investigó la heterogeneidad étnica de los individuos en éste u otros estudios.

La variabilidad presentada por estos estudios, junto con la relativa falta de investigación sobre este grupo etario en general, dificulta la tarea de definir con certeza cuántos adolescentes experimentan un trastorno alimentario. Las cifras citadas en el capítulo 1 de la American Academy of Pediatrics (0.5% de las adolescentes padecen anorexia nerviosa, entre el 1% y el 5% tienen bulimia nerviosa y hasta el 10% de todos los casos de trastornos alimentarios se dan en varones) son, por lo tanto, cálculos aproximados. Además, algunos expertos han expresado su preocupación por el hecho de que las cifras de esa prevalencia puedan subestimar seriamente la magnitud del problema entre los adolescentes, ya que se centra principalmente en aquellos adolescentes que cumplen con todos los criterios del *DSM* para el diagnóstico de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa. ¿Qué sucede con aquellos adolescentes que manifiestan las características principales de estos trastornos pero cuyos síntomas no cumplen con el criterio de gravedad o duración propuesto por el *DSM*? Dado que esos síntomas pueden representar los primeros signos del desarrollo de un trastorno, una mirada a la prevalencia puede dar alguna indicación del tamaño del grupo "en situación de riesgo".

En el año 1990, los Centers for Disease Control and Prevention desarrollaron un sistema de vigilancia de conductas de riesgo en jóvenes para controlar las conductas que contribuyen en gran medida a las causas principales de muerte, a la discapacidad y a los problemas sociales entre adolescentes y jóvenes adultos en los Estados Unidos. Cada dos años, este sistema lleva a cabo encuestas sobre conductas de riesgo en jóvenes (Youth Risk Behavior Surveys, YRBS por sus siglas en inglés), en las escuelas, entre estudiantes del noveno al décimo grado. Los estudiantes responden de manera anónima a estas encuestas. Entre las preguntas, se incluyen aquellas relacionadas con los intentos actuales de perder peso, la pérdida de peso en sí o los métodos que utilizan para mantener su peso, como vomitar, tomar píldoras adelgazantes y "otros métodos".

En forma sistemática, las YRBS han revelado que aproximadamente dos de cada tres estudiantes mujeres intentan perder peso, en comparación con los estudiantes varones, entre los cuales la relación es de uno cada de cuatro. Intentar aumentar de peso es bastante común entre los varones (alrededor del 40%), mientras que solamente una minoría de mujeres (alrededor del 8%) intenta tener más peso. Las YRBS de 1999 y 2001 también muestran que los intentos

inadecuados por perder peso o evitar subir de peso —lo que el *DSM-IV* considera como "conductas compensatorias inapropiadas"— son inquietantemente comunes, especialmente entre las mujeres. Por ejemplo, en 1999, más del 18% de las mujeres ayunaban en comparación con más del 6% de los varones. Casi el 11% de las mujeres utilizaban píldoras adelgazantes, mientras que sólo el 4% de los varones lo hacía y más del 7% de las mujeres recurría a los vómitos o al abuso de laxantes, comparado con alrededor del 2% de los varones.

Las YRBS también investigan las diferencias entre los grupos étnicos en cuanto a la prevalencia de conductas relacionadas con el peso. En 2001, las niñas blancas e hispanas resultaron ser mucho más propensas a tener conductas compensatorias inapropiadas que las afroamericanas. Casi una de cada cuatro (23.1%) estudiantes hispanas y una de cada cinco estudiantes blancas (19.7%), comparadas con el 15% de las afroamericanas, había pasado 24 horas o más sin comer para controlar su peso. Vomitar o utilizar laxantes para controlar el peso se manifestó en más del 10%, 8% y 4% de mujeres hispanas, blancas y afroamericanas respectivamente. No se conoce la cantidad de mujeres de esta muestra que cumplirían los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario, ya que las YRBS no incluyen preguntas relacionadas con todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Sin embargo, sí muestra que una cantidad considerable de estudiantes mujeres tienen conductas que pueden llegar a ser perjudiciales para la salud, como el vómito, lo cual causa verdadera preocupación.

Mientras que las YRBS no tienen en cuenta los atracones, un estudio llevado a cabo en 2003 entre mujeres y varones de escuelas públicas aportó información sobre los atracones en adolescentes. Se consideraba la presencia de atracones si el joven respondía afirmativamente a una pregunta sobre si comía en exceso en forma descontrolada al menos algunas veces por la semana y sobre si se sentía "un poco" o "muy" molesto a causa de la sobreingesta. Más mujeres (3.1%) que varones (0.9%) cumplían los criterios de atracones y los resultados sugerían que los atracones eran significativamente correlativos con el peso (en realidad, con el índice de masa corporal, o IMC, que es una medida de peso en relación con la altura) tanto en mujeres como en varones. Los atracones eran apenas un poco más comunes en las mujeres blancas (2.6%) que en las afroamericanas (1.6%) o en las hispanas (1.7%). Sorprendentemente, una gran cantidad de mujeres estadounidenses de origen asiático (5.9%) dieron cuenta de padecer este trastorno. Por lo tanto, los atracones parecen ser inquietantemente comunes y ocurren entre grupos de distintos orígenes étnicos.

¿Cuáles son las causas de los trastornos alimentarios y quiénes están en situación de riesgo?

A pesar de que existe mucha información sobre las características de los trastornos alimentarios, la comunidad científica no ha podido obtener datos concluyentes sobre sus causas reales. En síntesis, nadie puede decirle con certeza científica por qué su hijo ha desarrollado un trastorno alimentario. Aún así, dada la importancia obvia de esta pregunta, los investigadores se han abocado con urgencia a obtener información sobre estos trastornos que pueda esclarecer las causas y mejorar eventualmente el tratamiento y la prevención. En esta sección, nos dedicaremos primero a explicar por qué es tan difícil identificar las causas de los trastornos alimentarios y

luego nos centraremos en los factores que pueden contribuir al riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

<CITA> "... nadie puede decirle con certeza científica por qué su hijo ha desarrollado un trastorno alimentario".

Si existiera una sola causa, simple y sencilla para los trastornos alimentarios, ¿cómo la reconoceríamos? Sería de esperarse que estuviera presente en todas las personas que desarrollan un trastorno alimentario, que se manifieste *antes* de que comenzara el trastorno y que dicha causa no estuviera presente en personas que no padecieran tal enfermedad. Un ejemplo de la relación simple entre causa y enfermedad es el SIDA. Un virus, denominado VIH, es el causante del SIDA: el SIDA sólo se manifiesta en las personas que han contraído el VIH. Las personas que no tienen VIH, no tienen SIDA. Las causas de las enfermedades psiquiátricas, incluso los trastornos alimentarios, son mucho más complicadas. Los trastornos alimentarios no parecen tener una sola causa, sino que existen múltiples influencias, denominadas "factores de riesgo" que se combinan e interactúan entre sí para causar finalmente la incidencia de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa. Como se explicará más adelante, algunos de estos factores de riesgo parecen ser propios de las características personales de cada individuo, como lo es el factor del sexo. Otros factores pueden encontrarse en el mundo que lo rodea, como es el caso de la cultura en la que la persona crece. Dado que son diversos los factores que pueden ejercer influencia, ha sido muy difícil para los investigadores dilucidar cuáles son los más importantes.

Parte del problema para identificar los factores de riesgo importantes es que los trastornos alimentarios, especialmente casos totalmente desarrollados de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, no son muy comunes. Como ya se ha especificado en la última sección, sólo un pequeño porcentaje de mujeres jóvenes desarrolla un trastorno alimentario que cumple con todos los criterios del *DSM-IV*. Esto supone un gran desafío para los investigadores. Si los trastornos alimentarios derivan de la interacción de múltiples "causas" y cada una de ellas incrementa en cierta medida las posibilidades de padecerla, entonces para que un estudio comprobara que estos factores de riesgo son realmente importantes, se tendría que realizar un seguimiento de miles de jóvenes durante muchos años, desde antes de que el trastorno alimentario comenzara hasta los principios de la adultez, cuando todos aquellos que fueran a desarrollar un trastorno alimentario ya hubieran sido identificados. Los requisitos científicos y financieros para llevar a cabo dicho estudio son desalentadores y, hasta hoy, no se ha realizado ningún estudio a tal escala.

Lo que sí han identificado los investigadores son los *posibles* factores de riesgo —fenómenos biológicos, contextuales, sociales y psicológicos que parecieran aumentar la probabilidad de que un adolescente presente tanto síntomas de trastornos alimentarios como el síndrome totalmente desarrollado. Se han logrado describir una gran cantidad de tales factores de riesgo, pero la evidencia científica que sustenta a muchos de ellos dista mucho de ser concluyente. En la próxima sección, describiremos varios factores de riesgo sobre los cuales existe información y que pueden ayudarlo a examinar detenidamente por qué su hijo podría ser propenso a tener un problema de este tipo.

Sexo

Pertenecer al sexo femenino es el factor de riesgo más obvio y "confiable" para el desarrollo de un trastorno alimentario. Se han sugerido diversas teorías que van desde lo sociocultural hasta lo biológico para explicar este fenómeno, pero no se ha llegado a ninguna explicación concluyente en cuanto al por qué estos trastornos se manifiestan sistemáticamente más en mujeres que en hombres en diferentes culturas.

Pubertad

Aunque los trastornos alimentarios pueden aparecer en cualquier momento a lo largo de la vida, el período de mayor riesgo para que aparezcan, especialmente en el caso de la anorexia nerviosa, es el inicio de la pubertad o inmediatamente después de su inicio. Las alteraciones alimentarias y las conductas relacionadas con el peso también han sido detectadas en niñas preadolescentes. Tal como sucede con el sexo, no existen certezas del por qué el inicio de la pubertad incrementa el riesgo pero, en este caso, también se han sugerido teorías que van desde lo sociocultural (las niñas pueden ser más vulnerables durante la pubertad a las presiones sociales de ser delgadas, particularmente en el contexto de su cambio corporal, como en el caso del incremento en las reservas de grasa) hasta lo biológico (cambios hormonales que pueden activar otros procesos biológicos).

<CITA> "... el período de mayor riesgo para que aparezcan, especialmente en el caso de la anorexia nerviosa, es el inicio de la pubertad".

Química cerebral

Los indicios sugieren que las mujeres con trastornos alimentarios presentan algún tipo de alteración en el sistema cerebral de la serotonina, uno de los tantos neurotransmisores o sustancias químicas que actúan como mensajeros en el cerebro y regulan muchos fenómenos normales, incluso el estado de ánimo y la conducta, por ejemplo la alimentación. Sin embargo, aunque hay evidencia circunstancial de que el sistema de serotonina en individuos con trastornos alimentarios no es totalmente normal, no está claro exactamente cuál es el problema. Es más, es difícil dilucidar el asunto del "huevo y la gallina": ¿preceden las anomalías en la actividad serotoninérgica al desarrollo de los trastornos alimentarios e incrementan el riesgo? ¿O acaso las anomalías son sólo uno de los muchos cambios físicos que se dan como consecuencia de las alteraciones en el peso y la conducta alimentaria? Un reciente hallazgo, que nos lleva a la reflexión, identificó anomalías de la serotonina en personas que habían padecido anorexia nerviosa pero que ahora están totalmente recuperadas, lo que lleva a los investigadores a especular que dichas anomalías pudieron haber estado presente *antes* de que comenzara la enfermedad incrementando las probabilidades de su incidencia.

Genética

Los estudios han demostrado que los familiares de aquellos que padecen trastornos alimentarios tienen una mayor preponderancia de desarrollar los trastornos. Los familiares de aquellos individuos que padecen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa también presentan cifras más altas de trastornos alimentarios que no cumplen todos los criterios diagnósticos, lo que sugiere la existencia de un amplio espectro de patologías relacionadas con la alimentación en el seno

familiar. Por consiguiente, existe evidencia fehaciente de que los trastornos alimentarios pueden venir de familia. Además, estudios realizados en gemelos sugieren que los genes contribuyen en forma significativa a la incidencia de trastornos alimentarios en la familia. Eso significa que si un trastorno alimentario se desarrolla en un gemelo, es mucho más probable que el otro gemelo también lo padezca si son univitelinos (tienen la misma estructura genética) que si no lo son (bivitelinos).

<CITA> "... existe evidencia fehaciente de que los trastornos alimentarios vienen de familia".

Sin embargo, a pesar de que existe evidencia convincente de que las influencias genéticas contribuyen a la vulnerabilidad del sujeto de desarrollar un trastorno alimentario, no se ha detectado un gen o serie de genes en particular que se pueda asociar en forma sistemática con la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa. Parece probable que el desarrollo de estos trastornos esté influido no solamente por la estructura genética del individuo ni solamente por su contexto personal o social, sino también por una interacción compleja entre las dos dimensiones. Lo mismo puede suceder con otras conductas o trastornos que puedan tener un componente hereditario, tal es el caso de los atracones, la obesidad y el trastorno obsesivo-compulsivo, que pueden ser en sí mismas, afecciones coexistentes en individuos con trastornos alimentarios.

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

La importancia de la delgadez —y en términos más generales, del peso y la silueta corporal de una persona como medidas de valor personal— parece ser predominante en nuestra sociedad; de hecho, la preocupación por el peso y por las dietas es moneda corriente en los Estados Unidos y en otros países desarrollados. ¿Acaso este fenómeno cultural nos predispone a padecer un trastorno alimentario? De todos los posibles factores de riesgo implicados en la aparición de estos trastornos, éste —el ideal de delgadez predominante en la cultura occidental— puede ser el más conocido por el público general, dada la continua presentación de imágenes de personas delgadas, jóvenes y atractivas en los medios de comunicación. Donna, a cuya hija Chelsey le diagnosticaron anorexia nerviosa a los 16 años, tiene mucho que decir al respecto:

"Nuestra cultura identifica al éxito, la belleza y la popularidad con tener un cuerpo delgado. Debido a que esas actrices, modelos y cantantes de piel y hueso son muy exitosas, también se convierten en modelos de conducta para nuestros hijos. Por todos los cielos, son *estrellas* y aparecen en las tapas de cada revista que vemos. Luego, dentro de la revista, hay miles de avisos sobre dietas y sobre cómo perder peso. En la televisión ocurre lo mismo, e incluso, cuando entras a Internet, ves publicidades emergentes que aseguran que comprando cierto libro de dietas o píldoras adelgazantes, también podrás ser tan delgada y feliz como esa estrella de cine. Es terrible que se le atribuyan cualidades positivas a tener un cuerpo delgado. Pero, ¿cómo podemos esperar que nuestros hijos se valoren por quiénes son y lo que son cuando son continuamente bombardeados con todas estas imágenes?"

<CITA>"Nuestra cultura identifica al éxito, la belleza y la popularidad con tener un cuerpo delgado..."

El hecho de que los trastornos alimentarios se manifiesten principalmente en países desarrollados sugiere que las influencias culturales occidentales guiadas por los medios de comunicación, especialmente el ideal de delgadez, están de alguna manera conectadas con la aparición de dichos trastornos, aunque no se puede precisar exactamente cómo se da esto. En los países industrializados, en donde la exposición al ideal de delgadez y las dietas es prácticamente universal, en donde la insatisfacción con las medidas y la silueta es crónica —especialmente en mujeres— y en donde una mayoría abrumadora de ellas dicen que les gustaría adelgazar, solamente una pequeña cantidad de mujeres desarrolla trastornos alimentarios clínicamente significativos. Además, la incidencia de los trastornos alimentarios en otras partes del mundo indica que estas enfermedades no se limitan solamente a los lugares en donde se adopta el ideal de delgadez occidental. Aunque el imperativo occidental de ser delgado para ser atractivo puede incrementar las oportunidades de que una persona desarrolle un trastorno alimentario, otros factores también son importantes.

Raza y condición socioeconómica

Tradicionalmente, se pensaba que los trastornos alimentarios, especialmente la anorexia nerviosa, se daban en personas blancas de la clase media alta. Un estudio realizado en 1995 reveló que los padres cuyos hijos sufrían de anorexia nerviosa poseían un mayor nivel de educación (lo que refleja mayores medios económicos) pero, en general, los trastornos alimentarios pueden darse en todas las razas y culturas, sin importar la posición económica.

Rasgos de la personalidad

Se ha asociado sistemáticamente a la anorexia nerviosa con los rasgos de la personalidad y con el temperamento, entre ellos, la autoevaluación negativa, la baja autoestima, la complacencia extrema (sumisión a los deseos o sugerencias de otros), la obsesión y el perfeccionismo. Estos rasgos siguen siendo característicos de los individuos que padecen anorexia nerviosa, incluso después de su recuperación. De hecho, algunos estudios que se han centrado únicamente en aquellos individuos recuperados suponen que los rasgos que continúan presentes luego de la recuperación son perdurables y que precedieron la aparición del trastorno. El posible punto débil de esta suposición reside en que estos rasgos pueden no haber existido antes del desarrollo de la enfermedad, sino que pueden ser "cicatrices" características o de la personalidad por haber padecido la enfermedad.

Los trastornos alimentarios no discriminan

Uno de los errores generalizados sobre la prevalencia de los trastornos alimentarios es que solamente afectan a "niñas blancas". Sin embargo, como bien lo señala la Office on Women's Health (OWH), una creciente cantidad de jóvenes, tanto del sexo masculino como del femenino, pertenecientes a distintos grupos étnicos y raciales, padecen estos trastornos, aunque algunos casos no se dan a conocer "debido a la falta de estudios que incluyan a representantes de esos grupos". Según lo señalan las doctoras Marian Fitzgibbon y Melinda Stolley en *Minority Women: The Untold Story*, la razón por la que no se incluía a las minorías en las primeras investigaciones sobre trastornos alimentarios se debía a que la mayoría de los estudios se

llevaban a cabo en recintos universitarios o en clínicas. Ellas aducen que "por razones que tienen que ver con lo económico, con el acceso a la atención y con las actitudes culturales hacia el tratamiento psicológico, las mujeres blancas de clase media son las que buscaban tratamientos y, por lo tanto, se transformaban en el objeto de las investigaciones". Además, la OWH conjetura que las jóvenes pertenecientes a distintos grupos culturales y étnicos pueden no buscar tratamiento debido a la "dificultad para encontrar centros de tratamiento que sean conscientes de las diferencias culturales".

Dieta

La dieta es uno de los factores de riesgo de los que más se habla en relación con los trastornos alimentarios, sin embargo, es uno de los menos calificados. Parte del problema reside en cuestiones terminológicas. El término *dieta* es complejo en sí mismo, tiene muchos significados y se utiliza para referirse a diversas actitudes y conductas. En su acepción más elemental, la palabra *dieta* significa simplemente "nutrición habitual"— es decir, lo que comúnmente comemos y bebemos para vivir día a día. Una "dieta especial" puede ser aquella en la que algunos alimentos estén prohibidos, ya sea porque provocan una reacción alérgica, porque suben los niveles de colesterol o incluso porque los prohíbe la religión. También está el tipo de dieta que uno sigue para aumentar, o lo que se da con más frecuencia, bajar de peso.

Por supuesto, es con el significado de la pérdida de peso que este término es más utilizado. La National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity define al término dieta como "la restricción intencional y continua de la ingesta calórica con el propósito de reducir el peso corporal o modificar la silueta corporal, lo que da como resultado un sustancial equilibrio energético negativo". Esto implica que, en el sentido estricto de la palabra, la dieta debería llamarse "dieta" si dicha palabra se asocia con la pérdida de peso. Desde este punto de vista, los intentos de restringir la ingesta calórica que pueden no redundar en la pérdida de peso constituyen una dieta infructuosa y es importante observar que tales intentos son, con frecuencia, mencionados por individuos con síntomas de trastornos alimentarios. Desafortunadamente, la bibliografía sobre trastornos alimentarios no hace distinción entre los intentos eficaces y aquellos infructuosos para restringir la ingesta calórica, lo que dificulta la tarea de determinar si las dietas eficaces y aquellas infructuosas cumplen una función similar en el desarrollo de los trastornos alimentarios.

Otros términos también complican a la bibliografía. Por ejemplo, los términos *alimentación restringida* y *restricción dietética* se utilizan frecuentemente en los debates sobre los factores de riesgo en el desarrollo y la continuidad de los trastornos alimentarios. La restricción dietética, un estado mental vinculado al intento de hacer dieta, tiende a estar asociado con dietas infructuosas, pero tanto este término como *alimentación restringida* se utilizan para describir distintas actitudes y conductas, incluso el rechazo a la comida.

En parte debido a estas cuestiones terminológicas, la investigación sobre la relación entre las dietas y los trastornos alimentarios no es concluyente y no resuelve el grado en el que la "dieta" a la que se someten muchísimas mujeres jóvenes debe considerarse como un factor de riesgo para los trastornos alimentarios. Sin embargo, debería existir una distinción clara entre dieta y

conductas de pérdida de peso poco saludables —es decir, actividades que están asociadas con algún riesgo de daño físico, como lo son el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y píldoras adelgazantes, el completo rechazo a la comida durante largos períodos de tiempo (ayuno) y el ejercicio excesivo para adelgazar. Estos tipos de conductas *son* relevantes a la hora de debatir sobre los factores de riesgo de los trastornos alimentarios debido a que una cantidad importante de jóvenes recurre a este tipo de prácticas y es muy probable que estas conductas sean, para muchos, el comienzo del desarrollo de un trastorno alimentario que cumpla todos los criterios del *DSM-IV*.

<CITA> "... la investigación sobre la relación entre las dietas y los trastornos alimentarios no es concluyente..."

Actividades que se centran en
el peso y la silueta corporal

Las actividades que le dan importancia al peso y al aspecto (p. ej., el balé y la gimnasia) han sido estudiadas como factores independientes de riesgo para el desarrollo de la anorexia nerviosa. Se ha descubierto que, particularmente las bailarinas de balé, poseen una mayor prevalencia tanto de trastornos alimentarios diagnosticables como de síntomas de alteración alimentaria, con una prevalencia de la anorexia nerviosa expuesta en el *DSM-IV* que es entre 4 y 25 veces más alta que en la población general. Las modelos, las actrices, las animadoras y otras personas cuyo aspecto juega un papel importantísimo en sus carreras también son propensas a presentar un alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Pero incluso en estos casos, la causa y el efecto son difíciles de distinguir, ya que puede darse que los mundos del deporte y el arte atraigan a individuos que muestran obsesión por su silueta y su peso o que quizás posean otros factores de riesgo que contribuyan tanto a su elección de carrera como a la aparición de un trastorno alimentario.

<CITA> "Las modelos, las actrices, las animadoras y otras personas cuyo aspecto juega un papel importantísimo en sus carreras también son propensas a presentar un alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario".

Relaciones familiares

En la década del cincuenta, cuando la incidencia de prácticamente todos los problemas emocionales se explicaba en función de las teorías del psicoanálisis, se creía que algunos patrones de interacción familiar, especialmente en los primeros años de vida, eran factores causales del desarrollo de los trastornos alimentarios. Estas nociones nunca se confirmaron científicamente y, en nuestros días, los investigadores son mucho más cuidadosos al atribuir el riesgo de los trastornos alimentarios al contexto familiar. Suele haber una disfunción familiar cuando el joven presenta anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Sin embargo, es difícil dilucidar si dichos problemas familiares tienen algo que ver en el desarrollo del trastorno o si son meras manifestaciones de la angustia de un niño enfermo en una familia que sería normal si no estuvieran pasando por esa situación.

Influencia de pares

Dada la vulnerabilidad de los adolescentes a la presión de los pares, algunos pueden adoptar la obsesión desmedida por la silueta, el peso, la dieta o los atracones que observan en sus amigos. Sin embargo, no se ha puesto mucho énfasis en el estudio de hasta qué punto este efecto de "contagio" incide en los trastornos alimentarios. (En el capítulo 5, se tratará más a fondo la cuestión de la influencia o apoyo de los pares en la continuidad de los trastornos alimentarios, particularmente en la explicación de los sitios web "pro-ana" y "pro-mia" en las págs. 155-156.)

Trauma infantil

Se ha escrito mucho en los medios de comunicación populares sobre el papel de los traumas infantiles, en especial el abuso sexual, en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Aunque nuestro conocimiento es sustancialmente limitado, los estudios de investigación han revelado que es más probable que individuos con trastornos alimentarios tengan antecedentes de experiencias traumáticas que aquellos que no presentan tales trastornos. Sin embargo, existen otros dos hallazgos importantes. En primer lugar, se ha descubierto que entre los individuos que padecen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, sólo una minoría parece haber vivido esas historias. Bajo ningún punto de vista se puede afirmar que una joven ha desarrollado un trastorno alimentario porque sufrió abusos de niña. En segundo lugar, la incidencia de los traumas infantiles aumenta las posibilidades de desarrollar *muchos* problemas emocionales y conductuales, por lo que dichos traumas se perciben como un factor de riesgo no específico para una variedad de problemas que se presentan luego en la vida.

¿Qué otras afecciones pueden coexistir con los trastornos alimentarios?

El hecho de que muchos de los adolescentes que se enfrentan a los trastornos alimentarios también luchan con otros problemas emocionales, conductuales y psicológicos es no sólo desafortunado sino también muy común. De hecho, en todos los grupos etarios, más del 70% de aquellos que padecen anorexia nerviosa y alrededor del 75% de aquellos con bulimia nerviosa están afectados por dichos problemas. Es difícil determinar si estos problemas —a los que los profesionales de la salud denominan "afecciones comórbidas"— son posibles causas o consecuencias de los trastornos alimentarios, pero lo que sí está claro, es que su existencia puede complicar o retrasar el diagnóstico y el tratamiento del trastorno alimentario. Valerie ilustra esta cuestión con la siguiente historia:

"A los 13 ó 14 años, nuestra hija comenzó a mostrar muy poco interés por su aspecto personal en forma repentina. Comenzó a usar ropa holgada, a pasar mucho tiempo en su habitación sola con la puerta cerrada y a no mostrar interés alguno en participar en aquellas actividades con la familia y los amigos que siempre habían sido importantes para ella. Tampoco dormía bien. No sabíamos que le sucedía. Temíamos que estuviera consumiendo drogas. Ese no era el caso. En realidad, ese fue el primer signo de depresión. Recientemente hemos descubierto que para muchos pacientes la depresión crónica y la anorexia van de la mano".

"Nuestra hija sufría problemas duales que tardaron años en ser diagnosticados. No teníamos ningún conocimiento previo sobre los trastornos alimentarios. Luego de enterarnos de que era anoréxica, nos encontramos con una comunidad médica que no tenía idea de cómo ayudarla. Durante años, fue de centro en centro hasta que descubrimos cuál era el problema. Su enfermedad había sido diagnosticada en forma equivocada en repetidas ocasiones. Nadie parecía saber cómo tratarla. Debido a sus intentos de suicidio y su conducta irracional, fue internada en

un hospital psiquiátrico público, en donde se la alimentaba por tubos. Sin embargo, no recibía tratamiento alguno para su problema con la anorexia a excepción de los suplementos alimentarios. Luego de dos años o más, le dieron el alta y le dijeron que necesitaba tratarse con algún especialista en anorexia. Para nosotros no fue ninguna sorpresa, ya que para ese momento, sentíamos que sabíamos más que los médicos".

La frustración que experimentó Valerie por las dificultades para reconocer y tratar las enfermedades coexistentes de su hija es comprensible. Desafortunadamente, otros trastornos emocionales, conductuales y psicológicos comparten a menudo síntomas que son similares a los de los trastornos alimentarios, dificultando el diagnóstico.

<CITA> "...otros trastornos emocionales, conductuales y psicológicos comparten a menudo síntomas que son similares a los de los trastornos alimentarios..."

Otros trastornos que pueden manifestarse junto con los trastornos alimentarios son los siguientes:

- Trastornos del estado de ánimo. Las alteraciones significativas del estado de ánimo, denominadas "trastornos afectivos" por los profesionales de la salud mental, suelen darse conjuntamente con la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Particularmente, muchos individuos con trastornos alimentarios también padecen trastornos depresivos graves. Según el *DSM-IV*, una depresión mayor supone estar deprimido o irritado casi todo el tiempo o perder el interés y el goce en casi todo. No es sólo un caso pasajero de tristeza, ni una señal de debilidad de la persona. Tampoco se lo puede esconder. Tiene una duración mínima de dos semanas y se lo asocia con otros síntomas, tales como el cambio en los hábitos alimentarios y del sueño, la falta de energía, la baja autoestima, los problemas para concentrarse o los pensamientos suicidas. Los trastornos afectivos como la depresión mayor pueden comenzar antes o después de la aparición de los trastornos alimentarios y también pueden manifestarse conjuntamente.
- Trastornos de ansiedad. Las personas con trastornos de ansiedad sufren de una preocupación y tensión desproporcionadas, incluso cuando no hay mucho de qué preocuparse. Los síntomas se pueden manifestar tanto física como emocionalmente. Dos tipos de trastornos de ansiedad que suelen anteceder a la aparición de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa son la fobia social (timidez excesiva en situaciones sociales) y el trastorno obsesivo-compulsivo o TOC (obsesionarse con una idea y sentirse forzado a realizar ciertos rituales por una necesidad imperiosa).
- Trastorno por el consumo de sustancias. Aquellas personas que padecen de trastornos alimentarios, especialmente los que tienen bulimia nerviosa y los que sufren del subtipo compulsivo/purgativo de la anorexia nerviosa, tienen una tendencia al consumo de sustancias, como el alcohol, la cocaína y la marihuana. Tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa, el abuso de sustancias tiende a comenzar luego de la aparición de la enfermedad.
- Trastornos de la personalidad. Se definen como el conjunto de rasgos de la personalidad que afecta seriamente la capacidad de las personas para desenvolverse socialmente o que causan

angustia personal. Algunos investigadores consideran a los trastornos de la personalidad como afección comórbida importante de los trastornos alimentarios. Entre los trastornos de la personalidad que pueden surgir junto con la anorexia nerviosa está, por ejemplo, el trastorno de la personalidad evasiva, que se caracteriza por presentar reacciones de hipersensibilidad frente al rechazo y las críticas, la baja autoestima y el retraimiento social. Una afección comórbida típica asociada con la bulimia nerviosa es el trastorno límite de la personalidad, el cual está marcado por la impulsividad, las relaciones interpersonales intensas o caóticas, la imagen inestable de sí mismo y las emociones extremas, como la ira intensa e inadecuada. Sin embargo, y sobre todo en adolescentes, puede ser muy difícil dilucidar si tales síntomas son manifestaciones de un trastorno alimentario, los cuales se reducirán si el trastorno se trata satisfactoriamente o si en realidad son indicadores de la existencia de un trastorno de la personalidad. En cualquier caso, muchos profesionales de la salud mental se muestran renuentes a diagnosticar un trastorno de la personalidad a individuos menores de 18 años debido a que en la adolescencia se producen muchos cambios psicológicos.

Otro fenómeno que puede complicar el diagnóstico de los trastornos alimentarios es lo que los profesionales de la salud mental denominan "migración diagnóstica", que es el desplazamiento de la enfermedad de un individuo a través de distintas categorías diagnósticas que va de un trastorno alimentario o subtipo a otro. Aunque algunas personas pasan de la bulimia nerviosa a la anorexia nerviosa, el cambio más frecuente se da desde el subtipo restrictivo de la anorexia nerviosa al subtipo compulsivo/purgativo, lo que refleja el desarrollo de los síntomas bulímicos. Algunos individuos aumentan de peso por los atracones, lo cual conlleva un cambio en el diagnóstico que pasa de la anorexia nerviosa, subtipo restrictivo o subtipo compulsivo/purgativo, a la bulimia nerviosa. Un estudio llevado a cabo en 2002 reveló que más del 50% de los pacientes adolescentes y adultos con anorexia nerviosa, subtipo restrictivo, desarrollaron síntomas bulímicos. Se desconoce cuáles son los factores que llevan al desarrollo de los síntomas bulímicos en personas que padecen el subtipo restrictivo de anorexia nerviosa. Tampoco se puede precisar el transcurso de tiempo en el que se da dicho desarrollo.

El peligro de no actuar

"Luego de que Jody admitió ser bulímica —comenta Shirley— me dirigí inmediatamente a la biblioteca local para buscar recursos. Allí encontré un libro sobre la anorexia. Me permitió obtener algo de información sobre el tema, pero no me di cuenta en ese momento que no podía escuchar lo que no quería escuchar. Mi negación, ideas falsas y malentendidos sobre la enfermedad hacían que ignorara información que yo ingenuamente pensaba se aplicaba a todos los demás que sufrían alteraciones alimentarias.

"Además, Jody insistió en no contarle a nadie —ella decidiría cuando y a quién le contaría sobre su enfermedad. Nos dijimos que estábamos respetando su deseo. Ya no puedo mentirme a mí misma. Me daba tanta vergüenza como a Jody reconocer su conducta y a mí me gustaban los *resultados* de esa conducta tanto como a ella —tenía una hija esbelta y bonita— cuánto orgullo desmedido, cuánta ignorancia y cuán poca humanidad. Nuestro silencio me daba una sensación de soledad en mis temores por mi hija y la negación no nos permitía entender muchas cosas".

<CITA> "... la negación no nos permitía entender muchas cosas".

Susan siente lo mismo con respecto a la lucha de su hija Vanessa frente a la anorexia nerviosa.

"Sabía que había problemas, pero cuando Vanessa me rogó que la dejara ir a un viaje de excursionismo que duraba tres semanas, la dejé ir porque me prometió que comería". Sin embargo, cuando regresó de su viaje, había perdido 15 libras. El mejor consejo que puedo darle a otros padres es que no escondan la cabeza en el suelo. No crean que es sólo una etapa que pasará. Sigán sus instintos y, si están preocupados, hagan algo al respecto. Es mejor recibir reprobación por parte de los demás por ser una alarmista que dejar que tu hija se enferme cada vez más porque su trastorno alimentario no está siendo tratado".

<CITA> "Sigán sus instintos y, si están preocupados, hagan algo al respecto".

Así es en verdad. Al enfrentarse con la posibilidad de que su hijo pueda padecer un trastorno alimentario, sus reacciones iniciales pueden ser la alarma, la incredulidad, la negación, el enojo, el desconcierto— en resumen, un aluvión de sentimientos muy fuertes— y quizás hasta sienta culpa por ser responsable de alguna manera de la enfermedad de su hijo. Sin embargo, a pesar de todos los sentimientos contra los que está luchando, es de suma importancia que no se deje abrumar o paralizar por ellos. También es importante que tenga en cuenta que todos estos trastornos son complejos y que pueden manifestarse en cualquier familia. Se dan por razones desconocidas que pueden involucrar factores que escapan del control consciente de cualquier persona. Sin embargo, lo que *sí* está bajo su control, como padre, es su forma de enfrentar la situación en este momento. En el momento de enfrentarse con las signos o las señales de alerta evidentes que indican que su hijo tiene un problema grave, usted debe tomar el control, enfrentar el problema de lleno y actuar en beneficio de su hijo buscando ayuda médica ahora, de la misma manera que actuaría si su hijo tuviera una enfermedad grave netamente física. Hacer lo contrario—como dice Susan "esconder la cabeza en el suelo"— es arriesgarse a enfrentar problemas más serios en el futuro.

Complicaciones médicas de los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios están asociados a complicaciones médicas graves que pueden resultar fatales. La mayoría de las complicaciones se derivan de la desnutrición o de las conductas poco saludables que se utilizan para controlar el peso, como los vómitos. Los adolescentes que no cumplen todos los criterios de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, pero que poseen síntomas de trastornos alimentarios, también pueden tener el riesgo de desarrollar estas complicaciones. Aunque pueden llegar a ser muy graves, la mayoría de las complicaciones pueden revertirse con rehabilitación nutricional y mejoras sintomáticas. Sin embargo, para aquellos adolescentes cuyo crecimiento y desarrollo no han finalizado, las consecuencias médicas de los trastornos alimentarios pueden ser duraderas e irreversibles. Las complicaciones que son particularmente preocupantes en los adolescentes incluyen el retardo del crecimiento, el retraso o la detención del desarrollo puberal y los problemas en la adquisición de masa ósea.

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Las complicaciones médicas más notables de la anorexia nerviosa son causadas por la desnutrición. Los músculos se debilitan, las mejillas se hundén y los huesos sobresalen de la piel,

la que a su vez puede ser pálida, seca y de color amarillo. La temperatura corporal es usualmente baja y tanto las manos como los pies del individuo pueden estar fríos y azulados por lo que puede necesitar llevar varias capas de ropa para mantener la temperatura a un nivel normal. Los brazos, la espalda y el rostro pueden llegar a cubrirse de un vello fino y sedoso (lanugo). El cuero cabelludo está seco, sin vida y quebradizo. También se puede evidenciar la pérdida de cabello. Tanto el pulso en reposo como la presión sanguínea son bajos —por ejemplo, el pulso puede llegar a ser de entre 30 y 40 latidos por minuto, en contraste con el promedio normal que es de entre 60 y 100 latidos por minuto— y los cambios que pueden darse tanto en el pulso como en la presión sanguínea, como cuando ocurre cuando la persona se pone de pie, pueden provocar mareos o desmayos.

La desnutrición puede causar el deterioro del funcionamiento del corazón y del sistema cardiovascular que pone en peligro la vida. Los efectos de la desnutrición se ven a menudo agravados por las alteraciones en los electrolitos, minerales como el sodio y el potasio que se necesitan para mantener las funciones físicas tales como el ritmo cardíaco, la contracción muscular y el funcionamiento cerebral. Esta alteración electrolítica suele darse con más frecuencia en aquellos que vomitan o abusan de los laxantes y diuréticos. Las personas que beben cantidades excesivas de agua, ya sea para calmar el hambre o para aumentar falsamente el peso corporal antes de una visita médica, corren el riesgo de bajar los niveles de sodio (hiponatremia), de tener convulsiones, entrar en coma o incluso de morir por "intoxicación por agua".

Durante las primeras etapas de la realimentación se pueden dar algunas complicaciones médicas como la insuficiencia cardíaca congestiva. Las quejas de hinchazón y constipación también son frecuentes en los pacientes con anorexia nerviosa, dando señales de vaciamiento gástrico retardado y de disminución del funcionamiento intestinal. La desnutrición también hace que el metabolismo sea más lento y que por lo tanto necesite de menos calorías para funcionar. A menudo se manifiesta la supresión de la médula ósea, lo que resulta en un recuento bajo de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas. A pesar del recuento bajo de glóbulos rojos, no parece haber un aumento en el riesgo de infección. Las complicaciones neurológicas más graves acarreadas por los trastornos alimentarios son las convulsiones y la atrofia cerebral (una reducción en el tamaño del cerebro), como así también los problemas de atención, concentración y memoria.

La incidencia de la anorexia nerviosa antes de la finalización del crecimiento del individuo interfiere en el desarrollo óseo. Algunos adolescentes pueden no llegar jamás a alcanzar su estatura total. El retraso del crecimiento óseo se da más en los varones adolescentes que en las mujeres ya que en promedio, los varones siguen creciendo por dos años más que las mujeres, cuyo crecimiento se completa prácticamente en la primera menstruación (usualmente alrededor de los 12 años). Tanto en los varones como en las mujeres, la anorexia nerviosa provoca alteraciones en los cambios hormonales propios de la pubertad. Por ejemplo, como ya se ha mencionado, la pérdida de la menstruación, o amenorrea, es una de las características principales de la anorexia nerviosa en las mujeres. Las hormonas de las glándulas pituitarias y de los ovarios que se encargan de controlar la menstruación son bajas y el tamaño tanto del útero como del ovario se reducen. Sin embargo, si se recupera el peso y vuelven los períodos menstruales, la capacidad de concebir debería ser normal.

<CITA> "...la pérdida de la menstruación, o amenorrea, es una de las características principales de la anorexia nerviosa en las mujeres".

Un grave efecto secundario de la amenorrea prolongada y del bajo nivel de estrógenos es la osteopenia, una disminución importante de la masa ósea. Está relacionada con la nutrición inadecuada, el bajo peso corporal, la falta de estrógenos y los altos niveles de cortisol (una hormona segregada por la glándula suprarrenal responsable de muchos de los efectos fisiológicos del estrés) en el flujo sanguíneo. La disminución de la densidad ósea en las mujeres con anorexia nerviosa es más grave que la de aquella relacionada con otras afecciones asociadas con la amenorrea y con el bajo nivel de estrógenos, lo cual indica que, además de la falta de estrógenos, los factores nutricionales tienen un papel importante.

La adolescencia es un momento crucial para la adquisición de masa ósea. El hecho de que una joven pueda desarrollar osteoporosis en el futuro no depende solamente de la cantidad de pérdida ósea en la etapa adulta, sino también de la cantidad de masa ósea presente en la madurez ósea, a la que se suele llamar "pico máximo de masa ósea". Muchos estudios han comprobado que este pico se alcanza hacia el final de la segunda década de vida. Una mujer que desarrolla anorexia nerviosa en la adolescencia puede no alcanzar el pico máximo de masa ósea, lo que aumenta el riesgo de sufrir fracturas. Este riesgo puede continuar durante años luego de haberse recuperado del trastorno.

Debemos reiterar que la anorexia nerviosa posee una de las tasas de mortalidad más altas entre los trastornos psiquiátricos. Las causas de muerte más comunes entre los pacientes que se encuentran luchando contra el trastorno son la inanición y el suicidio. La tasa de suicidios entre mujeres que padecen de anorexia nerviosa es aproximadamente 50 veces mayor que entre mujeres de edad similar de la población general.

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LA BULIMIA NERVIOSA

Las conductas bulímicas, como el vómito autoinducido y el abuso de laxantes y diuréticos, pueden llevar directamente a la deshidratación y a alteraciones electrolíticas. En forma indirecta, también pueden causar retención de líquidos cuando estas conductas inadecuadas cesan abruptamente y el cuerpo se "sobrecompensa" de esa manera.

La disminución en el nivel de potasio en la sangre (hipocaliemia) es la alteración electrolítica más común entre los pacientes que vomitan y utilizan laxantes o diuréticos. Si el nivel de potasio baja lo suficiente, se pueden manifestar alteraciones del ritmo cardíaco que pueden hacer peligrar la vida. La ingesta desmedida de eméticos (medicamentos como la ipecacuana, que se utiliza para inducir el vómito en caso de intoxicación accidental) puede causar debilidad muscular, insuficiencia cardíaca congestiva, paro cardíaco e incluso la muerte.

Los atracones y los vómitos pueden causar la dilatación de las glándulas parótidas y salivales. El vómito recurrente puede provocar la erosión del esmalte dental, la enfermedad del reflujo gastroesofágico y la inflamación o el desgarramiento del esófago. Algunos individuos consumen tantos alimentos durante un atracón que tanto su estómago como su esófago sufren un desgarramiento. Afortunadamente, estos sucesos no son muy comunes ya que suelen ser fatales.

Perspectivas futuras

A lo largo de este capítulo, la letanía, a veces desalentadora, de lo que se sabe y lo que no sobre los trastornos alimentarios y de todo lo que puede salir mal una vez que se han desarrollado, opaca un punto importantísimo: que la mayoría de las personas con estos trastornos sí se recuperan, especialmente si se los detectan y tratan adecuadamente en forma inmediata.

<CITA> "...la mayoría de las personas con estos trastornos sí se recuperan..."

Entre los adolescentes, hasta un 70% de aquellos que padecen anorexia nerviosa se recuperan con el tiempo, el 20% mejora pero continúa teniendo síntomas residuales y los restantes continúan luchando de manera crónica con el trastorno. Se suelen dar recaídas o se puede llegar a volver a la alteración de las conductas alimentarias luego de un tratamiento que ha sido eficaz inicialmente. Además, la enfermedad tiene, en realidad, una de las tasas de mortalidad más altas entre los trastornos psiquiátricos. La tasa de mortalidad durante la adolescencia es baja, sin embargo y, en última instancia, los resultados más positivos han sido observados en individuos de entre 12 y 18 años con una corta duración de la enfermedad.

La mayoría de los adolescentes y adultos que padecen bulimia nerviosa también se recuperan con el tiempo, con tasas de recuperación que van desde el 35% al 75% luego de cinco años o más. La enfermedad no suele ser fatal y, nuevamente, tanto el diagnóstico como el tratamiento temprano son factores importantes en el momento de la recuperación.

El camino a recorrer como padre de un adolescente con un trastorno alimentario puede no ser fácil. Puede pasar meses, e incluso años, ayudando a su hijo a enfrentar todas las dificultades que presenta la enfermedad. Pero juntos, y con la adecuada intervención de profesionales calificados, pueden luchar esta batalla y ganarla.

Valerie cuenta la siguiente historia sobre su hija, Audra, quien ahora es una mujer adulta cuya lucha contra la anorexia nerviosa comenzó hace 15 años: "Se sometió a tratamientos buenos y malos. Fue tratada de forma ambulatoria, hospitalaria y residencial. Recibió diagnósticos equivocados, le dieron drogas que no necesitaba y quedó perdida entre las fallas de sistemas que no estaban capacitados para reconocer los trastornos alimentarios. Debido a la anorexia, padece irregularidades cardíacas y osteoporosis y ha perdido el funcionamiento de los riñones. Desde que le dieron el alta, su vida diaria ha estado repleta de visitas a innumerables médicos. Esta situación continuará hasta que el psiquiatra considere que ha estado en remisión por el tiempo suficiente como para poder espaciar dichas visitas.

"Aún así, nuestra hija está logrando llevar una vida bastante normal. Se casó, tiene una hija, se ocupa de las tareas familiares, va a la iglesia y le gustaría tener otro hijo dentro de algunos años. A veces habla de la posibilidad de retomar los estudios y convertirse en fisioterapeuta. Lucha diariamente con su peso y su voluntad para comer. Sabe que esto la acompañará por el resto de su vida, pero el tratamiento correcto la ha ayudado a querer seguir. Los sueños están vivos".

<CITA> "...el tratamiento correcto la ha ayudado a querer seguir. Los sueños están vivos".

La madre de Phil, Cathleen, agrega: "Si su hijo se encuentra en la etapa de recuperación de la anorexia nerviosa, lo más importante que puede hacer como padre es asegurarse de que mantenga el peso "objetivo" establecido por el médico. Llegar [a ese peso] fue duro para Phil, pero cuanto más cerca estaba de llegar, mejor funcionaba su cerebro y eventualmente comenzó a

comprender que adelgazar sería peligroso, ya que haría que el ciclo comenzara nuevamente. Así nos aferraremos a esa idea por mucho tiempo para que pueda continuar pensando claramente, concentrado en su recuperación."

Capítulo tres

El tratamiento adecuado para su hijo: terapia, medicación y más

Enfrentar el hecho de que su hijo pueda padecer un trastorno alimentario es tan sólo el primer paso del proceso. El próximo paso a seguir es encontrar el tratamiento adecuado. En primera instancia, dicha tarea quizás parezca abrumadora. ¿Por dónde comenzar? Dado que los trastornos alimentarios entrañan tanto problemas psicológicos como complicaciones físicas, ¿debe consultar primero a un médico general o a un psicólogo? ¿O debe consultar a un especialista en trastornos alimentarios? En caso de que se confirmara el diagnóstico, ¿en qué consistirá el tratamiento y cuánto tiempo demandará? ¿Será necesaria la internación? ¿Qué costo tendrá el tratamiento? ¿Lo cubrirá el seguro?

Todas estas consideraciones cobran importancia cuando se inicia la búsqueda de un tratamiento para un adolescente que padece un trastorno alimentario. Para ayudarlo a usted y a su hijo a realizar elecciones fundamentadas durante el proceso, este capítulo analiza los distintos entornos (p. ej. internación y tratamiento ambulatorio), enfoques (p. ej. psicoterapia y medicación) y métodos de prevención de recaídas que puede hallar a lo largo del camino. Además, provee una guía que lo ayudará a recorrer el sistema de atención médica.

La búsqueda del tratamiento: por dónde comenzar

Los expertos en trastornos alimentarios aconsejan, como primer paso, concertar una cita con un médico general. Sería conveniente que fuese alguien que su hijo conozca y en quien confíe, por ejemplo, el pediatra o el médico familiar. Se necesitará un examen médico para determinar la condición física general de su hijo y para desechar otras causas que puedan estar generando los síntomas, entre ellos, pérdida de peso repentina o pulso cardíaco lento. También es de suma importancia para determinar si se necesita una intervención intensiva inmediata, por ejemplo, la internación. Aunque esta evaluación es necesaria, algunas veces no es concluyente: los exámenes físicos de rutina, como los análisis de sangre, a menudo son absolutamente normales y son limitados para definir el diagnóstico. Por lo tanto, como la detección y el tratamiento temprano son cruciales, pídale a su médico que lo derive a un especialista en trastornos alimentarios para estar seguros. La madre de Audra, Valerie, comenta: "En mi experiencia, algunos miembros de la comunidad médica general no cuentan con un profundo conocimiento sobre la detección o el tratamiento de los trastornos alimentarios. En el momento en el que se detecta el problema, el paciente ya puede estar en riesgo de perder su vida. Si su compañía aseguradora no cubre la consulta, busque un especialista y consiga la cita usted mismo. Tendrá que estar dispuesto a pagar dicha consulta."

<CITA> "...pídale a su médico que lo derive a un especialista en trastornos alimentarios..."

La perspectiva de encontrar un especialista calificado por cuenta propia puede parecer una tarea sobrecogedora; sin embargo, existen numerosas organizaciones —por ejemplo, las asociaciones de salud mental y las organizaciones psicológicas o psiquiátricas profesionales de su ciudad— que pueden asistirlo y derivarlo a proveedores que se encuentren dentro de su área. Otra opción es comunicarse con su compañía aseguradora para que lo deriven, lo que también le asegurará que el tratamiento esté cubierto dentro de su póliza. Además, hay muchísimas asociaciones nacionales de trastornos alimentarios que pueden ayudarlo a encontrar el tratamiento adecuado. Sus nombres, números telefónicos y direcciones están incluidos en la sección Recursos al final de este libro.

En caso de que el médico confirme que su hijo padece un trastorno alimentario y lo derive a un especialista, no llame con la expectativa de que atenderán a su hijo al día siguiente. Debido a la limitada cantidad de profesionales especializados en trastornos alimentarios, algunos proveedores de tratamientos tienen largas listas de espera. Puede que tenga que esperar semanas, o hasta meses, para que alguno de ellos pueda atender a su hijo. Esta demora, junto con la preocupación sobre el problema de su hijo, puede incrementar la tensión familiar. Donna comenta:

"Como Chelsey manifestaba signos que nos hacían sospechar que padecía un trastorno alimentario, mi esposo, Eric, y yo insistimos en que consultara al médico familiar, quien la había atendido desde pequeña. Se resistió, pero como no cedimos, terminó yendo. Una vez allí, el médico nos recomendó que se le realizara una evaluación en un centro especializado en trastornos alimentarios. Tanto Eric como yo estábamos aliviados ya que pensamos que recibiría la ayuda necesaria de manera inmediata, pero debimos esperar dos meses para que alguien pudiera tan solo verla. A lo largo del período de espera, debimos controlarla físicamente y nuestra relación con ella se volvió tensa. No entendía que lo hacíamos para ayudarla. De cualquier manera, una vez que finalmente la examinaron, el especialista del centro nos recomendó que se sometiera a un tratamiento hospitalario, pero ella lo rechazó categóricamente. Entonces, acepté llevarla todos los días para que recibiera tratamiento ambulatorio con la condición de que si bajaba sólo una onza, sería internada. No era la situación ideal para ninguno de nosotros, pero al menos estaba recibiendo ayuda".

<CITA> "No entendía que lo hacíamos para ayudarla".

¿Qué implica el tratamiento?

Tal como sucede con la mayoría de las enfermedades graves, el tratamiento de los trastornos alimentarios es un arte y una ciencia. La ciencia provee los hechos: cuáles son los tratamientos que funcionan, cuáles no dan buenos resultados y cuáles son las complicaciones acarreadas por los distintos tratamientos. Desafortunadamente, la base científica para los tratamientos de los trastornos alimentarios, especialmente entre adolescentes, dista de ser completa. El arte reside en combinar la escasa base científica con elementos que "funcionan" para un adolescente en particular que vive en una familia y una comunidad determinadas y en diseñar un enfoque adecuado y eficaz al tratamiento. La experiencia del médico y su habilidad para trabajar con el adolescente y su familia son elementos importantes en el arte del tratamiento.

Desde la década del noventa, cada vez son más los profesionales de la salud y las organizaciones que pagan los tratamientos, como las compañías aseguradoras y el gobierno, que sostienen que todos los tratamientos médicos deberían estar "basados en evidencias". Esto quiere decir que los únicos tratamientos que deberían utilizarse (y pagarse) son aquellos que han demostrado ser eficaces mediante estudios científicos rigurosos. En teoría, este principio es excelente. Sin embargo, en muchas áreas de la medicina, incluso en la de los trastornos alimentarios, la "base de evidencias" es muy pequeña, lo que hace que sea prácticamente imposible para los proveedores formular recomendaciones basadas en evidencias con total seguridad. No existen estudios científicos que indiquen cuál es el tratamiento óptimo para los adolescentes que padecen trastornos alimentarios en términos de cuándo debería comenzar, dónde debería ser llevado a cabo o quién debería proveerlo. Por consiguiente, las recomendaciones para el tratamiento en adolescentes con trastornos alimentarios, incluso para aquellos tratamientos que se detallarán en este capítulo, se basan en la experiencia y en la transferencia del conocimiento algo más avanzado que se posee sobre los adultos a los adolescentes.

En general, los expertos coinciden en que la terapia debe comenzar lo antes posible luego del diagnóstico. Tanto los proveedores, como los padres y el paciente deben trabajar juntos para determinar el tratamiento a seguir. Lamentablemente, como lo ejemplifica la historia de Donna, el entorno en donde se llevará a cabo el tratamiento y el médico más adecuado para tal fin, se determinan, al menos en parte, por la disponibilidad.

Un plan exhaustivo que aborde todas las complejidades de la enfermedad debe incluir un seguimiento médico, físico y nutricional; una intervención psicoterapéutica y, de ser necesario, un control de medicación. Distintos profesionales, entre ellos, los médicos (psiquiatras, proveedores de atención primaria o especialistas en medicina adolescente), los psicólogos, los trabajadores sociales y los nutricionistas, familiarizados con los síndromes como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón pueden jugar un papel muy importante para que el tratamiento sea eficaz. Por lo tanto, encontrar el tratamiento y los proveedores que sean más convenientes para su hijo y para el resto de la familia puede llevar su tiempo. Además, debido a la relativa falta de certeza científica sobre lo que constituye el "mejor tratamiento", es importante que usted tenga en cuenta las distintas opciones que existen y que utilice su propio criterio para determinar cuáles son las más adecuadas para usted y su familia.

También es importante que tenga en cuenta que un tratamiento eficaz se construye, al menos en parte, con la confianza establecida entre su hijo y el equipo de profesionales que lo trate. Esa confianza no nace de la noche a la mañana y la mayoría de los padres entrevistados para este libro enfatizaron el tiempo que les llevó encontrar uno o varios proveedores que "funcionaran" para sus hijos. Entre los obstáculos a vencer se encontrará, en primera instancia, con la resistencia bastante intensa de su hijo con respecto al tratamiento. Debido a que las personas que padecen trastornos alimentarios inicialmente suponen que el objetivo principal del tratamiento es hacerlos aumentar de peso, son reacios a confiar en los proveedores o a permanecer en dicho tratamiento por mucho tiempo. Por ejemplo, después de una o dos sesiones, su hijo puede decirle que ya no necesita ver al terapeuta o que puede ponerle fin a las alteraciones de su conducta alimentaria por sus propios medios. Pero, en realidad, incluso con tratamiento, puede que la recuperación de una persona que padece un trastorno alimentario lleve mucho tiempo. Como padre, usted puede jugar un papel importante en mantener la determinación, tanto suya como la

de su hijo, para darle el tiempo suficiente al proceso de tratamiento y a los proveedores para que trabajen y demuestren resultados positivos. Al mismo tiempo, sin embargo, debe permanecer alerta: si luego de un período razonable usted nota que su hijo no está logrando progreso alguno (p. ej., sigue perdiendo peso o continúa manifestando signos de atracones y purgas), puede ser necesario que busque otros enfoques y otros proveedores.

Pautas profesionales para evaluar y tratar los trastornos alimentarios

Distintas organizaciones profesionales han desarrollado pautas para ayudar a los médicos a evaluar y tratar los trastornos alimentarios en adolescentes. Una de estas organizaciones es la Society for Adolescent Medicine (SAM), cuyos miembros incluyen profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología, la salud pública, el trabajo social, la nutrición, la educación y la legislación. Publicadas en 2003, las pautas del SAM establecieron cinco puntos importantes relacionados con el tratamiento de los adolescentes que padecen trastornos alimentarios.

1. El diagnóstico debe considerarse dentro del contexto del crecimiento y desarrollo normal de los adolescentes, ya que éstos, especialmente los más jóvenes, pueden presentar serios riesgos de salud asociados con las prácticas de control de peso disfuncionales, aunque no cumplan todos los **criterios del DSM-IV (DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)**.
2. En los adolescentes, el tratamiento debe iniciarse cuando los niveles sintomáticos son más bajos que en los adultos.
3. El control nutricional debe reflejar la edad del paciente, su etapa puberal y el nivel de su actividad física.
4. El tratamiento familiar debe considerarse como una parte importante del tratamiento para la mayoría de los adolescentes y los servicios de salud mental deben abordar las dimensiones psicológicas de los trastornos alimentarios, los desafíos de desarrollo de los adolescentes y las posibles afecciones psiquiátricas coexistentes.
5. La evaluación y el tratamiento de los adolescentes son más óptimos si están a cargo de un equipo de profesionales que posee conocimientos sobre el desarrollo normal del adolescente, tanto físico como psicológico. La internación es necesaria en caso de existir desnutrición grave, inestabilidad fisiológica, alteración mental grave o si el tratamiento ambulatorio resulta en un fracaso.

Otra organización, la American Academy of Pediatrics (AAP) también publicó una declaración en 2003 sobre el tratamiento para adolescentes con trastornos alimentarios y sobre el papel que juegan los proveedores de atención primaria en la detección y el tratamiento de dichos trastornos. La declaración de la AAP enfatizó la función primordial que tienen los pediatras de atención primaria —como parte de la atención preventiva de rutina— para detectar la aparición de trastornos alimentarios y para detener su evolución en las primeras etapas de la enfermedad. Además, debido a la relación establecida con el paciente, los proveedores de atención primaria ya poseen una relación de confianza con él y con su familia y suelen poseer el conocimiento y las habilidades necesarias para controlar la salud. La declaración de la política de la AAP también recomendó que el tratamiento para los trastornos alimentarios sea rápido y agresivo y agregó que la internación es necesaria en caso de que surjan necesidades médicas o psiquiátricas o en el caso de que un paciente no respondiera al tratamiento intensivo ambulatorio.

En enero de 2004, el National Institute for Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido publicó una serie de pautas que incluyen recomendaciones para la detección, el tratamiento y el control de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos alimentarios no especificados (incluso el trastorno por atracón). Estas pautas también incluyen recomendaciones generales sobre el tratamiento de los adolescentes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Se incluyen a continuación algunas de dichas recomendaciones:

1. Los miembros de la familia, incluso los hermanos, normalmente deben incluirse en el tratamiento de niños y adolescentes que padecen trastornos alimentarios.
2. El crecimiento y el desarrollo de los niños y adolescentes con trastornos alimentarios deben controlarse de cerca. En caso de que el desarrollo se retrase o el crecimiento se detenga a pesar de poseer una nutrición adecuada, se debe pedir la opinión de un pediatra.
3. Los profesionales de la salud que tratan a niños y adolescentes con trastornos alimentarios deben estar alertas a indicadores de abuso (emocional, físico y sexual) y deben seguir atentos a lo largo del tratamiento.
4. **Se debe respetar el derecho de confidencialidad de los niños y adolescentes que padecen trastornos alimentarios.**

Además, muchos programas incluyen sesiones de terapia familiar, lo que puede parecer intimidante para muchos padres. Como comenta la madre de Audra, Valerie: "Amamos muchísimo a nuestra hija y por mucho tiempo asistimos a terapia individual, familiar y de grupo. Estábamos dispuestos a hacer cualquier cosa que pudiera ayudarla. Por años, escuchamos a varios profesionales de la salud mental decir que los problemas de Audra eran culpa nuestra, así que siempre pensamos que teníamos que llevar ese gran peso sobre nuestros hombros. Cuando nuestra hija comenzó a ver a un terapeuta especializado en trastornos alimentarios, lo mejor para nosotros, como padres, fue que por fin nos dijeron que no habíamos causado su enfermedad. No te imaginas lo aliviados que estábamos al descubrir que no teníamos la culpa."

De hecho, la nueva evidencia revela que la terapia familiar es una intervención eficaz para tratar la anorexia nerviosa y que también puede ser útil para tratar la bulimia nerviosa. Por consiguiente, si el equipo de profesionales a cargo del tratamiento sugiere sesiones de terapia familiar, no se resista a participar por temor a que se lo ataque constantemente o a que se lo acuse de causar los problemas de su hijo. Como se trató en el capítulo 2, no se conocen las causas principales de los trastornos alimentarios. Un buen terapeuta evitará entrar en el juego de "quién tiene la culpa" e intentará centrarse en la recuperación de su hijo y en su participación como componente vital de ese proceso. La experiencia de Cathleen con el tratamiento de su hijo Phil ejemplifica este punto:

<CITA> "Un buen terapeuta evitará entrar en el juego de 'quién tiene la culpa'..."

"Cuando internamos a Phil en la clínica de trastornos alimentarios, tanto el médico como el resto del personal dijeron que no importaba por qué se había enfermado. La prioridad en ese momento era que recuperara la salud. A veces no se sabe la razón por la cual un joven se enferma y enfocarse demasiado en ese aspecto del tratamiento puede impedir el avance. Lo primordial es que su hijo se mejore y también le quita presión a él, al no estar siempre bombardeado con los 'por qué'. Mirar hacia adelante en lugar de mirar hacia atrás puede marcar la diferencia en el proceso de recuperación".

Una vez que haya encontrado a un posible proveedor para el tratamiento, sería conveniente que le realizara algunas preguntas, como las que se detallan a continuación:

- ¿Cuál es el diagnóstico del problema alimentario de mi hijo?
- ¿Cuántos adolescentes con este tipo de problema ha tratado?
- ¿Ha encontrado algún otro problema importante de índole emocional o psicológica, como la depresión o el abuso de sustancias? (Ver capítulo 2, págs. 46-50)
- ¿Cuál es el entorno más adecuado para el tratamiento (un tratamiento hospitalario, un tratamiento ambulatorio o un nivel de atención intermedio)?
- ¿Qué tipo de apoyo psicológico sugiere?
- ¿Recomienda el uso de alguna medicación?
- ¿Con qué frecuencia verá a mi hijo?

- ¿Hasta qué punto nuestra familia estará involucrada en el tratamiento y qué información sobre el progreso de mi hijo me dará?
- ¿De qué manera se llevará a cabo el control del estado físico de mi hijo (incluso quién lo pesará y con qué frecuencia)?

Para la mayoría de estas preguntas, no existen respuestas totalmente "correctas". En realidad, proporcionan una base para el comienzo de un diálogo importante con la persona que contribuirá con la atención de su hijo. Es vital que tanto usted como el proveedor del tratamiento entiendan la perspectiva del otro y que usted se sienta a gusto con el plan del proveedor para tratar el trastorno alimentario. (La National Eating Disorders Association (NEDA) ha publicado en su sitio web dos excelentes listas con preguntas similares que usted también puede hacerle a los proveedores del tratamiento. Puede acceder a ambas listas ingresando a www.nationaleatingdisorders.org.)

<CITA> "Es muy importante que tanto usted como el proveedor del tratamiento entiendan la perspectiva del otro".

Una vez que haya encontrado el especialista o el programa de tratamiento que mejor se adapte a las necesidades de su hijo, se determinará la secuencia de intervenciones específicas, debido, en parte, a la necesidad de tratar primero los problemas médicos más agudos y graves. Los objetivos importantes a lograr, en orden decreciente de urgencia, son los siguientes:

- Corregir las complicaciones físicas que puedan llegar a ser mortales (p. ej., irregularidades cardíacas, baja presión sanguínea y deshidratación).
- Reducir los riesgos de autodestrucción, como la conducta suicida.
- Recuperar el peso normal.
- Desarrollar una conducta de alimentación normal y eliminar los atracones y las purgas.
- Tratar las cuestiones psicológicas y psicosociales (p. ej., la baja autoestima, la distorsión en la percepción de la imagen corporal y los problemas con las relaciones interpersonales).
- Mantener la recuperación a largo plazo.

¿Dónde se realizará el tratamiento?

Dónde y cómo se tratará a su hijo dependerá en gran medida de la gravedad de los síntomas físicos y psicológicos del trastorno alimentario y de los problemas relacionados con éste. Si, por ejemplo, la salud de su hijo se encuentra comprometida hasta el punto que posee complicaciones médicas potencialmente mortales, primero necesitará ser estabilizado físicamente antes de considerar otro tipo de intervenciones. Sin embargo, si el diagnóstico se ha realizado a tiempo y no requiere internación, la terapia ambulatoria se ajustará más a sus necesidades y a las de su familia. El control médico riguroso dentro un hospital se justifica especialmente en individuos cuya anorexia nerviosa ha alcanzado una etapa avanzada. Los profesionales de la salud que se encuentren adecuadamente capacitados pueden tratar la bulimia nerviosa de manera ambulatoria,

pero algunos individuos que padecen este trastorno necesitan control por posibles complicaciones médicas. Las distintas opciones se detallan a continuación.

Internación médica

Para los casos más graves de trastornos alimentarios, se recomienda la internación a corto plazo en una unidad médica (a veces en una unidad de cuidados intensivos) para estabilizar y luego controlar a su hijo médicamente. Se observan de cerca los signos vitales (la presión sanguínea y la frecuencia y el ritmo cardíacos). Los efectos agudos de la desnutrición o de los atracones y las purgas se tratan con suero y medicación. Si el peso del paciente es más bajo que el normal, la realimentación debe ser oral al principio o, de ser necesario, por vía intravenosa o sonda nasogástrica. La internación suele durar entre tres y diez días, según la gravedad de los problemas médicos y la respuesta del paciente a la rehabilitación.

Tratamiento psiquiátrico hospitalario

La atención psiquiátrica hospitalaria difiere de la internación médica a corto plazo en que, una vez que el paciente ha sido estabilizado médicamente, el tratamiento puede hacer mayor hincapié en las cuestiones conductuales y psicológicas. La mayoría de las unidades diseñadas para tratamientos psiquiátricos hospitalarios se encuentran dentro de un hospital general y, además de proveer atención a pacientes con trastornos alimentarios, atienden otros problemas psiquiátricos. Las comidas se supervisan cuidadosamente y se proveen tratamientos psicológicos intensivos tanto individuales como de grupo. Las afecciones que pueden coexistir con el trastorno alimentario (p. ej., depresión, trastorno de ansiedad o trastorno obsesivo-compulsivo) se evalúan rigurosamente para luego iniciar los tratamientos adecuados. La mayoría de las unidades hospitalarias destinadas al tratamiento de trastornos alimentarios cuentan con apoyo clínico durante las 24 horas y el equipo profesional incluye médicos, psicólogos y nutricionistas. El promedio de permanencia es de una a cuatro semanas, en función de la respuesta del paciente al tratamiento y de la disponibilidad del seguro y de otro tipo de apoyo financiero (Ver la sección "Recorrido por el sistema de atención médica" de este capítulo). El tratamiento hospitalario funciona para algunas familias, pero para otras no.

"Habíamos estado en terapia durante un año cuando Linda sufrió una recaída," cuenta Kay sobre el tratamiento brindado inicialmente a su hija, quien luchaba con la bulimia nerviosa. "Durante la recaída, el terapeuta notó que Linda necesitaba algo más. Nos sugirió que la tratara un psiquiatra que estaba a 50 millas de distancia, pero luego descubrí que había una gran universidad que contaba con una unidad para trastornos alimentarios. Aunque estaba a más de ochenta millas de distancia, me parecía la mejor opción ya que contaba con un equipo completo de profesionales para el tratamiento.

Linda fue internada dos veces por un total de nueve semanas. "Era un tratamiento hospitalario", cuenta Kate. "Pero, tal y como descubrí luego de la primera internación, solamente la estabilizaron médicamente. Le proporcionaron terapia y asesoramiento nutricional y nos ayudaron a encontrar un terapeuta en nuestra área. Sin embargo, no le dieron a Linda las herramientas necesarias para ayudarla a enfrentar su problema luego de su regreso a nuestro hogar. No volvería a someterla a un tratamiento hospitalario. Creo que un ambiente íntimo del tipo residencial sería una mejor opción. El trato sería más personalizado. El gran hospital universitario contaba con muchos médicos y la información que recibíamos era demasiado

contradictoria. Las cosas cambiaban a cada momento y no se nos informaba. Tampoco daban clases informativas para los padres; nos sentíamos totalmente excluidos del tratamiento".

Por el contrario, Cathleen no tiene más que elogios respecto del tratamiento que su hijo Phil recibió en una gran unidad de trastornos alimentarios afiliada a una universidad. "La atención que recibió fue excepcional y los médicos siempre me mantuvieron informada sobre lo que acontecía durante su tratamiento. El hecho de que era el único varón en la unidad también jugó a su favor. Algunos muchachos podrían haber odiado esa situación, pero como todas las mujeres que estaban allí querían recuperarse, resultaba un ambiente positivo y alentador para Phil. Todas le brindaban mucho apoyo, lo cuidaban y le daban fuerzas. Aunque odiaba estar en el hospital, sé que su apoyo —sumado al de los médicos— lo ayudó mucho".

Atención residencial

<CITA> "Aunque odiaba estar en el hospital, sé que su apoyo... lo ayudó mucho".

La atención residencial puede definirse como un tratamiento hospitalario a menor escala brindado en un ambiente menos médico y más "familiar" que en los grandes hospitales. El tratamiento para niños y adolescentes suele incluir sesiones de terapia individual y de grupo, terapia creativa (p. ej., arte, música y literatura), servicios académicos, clases de nutrición y actividades recreativas. El promedio de permanencia en un programa de atención residencial puede ser de varios meses y puede ser costosa (algunas veces hasta \$ 1,500 o más por día).

Tanto el tratamiento hospitalario como la atención residencial pueden ser cruciales para aquellos adolescentes cuyos estados físicos están en situación crítica, pero la perspectiva de ver como "encierran" a tu hijo, como lo describió una madre, puede ser terrible.

"El deseo más grande de una madre es tener a su hijo junto a ella, en su hogar," dice Diane, cuya hija, Megan, fue sometida a tratamiento por anorexia nerviosa. "Pero tal como lo descubrí por las malas, no puedes 'vigilarlos' las 24 horas del día, ni tampoco tienes las habilidades necesarias para tratar los aspectos complejos de la enfermedad que los agobia. Además, debo reconocer que, cuando finalmente internamos a mi hija en un centro de atención residencial a largo plazo, me sentí muy aliviada de no seguir estando en la posición de intentar 'salvarla' todo el tiempo. Podía volver a ser solamente la madre. Podía visitarla todas las semanas, lo que me daba la oportunidad de darle apoyo y alentarla en lugar de ser la bruja mala que la obligaba a comer o trataba de evitar que hiciera 300 abdominales en el medio de la noche".

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

Se suele recomendar para aquellos pacientes que se encuentran en un proceso de transición de un centro hospitalario o residencial. El PHP es un programa diario que suele durar entre 4 y 8 horas. Proporciona situaciones de alimentación estructuradas e intervenciones de tratamiento activas y, al mismo tiempo, le permite al individuo vivir en su hogar y participar en ciertas actividades escolares. Tales programas también se recomiendan como la primera intervención para adolescentes que necesitan supervisión directa pero no el tipo de atención que un hospital o una residencia provee las 24 horas.

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

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

Atención ambulatoria

Con excepción de situaciones que pueden llegar a ser mortales, la terapia ambulatoria es el tratamiento más utilizado para los adolescentes que padecen trastornos alimentarios. Por lo general, las sesiones tienen lugar una vez por semana, pero pueden llevarse a cabo con más frecuencia si los pacientes necesitan un apoyo más intensivo o con menos frecuencia si están avanzando y pueden mantener hábitos alimentarios más normales sin necesidad de que se los supervise en forma intensiva. El adolescente puede vivir en su hogar y asistir a la escuela, pero realiza consultas regulares con los miembros del equipo de profesionales que lo trata (p. ej., el médico, el psicoterapeuta, el dietista o el nutricionista). Las sesiones de terapia familiar también pueden constituir una parte integral del tratamiento ambulatorio.

<CITA> "Las sesiones de terapia familiar también pueden constituir una parte integral del tratamiento ambulatorio".

Tratamientos psicológicos

La psicoterapia, o el apoyo psicológico, es un componente integral del tratamiento de los trastornos alimentarios. Los estudios de investigación realizados en adultos, especialmente en aquellos que padecen bulimia nerviosa, han revelado que tales enfoques psicológicos son, sin lugar a dudas, eficaces. Desafortunadamente, sólo una pequeña cantidad de estudios se han centrado específicamente en conocer hasta qué punto dichos tratamientos son eficaces para adolescentes con trastornos alimentarios. En los últimos años, los National Institutes of Health (NIH) han reconocido la imperante necesidad de realizar más investigaciones sobre el tratamiento de los trastornos alimentarios en general y en adolescentes en particular. Existen razones alentadoras que nos hacen pensar que surgirá mucha más información en la próxima década. Sin embargo, como se ha dicho al comienzo de este capítulo, la "base de evidencias" respecto de qué tratamientos tienen eficacia comprobada es extremadamente limitada en estos días. Por lo tanto, las recomendaciones generales para el tratamiento de adolescentes con trastornos alimentarios se deben diseñar con base en la pequeña cantidad de información científica recabada en estudios en adultos y la experiencia clínica de especialistas del campo.

Si a su hijo le diagnosticaron anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, los tipos de intervención psicológica a los que él y su familia pueden acceder durante el proceso de recuperación incluyen psicoterapia individual, terapia familiar y terapia de grupo. El tipo de tratamiento que reciba dependerá no solamente de sus necesidades sino también de la disponibilidad de médicos que conozcan el tema en profundidad y de sus respectivas experiencias con los distintos enfoques. En la próxima sección, detallaremos brevemente qué puede esperar de cada una de estas terapias. Luego, realizaremos un resumen de la cantidad limitada de información actual respecto de cuáles de estos enfoques pueden ser más eficaces para ciertos tipos de trastornos alimentarios.

Psicoterapia individual

La psicoterapia individual ("terapia conversacional") es una intervención privada y personal que se lleva a cabo entre un terapeuta capacitado (psiquiatra, psicólogo o trabajador social) y un paciente, por lo general, una o dos veces por semana. Los distintos enfoques teóricos rigen y guían lo que el terapeuta hace y dice en la psicoterapia individual. Describiremos las perspectivas teóricas más importantes, pero debemos destacar que, aunque parezcan ser muy distintas entre sí en teoría, en la práctica, muchos terapeutas combinan elementos de todas ellas.

PSICOTERAPIA DE APOYO

DE ORIENTACIÓN PSICODINÁMICA

Aunque no existan estadísticas fiables, es posible que este tipo de terapia individual sea el enfoque más comúnmente utilizado para adolescentes con distintos problemas psicológicos, incluso un trastorno alimentario. Este enfoque tiene sus raíces en las tradiciones psicoanalíticas de Sigmund Freud y sus discípulos y existen diferentes tipos. El rasgo que comparten todos ellos es que se centran en la experiencia psicológica interna del paciente, basados en la suposición de que los conflictos psicológicos no resueltos y las incertidumbres del paciente producen traumas y alteraciones en la conducta, incluso trastornos alimentarios.

Uno de los aspectos más atractivos de este tipo de terapia individual para una persona que padece un trastorno alimentario es la estructura "personalizada", la cual proporciona un ambiente "seguro" en donde se pueden compartir los sentimientos sin preocuparse de que alguien pueda aprobar o desaprobar lo que se está diciendo. Los adolescentes que padecen trastornos alimentarios pueden ser reacios a expresarse con total honestidad en el hogar, en la escuela o en sus círculos sociales por temor a que otros desaprobien lo que ellos puedan llegar a decir. La baja autoestima puede silenciarlos ya que piensan que sus opiniones no merecen ser escuchadas. Para un adolescente con anorexia nerviosa que se siente incompetente o incapaz de discutir sus problemas, negarse a comer puede ser una opción eficaz para expresarse a sí mismo sin tener que emitir una sola palabra. Pero en las sesiones con el terapeuta, quien se supone es un observador objetivo que no emite juicios, un adolescente reservado tiene la oportunidad de hablar abiertamente sobre las relaciones conflictivas en su hogar, las presiones sociales en la escuela y otros factores que puedan contribuir al desarrollo y continuidad del trastorno alimentario. Además, entender y enfrentar las causas de sentimientos tales como la ineptitud o la falta de valor puede ayudarlo a encontrar finalmente otras maneras de hacer frente a los problemas de la vida que no sea librar una batalla encarnizada contra las necesidades naturales de su cuerpo.

<CITA> "...negarse a comer puede ser una opción eficaz para expresarse a sí mismo sin tener que emitir una sola palabra".

La eficacia de la psicoterapia individual, especialmente la que hace uso del enfoque psicodinámico, depende del lazo formado entre el paciente y el terapeuta y normalmente lleva un tiempo lograr que "congenien". Es importante volver a recalcar este punto, especialmente si su hijo vuelve de la primera sesión y le dice que odia a su terapeuta y no quiere verlo nunca más. Puede ser una respuesta normal ya que teme que el terapeuta lo haga engordar quitándole su "red de seguridad", es decir, su alteración en la conducta alimentaria. Intente hablar con él sobre esta resistencia y dígame, lo más delicadamente posible, que no se conoce a alguien de inmediato.

Incluso puede contarle su experiencia con algún docente que no le agradaba al principio pero que eventualmente comenzó a respetar o con una compañera que pensaba que era "tonta" y que luego terminó siendo su mejor amiga. Al hacerlo, puede ayudarlo a entender que necesita darle más oportunidades al terapeuta antes de desistir. Como dijo una madre: "Le llevó a mi hija varios meses comprender que su enemigo no era el terapeuta sino la anorexia. Una vez que lo entendió, comenzó a esperar ansiosa sus sesiones terapéuticas y solía regresar a casa parlotando sobre cualquier cosa que le pasara por la cabeza. Era una diferencia asombrosa con respecto a la muchacha silenciosa y resentida que solía referirse a su terapeuta como 'ese gran idiota'".

<CITA> "Le llevó a mi hija varios meses comprender que su enemigo no era el terapeuta sino la anorexia".

Incluso en el caso de que la relación paciente-terapeuta sea excelente, debe tener en cuenta una inquietud que tienen algunos expertos respecto del enfoque psicodinámico a los trastornos alimentarios. No existe prueba científica de que la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa sean causadas por problemas psicológicos "subyacentes" o, aún si éste fuera el caso, de que resolver dichos problemas lleve inevitablemente a la resolución del trastorno alimentario. Es importante que una terapia trate problemas de autoestima y que ayude al joven a comprender por lo que está pasando. También es importante que se controlen con frecuencia y se traten los síntomas del trastorno alimentario, incluso la pérdida de peso, los atracones y las purgas.

En otras palabras, como ya se ha dicho anteriormente, si su hijo parece no estar progresando luego de un cierto período de tiempo con este tratamiento (es más, con *cualquier* tipo de tratamiento), usted tiene la opción de buscar a otra persona con quien pueda sentirse más cómodo o que tenga otro enfoque. Muchos padres entrevistados para este libro pusieron énfasis en este punto. "Mi consejo para otros padres es que siempre recuerden que tienen opciones", dijo Susan. "No me agradaba la manera en la que se estaba llevando a cabo la terapia de Vanessa, pero no dije nada porque pensé, 'Bueno, está en manos de un profesional. Debe saber mejor que yo lo que necesita'. Lo que sucedió fue que la terapia no funcionó para ella en absoluto; mi hija tuvo una recaída total y me arrepentí de no haber seguido mis instintos. Si su hijo no mejora, es importantísimo que continúe buscando opciones hasta que mejore."

PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

La psicoterapia interpersonal, a veces denominada TIP, también tiene sus orígenes en la psicoterapia psicodinámica, pero difiere en varios sentidos. La TIP se originó en la década del ochenta como tratamiento a corto plazo (de 12 a 16 sesiones) para tratar la depresión en los adultos y se centra principalmente en el funcionamiento social del individuo. El terapeuta cumple una función activa en ayudar al paciente a detectar zonas problemáticas, tales como la "transición de papeles" y utiliza distintas técnicas específicas, incluso al juego de papeles, para ayudar al paciente a desarrollar nuevos métodos para enfrentar sus relaciones interpersonales.

Según estudios de investigación llevados a cabo en adultos depresivos, la TIP ha resultado ser de gran ayuda, hasta tal punto que se adaptó específicamente para adolescentes que luchan contra la depresión (dándole el nuevo nombre de TIP-A) y también ha demostrado ser eficaz. La TIP-A se centra en distintas dificultades que son obviamente importantes para los adolescentes, incluso

la separación con sus padres, las relaciones con los miembros del sexo opuesto y la presión de los pares. Pareciera que tiene mucho que aportar en el tratamiento de adolescentes con trastornos alimentarios. Como sus métodos están bien descritos, trata cuestiones interpersonales contra las que muchos adolescentes con trastornos alimentarios luchan y es eficaz para el tratamiento de la depresión, que es una enfermedad que afecta comúnmente a los adolescentes que padecen estos síndromes. De hecho, la TIP ha sido utilizada en muchos estudios de investigación para tratar a adultos con bulimia nerviosa. Al menos uno de ellos demuestra evidencia específica de su eficacia dentro de este grupo.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se originó en la década del sesenta para tratar a adultos con depresión. Se basa en la teoría de que los continuos pero inadaptados patrones de pensamientos son factores claves que contribuyen a los trastornos alimentarios. Un conjunto importante de evidencia científica respalda la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad, los cuales se dan tanto en los adultos como en los adolescentes. A comienzos de la década del setenta, la TCC se adaptó específicamente para el tratamiento de trastornos alimentarios.

<CITA> "A comienzos de la década del setenta, la TCC se adaptó específicamente para el tratamiento de trastornos alimentarios".

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

Aplicada a los trastornos alimentarios, la importancia principal de la TCC reside en la exploración de la idealización del peso y la silueta y de las reacciones conductuales ante tal idealización. Por ejemplo, si su hijo teme aumentar de peso, puede comenzar a restringir su ingesta de alimentos de maneras rígidas y poco reales, como el ayuno. Sin embargo, éste le provoca mucha hambre, tanto fisiológica como psicológica, lo que a su vez redundo en una necesidad voraz de satisfacer su apetito mediante atracones. Al episodio del atracón lo sigue la purga (p. ej. los vómitos y el abuso de laxantes o diuréticos) para tratar de reducir la vergüenza y la ansiedad por la posibilidad de aumentar de peso con el atracón. Además, los atracones y las purgas pueden causar angustia y baja autoestima y, por consiguiente, fomentan las condiciones que llevan a una restricción dietética más pronunciada a la que le siguen nuevamente los atracones.

Para poner fin a este círculo vicioso, la TCC hace uso de procedimientos cognitivos y conductuales diseñados para modificar las actitudes irrealistas de la persona sobre su silueta y su peso y para ayudarla a retomar los patrones alimentarios normales que incluyan el consumo de alimentos antes evitados y a desarrollar habilidades constructivas para enfrentar situaciones de

alto riesgo que puedan desencadenar los atracones y las purgas. Los mismos procedimientos también pueden ayudar a evitar que la persona vuelva a recaer en conductas bulímicas una vez concluido el tratamiento.

Terapia familiar

Como el nombre lo dice, la terapia familiar significa reunir a los miembros de la familia del paciente en sesiones grupales. En función de la formación específica del terapeuta, el tratamiento puede utilizar distintos enfoques, pero los objetivos generales suelen ser los mismos: detectar y modificar patrones que puedan contribuir al trastorno alimentario de un adolescente o surgir de éste, abrir líneas de comunicación y enseñarles a todos los miembros estrategias para hacerle frente a la enfermedad. Otros objetivos pueden incluir reforzar los lazos familiares, reducir los conflictos en el hogar y mejorar la empatía entre los miembros de la familia.

Una de las terapias familiares más prometedoras desarrolladas para tratar a adolescentes con anorexia nerviosa (que ahora está siendo estudiada como tratamiento para adolescentes con bulimia nerviosa) es el denominado "método Maudsley". (Varios libros excelentes se han referido a este método, incluso *Help Your Teenager Beat an Eating Disorder* [2005] de James Lock y Daniel Le Grange.) Este tipo de terapia familiar fue desarrollada en el Maudsley Hospital de Londres especialmente para pacientes adolescentes y difiere en gran medida de otros programas familiares más genéricos. En lugar de centrarse en las raíces psicológicas del trastorno alimentario, el objetivo específico del método Maudsley es abordar los trastornos alimentarios y la conducta alimentaria y enfatiza la participación de la familia como componente vital para la eficacia del tratamiento, el cual se divide en dos fases principales.

La primera fase se centra en la recuperación del peso e intenta modificar la conducta transfiriendo el control de la alimentación del paciente a los padres. En otras palabras, usted, como padre, es el responsable de "realimentar" a su hijo. Aunque el término *realimentación* puede traerle a la mente imágenes de tener que atar a su hijo y hacerlo comer por la fuerza, en este caso, es simplemente utilizar la alimentación como una medicina que lo ayudará a mejorar, de la misma manera que le daría antibióticos si tuviera una infección grave.

Durante esta etapa, también se exploran la alimentación y la conducta alimentaria como parte de la dinámica familiar. Por ejemplo, se le puede pedir que traiga comida a la sesión terapéutica. Mientras usted y su familia disponen los lugares para sentarse, reparten la comida y luego comen, el terapeuta (quien no forma parte de la comida) hace preguntas sobre quién planifica la comida en el hogar, quién hace las compras, quién prepara la comida, quién la sirve y así sucesivamente. Una vez que la comida ha finalizado, el terapeuta puede compartir observaciones sobre la forma en que su familia se comunicó, socializó, estableció alianzas y trató otras cuestiones en torno a la conducta alimentaria durante la comida. Estas percepciones pueden ayudarlo a entender cuáles son los efectos que la enfermedad tiene en su hijo así como en el resto de su familia y a aprender cómo toda la familia puede trabajar en conjunto para ayudar a su hijo a llegar al peso establecido por el médico.

<CITA> "...también se exploran la alimentación y la conducta alimentaria como parte de la dinámica familiar".

La segunda fase del método Maudsley comienza una vez que su hijo recupera el peso. Durante esta etapa, la responsabilidad de mantener el peso se va transfiriendo gradualmente a su hijo y el tratamiento comienza a enfocarse más en las inquietudes generales tanto familiares como individuales. El terapeuta les proporciona estrategias para resolver problemas tanto a su hijo como a su familia para prevenir la recurrencia de la anorexia nerviosa.

Terapia de grupo

Otra opción terapéutica es la terapia de grupo. En este método, las sesiones grupales son a menudo guiadas por un profesional de la salud mental (p. ej., un psiquiatra, un psicólogo o un trabajador social), quien facilita el diálogo entre los pacientes que están intentando recuperarse de enfermedades similares. En el caso de los trastornos alimentarios, una sesión de terapia de grupo puede consistir en discusiones sobre la imagen corporal, la importancia de la comida (tanto a nivel psicológico como físico), problemas sociales u otras cuestiones que el líder del grupo pueda considerar importante tratar. Las sesiones de la terapia de grupo se utilizan comúnmente en un entorno de tratamiento intensivo, por ejemplo, en hospitales y programas diurnos y puede incluir preparar e ingerir alimentos.

Dado que muchas personas con trastornos alimentarios tienden a aislarse y a evitar hablar sobre sus problemas o sentimientos, la terapia de grupo puede no ser adecuada para todos. Aún así, como parte de un programa de tratamiento integral, puede ayudar a algunos adolescentes a compartir sus sentimientos con otros que comprenden por lo que están pasando. El resultado parece depender de la persona que guía las sesiones y de los individuos que participan. Sin embargo, no se ha realizado ninguna investigación para validar la eficacia de esta terapia.

¿Cuál es el tratamiento psicológico adecuado para su hijo?

Entre los varios enfoques psicológicos utilizados para tratar los trastornos alimentarios, ¿cuál sería la mejor opción para el tipo de trastorno alimentario que padece su hijo? Lamentablemente, no existe una respuesta clara y directa para esta pregunta. Los jóvenes parecen responder de diferentes maneras a los distintos tratamientos y el conocimiento científico sobre qué es lo que mejor funciona es limitado, especialmente para los adolescentes. A continuación, intentaremos proporcionarle algún tipo de guía sobre esta pregunta, a menudo con base en la escasa evidencia que se ha obtenido respecto de los principales tratamientos para adultos con trastornos alimentarios. Sin embargo, como hemos recalcado en varias ocasiones, es importante que evalúe la información a la luz de las necesidades de su familia y de su hijo y que no tema realizar cambios en un tratamiento dado si no funciona.

<CITA> "Los jóvenes parecen responder de diferentes maneras a los distintos tratamientos..."

PARA LA ANOREXIA NERVIOSA

Solamente unos pocos estudios han comparado de manera científica la utilidad de las distintas formas de psicoterapia en adolescentes con anorexia nerviosa y estas investigaciones se han centrado principalmente en el método Maudsley de terapia familiar. La buena noticia es que estos estudios son alentadores respecto de la eficacia del enfoque. Casi todos los adolescentes tratados lograron buenos resultados: la mayoría recuperó su peso normal o casi normal durante el

tratamiento y mantuvo dicha recuperación posteriormente. Los resultados de estos estudios han llevado a la mayoría de los expertos a recomendar este enfoque como primera intervención para tratar a los adolescentes con anorexia nerviosa.

Sin embargo, queda por resolver una inquietud importante sobre el método Maudsley: hasta qué punto se compara con otros tipos de tratamientos, especialmente con la psicoterapia individual. Los estudios actuales o bien no han analizado esa pregunta o son demasiado pequeños para que podamos estar completamente seguros de los resultados. Por ejemplo, la TCC es claramente eficaz para tratar adolescentes con otros problemas tales como la depresión, para tratar a los adultos con bulimia nerviosa y también parece ser eficaz para tratar a adultos con anorexia nerviosa. De esta manera, hay razón para pensar que la TCC podría ser útil para tratar a los adolescentes con anorexia nerviosa. Pero hasta tanto no se tengan resultados más concretos, el método Maudsley de terapia familiar debería ser considerado el tratamiento principal para tratar a los adolescentes con anorexia nerviosa.

PARA LA BULIMIA NERVIOSA

No se ha publicado aún ningún estudio científico adecuado sobre tratamientos psicológicos para adolescentes con bulimia nerviosa, aunque actualmente se está estudiando el enfoque terapéutico familiar del método Maudsley para adaptarlo a este grupo. Mientras tanto, las recomendaciones se basan principalmente en lo que se conoce sobre el tratamiento de la bulimia nerviosa en adultos, para quienes la TCC es considerada como el tratamiento principal. La TCC ha sido evaluada de manera exhaustiva en una gran cantidad de ensayos aleatorios controlados (estudios en los que los participantes se asignan a un grupo de tratamiento o a un grupo de control de forma aleatoria) que incluyen a adultos con bulimia nerviosa y que ha demostrado, en promedio, haber eliminado entre un 30% y un 50% la conducta de atracones y purgas en los pacientes. El porcentaje de reducción de atracones y purgas en los pacientes tratados con TCC fue 80% o más. También se disminuyó la dieta disfuncional, se mejoraron las actitudes con respecto a la silueta y el peso corporal, se redujo el nivel de ansiedad y depresión de manera general, se elevó la autoestima y se mejoró el funcionamiento social. La utilización de la TCC en adultos también ha demostrado ser igual o superior que todos los tratamientos con los que se la ha comparado, incluso la TIP y la psicoterapia de orientación psicodinámica.

No se ha demostrado la eficacia de la TCC para tratar a adolescentes con bulimia nerviosa, pero se ha utilizado de manera eficaz para tratar a adolescentes con afecciones que coexisten con un trastorno alimentario. Por ejemplo, se ha logrado una remisión más rápida de la depresión en adolescentes que aquella producida con otras alternativas de psicoterapia, incluso la terapia familiar y de apoyo. También hay evidencia de la eficacia de la TCC en niños que padecen trastornos de ansiedad, tanto en la finalización del tratamiento, como en años subsiguientes. Si se los aplica de manera similar para tratar la bulimia nerviosa en adolescentes, los procedimientos incluidos en la TCC tienen posibilidades de obtener resultados positivos similares.

<CITA> "...no se ha demostrado la eficacia de la TCC para tratar a adolescentes con bulimia nerviosa, pero se ha utilizado de manera eficaz para tratar a adolescentes con afecciones que coexisten con un trastorno alimentario".

Aunque la TIP no es tan eficaz como la TCC para tratar adultos con bulimia nerviosa, es igualmente útil. Una vez más, también ha sido utilizada de manera eficaz para tratar adolescentes con depresión, lo que a su vez sugiere un enfoque prometedor para el tratamiento de adolescentes con bulimia nerviosa.

PARA OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES

Tal como se mencionó en el Capítulo 2, la mayoría de los adolescentes que padecen trastornos alimentarios no cumplen con los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, sino que pertenecen a la categoría denominada trastornos alimentarios no especificados (Eating Disorders Not Otherwise Specified, EDNOS, por sus siglas en inglés) en otras palabras, la "bolsa de sorpresas de EDNOS". Por consiguiente, el tratamiento destinado a aquellos que pertenecen a esta categoría debe tener en cuenta una amplia variedad de problemas alimentarios. Un enfoque prometedor, recientemente desarrollado, destinado a los pacientes con EDNOS es un tipo de TCC con un "modelo transdiagnóstico" de trastornos alimentarios, donde las intervenciones terapéuticas específicas se cotejan con características clínicas particulares del trastorno alimentario y no con una categoría diagnóstica heterogénea. La flexibilidad de esta TCC mejorada podría ser particularmente útil para tratar los adolescentes que se encuentran incluidos en la categoría EDNOS.

De acuerdo con el National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), los investigadores aún están intentando determinar el tratamiento más eficaz para controlar el trastorno por atracón, técnicamente una enfermedad EDNOS según el *DSM-IV*. Para las personas con sobrepeso, un programa de pérdida de peso que también proporcione un tratamiento para los trastornos alimentarios sería la mejor opción. Aunque aún no se han evaluado en adolescentes, las intervenciones psicológicas que serían particularmente eficaces para tratar el trastorno por atracón son la TCC y la TIP. Con más investigaciones, se puede probar que otras intervenciones (como la medicación) también pueden llegar a ser eficaces en el tratamiento de este trastorno.

Medicación

Como padre, quizás deba enfrentarse a la cuestión de la medicación a lo largo del tratamiento de su hijo por un trastorno alimentario. Los tipos más comunes de medicamentos "psicotrópicos" (que alteran la mente o el estado de ánimo) recetados a los individuos con trastornos alimentarios son los antidepresivos, como los que se incluyen en el cuadro N.º 3.

<CITA> "...quizás deba enfrentar la cuestión de la medicación a lo largo del tratamiento de su hijo por un trastorno alimentario".

Se han llevado a cabo diversos estudios sobre el uso de los antidepresivos para tratar la anorexia nerviosa. Se han evaluado la fluoxetina (Prozac), inhibidor de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS), y la amitriptilina (Elavil) y clomipramina (Anafranil), antidepresivos tricíclicos (ADT). Sin embargo, se ha comprobado que tienen solamente un efecto terapéutico suave. Dado que los antidepresivos han demostrado ser eficaces para tratar otras afecciones que acompañan a la anorexia nerviosa (p. ej., la depresión mayor o el trastorno de ansiedad), el hecho de que el efecto que lograron sea apenas "suave" resulta sorprendente. Algunos investigadores

sostienen que la desnutrición propia de la anorexia nerviosa reduce la cantidad de serotonina y puede interferir con la acción terapéutica de los antidepresivos, especialmente los IRSS. En otras palabras, mientras más bajo es el peso del paciente, menos eficaces son las drogas. El hijo de Cathleen, Phil, tomaba un IRSS, paroxetina (Paxil), antes de ingresar a una clínica de trastornos alimentarios y no surtieron mucho efecto.

Cuadro N.º 3
Antidepresivos

<i>de antidepresivos</i>	<i>Nombre genérico</i>	<i>Tipo común</i>		
		<i>Marca comercial</i>		
Inhibidor de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS)	citalopram	Celexa		
	escitalopram	Lexapro		
	fluoxetina	Prozac	fluvoxamina	Luvox
	paroxetina	Paxil		
	sertralina	Zoloft		
Otros antidepresivos "modernos"	bupropión	Wellbutrin		
	duloxetina	Cymbalta		
	mirtazapina	Remeron		
	venlafaxina	Effexor		
Antidepresivos tricíclicos (ADT)	amitriptilina	Elavil		
	clomipramina	Anafranil		
	desipramina	Norpramin		
	doxepina	Sinequan		
	imipramina	Tofranil		
	maprotilina	Ludomil		
	nortriptilina	Pamelor		
	protriptilina	Vivactil		
	trimipramina	Surmontil		
	Inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO)*	isocarboxazid	Marplan	
fenelzina		Nardil		
tranilcipromina		Parnate		

* raramente recetado en jóvenes debido a las estrictas limitaciones dietéticas requeridas para el consumo de los IMAO

"A la larga —comenta— la droga no le sirvió de mucho ya que su peso era demasiado bajo cuando comenzó a tomarla. Su médico me informó que dado que su cerebro había sufrido los efectos de la inanición y la desnutrición, al igual que el resto de su cuerpo, las drogas como el Paxil no harían efecto hasta que aumente de peso. Aún así, continuó tomándolas hasta que logró su peso objetivo y luego las abandonó. Su médico no estaba muy convencido de que las tomara así que dejó la decisión en nuestras manos. Phil realmente quería dejarlas; por lo tanto, estuvimos de acuerdo en que las abandonara. No tuvo ningún problema al dejarlas así que todo marchó bien. No sé con certeza si fue el Paxil, pero su actitud cambió completamente cuando comenzó a subir de peso.

<CITA> "la droga no le sirvió de mucho ya que su peso era demasiado bajo..."

Aparte de los antidepresivos, los antipsicóticos atípicos, un tipo de medicamentos que se utiliza por lo general para tratar trastornos mentales graves como la esquizofrenia o el trastorno

bipolar (depresión maníaca), también han sido considerados como posible tratamiento para la anorexia nerviosa debido a su conexión con el aumento de peso. De hecho, varios informes de casos han revelado mejorías en tratamientos para niños, adolescentes y adultos con anorexia nerviosa gracias al uso de la olanzapina (Zyprexa), por lo que ésta constituye una prometedora área de investigación.

Para la bulimia nerviosa, casi todos los tipos de antidepresivos han sido estudiados en ensayos de pacientes adultos con este trastorno y la evidencia muestra, sin lugar a dudas, que los antidepresivos ayudan a los pacientes a controlar los atracones y las purgas. No se sabe cuál es la medicación más eficaz pero, en general, los IRSS implican mejor tolerancia y tienen menos efectos secundarios; por ende, constituyen el tratamiento farmacológico más utilizado para los adultos con bulimia nerviosa. Más concretamente, la fluoxetina (Prozac) es la única droga aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la bulimia nerviosa en adultos. Los resultados obtenidos en un ensayo en 2003 sugieren que esta droga se tolera bien y que, además, puede ser útil para los adolescentes que padecen esta enfermedad.

En ensayos controlados, el tratamiento con antidepresivos para la bulimia nerviosa ha reducido los atracones y los vómitos en hasta un 75%. Tanto los pacientes depresivos como los no depresivos con bulimia nerviosa responden favorablemente a estas drogas. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que muchos pacientes con trastornos alimentarios son reacios a utilizar medicamentos y una gran cantidad deja el tratamiento en forma prematura. Es más, aunque existe evidencia convincente sobre la eficacia de este tipo de medicación para el tratamiento de la bulimia nerviosa, los síntomas residuales de la enfermedad persisten en muchos pacientes tratados.

Algunos agentes farmacológicos nuevos parecieran prometedores para el desarrollo de otros medicamentos para tratar este trastorno. Tanto el agente antiobesidad sibutramina (Meridia) y el anticonvulsivante topiramato (Topamax) pueden ser beneficiosos para el tratamiento de atracones en adultos. El antagonista de la serotonina ondansetrón (Zofran), utilizado para el tratamiento de las náuseas y los vómitos producidos por la quimioterapia, también se ha empleado para tratar a adultos con un tipo de bulimia nerviosa pertinaz ("refractaria"). Sin embargo, las investigaciones sobre estas drogas aún no se han aplicado a adolescentes y se necesitan más ensayos antes de sacar conclusiones en cuanto a su eficacia y seguridad para pacientes jóvenes con trastornos alimentarios.

Ese punto en particular, que ahora ya es un tema muy conocido para usted, también se aplica a los medicamentos psicotrópicos ya mencionados que se han probado en adolescentes con trastornos alimentarios. No se ha comprobado científicamente la eficacia de ninguna de estas drogas en este grupo etario y sus acciones farmacológicas sobre las mentes y los cuerpos todavía en etapa de maduración no se han estudiado en profundidad. Algunos factores biológicos inherentes a los adolescentes pueden afectar el metabolismo y la eficacia de algunas medicaciones psiquiátricas, tales como los sistemas neurotransmisores inmaduros del cerebro, el metabolismo hepático rápido y los niveles hormonales fluctuantes. Por cierto, como sucede con todos los medicamentos, la respuesta del paciente se debe controlar y se deben realizar los ajustes necesarios. La hija de Shirley, Jody, que estaba luchando contra la bulimia nerviosa, no respondió bien a la medicación, pero es posible que lo hubiera hecho si se la hubiese controlado más de cerca.

"Jody se volvió depresiva y ansiosa como resultado de su conducta de atracones y purgas, así que le recetaron drogas", dice. "Tomó Paxil para mitigar la depresión y la necesidad de recurrir a

las purgas. También se le recetó Ativan para la ansiedad. Desafortunadamente, su eficacia fue limitada porque el médico no controló la dosis. Un psiquiatra le había recetado los medicamentos por recomendación del psicólogo de Jody, pero nunca se le hizo un seguimiento. En muchos casos, la dosis recetada de una droga puede marcar la diferencia en la respuesta de la persona. Sin embargo, debido a los efectos secundarios negativos, Jody finalmente tomó la decisión de abandonar la medicación. Nunca sabré lo que podría haber ocurrido si se hubiera cambiado la dosis o si le hubieran recetado otra medicación".

Otra consideración importante a la hora de recetar medicación psicotrópica para adolescentes con trastornos alimentarios es la seguridad, especialmente para aquellos médicamente inestables. Los ADT y los estabilizadores del estado de ánimo, que son menos utilizados en la actualidad que en el pasado, pueden provocar efectos secundarios negativos graves. En particular, aunque no se ha documentado una conexión causal evidente, los ADT han sido relacionados con la muerte súbita de adolescentes que no padecen trastornos alimentarios y las anomalías cardíacas asociadas con la anorexia nerviosa, en teoría, podría incrementar los riesgos de la utilización de tricíclicos en este grupo.

<CITA> "Otra consideración importante a la hora de recetar medicación psicotrópica para adolescentes con trastornos alimentarios es la seguridad..."

Además, al igual que los adultos, los adolescentes con trastornos alimentarios son propensos a desarrollar otros problemas conductuales, como el abuso de sustancias, que pueden incrementar el riesgo de sufrir los efectos secundarios de las drogas psicotrópicas recetadas. Para los adolescentes sexualmente activos, también es importante procurar un método de control de natalidad adecuado para prevenir los posibles efectos perjudiciales de la medicación psicotrópica en el feto durante el embarazo.

También es alarmante la tan divulgada preocupación por los potenciales riesgos de suicidio por el uso de antidepresivos, especialmente los IRSS, en jóvenes. Estas preocupaciones culminaron en octubre de 2004, cuando la FDA de los Estados Unidos publicó un aviso de salud pública sobre el aumento del riesgo de pensamientos y conductas suicidas ("suicidalidad") en niños y adolescentes tratados con esta medicación. En una parte de este informe, la agencia exigió a los fabricantes no sólo de los IRSS sino de *todas* las medicaciones antidepresivas que añadieran una etiqueta de advertencia dentro de un "cuadro negro" para informar a los profesionales sobre el aumento del riesgo de suicidio en niños y adolescentes a los que se les receta esta medicación. Esta modificación en la etiqueta se basa en los estudios de cinco IRSS — entre ellos, citalopram (Celexa), fluoxetina (Prozac), fluvoxamina (Luvox), paroxetina (Paxil) y sertralina (Zoloft)— y cuatro antidepresivos "atípicos" —bupropión (Wellbutrin), mirtazapina (Remeron), nefazodona (Serzone) y venlafaxina (Effexor XR). Según la FDA, esta directiva se basó en las "conclusiones sobre el aumento del riesgo de pensamientos suicidas y las acciones necesarias para los médicos que recetan estas drogas antidepresivas y para los niños y adolescentes que las toman". Sin embargo, es importante enfatizar que no se encontraron casos de suicidio cuando se realizaron los estudios.

¿Qué significa, tanto para usted como para su hijo, la advertencia de la FDA y los otros posibles riesgos de seguridad o efectos secundarios de la medicación psicotrópica? ¿Qué debería hacer si el proveedor del tratamiento de su adolescente recomienda medicación? Tal como pasa con todas las drogas, se deben sopesar tanto los riesgos como los beneficios antes de comenzar el

tratamiento. Por ejemplo, un paciente con cáncer debe considerar los efectos secundarios tales como las náuseas severas, la fatiga y la pérdida de cabello y peso antes de comenzar con la quimioterapia. Por otro lado, la quimioterapia puede ayudar a un paciente a vivir por meses e incluso años en remisión. De la misma manera, y como fuera expresado por muchos expertos durante una audiencia de la FDA llevada a cabo un mes antes de que se publique el aviso de salud pública, los posibles beneficios de los antidepresivos, especialmente para una persona joven que está seriamente deprimida, superan ampliamente los riesgos. En síntesis, pueden salvarle la vida.

Advertencia de la FDA

En su directriz de 2004, la cual requiere que todos los fabricantes de drogas antidepresivas añadan las declaraciones de advertencia en las etiquetas de sus productos, la FDA determinó que los siguientes puntos son adecuados para ser incluidos en la advertencia:

- Los antidepresivos aumentan el riesgo del pensamiento y la conducta suicida (suicidalidad) en niños y adolescentes con depresión mayor y otros trastornos mentales.
- Los profesionales de la salud que consideren el uso de un antidepresivo para un niño o adolescente para cualquier fin clínico deben sopesar el riesgo del aumento de la suicidalidad y la necesidad clínica.
- Los pacientes que hayan comenzado la terapia deben ser controlados de cerca en caso de que su situación clínica empeore, que tengan conductas suicidas o que manifiesten cambios inusuales en la conducta.
- Se les debe aconsejar a las familias y a los encargados del cuidado que observen cuidadosamente al paciente y que se comuniquen con el profesional que los recetó.
- Se debe incluir una declaración que indique si la droga está aprobada para indicaciones pediátricas y, de ser así, cuáles. (Solamente Prozac ha sido aprobado para el tratamiento de depresión mayor en pacientes pediátricos. Prozac, Zoloft, Luvox y Anafranil [clomipramina] han sido aprobados para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo en niños.)

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

No obstante, evidentemente, la decisión de darle medicación a su hijo debe basarse en una cuidadosa consideración de sus circunstancias y estado mental. Asimismo, es esencial que usted juegue un papel activo en el proceso de toma de decisiones y analice con el médico de su hijo las ventajas y desventajas de la medicación a recetar. En el transcurso de la conversación, usted puede formular las siguientes preguntas:

<CITA> "...es esencial que usted juegue un papel activo en el proceso de toma de decisiones..."

- ¿Cuál es el nombre genérico y la marca comercial de la medicación?
- ¿Cuál es su acción?
- ¿Cuándo se podrían observar resultados?
- ¿Cuándo y con qué frecuencia debe mi hijo tomar la medicación?
- ¿Por cuánto tiempo debe mi hijo continuar con la medicación?

- ¿Necesitará limitar sus actividades mientras la toma?
- ¿Tiene la medicación alguna interacción con el alcohol, otras drogas o algunos alimentos?
- ¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de la medicación?
- ¿Cuáles de estos efectos secundarios son graves?

El control cuidadoso de la conducta de su hijo luego de la medicación también es imprescindible, no solamente para asegurarse de que esté tomándola de la manera en la que ha sido recetada sino también para observar ciertas señales de alerta que pueden indicar una reacción adversa a sus efectos. Si a su hijo le recetan un antidepresivo, por ejemplo, debe notificar de manera inmediata al médico si manifiesta los siguientes síntomas o si éstos empeoran: ansiedad, ataques de pánico, agitación, irritabilidad, hostilidad, impulsividad, desasosiego extremo, insomnio, conducta autodestructiva y pensamientos suicidas.

Prevención de la recaída

La recaída se define como la reaparición de los síntomas del trastorno alimentario o el deterioro de la condición de la persona luego de presentar una respuesta positiva inicial al tratamiento. Por ejemplo, si a su hijo lo trataron por anorexia nerviosa y recuperó su peso, debe sospechar que está padeciendo una recaída si comienza a perder peso nuevamente, a ejercitarse de manera excesiva o evitar las comidas familiares. Para la bulimia nerviosa, las indicaciones de que su hijo pueda estar sufriendo una recaída luego del tratamiento pueden incluir comentarios despreciativos hacia sí mismo por haber engordado o signos de que ha vuelto a los atracones y a las purgas.

De hecho, las recaídas son comunes entre personas que padecen trastornos alimentarios, pero es debatible qué tan comunes son. Las cifras de las tasas de recaídas reales son imprecisas, debido mayormente a que las investigaciones sobre este tema no son coherentes en cuanto a la utilización de la terminología clave para caracterizar la secuencia de experiencias —los altibajos— que se pueden dar entre el tratamiento inicial y la recuperación final de la persona. Los términos como *respuesta al tratamiento*, *recaída*, *remisión* y *recuperación* tienden a ser utilizados de distinta manera en los estudios científicos, lo que hace que las cifras estimativas de las recaídas sean difíciles de comparar. Esta variación también debilita los intentos de establecer pautas estandarizadas para prevenir eficazmente la recaída, que se define como terapia de mantenimiento para individuos que han concluido el tratamiento inicial y que han logrado en cierta medida la recuperación sintomática.

<CITA> "De hecho, las recaídas son comunes entre las personas que padecen trastornos alimentarios..."

Habiendo dicho eso, la información que se provee a continuación es un análisis de, a fin de cuentas, las cifras estimativas de recaídas en relación a los dos síndromes principales de trastornos alimentarios. También se detalla lo que se conoce en la actualidad sobre los tipos de prevención de recaídas que se han probado en pacientes que padecen estas enfermedades.

Cifras y prevención de recaídas
para la anorexia nerviosa

La mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa internados debido a la gravedad de su enfermedad responden bien al tratamiento como pacientes hospitalarios. Desafortunadamente, los estudios de seguimiento indican que el período posthospitalario está repleto de dificultades. Se manifiesta un resurgimiento sustancial de los síntomas y las cifras de recaídas generalmente oscilan entre un 30% y un 50% y algunas llegan hasta el 70%. Es más, las cifras son tan significativas para los adolescentes como lo son para los adultos. En un estudio que incluyó 95 pacientes de 12 y hasta casi 18 años de edad, por ejemplo, casi el 30% de aquellos que completaron con éxito el programa hospitalario sufrieron una recaída después de ser dados de alta.

A pesar de estas cifras aleccionadoras, los hallazgos de al menos un estudio (en adultos que fueron dados de alta del hospital) indican un panorama positivo: si el aumento de peso obtenido durante la internación se mantiene durante un año luego del alta, el riesgo de perder peso posteriormente se reduce drásticamente. En otras palabras, mientras más extenso es el período en el que el paciente mantiene un peso normal luego de la internación, menor es el riesgo de sufrir una recaída, por lo que los primeros meses después del alta son cruciales.

Los mismos tipos de tratamientos psicológicos que hemos descripto anteriormente se utilizan también para prevenir recaídas en el período posthospitalario de la anorexia nerviosa. De hecho, el método Maudsley de terapia familiar para el tratamiento de la anorexia nerviosa se diseñó, originalmente, como tratamiento posthospitalario, proporcionado durante el primer año luego de la atención hospitalaria. Los hallazgos del estudio inicial de este método revelaron que era más eficaz que la terapia de apoyo individual para personas en las que la anorexia nerviosa se había manifestado a los 18 años o antes y cuya enfermedad tenía una duración de menos de tres años. Los aumentos obtenidos por este grupo durante el tratamiento se habían mantenido en gran medida a lo largo de la evaluación de seguimiento de cinco años, lo que sugiere que los cambios iniciados gracias a la terapia familiar sirven para prevenir recaídas y para mejorar la eficacia a largo plazo del tratamiento para pacientes con anorexia nerviosa. Aunque este pequeño estudio es el único que se ha centrado en el tratamiento posthospitalario de adolescentes con anorexia nerviosa, los resultados positivos sugieren que se puede aconsejar el método Maudsley para prevenir la recaída luego de una eficaz atención hospitalaria.

Se ha diseñado una versión de la TCC para tratar a pacientes con anorexia nerviosa en el periodo posterior al tratamiento hospitalario. Esta versión se centra en los procesos cognitivos y conductuales implicados en la sobrevaloración del peso y la silueta, la alteración en la conducta alimentaria y la baja autoestima, que se consideran centrales en la continuidad del trastorno alimentario. Basado en una muestra de 33 adultos, un estudio reciente reveló una ventaja importante de la TCC respecto del asesoramiento nutricional, lo que proporciona, al menos, un indicio positivo preliminar para el uso de la TCC como opción viable para prevenir recaídas y promover la recuperación en adultos luego del alta hospitalario. Sin embargo, aún no existe evidencia de la eficacia de la TCC para la prevención de recaídas entre los adolescentes con anorexia nerviosa.

¿Qué sucede con el uso de la medicación para prevenir la recaída? Como se ha observado antes en este capítulo, los antidepresivos no son eficaces para el tratamiento de la anorexia nerviosa en pacientes cuyo peso es extremadamente bajo y no hay información suficiente para

determinar si serían de alguna ayuda para prevenir la recaída una vez que el peso se ha recuperado.

Cifras y prevención de recaídas para la bulimia nerviosa

Las recaídas en pacientes con bulimia nerviosa llegan a un 30%. Ningún ensayo clínico que evalúe los tratamientos psicológicos para los síntomas agudos de la bulimia nerviosa se ha centrado específicamente en la prevención de la recaída de este trastorno, sino que la prevención suele ser un componente integral del tratamiento inicial. La mayoría de los estudios sugieren que la mayor parte de los adultos que responden favorablemente a la TCC inicial —el mejor tratamiento basado en evidencias para la bulimia nerviosa— continúa obteniendo buenos resultados luego de que estas intervenciones han concluido. La recuperación más prolongada se observa en aquellas personas que han logrado una remisión total de los atracones y las purgas al final del tratamiento. No obstante, una vez más, la TCC no ha sido estudiada de manera sistemática en adolescentes con bulimia nerviosa. De manera similar, mientras que el método Maudsley de terapia familiar parece ser bastante útil tanto para tratar la anorexia nerviosa como para reducir la recaída de este trastorno, hace muy poco tiempo que se ha adaptado como tratamiento inicial para tratar la bulimia nerviosa, por lo que no hay información sobre su eficacia para prevenir la recaída.

Existe evidencia sólida de que los antidepresivos son eficaces para tratar a los pacientes adultos con bulimia nerviosa, al menos a corto plazo, pero no está claro durante cuánto se debe tomar la medicación para mantener la mejora. La mayoría de los psiquiatras sostienen que el índice de recaída es mayor cuando la medicación se suspende luego de unos pocos meses y recomiendan que las medicaciones se continúen administrando al menos seis meses.

Por lo menos uno de los padres entrevistados para elaborar este libro expresó su deseo de que se le hubiera recetado un antidepresivo a su hija cuando tuvo una recaída por la bulimia nerviosa. "Cuando internamos a Linda por primera vez, los médicos no creían que sufría depresión," dice Kay. "Era la animadora de la sala. Eso se debía a que sabía muy bien cómo esconder sus problemas. Sus amigos ni siquiera sabían que era bulímica. Una vez, mientras estaba en el hospital, le pidió a uno de los médicos que le diera antidepresivos. Él le respondió que lo haría si la volvían a internar. Luego, cuando la internaron nuevamente, le pregunté a otra médica de la sala sobre la medicación y replicó que le parecía que la terapia cognitivo-conductual era una mejor opción. Bien, lo hicimos por un año y todo comenzó otra vez. Desearía que hubiésemos tenido la oportunidad de probar con la medicación. Sé que no siempre es la solución y que muchas veces los jóvenes no continúan con el tratamiento, pero hubiera sido lindo pensar que lo intentamos".

<CITA> "Era la animadora de la sala. Eso se debía a que sabía muy bien cómo esconder sus problemas..."

Desafortunadamente, no existen investigaciones que den testimonio de la eficacia de la medicación para prevenir las recaídas en los adolescentes. Los estudios actuales se centran solamente en adultos y no se sabe si sus resultados se podrían aplicar a los adolescentes o si la

utilización de la medicación antidepresiva para prevenir la recaída en los pacientes más jóvenes implicaría consideraciones especiales pertinentes a este grupo etario.

Qué hacer si su hijo tiene una recaída

Lo primordial para usted como padre de un adolescente que padece bulimia nerviosa o anorexia nerviosa es mantenerse alerta y luego tomar acción preventiva ante los primeros signos de una recaída. Si usted tienen tan sólo una mínima sospecha de que su hijo está volviendo a los patrones típicos de la alteración alimentaria luego del inicio de un tratamiento eficaz, es importante que usted se comunique con los proveedores del tratamiento, ya que las recaídas suelen ser más graves que la primera incidencia de la enfermedad. Tal como lo recuerda Donna, un verano, Chelsey "cayó en una depresión profunda y la anorexia regresó. Por supuesto que lo negó, pero finalmente le dije que tenía que regresar a la clínica de trastornos alimentarios. Allí, el médico estaba muy preocupado por su salud, llevó a cabo un examen breve y dijo que su condición era crítica, que estaba incluso más enferma de lo que había estado cuando estuvo allí la primera vez. Es por eso que considero importante que los otros padres sepan lo que les espera: años de recuperación aparentemente eficaz seguida de una recaída".

<CITA> "...las recaídas suelen ser más graves que la primera incidencia de la enfermedad".

Como lo sugiere la experiencia de Donna, quizás deba permanecer firme en su determinación de apoyar a su hijo en la recuperación durante el largo y difícil trayecto y también trabajar codo a codo con los proveedores a través de los giros y vueltas que puede tomar el proceso de recuperación. Estas enfermedades son complejas e, incluso en adultos, sobre quienes se han realizado más investigaciones, pueden ser difíciles y frustrantes de resolver. Lo mismo sucede con los adolescentes. Pero con vigilancia y persistencia, podrá lograr mucho para ayudar a su hijo a superar los distintos obstáculos que pueden presentarse con el trastorno alimentario y su tratamiento.

Recorrido por el sistema de atención médica

Es un hecho lamentable que la batalla contra estas enfermedades extremadamente difíciles suelen empeorarse por el sistema de atención médica en sí.

"Cuando a Chelsey la revisó un médico —dice Donna— me dijeron que su estado era crítico y que necesitaba ingresar a una clínica de inmediato para someterse a un tratamiento hospitalario. Llamé a la compañía aseguradora para asegurarme de que cubrirían los costos del tratamiento. Cuando dijeron que no lo harían, mi esposo y yo decidimos que tendríamos que internar a Chelsey de todas maneras y que luego nos encargaríamos de pelear por el seguro. Posteriormente recibí una llamada de la oficina administrativa del hospital y me dijeron que la atención de Chelsey costaría \$1,600 por día. Volví a llamar a la compañía aseguradora y luego de muchas discusiones, finalmente accedieron a pagar, pero solamente tres días. El médico nos dijo que el tratamiento demandaría mucho más tiempo, pero sin él, Chelsey moriría. Así que mi esposo le dijo al personal del hospital que pagaríamos por lo que el seguro no cubría. Luego de que internaron a Chelsey, me sentí aliviada de que finalmente estuviera siendo tratada. Sin embargo, mientras mejor me sentía por ella, más enojada estaba con el hecho de que nuestra compañía aseguradora se rehusara a pagar. Entonces comencé una campaña para obligarlos a pagar.

Finalmente dio resultado, en cierta forma, ya que accedieron a pagar siete días del tratamiento hospitalario, pero eso era todo. Se rehusaron a pagar más. Con el tratamiento de Chelsey de casi un mes, puedes imaginarte el monto que el seguro no cubriría.

Lo peor de todo, aparte de la cansadora lucha casi diaria, era que Chelsey pensaba que estaba destruyendo a la familia; estaba muy preocupada por los costos de su atención. Es terrible poner a una persona enferma en esa posición".

<CITA> "...Chelsey pensaba que estaba destruyendo a la familia; estaba muy preocupada por los costos de su atención".

Debido a que los trastornos alimentarios suelen requerir una amplia gama de tratamientos tanto para las complicaciones físicas como para los problemas psicológicos, muchas compañías aseguradoras se rehúsan a pagar los costos. Si una compañía cubre los trastornos alimentarios, por lo general, tiene pautas muy específicas (e inadecuadas) que limitan considerablemente el tratamiento. En consecuencia, como le sucedió a Donna, muchos padres de adolescentes con trastornos alimentarios no solamente intentan ayudar a su hijo a luchar contra una enfermedad que puede llegar a ser mortal sino que también libran una guerra contra las compañías aseguradoras que le dan centavos para cada tratamiento que su hijo necesita tan desesperadamente.

Cuando el presidente Clinton firmó la Ley de Paridad de Salud Mental (Mental Health Parity Act) de 1996, se consideró que fue el primer paso para eliminar la discriminación contra los enfermos mentales. Entró en vigencia el 1 de enero de 1998 y esta ley tan trascendental exige que los empleadores que tienen más de 50 trabajadores y que ofrecen cobertura de salud grupal también proporcionen también cobertura para enfermedades mentales que igualen el máximo anual y vitalicio establecido para enfermedades físicas. Según lo establecen los Centers for Medicare and Medicaid Services: "Si su plan de salud tiene un límite vitalicio de 1 millón de dólares en beneficios médicos y quirúrgicos, no se puede establecer un límite vitalicio de \$100,000 para beneficios de enfermedades mentales".

Pero hay una trampa: aunque la ley exige "paridad" para el tratamiento de enfermedades mentales con respecto a límites en dólares, no requiere que los planes de salud grupales ofrezcan cobertura de salud mental si los paquetes de beneficios no los incluyen. Solamente aquellos planes grupales que ya proporcionan beneficios de salud mental y que son aportados por los empleadores que tienen 50 trabajadores o más están sujetos a la ley. De otra manera, las aseguradoras pueden aún cobrar copagos y deducibles más altos y tener límites más bajos para los beneficios de salud mental ya que la ley solamente cubre límites anuales y vitalicios. Además, las leyes de paridad estatales ya existentes no fueron reemplazadas por la ley federal; por ende, según el estado en el que viva, algunas coberturas permanecen vigentes, lo que puede, a veces, excluir ciertas afecciones como los trastorno alimentarios.

Entonces, ¿qué significa todo esto para usted como padre y cómo puede asegurarse de que su compañía aseguradora pague el tratamiento que su hijo necesita para recuperarse de un trastorno alimentario? En su sitio web, la National Eating Disorders Association (NEDA) publica una lista completa de recomendaciones sobre cómo luchar para obtener la atención adecuada y necesaria.

Se puede acceder a dicha lista ingresando a www.nationaleatingdisorders.org. Se destacan las siguientes recomendaciones:

- Obtenga una evaluación completa que incluya un examen médico de su hijo para poder tener una visión integral del tipo de atención que necesita (p. ej. tratamiento hospitalario, tratamiento ambulatorio o internación parcial).
- Tan pronto como le hayan aconsejado un plan de tratamiento, pídale a su compañía aseguradora o proveedor de atención médica que le recomienden los programas y especialistas que su plan cubre.
- Si el representante de la compañía con el que usted habla le dice que su plan no cubre lo que su hijo necesita, pida hablar con el director médico de la compañía. También hable con su empleador o con el departamento de recursos humanos. Dado que los empleadores pagan parte o toda la cobertura médica para el personal, están en mejor posición de presionar a la compañía aseguradora para que proporcione los servicios necesarios.
- Cada vez que hable con alguien de la compañía aseguradora, asegúrese de escribir el nombre de la persona con la que habla y la fecha y hora de la conversación. Si hace alguna solicitud de servicios por escrito, haga una copia antes de enviarla por correo. Dicha documentación puede llegar a ser necesaria para que usted compruebe sus intentos de obtener el pago (p. ej, si la compañía aseguradora le dice que no tienen ninguna documentación de sus llamados o que las solicitudes por escrito nunca se recibieron).
- Si todos sus intentos no logran obtener algún tipo de pago de su compañía aseguradora, afronte usted los costos (tal como lo hizo Donna) y luego continúe luchando para conseguir el reembolso.

Algunos de los padres cuyas experiencias son detalladas en este libro perdieron a sus hijos a causa de un trastorno alimentario. En el caso de Donna, esa pérdida estuvo mezclada con la negativa inflexible de su compañía aseguradora a proporcionar la cobertura adecuada para el tratamiento que Chelsey necesitaba. "A diferencia de muchas personas en el país, nunca fui 'fanática de la idea demandar'", dice Donna. "Pero quería enviarles un mensaje a la compañía que le había negado a mi hija la oportunidad de recuperarse del trastorno mortal que la había agobiado. Cuando pagábamos mensualmente las primas con dinero que habíamos ganado con mucho esfuerzo, la compañía estaba feliz de tomarlo. Pero cuando llegó el momento de devolverlo, insistían en que nuestra cobertura era demasiado limitada y no incluía ciertos tratamientos que Chelsey necesitaba desesperadamente. Es por eso que decidí presentar una demanda contra ellos". De hecho, en algunos estados, la acción judicial por parte de padres ha llevado a cambios importantes en la cobertura que las compañías aseguradoras deben brindar.

La hija de Valerie, Audra, sobrevivió a la anorexia nerviosa, pero su experiencia con las compañías aseguradoras no fue menos frustrante. Valerie da el siguiente consejo:

"Lo mejor que le puedo sugerir a otros padres sobre la lucha contra el sistema es escribir cartas o enviar mensajes de correos electrónicos a todos los funcionarios gubernamentales que correspondan. Mientras más su hijo espera el tratamiento, mayor es la posibilidad de que la enfermedad sea mortal. Es verdad que los funcionarios gubernamentales siempre pasan las solicitudes a otra persona pero, en mi experiencia, la mayoría de las solicitudes terminan en el

escritorio de alguien que tomará cartas en el asunto. Mientras más cartas envíe, mejor, y no se moleste en esperar respuestas. Sólo siga enviando peticiones de ayuda tan rápidamente como pueda.

"Si su hijo está en Medicaid, no desista. Inevitablemente le dirán que el tratamiento no está cubierto o que el estado no tiene dinero para pagar el tratamiento. Una vez me dijeron incluso que la 'anorexia es un trastorno en el que se aumenta y pierde peso y no cubrimos eso'. Si yo hubiese pedido ayuda para una afección cardíaca, insuficiencia renal u osteoporosis —todos los síntomas que mi hija presentaba en ese momento— hubiera recibido tratamiento inmediato. Sin embargo, dado que su diagnóstico primario era anorexia, la compañía aseguradora se rehusaba a pagar el tratamiento. Así que debe seguir realizando llamadas y escribiendo cartas hasta que acepten a su hijo en algún programa de tratamiento. Si todos continuamos con esa actitud, quizás algún día los funcionarios gubernamentales que recibieron cartas de padres acongojados quienes rogaban ayuda cambiarán las leyes para que las aseguradores traten a las enfermedades mentales y físicas de la misma manera".

Kay reitera el consejo de Valerie:

"Siga presionando a las compañías aseguradoras. Se sentirá decepcionado, pero no desista en el intento de encontrar la atención adecuada para su hijo y no se dé por vencido con su hijo. Nunca se sabe la combinación de tratamiento que puede funcionar. Nunca es lo mismo para todas las personas; es por eso que los trastornos alimentarios son tan difíciles de tratar".

<CITA> "Se sentirá decepcionado, pero no desista..."

Capítulo cuatro

La convivencia con un adolescente que padece un trastorno alimentario

Ayudar a un adolescente a enfrentar y luego superar un trastorno alimentario entraña desafíos excepcionales para los padres y, de hecho, para todo el círculo de adultos que los rodea —docentes o entrenadores, por ejemplo— que pueden jugar un papel importante en la vida de ese adolescente. Esto se aplica tanto al periodo anterior como posterior del tratamiento de la enfermedad. Si su hijo manifiesta signos de bulimia nerviosa, quizás se pregunte cuál sería el mejor modo de enfrentarlo. O quizás esté preocupado porque su hijo —tratado por anorexia nerviosa— está adoptando los mismos patrones que usted solía pensar que no eran seguros, por ejemplo, está obsesionado con la comida y las calorías, se ejercita excesivamente o usa ropa muy holgada. O quizás es un entrenador o un docente que notó que la estrella del equipo de atletismo de la escuela se induce el vómito antes de cada carrera o que su sobresaliente alumna de la clase de matemática tiene una actitud apática y está extremadamente delgada.

Los adultos enfrentados a la posibilidad de que su hijo o un joven que conocen pueda padecer un trastorno alimentario se topan con innumerables dilemas: ¿cómo hablar con el adolescente y cómo prepararse para la conversación? Si su hijo ya se ha sometido a un tratamiento por un trastorno alimentario, ¿qué puede hacer para garantizar el progreso hacia la recuperación? Asimismo, ¿con qué apoyo cuenta *usted* para ayudar a un joven no sólo a enfrentar este trastorno

o sobrellevar esta enfermedad, sino también a sobrevivirla y continuar con su vida? ¿Pueden los docentes, entrenadores u otros adultos en la vida de un adolescente ayudarlo en este intento y, en efecto, actuar como una segunda línea de defensa —detrás de la primera línea representada por los padres y profesionales de atención médica— en la lucha contra estos síndromes?

En este capítulo se ofrecen consejos fundamentales para los padres y otros adultos que navegan en las difíciles aguas de la convivencia con un adolescente que padece un trastorno alimentario, ya sea que el diagnóstico esté confirmado o que sólo se tenga la sospecha de que padece dicho trastorno. Estas recomendaciones representan un resumen de la información proporcionada por algunos de los recursos incluidos al final de este libro, pero también son el fruto de las propias experiencias personales de los padres y del conocimiento práctico que han obtenido al enfrentar estos trastornos con sus propios hijos. A pesar de que sus experiencias son variadas, todos hablan de una misma realidad: que usted puede tener y, de hecho, tiene un papel muy importante que desempeñar en la lucha de un adolescente que intenta vencer un trastorno alimentario, ya sea como el padre de ese adolescente o como un adulto presente en su vida diaria.

<CITA> "... puede tener y, de hecho, tiene un papel muy importante que desempeñar en la lucha de un adolescente que intenta vencer un trastorno alimentario..."

Los consejos que se brindan en este capítulo no intentan, de ninguna manera, reemplazar el tratamiento profesional. Esta afirmación es especialmente válida en caso de una emergencia médica. Si un adolescente que conoce manifiesta síntomas sustanciales que sugieren que padece un trastorno alimentario (p. ej., pérdida de peso extrema, mareos o desvanecimientos o depresión profunda) o tiene una actitud suicida, es fundamental que no pierda tiempo discutiendo con el joven sobre la necesidad de obtener ayuda. Debe actuar y obtener ayuda profesional lo antes posible. Como lo remarcamos en el capítulo 2, las consecuencias médicas de los trastornos alimentarios o de sus posibles afecciones concurrentes son severas y pueden llegar a ser fatales. Por lo tanto, cuanto antes se inicie el tratamiento, mejores son las posibilidades de recuperación. Los consejos que se proveen en este capítulo pueden ayudarlo, en primer lugar, a evitar una emergencia y, en segundo lugar, a confrontar los períodos subsiguientes de una crisis si en realidad ocurre, pero no sustituyen los tratamientos o consejos médicos, que solamente un profesional calificado puede brindar.

Cómo conseguir que el adolescente comience el tratamiento: comunicación y persistencia

Hablar con los adolescentes puede ser una tarea difícil aún bajo circunstancias favorables. Debido a los cambios físicos y psicológicos, el estrés académico y la presión de los pares, niños que solían ser extrovertidos se vuelven temperamentales y retraídos. Prefieren aislarse de su familia y amigos y abandonan las actividades que anteriormente disfrutaban. Los desafíos de la vida familiar actual pueden complicar aún más las cosas. Un padre que sale a trabajar mientras el otro se queda en el hogar para ocuparse de los asuntos familiares es, en nuestros tiempos y en nuestra sociedad, una excepción más que la regla. Hoy, en la mayoría de los hogares, ambos padres trabajan, a menudo durante muchas horas, para mantener a sus familias. Además, muchos hogares están a cargo solamente del padre o de la madre, quien debe sobrellevar el trabajo

semanal, mantener el hogar y ocuparse de las necesidades de sus hijos. Estas demandas pueden afectar la habilidad de los miembros de la familia para relacionarse.

Hablar con los adolescentes sobre algo tan complejo como sus conductas anoréxicas o bulímicas puede ser aún más difícil debido al misterio y la vergüenza que estos trastornos entrañan. Si bien es importante hablar con su hijo de inmediato luego de la aparición de signos o síntomas de un trastorno alimentario, es igualmente importante hacerlo con cuidado, calma y preparación previa. ¿Sospecha que su hijo es bulímico? Acusar y gritar cosas como "¡Sé que te estas provocando el vómito y debes detenerte ahora mismo!" sólo provocará una actitud defensiva o bien lo alejará de usted por completo. También es probable que él, como muchas personas con trastornos alimentarios, niegue su situación y aún no pueda reconocer que su conducta es perjudicial. Gritarle o imponer su autoridad no cambiará esa postura defensiva. Sin embargo, adoptar una actitud firme, pensar las cosas detenidamente y planificar antes de mencionar el tema hará que puedan hablar sobre la situación abierta y francamente.

La comunicación: algo positivo

"La comunicación era definitivamente un problema en nuestro hogar antes de que a Vanessa le diagnosticaran anorexia nerviosa," dice Susan. "Tanto mi marido como yo trabajábamos y teníamos tres hijos ocupados que iban de un lado a otro. Parecía que nunca había tiempo para comer en familia. Cada uno tenía su propia vida y, en las pocas ocasiones en las que hablábamos, lo hacíamos por lo general parados en la cocina comiendo algo a las corridas. Si pudiera cambiar las cosas, encontraría más tiempo para la vida familiar y coordinaría al menos algunos momentos para comer en familia. Algunos niños tienden a no aceptar esto al principio, pero es importante reunirse como familia, aún si es solamente una o dos veces por semana. Le da a tus hijos el mensaje de que son importantes para ti y le da a *uno* la oportunidad de parar, relajarse y realmente escucharlos."

La preparación de su enfoque

Uno de los primeros pasos a dar antes de hablar con un adolescente sobre sus síntomas es obtener información sobre la enfermedad misma, como así también sobre el peso, el ejercicio y la nutrición. Los individuos con trastornos alimentarios tienden a tener conceptos distorsionados sobre estos temas y es probable que inventen excusas para sus conductas. Obtener información de fuentes válidas lo ayudará a enfrentar el tipo de respuestas que podría obtener de su, tales como "Leí un artículo en una revista que decía que peso más de lo normal por mi altura" o "Como las calorías que necesito. Lo sé porque lo busqué."

La primera vez que hablaron con sus hijos, algunos padres hasta les mostraron volantes, libros y artículos, lo cual puede ser útil, pero debe ser muy cuidadoso con el material que eventualmente escoge. "Mi primer contacto con los trastornos alimentarios, además de la muerte de Karen Carpenter —explica Shirley, la madre de Jody— fue cuando leí un artículo de un periódico local durante el primer semestre universitario de Jody. La mujer describía, con lujo de detalle, su travesía por los trastornos alimentarios. Al parecer, comenzó con las mismas

conductas que había observado en Jody: ejercitando excesivamente, contando calorías y pesándose constantemente. Fue la primera vez que leí sobre la bulimia y me asusté".

Shirley envió el artículo a Jody de inmediato con "una carta discreta" que explicaba los motivos de su preocupación. En principio, Jody contestó que Shirley se preocupaba innecesariamente, pero luego reveló que el artículo en realidad le había dado mucha "información práctica" sobre la bulimia. "No había notado todos los detalles sobre las conductas específicas que el artículo describía," dice Shirley. "Pero eran todo lo que Jody había advertido".

El hecho es que muchos artículos y libros, particularmente memorias escritas por aquellos que han padecido anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, tienden a ser brutalmente honestos sobre las conductas, por ejemplo, la purga o el abuso de laxantes. En lugar de servir como advertencias de los peligros que entrañan los trastornos alimentarios, estas descripciones pueden brindar a jóvenes en situación de riesgo o a aquellos que ya padecen trastornos alimentarios consejos provocativos sobre dietas y prácticas de pérdida de peso que aún no han probado.

Si está considerando ofrecer a su hijo material de lectura, le recomendamos volantes y folletos elaborados por asociaciones nacionales de trastornos alimentarios o asociaciones de salud mental: éstas evitan, intencionalmente, la descripción de toda información que no sea aquella relacionada con los signos y los síntomas y no dan detalles sobre conductas que jóvenes en situación de riesgo podrían estar tentados a imitar. Consulte con su pediatra, su médico familiar, un consejero escolar o una asociación de salud mental para que le recomienden bibliografía apropiada. También hay numerosos sitios web de organizaciones nacionales que brindan información sobre los signos y los síntomas de los trastornos alimentarios, la cual podría imprimir y compartir con su hijo. Estos sitios están incluidos en la sección Recursos de este libro.

Antes de abordar el tema con su hijo, también lleve a cabo una investigación sobre los recursos y las opciones de tratamiento a las que puede acceder usted y su adolescente en la ciudad en donde viven. Nuevamente, un profesional podrá brindarle información y derivaciones a especialistas de su área. También pueden ayudarlo a encontrar grupos de apoyo para padres de jóvenes con trastornos alimentarios. Además, el Harvard Eating Disorder Center (HEDC) sugiere que los padres consulten primero con un terapeuta al que hayan sido derivados antes de hablar con sus hijos para que las posibles expresiones de emotividad o enojo se trabajen previamente. Si esto no le es posible debido a limitaciones económicas o de tiempo, podría ser conveniente hablar con un familiar o un amigo de confianza y utilizarlos como caja de resonancia. No estarían a la altura de ofrecer consejos profesionales, pero usted tendría la oportunidad de dar rienda suelta a sus frustraciones y así evitar hacerlo frente a su hijo.

Una vez que esté preparado para conversar con su hijo, elija un lugar que sea cómodo y familiar —la sala de estar, la habitación de su hijo, su estudio— y asegúrese de tener el tiempo suficiente para hablar sobre este tema minuciosamente. Lo que está emprendiendo es una tarea difícil. Mencionar el tema mientras lleva a su hijo a la escuela o comenzar la conversación cuando existe la probabilidad de ser interrumpido solamente demorará lo que desea lograr. Asegúrese también de que su primera conversación sea privada: las únicas personas presentes deben ser usted, su esposo o esposa o pareja y su hijo. No se deben incluir a hermanos, abuelos, tías, tíos, primos o amigos, ya que, si están presentes, su hijo podría sentirlo como un ataque o una confabulación contra él y no prestará atención a lo que le dice.

<CITA> "Asegúrese también de que su primera conversación sea privada".

La conversación

Cuando inicie la conversación con su hijo, primero haga hincapié en cuánto lo ama y en que su preocupación se deriva de ese amor. Puede sonar como un comentario trillado, pero todos los adolescentes, no importa cuán adultos parezcan, necesitan escuchar estas palabras tranquilizadoras de usted: que solamente le preocupa su bienestar y que no es el enemigo. Sea franco y directo sobre lo que le molesta de la conducta de su hijo. Intente hacer todo lo posible por mantener la calma. El mensaje que desea transmitir es que usted está preocupado, pero que no siente pánico y que, como un padre que ama a su hijo, intenta dilucidar el problema y ofrecerle ayuda para solucionarlo.

Aunque usted y su hijo hayan tenido una relación íntima antes del desarrollo del trastorno alimentario, es importante que su papel paternal sea firme. Como Shirley señala: "Jody y yo siempre fuimos muy buenas amigas. Por lo tanto, intenté un método amistoso más que firme y supuse que sería más fácil para ella escuchar y comprender si la charla era íntima y franca. Desafortunadamente, no me di cuenta de cuán comprometido y enajenado estaba su cerebro. Pensé que podía ser racional, lo cual fue una suposición errónea de mi parte. Jody necesitaba una madre, no una amiga". Ser padre significa que puede ser autoritario pero no dictatorial. Puede ser gentil y compasivo y a la vez firme en su intento de convencer a su hijo de que necesita ayuda.

Durante su conversación, absténgase de decir frases negativas como "Estás demasiado delgada" o "¿No ves lo que te estás haciendo?". Tal enfoque puede tener resultados contraproducentes. "Seguía pensando que si podía hacerle ver lo que se estaba haciendo a sí misma— dice una madre cuya hija desarrolló anorexia nerviosa—sería capaz de entender y ya no adelgazaría más. Pero me equivoqué. Luego de un fuerte enfrentamiento que culminó en gritos, finalmente la arrastré hasta un espejo de cuerpo entero y la obligué a mirarse. Estaba horrorizada, pero no por la misma razón que yo. Pensé que había visto que se había convertido en un esqueleto andante. Sin embargo, lo que ella vio fue 'un bicho inhumano, grotesco, horrible y enorme'. Por supuesto, no me lo dijo hasta que comenzó la terapia y su descripción aún me atormenta. Es una niña muy hermosa y aún intento comprender por qué se vio a sí misma como algo tan espantoso. Y aunque hace dos años que se está recuperando, rezo todas las mañanas cuando me levanto para que nunca más vuelva a verse de esa manera."

"Un bicho inhumano, grotesco, horrible y enorme" —ésta es la típica imagen que tienen de sí mismos los individuos que se encuentran asolados por un trastorno alimentario. Suponga que su hija, según la conducta que ha observado en ella recientemente, se ve a sí misma de la misma manera. No suponga que su hijo, simplemente porque es varón, puede verse a sí mismo con otros ojos. En este momento, no puede verse como usted lo ve y por ello intente llegar él —dialogue con él —con observaciones personales que no desafíen directamente esta imagen de sí mismo *per se* sino que lo ayuden a comprender por qué usted está preocupado. Comentarios tales como "Noté que estás muy ansioso últimamente" o "Escuché que dijiste que estás muy gordo y eso me preocupa" no culpan sino que ponen énfasis en uno y en lo que está sintiendo sobre la situación.

Si la respuesta inicial de su hijo es enojo y negación, intente mantener la calma y controle sus emociones. Si se enoja, sólo lo convencerá de que es en realidad el enemigo —que es alguien que quiere sacarle el único método eficaz que tiene para lidiar con la comida y el peso. También,

debido a que sentimientos de vergüenza acompañan a los trastornos alimentarios, su hijo podría estar furioso con usted por exponer sus "secretos". Al mantener la calma, tiene más oportunidades de que finalmente escuche sus inquietudes.

<CITA> "Si se enoja, sólo lo convencerá de que es en realidad el enemigo..."

Por otro lado, algunos jóvenes pueden utilizar una táctica opuesta en su intento por apaciguarlo. En lugar de enojarse, podrían permanecer completamente tranquilos e intentar manipular la conversación para no ser el centro de atención. Podrían decir: "Ah, mamá, siempre te preocupas demasiado. Estoy bien, de veras. En realidad, estoy preocupado por *ti*. Trabajas tanto. Necesitas relajarte. ¿Por qué no vas y descansas un rato ahora mismo? Yo me puedo cuidar solo". Una buena respuesta para esta treta sería decir que, si bien estará complacido de escuchar que está realmente bien, desea hacer una consulta con un médico, para estar seguros.

Cualquiera sea el tono de su respuesta, es muy probable que su hijo resista sus intentos iniciales de ofrecimiento de ayuda. Es verdad que algunos jóvenes se sienten de hecho aliviados cuando sus padres ofrecen ayuda porque significa que ya no tienen que luchar solos con el trastorno alimentario, pero son una excepción. La mayoría de los adolescentes, incluso aquellos que están conscientes de que padecen un trastorno alimentario, raramente quieren ayuda; suelen creer que ese tratamiento sólo los obligará a engordar. En resumen, quizás deba hablar con su hijo en repetidas ocasiones —con paciencia pero con firmeza y autoridad— antes de que comience a aceptar la idea de que necesita ayuda.

Asimismo, quizás deba reforzar constantemente esta aceptación una vez que la haya logrado. Puede ser provisoria o pasajera y es probable que deba tanto alentar a su hijo a que dé el próximo paso como darle espacio e intentar permitir que él mismo tome la decisión de ir hacia adelante. El HEDC recomienda, por ejemplo, que los padres no abrumen a sus hijos "con detalles sobre un plan de tratamiento" hasta que éstos se adapten al sentimiento de vergüenza que pueden sentir ahora porque su enfermedad ya no es un "secreto". Una vez que se adaptaron a esta difícil "exposición", luego podrían sentirse hasta reconfortados por los esfuerzos de sus padres por encontrar métodos para ayudarlos.

Algunos adolescentes manifiestan buena predisposición para iniciar el tratamiento y luego, de repente, se rehúsan a ir. La excusa puede ser que no necesitan un médico ya que ellos mismos pueden ponerle fin a las alteraciones de su conducta alimentaria o que ellos ya les *han* puesto un fin. No crea esas excusas. Si usted cree que la conducta de su hijo continúa mostrando signos y síntomas de un trastorno alimentario, continúe hablando e insistiendo pero, de ser necesario, demás está decirlo, actúe y trate a su hijo de inmediato.

El papel de los docentes y los entrenadores:

la comunicación con un estudiante o deportista que tiene un trastorno alimentario

Los adolescentes pasan mucho tiempo de su vida diaria en la escuela, bajo la supervisión de otros adultos que no son sus padres y lo que diga o haga una figura con autoridad en la escuela puede influirlos en gran medida. Esto puede ser particularmente cierto para los adolescentes que están en situación de riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Debido a sus tendencias a ser perfeccionistas, lo que un respetado docente o entrenador les dice puede afectarlos profundamente. Ya sea en el mundo de la pista, el básquetbol, el fútbol, la natación, la danza, el

teatro o cualquier otra actividad, los comentarios negativos de un entrenador o docente sobre el peso y las medidas pueden tener un gran efecto en los artistas o deportistas adolescentes, quienes pueden pensar que la única forma de permanecer en un equipo o en una clase es adelgazando.

Hasta pueden pensar que, si pierden peso, les hacen un favor al equipo o a la clase. Phil, el hijo de Cathleen, estaba en el equipo de atletismo cuando comenzó a perder muchas libras. Ellas se preocupó porque parecía "muy estresado" y finalmente lo enfrentó por la pérdida de peso. Su excusa era que estaba adelgazando para ayudar al equipo. Le dijo a Cathleen que era mucho más veloz desde que había perdido peso. "Imagina lo veloz que seré cuando pierda aún más libras," le dijo.

<CITA> "Hasta pueden pensar que, si pierden peso, les hacen un favor al equipo o a la clase".

El deseo de sobresalir y ganar puede ser natural, pero cuando un adolescente influenciado se sobrecarga, las consecuencias pueden ser muy perjudiciales. Libros como el de Joan Ryan, *Little Girls in Pretty Boxes* (1995), describen cómo las prácticas de dietas extremas de deportistas selectos, tales como gimnastas y patinadores artísticos, eran, en un entonces, promovidas por entrenadores y docentes. Algunos entrenadores olímpicos tuvieron influencias poco saludables en la vida de jóvenes deportistas porque sus métodos producían lo que todos los países demandaban: ganadores. También en otros deportes algunos entrenadores transmitían el mensaje (ya sea directamente en palabras o mediante insinuaciones) que mientras más delgado era un deportista, mayor era la posibilidad de ser elegido para el equipo. Insinuaciones similares sobre la pérdida de peso potencialmente extrema también se utilizaron en el mundo de la danza: la única forma de que una bailarina pudiera "pertenecer" a una compañía era siendo delgada y las bailarinas hasta compartían consejos sobre los ayunos y las purgas.

En la actualidad, muchos docentes y entrenadores destacan la importancia de poner más énfasis en la salud y la nutrición y no en las medidas del cuerpo. Comunicar dichos valores a los jóvenes deportistas puede ayudarlos a mantenerse saludables y activos a corto y largo plazo. Además, un entrenador o un instructor que no está atado a ningún estigma con respecto al peso puede hacer mucho para aumentar el autoestima del adolescente. Candy, una mujer adulta quien de adolescente luchó contra atracones que la llevaron a la obesidad, habla de cómo la ayudó su profesora de educación física de la escuela secundaria:

"Comencé a engordar cuando llegué a la pubertad. Cuando cumplí quince años, pesaba 200 libras. Había muchos problemas en casa, estaba muy deprimida y comía todo lo que se me cruzaba. Pero también amaba hacer deportes y mi profesora de educación física de noveno año era estupenda. En primer lugar, me incluyó en un equipo de gimnasia que participaba en una exhibición de la ciudad. Recuerdo que pensaba '¿Está loca esta mujer?' porque sabía que sería la más gorda del equipo y estaba segura de que las haría perder. Bueno, no ganamos, pero mis dobles giros fueron los mejores gracias a ella. También me incorporó al equipo de carrera de posta de la escuela que participaba en todas las competencias de la ciudad. Todos los otros equipos parecían petulantes cuando me ponía en la fila porque estoy segura de que pensaban 'Esa gorda no nos puede ganar', pero en realidad ganamos el encuentro. Luego, para sorpresa de todos, la profesora Morrison me puso en el equipo titular de básquetbol. Terminamos ganando otra competencia de la ciudad y recibí un premio por haber recibido la mayor cantidad de rebotes. Aunque me llevó años saber lo que significaba mi sobreingesta y luego comenzar a

adelgazar para tener un peso saludable, aún le estoy agradecida a la profesora Morrison por verme como la persona que era y no como otra niña obesa con la que tenía que lidiar. La actitud es todo y la suya me cambió la vida."

No hay duda de que las reafirmaciones positivas pueden ayudar a un adolescente en situación de riesgo, pero los docentes y entrenadores que sospechan que un estudiante o un miembro de su equipo padece un trastorno alimentario también pueden ayudar de otra manera. El Harvard Eating Disorders Center y la National Eating Disorders Association hacen las siguientes recomendaciones. Los docentes y entrenadores pueden

- Hablar directamente con el estudiante y prepararse antes de sostener la conversación obteniendo la mayor cantidad de información posible sobre los trastornos alimentarios y sobre los recursos relevantes a los que el estudiante puede acceder en la escuela o en la comunidad. También informarse sobre las políticas de la escuela con respecto a los estudiantes con trastornos alimentarios y cómo éstas afectan su participación en las clases y los deportes.
- Utilizar un lugar privado y tranquilo para conversar con el estudiante para proteger su confidencialidad y asegurarse de que tiene tiempo suficiente para hablar sin interrupciones.
- Compartir las inquietudes personales de manera que el adolescente se sienta como un ser único y no como un miembro más de la clase o el equipo y que estas preocupaciones son formuladas como observaciones y no como opiniones: por ejemplo, "No parece estar disfrutando la clase como solías" o "Me preocupa que puedas estar haciendo más mal que bien con esas largas sesiones de entrenamiento."
- Anticipar la probabilidad de que el estudiante niegue tener un problema, pero evitar una guerra de voluntades que probablemente altere al estudiante. Si el clima se vuelve muy tenso, es conveniente poner fin a la conversación e intentar abordar al estudiante en otra ocasión.
- Tener algunos recursos y derivaciones para darle al estudiante en caso de que acepte que necesita ayuda.
- Buscar ayuda profesional de inmediato si el estudiante está en una situación que pone en peligro su vida (es decir, si se desmaya en clase o parece suicida o deprimido).

Además, los docentes, entrenadores y demás personal de la escuela deben mantener una comunicación fluida sobre la conducta del estudiante no sólo entre ellos sino también, y especialmente, con los padres del estudiante. Como dice Bobbie, a cuya hija le diagnosticaron anorexia nerviosa:

"Mi hija Sarah arrojaba a la basura los almuerzos que le preparaba todos los días para llevarlos a la escuela porque —como me lo dijo posteriormente, después de haber estado en tratamiento— sabía que ella no podía ser la más inteligente ni la más bonita, pero al menos intentaría ser la más delgada. Pero debido a que no comía, finalmente se desmayó en la clase de coro y la examinó la enfermera de la escuela, quien sólo aceptó su excusa por haberse desmayado ('Hacía mucho calor en esa habitación y estaba parada sobre una contrahuella'). Bueno, no tenía idea de que mi hija se había desmayado en la escuela porque nadie me lo dijo, ni la profesora ni la enfermera, nadie. Por qué nadie me llamó o intentó comunicarse conmigo nunca lo sabré, pero es obvio que ni siquiera se comunicaban entre ellos. Es por eso que creo que las escuelas necesitan establecer protocolos. Cada persona, ya sea un docente, la enfermera, un consejero o el director,

todos necesitan contribuir con las piezas del rompecabezas para completar toda la figura que los padres no pueden completar por sí mismos.

<CITA> "No tenía idea de que mi hija se había desmayado en la escuela porque nadie me lo dijo, ni la profesora ni la enfermera, nadie".

Tratamiento y recuperación: mantener el rumbo, mantener la fuerza y mantener la comunicación

Ingresar y perseverar en un programa de tratamiento para una enfermedad grave, incluso un trastorno alimentario, puede constituir un panorama desalentador para cualquiera. Lo puede ser aún más para un adolescente. Algunos jóvenes pueden sentir temor por la idea de ser entregados a extraños, especialmente si se requiere internación. Por lo tanto, es muy importante que usted, como padre, le garantice a su hijo su continuo apoyo emocional durante el proceso de tratamiento. Saber que cuenta con su apoyo incondicional puede marcar una gran diferencia en la actitud de su hijo en relación a estar fuera de su hogar (si está internado) o a la terapia ambulatoria.

También es importante dejar que el tratamiento siga su curso, aún si ve que su hijo progresa de manera positiva al principio, y buscar el criterio profesional de su médico o terapeuta para determinar cuándo puede concluir el tratamiento. En ciertos momentos, puede ser dolorosamente difícil mantener su decisión: "Durante las visitas, lo que nos provocaba mayor tensión —dice Valerie, cuya hija Audra fue internada por anorexia nerviosa—no era el viaje de ocho horas en carro para llegar al centro, sino el hecho de ser fuertes cuando ella nos rogaba y suplicaba que la lleváramos a casa". Su prioridad fundamental es la salud y la recuperación a largo plazo de su hijo. No se deje llevar por sus reafirmaciones de que se han recuperado ni por las señales intermedias de progreso que usted mismo observa. Hable de esas señales con el proveedor del tratamiento constantemente y evalúen juntos su importancia a la luz de la experiencia del proveedor.

Para muchos adolescentes, la batalla para superar un trastorno alimentario puede seguir siendo una lucha aún después del tratamiento. Puede ser igualmente estresante para padres, familiares, amigos y otras personas en la vida del adolescente. La siguiente historia es un ejemplo extremo de todas las vicisitudes que un padre experimentó con su hija.

La historia de Diane

Luego de que le diagnosticaron anorexia nerviosa, Megan, la hija de Diane, comenzó a ver a un terapeuta especializado en trastornos alimentarios. De acuerdo con Diane, el terapeuta ayudó "de cierta forma", pero Megan continuó adelgazando y se volvió suicida.

"Comenzó a tomar medicamentos de venta libre como Benadryl y Tylenol PM en grandes cantidades para intentar suicidarse. Luego se sentaba en nuestras sesiones de terapia familiar, sonreía con aires de suficiencia y nos decía que estaba bien. Sabíamos que no lo estaba y finalmente la internamos". Pasados unos meses, Diane finalmente consiguió un lugar en la unidad de trastornos alimentarios y, una vez allí, su hija se convirtió en una paciente ejemplar. La unidad quedaba lejos, pero Diane iba a visitarla todos los días mientras que su marido y la hermana menor de Megan se quedaban en casa. Después de dos semanas, Megan le dijo a Diane que estaba curada y "lista para irse".

"Fue el comienzo de un infierno que se prolongó durante dos años," dice Diane. "Cuando regresó a nuestro hogar, volvió a sus viejos hábitos de no comer, adelgazar y recurrir a sobredosis de pastillas. Sus problemas se convirtieron en el centro de mi vida. Fue todo muy extraño porque, antes del trastorno alimentario, Megan era una niña excelente. Se llevaba muy bien con su hermana menor, nunca se metió en ningún problema, se destacaba académicamente, tenía muchos amigos y la invitaban a todos los clubes en los que deseaba participar. Luego, prácticamente de un momento para el otro, todo cambió y Megan se convirtió en alguien que ni siquiera podía reconocer. Continuaba preguntándome cómo había permitido que esto sucediera. Seguía pensando que, de alguna manera, había fallado como persona y, más importante, como madre."

<CITA> "Sus problemas se convirtieron en el centro de mi vida".

Con conductas imprevisibles, sus grandes cambios en el estado de ánimo y sus intentos de suicidio, Megan mandaba en la casa, especialmente en lo referido a cuestiones de comida.

"Siempre nos decía lo que podíamos comer o no y, si comprábamos algo que ella no quería que comamos, lo tiraba en medio de la noche, que era cuando sus demonios aparecían y eso lo hacía aún más difícil para todos nosotros. Nos levantábamos por la mañana y nunca sabíamos lo que íbamos a encontrar. Una mañana fue en particular aterradora. Entré a su habitación para despertarla y la encontré completamente destrozada. Había garabateado 'Me odio' en todas las paredes y, por primera vez, realmente sentí su odio, ira y dolor. Estaba aterrorizada y la busqué por todas partes. Finalmente la encontré en el sótano. Estaba dormida. Cuando la desperté, simplemente sonrió y dijo: 'Hola, mamá. Creo que dirás que tuve una mala noche, ¿no?'"

Si bien Diane comprendía por lo que estaba pasando su hija, también veía cómo la conducta descontrolada de Megan estaba afectando a la familia y, en particular, a su hermana menor.

"Finalmente llegamos a la conclusión de que no había otra opción más que probar con una actitud inflexible por su propio bien. Intentamos ser extremadamente estrictos para dejarle claro que no nos echaríamos atrás. Ya se había salido con la suya muchas veces y eso, obviamente, no nos había ayudado para nada. Le dijimos que necesitábamos desesperadamente restablecer el orden en el hogar e imponer ciertas reglas. Dejamos que ella decida: o cumplía con nuestras condiciones o se marchaba. Eligió irse, lo cual nos partió el alma, pero teníamos que cumplir con nuestra palabra". Megan terminó mudándose con su amiga Brenda, pero la echaron al poco tiempo.

<CITA> "Finalmente llegamos a la conclusión de que no había otra opción más que probar con una actitud inflexible por su propio bien..."

"La madre de Brenda me llamó y me dijo que los cambios en el estado de ánimo de Megan y su conducta desenfrenada distraían a Brenda, quien era una estudiante becada y tenía que mantener sus notas altas. Además, a pesar de que en ese momento yo no lo sabía, Megan había comenzado con los atracones y comía toda la comida que Brenda tenía en la casa. Tuve que llamar a Megan y decirle que, debido a que ahora otra familia estaba involucrada, debía regresar al hospital o a nuestro hogar. Se negó. Dijo que había conocido a un muchacho y se mudaría con él. Eso tampoco duró mucho tiempo porque terminó internada en una unidad de cuidados

intensivos después de una sobredosis de antidepresivos y pastillas para dormir recetadas. Cuando llegamos al hospital, estaba atada con una correa a la cama y conectada a una máquina que mantenía sus signos vitales constantes".

Afortunadamente, Megan sobrevivió esa crisis y, con el tiempo, reconoció y aceptó el hecho de que necesitaba ayuda. "Aún estoy intentando armar las piezas del rompecabezas y comprender qué la hizo cambiar tanto —dice Diane— y todavía nos queda un largo camino, pero lo estamos logrando". Megan continúa luchando con las consecuencias de su trastorno alimentario a diario. Su peso aún no es el normal, tiene problemas estomacales crónicos y para defecar debido al abuso de laxantes.

"Pero el lado positivo —dice Diane— es que Megan volvió a disfrutar la vida. Finalmente quiere terminar la universidad y convertirse en una nutricionista así puede ayudar a otras personas con trastornos alimentarios. Si completa su educación y logra hacerlo, estaré encantada, pero por ahora, sólo estoy agradecida de que esté viva."

Control de la rutina diaria

Los trastornos alimentarios no se "arreglan así como así". Como queda reflejado en la historia mencionada anteriormente, la recuperación puede llevar mucho tiempo y muchos pacientes recaen más de una vez después del tratamiento inicial. En realidad, se necesitan más trabajos de investigación no sólo sobre las causas de los trastornos alimentarios sino también sobre los sucesos desencadenantes o afecciones coexistentes que pueden llevar a que alguien que se esté recuperando recaiga en los hábitos típicos de los trastornos alimentarios. No obstante, hay muchas cosas que los padres pueden hacer en la vida cotidiana para ayudar a sus hijos. Como dijo Susan, la madre de Vanesa: "Nosotros, como padres, no podemos hacer nada para 'arreglar' a nuestros hijos, pero sí podemos tomar decisiones para intentar ayudarlos".

El primer paso es reconocer que la internación de su hijo o el tratamiento ambulatorio es un comienzo, no el fin en sí mismo. Su hijo no se ha "curado", simplemente cuenta con más vigor debido al tratamiento inicial para al menos comenzar a navegar nuevamente por la cotidianidad del hogar y de la escuela. El segundo paso es reconocer que la recuperación de su hijo puede ser particularmente difícil durante este período de reinserción y requerirá de mucha vigilancia, paciencia y ayuda de todos —familia, docentes, entrenadores y demás— como cuando se detectó el problema por primera vez.

CONSEJOS PARA LA VIDA HOGAREÑA

Los estragos que un trastorno alimentario puede causar no sólo en los adolescentes afectados sino también en sus familias no pueden subestimarse. Si ése ha sido el caso de su familia, quizás sea conveniente convocar una reunión familiar. En resumen, hablen unos con otros, individualmente y como familia, sobre lo que ha pasado en sus vidas. Conversar ayudará a restablecer las conexiones familiares y calmará las tensiones, ya sea para el adolescente que padece el trastorno como para el resto de la familia. Los hermanos pueden estar muy afectados por la conducta de su hermano o hermana; por ejemplo, se pueden sentir olvidados o abandonados porque el hijo que padece la enfermedad es el centro de atención. Si es así, reafirme que cada miembro de la familia tiene la misma importancia y aliéntelos a expresar sus sentimientos.

<CITA> "Los hermanos... pueden sentirse olvidados o abandonados porque el hijo que padece la enfermedad es el centro de atención".

Como lo ilustra la historia de Diane, se deben establecer límites dentro del marco familiar para un adolescente que recién regresa a su hogar luego de un tratamiento hospitalario o que está siendo tratado de forma ambulatoria. Evitar las discusiones y los enfrentamientos por temor a precipitar una recaída puede en realidad dar libertad para recaer en los viejos hábitos. Por otra parte, no debe sentirse como si tuviera que vigilar a su hijo constantemente. Lograr el equilibrio entre permitir que su hijo sea independiente e imponerle límites a su conducta es la situación ideal, pero también significa caminar en la cuerda floja. Si tiene problemas con cómo responder a las necesidades y conductas de su hijo, hable con el terapeuta o con el equipo de profesionales que lo tratan sobre cómo manejar la situación y sobre cómo imponer límites a una conducta que probablemente desequilibre a todo el hogar.

Los aspectos de la vida diaria familiar y la manera en que los miembros de la familia interactúan entre ellos probablemente también deban ser modificados. Un ejemplo es la hora de la comida. Este momento puede ser extremadamente estresante para los adolescentes que se están recuperando de un trastorno alimentario. Se pueden haber vuelto tan obsesivos con el cálculo de las calorías, los carbohidratos y los gramos de grasa que el sólo hecho de ingerir un pequeño bocado de comida aún los aterroriza. También son conscientes de que todos en la familia saben que tienen "problemas con la comida" y están sin duda mirando para ver lo que comen. Por tal razón, es mejor mantener las comidas familiares lo más relajadas posible. El Center for Young Women's Health (CYWH) del Children's Hospital de Boston recomienda, por ejemplo, que, en esos momentos, en lugar de concentrarse en la comida, las familias hablen de asuntos neutrales, por ejemplo, temas de actualidad, películas o hasta del clima para ayudar a disminuir las tensiones de todos los comensales, incluso del adolescente.

Planear las comidas de antemano también puede ayudar a reducir el estrés durante las comidas. Aquellos que son víctimas de un trastorno alimentario como la anorexia nerviosa sistemáticamente eliminan alimentos de sus dietas hasta comer cosas que son extremadamente bajas en calorías, grasas y valor nutricional (p. ej., lechuga, apio y zanahorias). Durante el período de recuperación, por ende, es importante ayudarlos a ampliar su lista de "alimentos seguros." Como parte de la planificación de las comidas, el CYWH sugiere que su hijo y usted hagan las compras juntos y tengan como objetivo la compra de un alimento nuevo todas las semanas o semana de por medio. Si su hijo está sometido a asesoramiento nutricional, pídale al nutricionista que lo aconseje sobre qué alimentos podría agregar al menú. Si no puede comunicarse con el nutricionista, hable del tema con su médico familiar o con un docente de la escuela que sepa sobre nutrición.

<CITA> "Planear las comidas de antemano también puede ayudar a reducir el estrés durante las comidas".

Cocinar y probar nuevas recetas juntos es otra manera de hacer que las cuestiones de comida sean menos estresantes. Sin embargo, no debe permitir que el adolescente haga las compras o cocine para la familia. Muchas personas con trastornos alimentarios alimentan a sus familias como una manera de evitar alimentarse a ellos mismos. Al cocinar, servir y luego no comer la

comida que han preparado, están demostrando que ellos controlan la situación y no que ésta los controla a ellos. Las comidas que sirven pueden ser a menudo elaboradas y les lleva todo el día prepararlas. También pueden preparar todas sus comidas favoritas que solían comer y luego disfrutaban de ver comer a su familia. Si les preguntan por qué no se sientan con la familia para disfrutar esa deliciosa comida, pueden decir que han probado varias veces mientras preparaban la comida o que comieron una porción generosa antes de llevar la comida a la mesa. Si usted y su hijo preparan la comida juntos, podrá observar cuánto come en realidad antes de que todos se sientan a la mesa.

Los cambios físicos, por ejemplo, el aumento de peso, provocados por el tratamiento también pueden causar estrés. Aquellos que padecen trastornos alimentarios le tienen terror a estar gordos. Aún si se están recuperando, les lleva mucho tiempo asumir el regreso a un estilo de vida más saludable. Por lo tanto, es conveniente evitar decir cosas como "Luces mucho mejor desde que comenzaste la dieta" o "Estoy muy orgullosa de ti porque engordaste unas libras." Dichos comentarios, a pesar de que son bien intencionados, podrían causarles pánico porque piensan "¡Ay, Dios, si insisten en hacerme comer, me convertiré en un zepelín! ¡Debo comenzar a bajar de peso ahora mismo!". Haga comentarios positivos sobre los cambios que ha notado en su hijo como persona y no en su aspecto físico.

Al mismo tiempo, los adolescentes que se están recuperando de un trastorno alimentario pueden sentirse abrumados o asfixiados por la atención, tanto en sus hogares como en las sesiones terapéuticas familiares o individuales, que se les dedica a ellos, sus hábitos alimentarios y sus relaciones interpersonales. Asegúrese de darle a su hijo un respiro de tanta atención y hagan cosas juntos que no giren en torno a la comida o cuestiones de peso. Invite a su hijo a ir al cine o a ver la última exposición en el museo de la ciudad. O simplemente invítelo a ver vidrieras. Si su médico certifica que su hijo ya cuenta con la suficiente fuerza física, podría sugerir incluso una excursión en el día a un lugar bonito. Mientras continúa recuperándose, hable con el equipo de profesionales que lleva adelante el tratamiento de su hijo sobre cómo programar más actividades para que realicen juntos o con toda la familia. Estas actividades ayudarán a desarrollar y mantener una relación con su hijo que no se centre en el hecho de que padece un trastorno alimentario.

Como se dijo anteriormente, Susan habló del hecho de que los padres pueden hacer mucho para ayudar a sus hijos a recuperarse de un trastorno alimentario. Ellos realmente pueden, como así también toda la familia. Como se sugirió anteriormente, esa ayuda puede brindarse mediante cambios en la vida familiar para reforzar el tratamiento y el proceso de recuperación de su hijo adecuadamente. Es muy probable que se enfrente a momentos inestables a lo largo del proceso, pero uno de los signos de que todo marcha bien es cuando comienza a ver que su hijo se ayuda a sí mismo de maneras verdaderamente positivas. Susan dice nuevamente:

"Antes del trastorno alimentario, Vanessa era siempre la conciliadora de la familia. Cada vez que había un conflicto, tomaba cartas en el asunto y los calmaba a todos. Tenía un gran don, pero cuando miro hacia atrás, me pregunto cuánto de ella reprimía para mantener la paz en nuestro hogar. Desde que comenzó con la terapia, sin embargo, su actitud es mucho más firme y ahora pelea con su hermano y hermana de la misma manera en que lo hacen la mayoría de los hermanos. Casi todas las personas con trastornos alimentarios se niegan a comer para transmitir el mensaje de que algo anda mal. También están inmersos en una negación tan profunda que no

quieren escuchar lo que tiene que decirle. El hecho de que ella pueda finalmente hablar con todos y defenderse sola es maravilloso."

CONSEJOS PARA LA VIDA ESCOLAR

Volver a la escuela luego de una internación puede ser extremadamente difícil para los adolescentes que padecen un trastorno alimentario. Se pueden preguntar qué saben sus compañeros acerca de su ausencia o preocuparse por haber sido el objeto de chismes. Cómo eligen manejar su regreso —por ejemplo, cómo responden a las preguntas e inquietudes sobre por qué han estado ausentes o qué los enfermó— depende completamente de ellos. Probablemente se sientan perturbados por qué hacer o decir. Si su hijo comparte este dilema con usted, puede ayudarlo escuchando y, si piensa que es correcto, ofreciendo algunas sugerencias. Sin embargo, si no pide ayuda o rechaza sus sugerencias, no lo obligue hablar del tema ni imponga su opinión diciendo cosas como "Bueno, creo que te sentirías mejor si dices esto o lo otro. Después de todo, eran muy buenos amigos antes de que esto sucediera". Algunos adolescentes pueden sentirse más cómodos si hablan con un docente, entrenador o consejero de confianza que conozca tanto el trastorno alimentario como el grupo de amigos del adolescente. Pueden ser una buena caja de resonancia u ofrecer buenos consejos.

Algunos adolescentes deciden cómo hacerlo por sí solos y no quieren que los otros lo sepan. Toman la reinserción a la vida escolar naturalmente. "Cuando internaron a mi hijo Phil, sus amigos, los docentes y el entrenador fueron formidables", dijo Cathleen. "Le dieron todo su apoyo para que se recuperara. Sin embargo, él no quería que nadie supiera que padecía un trastorno alimentario y creo, en verdad, que si sus amigos hubieran sabido que tenía anorexia nerviosa, lo hubieran tratado diferente. Fue interesante porque, después de no ir a la escuela durante cuatro meses, durante la segunda semana que había regresado, uno de sus amigos le preguntó: "¿Qué te pasó?". Phil le dijo que la vida le había pesado demasiado, que estaba realmente estresado y que había bajado de peso. Su amigo le dijo: 'Ah, me sucedió lo mismo, pero las que bajaron fueron mis notas'. ¡Es increíble! Tan simple y, a la vez, tan complicado."

Aún así, un estudiante que regresa a la escuela luego de una internación se enfrenta a grandes desafíos y su reinserción puede ser más fácil si usted trabaja conjuntamente con el personal de la escuela y los docentes y luego se mantienen en contacto de manera constante para hablar sobre el progreso de su hijo. Algunos docentes se preocupan por tener que tratar al adolescente en forma diferente del resto de la clase. Como padre, debe instar a los docentes a evitar que le presten demasiada atención a su hijo porque lo puede avergonzar— y ya está lo suficientemente acomplexado— o le puede transmitir el mensaje equivocado: esa delgadez requiere mayor atención. Al mismo tiempo, debido a la internación o al tratamiento ambulatorio, algunos adolescentes con trastornos alimentarios pueden atrasarse en la escuela con respecto al resto de la clase y un docente podría tentarse a darles tareas extras para que se pongan al día. Aún cuando el adolescente pida tarea extra —y esto es posible, dado que la mayoría de los adolescentes con trastornos alimentarios tienden a ser sobresalientes y se enorgullecen de sus éxitos académicos— un programa acelerado no sería una buena solución. Los efectos de los trastornos alimentarios pueden ser graves y la recuperación lleva tiempo. Ya que la energía y la concentración del adolescente pueden no haber regresado al mismo nivel que antes, podría estar abrumado por la presión de superar la carga de trabajo habitual. En cambio, usted debería instar a los docentes a poner énfasis en cuánto ha avanzado con el material del curso en lugar de enfatizar a dónde ha

llegado toda la clase como así también a trabajar con usted y con el equipo de profesionales que trata a su hijo para desarrollar un plan realista, con tiempos razonables, para ayudarlo a alcanzar finalmente los objetivos académicos.

Los adolescentes que se están recuperando de un trastorno alimentario pueden tener un plan especial de comidas que requiera refrigerios nutritivos. Nuevamente, usted debe trabajar con la escuela para garantizar que su hijo tenga el tiempo necesario para comer, pero también para que estén atentos a cualquier signo que indique que pueda estar sufriendo una recaída, por ejemplo, que de repente coma mucha comida chatarra o que salga corriendo hacia el baño después del almuerzo.

Cathleen, la madre de Phil, recalca la importancia fundamental de esta comunicación entre el personal de la escuela y las familias:

"Creo que es la clave para identificar cualquier cosa con la que nuestros hijos puedan estar luchando, ya sea la comida, la bebida, las drogas o cualquier otra cosa que podría estar molestándolos. Son parte de nuestra sociedad y tienen que sobrellevar los problemas al igual que los adultos. El objetivo es criar a un niño seguro de sí mismo, feliz y saludable. Cualquier cosa que se interponga en el camino es un problema que usted debe enfrentar. Hágalo lo antes posible porque mientras más demore, más difícil será solucionarlo. Esto sólo se puede conseguir comunicándose con su hijo como así también con las personas con quien comparte su vida. Creo que haber detectado el problema de Phil a tiempo marcó la diferencia en lo bien que se ha recuperado. Se está recuperando tan bien que parece que han pasado años que fue internado e intentaba arrancarse el suero de su brazo. Ahora es uno de los mejores corredores del equipo y estoy muy orgullosa de él. Su entrenador lo ha apoyado mucho; no lo perdió de vista en toda la temporada y también ha incorporado un plan de alimentación en su programa no sólo para Phil sino para todos los muchachos. Es grandioso porque todos los involucrados quieren asegurarse de que Phil se mantenga fuerte y saludable y, al comunicarnos entre nosotros, parece que lo estábamos logrando".

<CITA> "El objetivo es criar a un niño seguro de sí mismo, feliz y saludable".

Apoyo de otros padres

Todos los padres que fueron entrevistados para escribir este libro expresaron la necesidad de obtener apoyo de otros padres que están pasando por la misma situación o situaciones similares. Como dijo Diane, la madre de Megan, "La ayuda más grande es el apoyo de otras familias. Es absolutamente crucial. Los trastornos alimentarios son enfermedades familiares. Desde la comida del domingo hasta todas las otras partes de la vida cotidiana cambian y las familias necesitan saber que no están solas."

<CITA> "Los trastornos alimentarios son enfermedades familiares".

En realidad, las familias con las mismas experiencias con las que usted está lidiando en este momento pueden ser una fuente no sólo de apoyo emocional sino también de consejos prácticos y otro tipo de información que pueden ayudarlo a enfrentar el trastorno de su hijo. El problema es que encontrar dicha ayuda en su ciudad, lo cual es ideal, podría no ser fácil. "En 1999, no pude encontrar a ningún padre en la zona para hablar," dice Donna, la madre de Chelsey. "Los

médicos no pudieron ayudarme y fue muy frustrante. No existía la cantidad de sitios web sobre trastornos alimentarios que hay en este momento. En general, terminé leyendo mucho, lo cual ayudó, pero realmente anhelaba tener una conversación íntima con alguien que estaba pasando por lo mismo que yo o que ya lo había superado. Aún un poco de comprensión puede servir mucho para ayudar a alguien que se siente abrumado por su situación."

Debido a temas de privacidad y confidencialidad, los médicos están limitados en el tipo de información que pueden o no compartir sobre sus pacientes. Podrían obtener el consentimiento de otros padres para que usted pueda hablar con ellos, pero su mejor apuesta es tratar de encontrar un grupo de apoyo para padres y adolescentes con trastornos alimentarios. Cuando Diane finalmente localizó un grupo en su área, se sintió muy aliviada.

"La primera vez fue sensacional," dice ella. "Las personas eran totalmente comprensivas y pude compartir cosas con ellos que no podía hablarlas con otras personas. Pero también fue frustrante porque se reunían una vez por mes. Realmente deseaba reunirme más a menudo, sólo para mantenerme conectada a tierra."

Luego, también, surgió un problema inesperado cuando Megan se enteró que Diane estaba yendo al grupo. "Se enfureció conmigo por hablar sobre ella con extraños y me gritó: 'Este no es tu problema, ¡es *mi* problema!'. Estaba tan sorprendida por su enojo que me sentí tentada a decirle que no iría nunca más. Estaba en un estado tan frágil —tanto física como emocionalmente— que no quería arriesgarme a disgustarla aún más. Luego me di cuenta que si no hacía algo para cuidarme a mí misma no podría ayudarla de ninguna manera. Estaría permitiendo que la enfermedad me controle de la misma manera en que controlaba a Megan, entonces finalmente le dije: 'Mira, esto ya no es un problema que te afecta a ti solamente. Todos los que nos preocupamos por ti estamos también afectados. Si quieres seguir enfadada conmigo, bueno, haz lo que quieras, pero en este momento yo también necesito ayuda.'"

Si, después de agotar todos los medios locales, aún no puede conectarse con otros padres en su área, podría considerar la idea de comenzar un grupo de apoyo usted mismo. Esa posibilidad puede parecer desalentadora, al principio, especialmente si está tratando de reorganizar las responsabilidades del trabajo, el hogar, las sesiones terapéuticas y las visitas hospitalarias. Si es así, piense en preguntarle a un miembro de la familia o un amigo que le dé una mano. Muchas personas que se preocupan por usted y su familia podrían sentirse contentos de que se los pida y estarían dispuestos a ayudarlo. Hasta podrían ayudarlo a resolver algunos problemas logísticos, por ejemplo, dónde realizar las reuniones, y visitar distintas opciones con usted. Las tiendas, las escuelas, las iglesias u otras organizaciones de su ciudad podrían estar dispuestas a permitirle el uso de su espacio o a publicitar su grupo. Otra manera de llegar a potenciales miembros del grupo es colocar un aviso clasificado en una publicación local. Hay revistas y periódicos gratuitos que se distribuyen en los vecindarios del país y la mayoría tienen secciones denominadas "eventos locales" donde las personas pueden poner clasificados en forma gratuita (o por una módica suma) si no se cobra entrada para su evento. También podría imprimir volantes de las reuniones del grupo de apoyo y enviarlas por correo a todos los lugares que se lo permitan, por ejemplo, a bibliotecas, lavanderías, supermercados o librerías, o pegarlos sobre postes de teléfono.

Muchas facultades y universidades también tienen programas sobre trastornos alimentarios. Si hay un recinto universitario cerca, consulte con un administrador o instructor sobre cómo contactar a otros padres o pregunte sobre los servicios de apoyo que ofrecen.

Si todo eso no funciona, contáctese con las numerosas organizaciones del país para obtener mayor información, servicios de ayuda y derivaciones profesionales. Sus nombres, números telefónicos y direcciones están incluidos en la sección Recursos de este libro.

Capítulo cinco

La prevención de los trastornos alimentarios

Los padres tienen motivos más que suficientes para ser optimistas acerca del pronóstico de un hijo con trastornos alimentarios: de hecho, la mayoría de los adolescentes con anorexia o bulimia nerviosa se recuperan. Sin embargo, los tratamientos actuales no son tan eficaces o rápidos como les gustaría a los padres y a los profesionales y el sufrimiento de algunos adolescentes se prolonga por mucho tiempo. Es vital que se continúe en la búsqueda de definiciones de trastornos alimentarios más precisas y útiles y de métodos mejorados para tratarlos. Una meta aún más deseable sería, en primer lugar, tomar medidas eficaces para prevenir la aparición de dichos trastornos e identificar a niños y a adolescentes que puedan correr el riesgo de padecer estas enfermedades.

Diane, la madre de Megan, enfatiza la necesidad de poner en práctica medidas de prevención eficaces. "Durante las décadas del treinta y del cuarenta, los adolescentes comenzaron a fumar cigarrillos porque pensaban que era chévere hacerlo. En ese momento, no había estudios acerca de los efectos nocivos del tabaco. Sin embargo, ahora contamos con más información y le advertimos a nuestros hijos acerca de dichos efectos. Además, las campañas publicitarias dirigidas a los jóvenes que señalan los peligros del consumo del alcohol y las drogas, tales como el éxtasis, la cocaína y la heroína, han sido eficaces. Entonces, ¿por qué no estamos haciendo nada para prevenir al grupo de mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios —nuestros adolescentes— acerca de cuán físicamente mortales y perjudiciales pueden llegar a ser estos síndromes?"

Shirley, la madre de Jody, observa, además, que el único momento en que la prensa presta atención a los trastornos alimentarios es cuando un famoso se ve afectado, por ejemplo, cuando Karen Carpenter murió o cuando la Princesa Diana admitió que era bulímica, o más recientemente, cuando se le diagnosticó a Mary-Kate Olsen que padecía trastornos alimentarios. Agrega que "no es suficiente para la prensa que gente común luche contra estas enfermedades a diario". "Para que una historia acerca de trastornos alimentarios sea considerada de interés periodístico siempre tiene que estar acompañada de un nombre famoso y eso no está bien. Necesitamos historias que reflejen las realidades de estos trastornos como así también una campaña masiva de publicidades —con frases como 'Los amigos no permiten que sus amigos conduzcan alcoholizados'— para llegar a nuestros niños antes de que sea demasiado tarde".

Donna, la madre de Chelsey, señaló que "las medidas de prevención deben comenzar en la escuela, cuando los niños son pequeños. La clave es la enseñanza del amor propio. Se le debe enseñar a los niños a valorarse por lo que son y por todas sus habilidades. En la actualidad, comienzan a hacer dieta a una edad cada vez más temprana. Una maestra amiga mía me dijo que las niñas de su clase, de tercer grado, llevaron latas de Slim Fast para almorzar en la escuela. Cuando mi amiga le preguntó a una de las alumnas si sus padres sabían que ella almorzaba solamente una bebida dietética, la pequeña niña contestó: 'Ah, por supuesto. Mi mamá me lo dio'.

Esto es horroroso. Estos niños tienen solamente siete u ocho años; aún no están completamente desarrollados y sus padres ya les están llenando la cabeza con ideas equivocadas. Creo que todos los padres —y en especial las madres y los padres jóvenes— necesitan aprender acerca de la nutrición y los hábitos de estilos de vida saludables".

<CITA> "Se le debe enseñar a los niños a valorarse por lo que son y por todas sus habilidades".

Sin embargo, si bien los padres y los profesionales desean alcanzar la meta de prevenir los trastornos alimentarios, es difícil lograrlo. Sin duda, educar a la población acerca de los trastornos alimentarios e incrementar la concientización pública —no sólo de los padres y los niños sino también de los docentes, consejeros e incluso profesionales médicos, tales como pediatras o médicos de atención primaria quienes pueden estar en contacto con pacientes en situación de riesgo— pueden desempeñar un papel clave en el reconocimiento y la prevención de los primeros síntomas antes de que se convierta en un verdadero trastorno. De la misma manera, un componente esencial de una campaña para prevenir cualquier tipo de trastorno es tener un conocimiento sólido de los factores de riesgo que pueden contribuir a su desarrollo. Pero en el caso de los trastornos alimentarios, ese conocimiento es, lamentablemente, escaso. Tal como se describe en el capítulo 2, las causas de los síndromes como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa suponen una combinación de factores biológicos, contextuales, psicológicos y sociales pero todavía no se sabe a ciencia cierta cuál es la contribución de éstos al desarrollo de estos trastornos. Educar a la población acerca de los peligros de estos trastornos es una cosa, pero prevenir eficazmente su incidencia, particularmente a la vista de lo poco que se sabe sobre sus factores de riesgo, es totalmente otra. Los programas que se han lanzado para prevenir o, al menos, reducir la incidencia de estos trastornos o de sus síntomas se han basado en suposiciones razonables sobre dietas, imagen corporal, baja autoestima y otros elementos implicados en el desarrollo de los trastornos alimentarios, no en verdades absolutas. Algunos de estos programas han tenido buenos resultados; la mayoría han tenido, si lo tuvieron, un éxito moderado.

En este capítulo, se examinan algunos de los métodos de prevención que han sido probados, se explora el tema controvertido de si un tratamiento para la obesidad podría ser un factor de riesgo para los trastornos alimentarios y se ofrecen consejos acerca de lo que los padres y otras personas pueden hacer para ayudar a prevenir los trastornos alimentarios en niños y adolescentes.

Métodos de prevención

Se han utilizado dos métodos de prevención —el "universal" y el "selectivo"— para intentar reducir la incidencia de los trastornos alimentarios. Un programa de prevención universal se aplica a todo un grupo de personas y está diseñado para prevenir una enfermedad antes de que comience cambiando, a nivel grupal, sus creencias, actitudes, intenciones y conductas asociadas con la incidencia de esta enfermedad. Por ejemplo, las personas que fuman, comen alimentos con elevado contenido graso y calórico y no realizan actividad física están en peligro de desarrollar enfermedades coronarias cardíacas (ECC). Un programa de prevención universal para las ECC proveería educación sobre los peligros de esa enfermedad (la principal causa de muerte en los Estados Unidos en 2004) como así también sobre los efectos perjudiciales del tabaco, los beneficios de ingerir alimentos bien equilibrados y la necesidad de regímenes de ejercicio moderado. Con una estructura similar, los métodos de prevención universal para los trastornos

alimentarios se centran en toda la población, por ejemplo, todos los estudiantes de una escuela secundaria o una preparatoria, para promover controles de peso saludable, evitar dietas con restricción calórica (p. ej. dietas "intensivas") y para abordar las formas en las que la imagen corporal y la alimentación se ven influenciadas por factores sociales, culturales y de desarrollo. Algunos programas de prevención universal se centran en temas más amplios, tales como el aumento de la autoestima y la competencia social. Por el contrario, un programa de prevención selectiva intenta identificar a aquellos individuos que están en situación de alto riesgo de desarrollar trastornos alimentarios o a aquellos que ya han comenzado a presentar síntomas. Los individuos que están en situación de alto riesgo pueden estar rigurosamente controlados y aquellos que presentan síntomas pueden ser derivados para recibir tratamiento con el objetivo de eliminar el trastorno antes que pase a mayores.

<CITA> "Un programa de prevención universal se aplica a todo un grupo de personas y está diseñado para prevenir una enfermedad antes de que comience".

Para que un método de prevención selectiva o universal sea eficaz, se deben detectar y luego evaluar los factores de riesgo para determinar si su reducción realmente disminuye la incidencia del trastorno. Hasta este momento, ningún factor de riesgo de los trastornos alimentarios ha pasado esta prueba. Si bien algunos expertos han sugerido que las actividades preventivas deberían centrarse en aquellos factores que puedan ofrecer protección contra el desarrollo de una enfermedad (p. ej., la construcción de niveles más altos de autoestima), ningún estudio ha identificado con exactitud cuáles son esos factores "protectores". También está la cuestión de cómo la prevención selectiva debe identificar con exactitud a los individuos que están en situación de alto riesgo y que deben controlarse. Dicho proceso de identificación implicaría la aplicación de una herramienta de selección extremadamente específica y sensible para dividir a los participantes del programa en grupos sin riesgo, de alto riesgo o de casos (aquellos a los que le diagnosticaron el trastorno), con el resultado final de que el grupo de mayor riesgo podría recibir prevención selectiva y el grupo de casos podría ser derivado a tratamiento. Aún no existe tal instrumento que pueda dividir satisfactoriamente a los individuos en estos grupos.

Dadas estas circunstancias, los expertos deben acudir a una cantidad limitada de estudios para determinar la eficacia de los métodos de prevención actuales los cuales apuntan a reducir la incidencia de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes.

Programas de prevención universal en escuelas

En la mayoría de los estudios sobre programas de prevención universal en escuelas se ha demostrado que estos programas aumentaron, de hecho, el conocimiento y la concientización sobre los trastornos alimentarios, pero no fueron tan eficaces en cuanto al cambio de actitudes y conductas. En un estudio llevado a cabo en 1977 se sugirió incluso que las medidas preventivas podrían ser contraproducentes. Los estudiantes que se han recuperado de trastornos alimentarios compartieron sus experiencias con sus compañeros y dieron información sobre estas enfermedades. Durante el seguimiento, se descubrió que aquellos compañeros que participaron en el programa presentaban ligeramente *más* síntomas de trastornos alimentarios que aquellos compañeros que no habían participado del programa. En la actualidad, los programas mejores desarrollados sugieren que se pueden producir cambios en las actitudes sobre la silueta y el peso

corporal que persisten durante al menos varios meses, pero no hay evidencia de que dichos cambios, en realidad, tengan un impacto importante en la reducción de la manifestación de conductas de trastornos en los estudiantes.

Las actitudes y conductas que reflejan una alteración en la conducta alimentaria pueden ser difíciles de modificar porque, a menudo, se ven reforzadas por diversos factores familiares, culturales y contextuales y por los pares. Como consecuencia, algunos investigadores sobre la prevención han expresado la necesidad de cambiar sistemáticamente el contexto, particularmente el contexto escolar, de los niños y adolescentes. En un estudio realizado en 1999 se demostró concretamente que los cambios implementados en todo el sistema de una exclusiva escuela de balé redujeron los trastornos alimentarios en este entorno de alto riesgo. Otro estudio realizado en 2000 se centró en una intervención comunitaria diseñada con el objetivo de prevenir trastornos alimentarios en niñas preadolescentes y que consistió en seis sesiones de 90 minutos que hacían hincapié en la alfabetización mediática y en las habilidades de propugnación. Luego de tres meses, los investigadores descubrieron que el programa había tenido una influencia positiva en la conducta y la actitud relacionadas con los medios de comunicación, incluso en cómo las niñas internalizaron sus ideales socioculturales. Desafortunadamente, muy pocos estudios han evaluado este método de prevención en otros contextos; por ende, es difícil predecir cuán eficaz podría ser en diferentes contextos.

<CITA> "... los cambios implementados en todo el sistema de una exclusiva escuela de balé redujeron los trastornos alimentarios en este entorno de alto riesgo".

Algunos expertos han concluido que los programas de prevención universal no dan resultado y que no deberían implementarse. No obstante, la verdad —de acuerdo con un análisis realizado en 2000— es que la evidencia no "permite sacar ninguna conclusión firme sobre el impacto de los programas de prevención de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes." Muchas preguntas continúan sin respuestas en cuanto a cómo implementar y mejorar el diseño de los programas de prevención universal para que tengan un impacto duradero en aquellos adolescentes que están en situación de alto riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Por ejemplo, ¿cuál sería la edad ideal para dichas intervenciones preventivas? ¿Cómo se podrían incluir los factores familiares y contextuales en estos programas? ¿Se debería brindar prevención universal tanto a niños como a niñas en el mismo contexto? Hasta que se desarrollen programas que aborden estas inquietudes y se les permita seguir su curso, la pregunta general sobre la eficacia de la prevención universal continúa sin respuesta.

Programas de prevención selectiva en escuelas

La mayoría de los programas de prevención dirigidos a individuos en situación de riesgo de desarrollar trastornos alimentarios se han centrado en adolescentes mayores o estudiantes universitarios y han revelado resultados prometedores, tales como los que fueron publicados en 1996. Los investigadores dividieron a 315 estudiantes universitarias en situación de riesgo en dos grupos—un grupo no recibió tratamiento y el otro se sometió a una terapia cognitivo-conductual (TCC) Luego de un mes, el grupo de la TCC mostró importantes mejorías en el control del peso, la satisfacción por sus cuerpos y la autoestima. Estos estudios, como así también otros estudios clínicos más específicos, revelan que ciertas intervenciones intensas pueden reducir los factores

de riesgo, al menos a corto plazo. Sin embargo, así como los programas universales, ningún programa selectivo cuenta con el desarrollo y eficacia suficiente para sugerir su implementación general. Realmente se necesitan muchos más estudios sobre este tipo de intervención que puede llegar a ser muy importante.

¿El tratamiento para la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario?

En el *DSM-IV* (DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos alimentarios), no se considera a la obesidad como un trastorno alimentario o, en un sentido más amplio, un trastorno mental, sino como un problema médico general. ¿Se debería considerar su tratamiento como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios? Éste es un tema candente que ha dado lugar a mucha controversia entre los especialistas de trastornos alimentarios y expertos en obesidad. La supuesta asociación entre las dietas y el desarrollo de síntomas de trastornos alimentarios ha llevado a los programas de prevención de trastornos alimentarios implementados en las escuelas a prevenir a los estudiantes sobre los efectos adversos de las dietas. Aunque la obesidad se está convirtiendo en un problema de salud serio en la juventud estadounidense, es importante comprender si los tratamientos para la obesidad, específicamente las recomendaciones que restringen la ingesta calórica, en realidad aumentan el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios.

<CITA> "El tratamiento para la obesidad... es un tema candente que ha dado a lugar a mucha controversia entre los especialistas de trastornos alimentarios y expertos en obesidad".

Estudios recientes indican que el 16% de los adolescentes tienen sobrepeso, una cifra que se ha triplicado desde 1980. El 22% de los adolescentes corren el riesgo de tener sobrepeso, comparado con el 15.7% en 1980. Se supone que aproximadamente el 80% de los jóvenes con sobrepeso se convertirán en adultos obesos y experimentarán, como resultado, un aumento de los riesgos de enfermedades cardiovasculares, colesterol alto, presión alta, diabetes mellitus, enfermedad de la vesícula biliar, distintos tipos de cáncer (p. ej., cáncer de colon y mamas) y problemas psicosociales. Los adultos que fueron obesos en su adolescencia padecen efectos adversos luego en sus vidas y es probable que los jóvenes obesos padezcan complicaciones físicas incluso antes de que lleguen a la adultez. La diabetes tipo 2 ("del adulto") era en un entonces rara en niños y adolescentes, pero investigaciones recientes demuestran que un tercio de los adolescentes que padecía diabetes, ésta era del tipo 2, lo cual indica que el índice de 1982 es diez veces mayor y la diabetes puede progresar más rápidamente en los jóvenes que en los adultos.

La combinación de la reducción calórica (es decir, las dietas) y el aumento de la actividad física es el pilar del control de peso en adolescentes obesos, de la misma manera que lo es en adultos obesos. Sin embargo, algunos clínicos e investigadores han manifestado su preocupación en cuanto al fomento de las dietas como factor de riesgo de los trastornos alimentarios, especialmente entre mujeres adolescentes, y sostienen que los programas de pérdida de peso podrían hacer más mal que bien. Por el contrario, los expertos en obesidad en general creen que

la intervención temprana durante el período de la adolescencia es el mejor método para tratar la obesidad y sostienen que un joven puede recibir ayuda y aliento familiar para bajar de peso, que los hábitos alimentarios y otras conductas son más fáciles de modificar en una persona joven que en una adulta y que la proliferación de grasa en los tejidos se puede reducir. Los tratamientos tempranos para la obesidad también pueden ofrecer una mejor relación costo-beneficio. Al prevenir que los niños y los adolescentes con sobrepeso se conviertan en adultos obesos, los costos de atención médica para el tratamiento de complicaciones relacionadas con la obesidad podrían ser menores.

Además, la gran mayoría de los adolescentes que hacen dietas *no* desarrollan trastornos alimentarios. El cuarenta y cuatro por ciento de las niñas adolescentes, estimativamente, dicen que intentan perder peso, pero el predominio de los trastornos alimentarios en mujeres es sólo de entre 1% (anorexia nerviosa) y 3% (bulimia nerviosa) y los porcentajes entre los hombres son aproximadamente un décimo de los que se observan en las mujeres. Muchos otros factores, aparte de meramente hacer dieta, contribuyen al desarrollo de los trastornos alimentarios. Y, si bien se ha comprobado que los individuos de peso promedio realmente experimentan efectos adversos psicológicos y conductuales por una estricta restricción calórica, los adultos obesos que han perdido el 10% de su peso corporal generalmente muestran mejorías en su estado de ánimo y reducciones en los atracones.

<CITA> "... la gran mayoría de los adolescentes que hacen dietas *no* desarrollan trastornos alimentarios".

Intervenciones para la pérdida de peso en niños y adolescentes

Las estrategias eficaces para niños y adolescentes con sobrepeso ponen énfasis en los cambios en la dieta, la actividad física y la conducta. El cambio en la dieta puede incluir una reducción de la ingesta calórica y grasa o un mejor cumplimiento de las pautas dietéticas, tales como la pirámide alimenticia (Food Guide Pyramid) elaborada por el Food and Nutrition Information Center, la cual ofrece dietas saludables que ponen énfasis en los nutrientes necesarios como así también en la ingesta calórica para mantener y mejorar el peso. Un método ampliamente estudiado para modificar las dietas de las personas jóvenes es la dieta del semáforo (Stoptlight Diet), desarrollada por el experto en obesidad Dr. Leonard Epstein, en la década del setenta. La dieta del semáforo enseña a los niños sobre nutrición rotulando la comida de acuerdo con las luces del semáforo: las comidas ricas en calorías (como galletas y refrescos) son luz roja y se deben evitar, las comidas de bajas calorías (como la mayoría de las verduras) son luz verde y está bien comerlas libremente y las comidas con calorías intermedias son luz amarilla y se pueden consumir con moderación.

Otros programas que tienen como objetivo la reducción razonable de peso se basan en el aumento de la actividad física a través de ejercicios aeróbicos (p. ej., nadar, caminar o jugar al básquetbol), como así también en cambios en el estilo de vida que aumentan la actividad general durante las rutinas diarias (p. ej., utilizar la escalera en lugar del ascensor; si es una distancia corta, caminar en lugar de conducir). Tales programas también fomentan la reducción de conductas sedentarias, tales como mirar televisión o jugar video juegos. Estudios preliminares

han demostrado que los cambios en la actividad del estilo de vida han sido más eficaces que los ejercicios estructurados en cuanto al mantenimiento de la pérdida de peso.

<CITA> "... los cambios en la actividad del estilo de vida han sido más eficaces que los ejercicios estructurados en el mantenimiento de la pérdida de peso".

El acompañamiento de los padres también es esencial en los esfuerzos que realizan los niños para adelgazar. Por ejemplo, los padres que modifican sus propios hábitos alimentarios o de actividad pueden alentar a sus hijos a seguir su ejemplo. Además, los padres pueden restringir las comidas ricas en grasa y azúcares en el hogar y alentar a los niños a comer frutas, verduras y otros alimentos saludables. En realidad, a través de éstos y otros métodos similares, los padres pueden ayudar a sus hijos no sólo a perder tanto como el 25% de su peso sino también a mantener el peso reducido por un periodo tan prolongado como diez años.

Los efectos de la dieta y la pérdida de peso en la conducta alimentaria y el estado psicológico

La mayoría de los estudios realizados sobre el impacto de los programas de pérdida de peso bien desarrollados —es decir, aquellos supervisados por un profesional experimentado, por ejemplo, un médico, psicólogo o nutricionista— ha revelado que la preocupación de los niños por las dietas, las conductas de pérdida de peso no saludables y el sobrepeso disminuye o se mantiene igual, lo cual indica que los esfuerzos por perder peso no causan un aumento en los síntomas de los trastornos alimentarios.

Por ejemplo, un estudio evaluó un programa en donde todos los participantes hicieron la dieta del semáforo. Las evaluaciones de seguimiento, realizadas 18 meses después de la finalización del tratamiento, indicaron que la insatisfacción con el peso, las purgas, la restricción de la ingesta de alimentos y todos los síntomas de los trastornos alimentarios no se vieron afectados por grandes cambios con el transcurso del tiempo. Otro estudio, realizado durante diez años (el más largo hasta la fecha) evaluó a los participantes que participaron en programas de control de peso durante su infancia. Todas las intervenciones se basaron en la familia y en el uso de la dieta del semáforo. Durante la reevaluación, sólo el 4% de los participantes fueron tratados por bulimia nerviosa durante el transcurso de la década y ninguno informó ser tratado por anorexia nerviosa.

Estos estudios sugieren que los programas de pérdida de peso administrados por profesionales implican riesgos mínimos para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes y niños con sobrepeso. Los estudios adicionales que examinan la relación entre las dietas y los atracones respaldan este punto de vista e indican que los programas de dietas no parecen incrementar la incidencia en esta conducta. De la misma manera, casi la mitad de los adultos que padecen el trastorno por atracón dijeron que el hecho de hacer dieta no precedió la aparición de dicho trastorno.

¿Cuáles son los efectos de la dieta y la pérdida de peso en el estado emocional del niño? ¿Pueden éstos precipitar reacciones emocionales tales como depresión, ansiedad e irritabilidad, temas que preocuparon a los investigadores hace algunos años? En una investigación a lo largo de la década pasada, no se encontró que el hecho de hacer dieta tenga un efecto negativo en el estado de ánimo. En un estudio, por ejemplo, los participantes perdieron un promedio del 20% de su peso mientras que al mismo tiempo algunos aspectos de su estado psicológico, tal como la competencia social, mejoraron. Otro estudio descubrió importantes reducciones en los síntomas de depresión y ansiedad en niños cuyas familias participaban de un programa de control de peso.

<CITA> "... no se encontró que el hecho de hacer dieta tenga un efecto negativo en el estado de ánimo".

Lo primordial sobre la obesidad

Nuestro actual entendimiento de que los programas de pérdida de peso administrados por profesionales para niños y adolescentes con sobrepeso no aumentan los síntomas de trastornos alimentarios se basa en un número limitado de estudios. Se deben efectuar más investigaciones para conciliar la conclusión sistemática de que las dietas —tal como las hacen los jóvenes obesos en los programas conductuales de pérdida de peso— parecen estar relacionadas con cambios conductuales y psicológicos positivos, con la salvedad de que las dietas extremas puedan llevar a un trastorno alimentario. Se deben considerar diversas cuestiones:

1. La dieta saludable, que fomenta solamente la restricción calórica moderada, junto con una mayor ingesta de productos lácteos bajos en grasas, frutas y verduras, parece presentar pocos riesgos en jóvenes con sobrepeso. Por el contrario, las conductas de pérdida de peso no saludables, que incluyen una estricta restricción calórica (p. ej. dietas intensivas) y la prohibición de ciertas comidas (p. ej. dietas pasajeras) podrían aumentar significativamente el riesgo de trastornos alimentarios y complicaciones emocionales. Esto se puede dar en jóvenes con sobrepeso, como así también en adolescentes con pesos normales, especialmente en niñas, que hacen dieta agresivamente en busca del ideal de delgadez. De la misma manera, la alimentación restringida crónica puede plantear riesgos que no están asociados con una dieta saludable.
2. Algunos jóvenes con sobrepeso pueden estar en riesgo de sufrir las consecuencias conductuales adversas de la dieta y la pérdida de peso aún cuando participan en un programa administrado por profesionales. Estudios de individuos durante varios años, por ejemplo, han demostrado que la grave insatisfacción con la imagen corporal y la preocupación por la silueta y el peso son sólidos indicadores de trastornos alimentarios en niñas adolescentes. De este modo, los adolescentes con sobrepeso, una marcada insatisfacción con la imagen corporal, depresión u otras complicaciones psiquiátricas pueden presentar mayor riesgo de experimentar episodios de atracones cuando están sujetos a restricciones calóricas, aún si éstas son moderadas.

<CITA> "... los adolescentes con sobrepeso, una marcada insatisfacción con la imagen corporal, depresión u otras complicaciones psiquiátricas pueden presentar mayor riesgo de experimentar episodios de atracones".

3. Es común que los adolescentes obesos recuperen peso, como así también los adultos obesos. En estudios de adultos no se encontró que las fluctuaciones en el peso corporal (es decir, ciclos donde la persona pierde peso y luego lo recupera) estén vinculadas con consecuencias conductuales clínicamente importantes, pero en jóvenes con sobrepeso y antecedentes de

complicaciones psiquiátricas, las fluctuaciones en el peso corporal podrían producir efectos diferentes. Siempre que se pueda, las evaluaciones de seguimiento deberían realizarse a finales de la adolescencia cuando los síntomas de la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón podrían aparecer.

En última instancia, se precisan ensayos a gran escala para determinar los riesgos conductuales de diferentes intervenciones de pérdida de peso en adolescentes con sobrepeso. Si bien los profesionales de la salud, los docentes y los padres continuarán preocupados por los tan frecuentes intentos equivocados de niños y adolescentes por perder peso, todos deben estar cada vez más alertas ante la creciente epidemia de obesidad pediátrica. El dieciséis por ciento de los adolescentes estadounidenses ya tienen sobrepeso y, como los adultos, experimentarán consecuencias psicológicas y médicas graves por esta afección. Las preocupaciones sobre los posibles efectos adversos de las dietas no debe obstaculizar los intentos por desarrollar métodos más eficaces para tratar la obesidad entre las personas jóvenes. Tales preocupaciones tampoco deben desanimar las medidas para prevenir el aumento de peso excesivo tanto en niños como en adultos, las cuales se necesitan imperiosamente.

Quizás, como en tantas otras áreas de la vida, el mejor enfoque es la *moderación*. Incentivar la ingesta equilibrada y moderada de alimentos y la realización habitual y moderada de actividad física contribuye a la promoción de un estilo de vida saludable ya sea para los adolescentes con sobrepeso como para aquellos jóvenes que tienden a restringir las calorías y a realizar ejercicios de manera extrema, lo cual se asocia con los trastornos alimentarios.

¿Qué pueden hacer los padres para ayudar a prevenir los trastornos alimentarios?

La persona que acuñó la frase, "Nunca serás ni demasiado rico ni demasiado delgado" obviamente no había visto a alguien luchar contra los efectos devastadores de la anorexia nerviosa u otro trastorno alimentario. Y, aún así, en un mundo donde las personas son más concientes de los trastornos alimentarios de lo que eran hace 20 años, la delgadez sigue siendo reverenciada. De acuerdo con la National Eating Disorders Association, los estadounidenses gastan más de \$40 mil millones de dólares anuales en dietas y productos dietéticos, lo cual es el equivalente aproximado a la cantidad de dinero que el gobierno federal de los Estados Unidos gasta en educación cada año.

No cabe duda de que los estadounidenses despilfarran tanto dinero en sus intentos por adelgazar si se tienen en cuenta que son bombardeados con imágenes de personas extremadamente delgadas todo el tiempo. Las modelos, las actrices, los actores y los deportistas extremadamente delgados adornan las tapas de casi todas las revistas producidas en este país (como así también en otros países industrializados) o están publicadas en las páginas interiores, donde venden de todo, desde ropa y perfume hasta productos de higiene personal. Y aunque no compre tales publicaciones, su hijo las verá en los puestos de periódico, en mini mercados o junto a las cajas de tiendas de comestibles donde es casi imposible resistirse a hojear una mientras espera en una larga fila. Las imágenes de personas esqueléticas también se ven en grandes carteleras publicitarias, en los costados de los autobuses, en las vidrieras de tiendas de ropa y en avisos publicitarios que aparecen cada vez que navega por Internet. La televisión, sin

embargo, gana el premio. En los programas de gran audiencia aparecen estrellas femeninas con peso debajo de lo normal (p. ej., la ahora desaparecida *Ally McBeal*). Las cadenas televisivas intercalan comerciales de restaurantes de comida rápida entre avisos de dietas que prometen increíbles pérdidas de peso en períodos de tiempo muy breves.

El mensaje cultural dominante de que para ser atractivo debes ser delgado, combinado con la publicidad incesante de las dietas, provee un contexto fértil en donde los trastornos alimentarios pueden arraigarse en ciertas personas. ¿Qué podemos hacer, como padres, para prevenir el desarrollo de un trastorno alimentario en nuestros hijos? ¿Por dónde debemos comenzar? La National Eating Disorders Association recomienda que lo primero que podemos hacer es obtener la mayor cantidad de información posible sobre síndromes como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Al obtener una verdadera concientización, se pueden "evitar actitudes erróneas o sentenciosas sobre la alimentación, el peso, la imagen corporal y los trastornos alimentarios".

También es importante examinar sus propias ideas y actitudes sobre su cuerpo y su conducta frente a sus hijos. ¿Hace comentarios peyorativos sobre su aspecto en frente de su hija? ¿Realiza comentarios despreciativos sobre el aspecto de otros cuando sale con su hijo? ¿Señala a su hijo las personas obesas y dice: "Si no te cuidas, te verás así algún día"? ¿Habla con sus hijos sobre un amigo o un familiar que se ve muy mal porque están muy gordos? Dichos comentarios le dicen a sus hijos que usted valora el aspecto de una persona más que su ser interior. Candy, quien era obesa cuando era adolescente pero perdió peso cuando tenía poco más de veinte años, da un ejemplo de cuánto la afectó la actitud de su madre.

<CITA> "Es... importante examinar sus propias ideas y actitudes sobre su cuerpo y su conducta frente a sus hijos".

"Mi mamá era muy glamorosa, se parecía una estrella de cine de la década del cuarenta. Mientras crecía, todos mis amigos pensaban que ella era muy chévere porque lucía sofisticada y segura de sí misma. Lo que no sabían era que cada vez que se vestía, se paraba frente al espejo y se menospreciaba continuamente debido a sus "piernas de piano", manera en como llamaba a sus gruesas, cortas y fornidas pantorrillas. Era tan despampanante que nadie notaba sus piernas, pero lo único que le importaba era la parte de su cuerpo que la hacía sentir imperfecta. Luego de escucharla reprochándose continuamente, aprendí que siempre hay algo —alguna parte de ti— que no es aceptable y te hace menos persona. Por lo tanto, los padres deben tener en cuenta que sus hijos los observan y escuchan todo lo que dicen sobre sí mismos y otras personas. Si los comentarios son despectivos o peyorativos, los niños asimilarán esos valores negativos".

<CITA> "... los padres deben tener en cuenta que sus hijos los observan y escuchan todo lo que dicen sobre sí mismos y otras personas".

Otro elemento clave en la prevención de los trastornos alimentarios es asegurarse de que usted, como padre, no le está transmitiendo el mensaje a su hijo de que adelgazar es la solución a todos los desafíos que la vida presenta. Candy agrega:

"Luego de subir mucho de peso, mi mamá me decía todo el tiempo que si bajaba de peso, me convertiría en la niña más feliz de todo EE.UU. Me juró que las personas que caminaran por la

calle pararían y se derretirían cuando yo pasara y que los niños en la escuela se pelearían por invitarme a salir. En otras palabras, según mi mamá, sólo por ser delgada, haría realidad todos mis sueños. Finalmente, después de haber bajado 100 libras, lo cual logré con sensatez por un período de tres años, me sentí completamente abatida porque me di cuenta de que mi mamá estaba equivocada. Las personas no se caían en la calle cuando yo pasaba; los extraños no tocaban a mi puerta para decirme lo linda que estaba y estar más delgada no me ayudó a lograr todo lo que me había propuesto en la vida".

Si su hija es obesa, no le diga que si realiza muchos esfuerzos para bajar de peso, obtendrá una maravillosa recompensa. En cambio, mantenga las expectativas razonables. Ponga énfasis en lo bien que se sentirá sobre ella misma o cuán saludable estará si pierde peso. Al decirlo de esa manera, le estará enseñando que es más importante hacer algo por ella misma que por complacer a los demás o lucir más atractiva a los ojos de otra persona. Se puede aplicar el mismo consejo si es un varón.

Siguiendo la misma postura, Shirley expresa su opinión sobre una tendencia peligrosa que se está esparciendo entre los jóvenes de este país. "Dos palabras: cirugía estética", dice ella. "Escuché en el noticioso que a una muchacha le regalaron implantes mamarios cuando cumplió dieciséis años. Cuando sus padres fueron duramente criticados por darle tal regalo, explicaron que lo hicieron porque fue lo que ella había pedido. ¿Puedes creerlo? Sus senos no están completamente desarrollados y, aún así, le regalaron implantes. Esos padres deberían sentir vergüenza de ellos mismos, como así también el cirujano que realizó el procedimiento. De la misma manera deberían sentirse aquellos padres que permitieron que sus hijos se hicieran cirugía en la nariz, cirugía plástica del abdomen o liposucción. Todos sabemos que la adolescencia es un período complejo, con cambios físicos, pero estos niños ni siquiera permiten que la naturaleza siga su curso. Han alterado sus cuerpos antes de crecer en los mismos, obviamente con la aprobación de sus padres, quienes afrontan los costos. Si esta tendencia continúa, todos tendrán narices bonitas y respingadas, senos voluminosos y firmes y traseros bonitos y firmes. ¡Totalmente aburrido! ¿No entienden que es natural —y maravilloso— vivir en un mundo donde todos somos diferentes?"

¿Habla su hija de sus deseos de parecerse a los otros? ¿Ha internalizado los "ideales de delgadez"? Si no está seguro, siéntese y hable con ella. Pregúntele cómo se siente al ver las imágenes que se muestran en la televisión, las revistas e Internet. Donna se lamenta no haber hablado más con Chelsey, quien leía muchas revistas de moda y tenía un póster de la supermodelo Kate Moss colgado en la pared.

"En su momento, no le di mucha importancia al póster porque Moss era muy famosa", dice. "Aparecía constantemente en televisión y en cientos de publicidades de revista. En mi adolescencia, también colgaba en la pared fotografías de estrellas de cine y músicos, entonces me parecía que Chelsey tenía el póster colgado porque le gustaba Moss". Fue tiempo después, cuando a su hija le diagnosticaron anorexia nerviosa, que Donna descubrió el verdadero significado de la presencia de Moss en la habitación de su hija. Era un recordatorio de Chelsey de lo que ella pensaba que necesitaba para tener un aspecto atractivo y exitoso y fue un disparador para continuar perdiendo peso.

"Las empresas que utilizaron a Moss en las publicidades no pensaron dos veces sobre lo que su imagen representaba para las mujeres y adolescentes del mundo: sé delgada y serás una súper estrella. Sé que mi hija sufrió como consecuencia de la falta de consideración de esos

anunciantes, pero a las empresas no les importa el daño que causan siempre y cuando ganen dinero; por lo tanto, prometí no comprar ningún producto que esté promocionado con la imagen de una persona escuálida. También le dije a mis familiares, amigos y vecinos que hagan lo mismo. Debemos unirnos para ponerle fin a las publicidades que puedan tener efectos desastrosos en nuestros hijos".

<CITA> "Prometí no comprar ningún producto que esté promocionado con la imagen de una persona escuálida".

Otro paso necesario para la prevención de los trastornos alimentarios es educar a los jóvenes sobre los diversos prejuicios, incluso los prejuicios contra las personas que sufren de sobrepeso. Si su hijo aparece un día con una playera que dice "No a las chicas gordas", es definitivamente el momento para tener una conversación íntima y franca sobre los daños que esa actitud puede causar. Se debería responder de la misma manera si escucha a su hija hablar con sus amigas sobre cuán "desagradable y obesa" es una compañera. Sus hijos deben saber que poner rótulos a las personas como "gordas", "tontas", "gansas" o "fracasadas" no tiene otro propósito más que limitar las oportunidades para conocer a las personas por lo que realmente son.

Debido a que los trastornos alimentarios comienzan más frecuentemente cerca de la pubertad, es esencial hablar sobre la función de la biología con sus hijos adolescentes. Una joven que se la consideraba anteriormente un "palillo" o una "marimacho" de repente puede comenzar a preocuparse por la grasa que comienza a aparecer alrededor de sus caderas, muslos y trasero. El desarrollo de los senos también puede afectar a las niñas de diferentes maneras: algunas se alegran cuando sus senos cambian mientras que otras se alteran. Los varones también pueden resistirse a los cambios que sufren sus cuerpos. Cualquiera sea el caso con su hijo, ayúdelo y apóyelo, pero no le imponga actitudes para las que aún no está preparado. Aún si piensa que es maravilloso que su hijo pase de la niñez a la adultez, absténgase de decir cosas como "Mira qué bien te estás rellenando" o "No puedo creer cuánto creció mi pequeño". Si bien parecen completamente inocentes, tales comentarios pueden aumentar la timidez propia que algunos niños ya sienten por sus cambios corporales o pueden hacer que tomen medidas drásticas (tales como negarse a comer o recurrir a las purgas) en un intento de combatir las leyes de la naturaleza. En cambio, hable abierta y honestamente con ellos sobre lo que viene en un futuro cercano (p. ej., que engordar durante la pubertad es normal, especialmente en las niñas) y asegúrese de hacerles saber que les llevará varios años antes de que sus cuerpos paren de crecer y cambiar. Si no se siente seguro de los hechos biológicos reales o siente que necesita ayuda sobre cómo hablar de la mejor manera sobre los cambios corporales con su adolescente, pida consejos al pediatra, a su propio médico o a un especialista en educación de la salud.

Además de los cambios físicos que trae consigo el comienzo de la pubertad, su hijo también se enfrenta a cambios emocionales, razón por la cual los especialistas en trastornos alimentarios aconsejan a los padres que les enseñen a sus hijos que no deben burlarse de alguien por su aspecto. Es cierto que las bromas pícaras forman parte de la vida familiar; sin duda, le ha hecho bromas a sus hijos en algún momento, de la misma manera que ellos se las han hecho a usted. Aún así, si se ríe cuando su hijo llama a su hermana "chaparreras" o cuando su hija llama a su hermano "trasero de grasa", su reacción puede tener un gran impacto negativo en el niño objeto de la broma. Candy cuenta la siguiente historia:

"Un día, cuando tenía casi 15 años y estaba todavía realmente gorda, caminaba por la sala cuando mi hermano me dijo: 'Oigan, ustedes dos, ¿adónde van?' Realmente no lo entendí, pero mi mamá comenzó a reírse históricamente. Finalmente, comprendí que me estaba haciendo una broma por ser lo suficientemente grande como para ser dos personas. Como mi hermano era un imbécil, podría haberlo ignorado si no hubiera sido por el hecho que mi mamá continuaba riéndose. No sólo eso, sino que después, le contó a todos los que ella conocía —familiares, amigos, vecinos, hasta compañeros de trabajo—lo que mi hermano había dicho. Con el tiempo, todo el mundo comenzó a llamarme "ustedes dos" también. Fue realmente humillante y me deprimí mucho. Es decir, si a tu propia madre no le importa que seas ridiculizada y hasta considera que es gracioso, ¿qué puedes esperar de los demás?" Si sus hijos tienden a burlarse sin piedad sobre el aspecto de alguien, considere importante hablar con cada uno de ellos para explicarles cuán hiriente pueden ser algunas bromas y por qué deberían recordar que las personas son más que simplemente cuerpos. Elogie a sus hijos por lo que son y por lo que hacen, no por su aspecto.

¿Le ha dicho alguna vez a sus hijos que no puede ir a nadar con ellos porque "parecería una ballena encallada" en su traje de baño? ¿Ha evitado usar pantalones cortos y camisetas sin mangas porque no quiere que toda su "gordura" cuelgue? ¿Usa zapatos de taco alto porque hacen que sus piernas parezcan "más largas" aún cuando le hacen doler los pies? Si su respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, debe detenerse y pensar sobre cómo sus actitudes y conductas afectan a sus hijos adolescentes. Si desea que ellos se sientan cómodos con su aspecto, es importante también que le demuestre que se siente a gusto con el suyo.

Si su hijo o hija practica un deporte que exige un límite de peso (p. ej., gimnasia, patinaje sobre hielo, remo o lucha), hable con el entrenador sobre cuál es exactamente el peso límite y pregunte si hay un programa nutricional estructurado que su hijo pueda seguir. Como se habló en el capítulo 4, muchos adolescentes se pueden obsesionar con complacer a docentes y profesores y, a menudo, siguen perdiendo libras aún después de haber alcanzado el peso límite requerido para dicho deporte. Al estar informado sobre sus regímenes de entrenamiento, no será susceptible a excusas como "El entrenador dice que debo perder unas libras más" o "La profesora me dijo que no debo cenar porque engordaría para las pruebas de selección". Asimismo, si está preocupado porque su hijo puede estar en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, sería conveniente sugerir que participe de un deporte en el que no necesite tener una silueta o unas medidas específicas. Cathleen hizo justamente eso con su hijo Phil mientras se recuperaba de la anorexia nerviosa.

"Después de que Phil regresó a la escuela, fue reclutado para lucha, pero rechazamos esa idea por completo porque habría demasiada presión para lograr un peso específico y no quería que Phil pensara que necesitaba adelgazar nuevamente. Los padres y entrenadores necesitan tener la misma idea sobre lo que es mejor para el niño. Los entrenadores que son muy exigentes obviamente no se dan cuenta del efecto que pueden tener sobre un niño influenciado".

Cuando se le preguntó qué ayudaría a prevenir los trastornos alimentarios, Valerie, la madre de Audra, dijo: "Ninguna escuela debería tener un peso límite para los porristas". Si bien es cierto que muchas rutinas de porristas se volvieron muy complicadas, con lanzamientos al aire y equipos donde sus integrantes se paran unos sobre otros, debería haber un lugar para todos los que quieran participar.

Diane, la madre de Megan, sugiere que una de las mejores maneras de prevenir los trastornos alimentarios es arrojar la balanza del baño. "Los niños con trastornos alimentarios se obsesionan con la balanza", dice. "Sus días están dominados por cómo los números en la balanza suben y bajan. Luego de que Megan aceptó finalmente su recuperación, lo primero que hice fue deshacerme de la balanza y también regalé los espejos de cuerpo entero. Si te sientes segura de ti misma y de tu aspecto, no hay razones para tener un espejo cerca donde uno tenga que preocuparse por su imagen".

<CITA> "... lo primero que hice fue deshacerme de la balanza y también regalé los espejos de cuerpo entero".

Otros padres advierten sobre los peligros de permitirles a los niños acceso a todo lo que se publica en Internet. Desde sus inicios, Internet se convirtió en una herramienta esencial para toda persona que necesitaba buscar información a la cual antes no se podía acceder localmente. Desafortunadamente, la desventaja es la cantidad de sitios que publican información que los niños vulnerables no deberían ver. Los padres de niños con trastornos alimentarios mencionan este tema porque, hace varios años, los sitios personales en Internet que promocionaban la anorexia y la bulimia nerviosa como "estilos de vida" y "opciones" proliferaron. Estos sitios, apodados "pro-ana" (pro-anorexia) y "pro-mia" (pro-bulimia) fueron creados por individuos que deseaban establecer un contacto con otras personas que tenían anorexia o bulimia nerviosa. El propósito principal de este contacto era "charlar" y "estimularlos" a continuar la búsqueda por métodos para estar lo más delgados posible o compartir consejos sobre conductas no saludables tales como el ayuno o la purga. Debido a la gran protesta pública sobre cuán nocivo pueden ser estos sitios, muchos han sido cerrados, pero todavía quedan algunos y son visitados diariamente por usuarios de todo el mundo. Recientemente, en unos de los sitios "pro-mia" una persona pidió consejos sobre dónde podía hacer una purga cuando los baños de la casa estaban ocupados. Hubo al menos diez respuestas a esa pregunta, ninguna de las cuales le dijo en primer lugar que no debía inducirse el vómito. En cambio, las repuestas ofrecían sugerencias sobre dónde podía vomitar sin que la descubrieran y cómo deshacerse de la evidencia luego. Dichas consultas ponen en evidencia que las personas víctimas de trastornos alimentarios aún visitan los sitios "pro-ana" y "pro-mia" con regularidad. Si cree que su hijo es susceptible a desarrollar un trastorno alimentario o se está recuperando de uno, sería conveniente bloquear el acceso a dichos sitios en todas las computadoras de su hogar, de la misma manera que bloquearía los sitios de pornografía. Si tiene dudas sobre la censura, recuerde que, como padres, somos responsables de proteger a nuestros hijos de cualquier cosa que consideremos nocivo. Como dijo una madre: "No permitiría que su hijo se pare frente a un auto en movimiento o que ponga las manos sobre el fuego, entonces ¿porqué le permitiría tener acceso a sitios web que podrían causar una alteración en su conducta alimentaria o, lo que es peor, una conducta que podría llegar a ser fatal?"

Si desea obtener más información sobre los métodos de prevención de trastornos alimentarios, se puede comunicar con diversas organizaciones nacionales, muchas de las cuales están incluidas en la sección Recursos de este libro.

Capítulo seis

Conclusión: hora de actuar

En los últimos años, el interés público por los trastornos alimentarios dio lugar a medidas legislativas a nivel nacional y estatal. El 26 de febrero de 2003, la Eating Disorders Coalition (EDC), cuya misión se basa en fomentar el reconocimiento federal de los trastornos alimentarios como una prioridad de la salud pública, patrocinó una sesión informativa parlamentaria en Washington, DC, titulada "Cuando los niños no pueden concentrarse: cómo afectan los trastornos alimentarios a nuestros hijos (When Kids Can't Concentrate: How Eating Disorders Impact Our Children)". Durante la sesión, la diputada republicana por Illinois, Judy Biggert, comunicó frente a un grupo de alrededor de 55 activistas que, junto con el diputado demócrata por Ohio, Ted Strickland, habían presentado la Ley Bipartidista de Concientización, Educación y Prevención de Trastornos Alimentarios de 2003 (Eating Disorders Awareness, Education, and Prevention Act) (Cámara de Diputados 873).

El proyecto de ley reforma la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965 (Elementary and Secondary Education Act) y autoriza la utilización de fondos con el fin de promover asistencia innovadora para programas que podrían (1) mejorar el proceso de detección de estudiantes con trastornos alimentarios, (2) concientizar a los padres y a los estudiantes sobre dichos trastornos y (3) capacitar a los educadores para asistirlos en la prevención eficaz de los trastornos alimentarios. Establece también que la Secretaría de Educación (Secretary of Education) debe implementar un programa para difundir los anuncios del servicio público con el fin de mejorar la concientización pública y promover la detección y prevención de los trastornos alimentarios. Además, requiere que el National Center for Education Statistics y el National Center for Health Statistics (1) estudien el impacto que causan los trastornos alimentarios en el progreso y rendimiento académicos, (2) realicen informes sobre los programas locales y estatales para educar a los jóvenes sobre el peligro de los trastornos alimentarios y (3) recomienden posibles medidas federales, estatales y locales.

Durante la sesión, la madre de no sólo una, sino de dos hijas con trastornos alimentarios, habló de forma elocuente y ferviente sobre el impacto que estas enfermedades han tenido en su familia y sobre el motivo por el cual existe una imperiosa necesidad de que se apruebe dicha ley. Describió los años de dura lucha contra "este monstruo denominado TA", las largas noches que pasó junto a la cama de sus hijas "para cerciorarse de que siguieran respirando" e incluso la incesante vigilancia que se necesitaba durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para que sus hijas siguieran viviendo. El control que el TA ejercía en su hija mayor "era más fuerte que cualquier otra cosa para la que estuviéramos preparados y observábamos inútilmente cómo nuestra hija transitaba por los centros de tratamiento, mientras que la compañía aseguradora tomaba decisiones que ponían en peligro su recuperación y su vida. Lo que ella debe haber sufrido es inimaginable e incomprensible. Su angustia y su dolor eran insoportables y, en varias oportunidades, intentó ponerle fin a ese dolor". Cuando su hija menor se vio afectada por la misma enfermedad, "sucumbió de forma tan rápida y tan grave" y su salud "se tornó tan delicada" que sin un tratamiento médico inmediato hubiera muerto. "Durante el día —dijo esta madre— te la pasas buscando centros que accedan a tratarla, mientras que durante la noche te la pasas junto a tu hija para cerciorarte de que siga respirando."

En relación al impacto financiero de esta enfermedad, explicó, "mi marido y yo hemos agotado todos los recursos financieros para ayudar a nuestras hijas. El tiempo promedio de tratamiento ha sido de 60 días a un costo de \$ 30,000 mensuales. Podemos hacer el cálculo, pero preferimos no hacerlo. Nuestro plan 401(k) es cosa del pasado. Rehipotecamos nuestra casa, sacamos préstamos y cargamos todas nuestras tarjetas de crédito hasta el límite. Aún así, estamos dispuestos a hacer mucho más si fuera necesario.

<CITA> "Mi marido y yo hemos agotado todos los recursos financieros para ayudar a nuestras hijas".

"Todos estamos agotados, tanto emocional como físicamente. Ninguna de mis hijas pudo completar [su] educación. La menor, sufrió una recaída y está nuevamente bajo tratamiento. Ni siquiera puede terminar el primer año de universidad. En cuanto a la mayor, se está recuperando. Sin embargo, no hay día en el que no sufra las consecuencias de su trastorno alimentario. Padece problemas estomacales crónicos, el síndrome del intestino irritable a raíz de años de abuso de laxantes, dolores de cabeza recurrentes como resultado de repetidas sobredosis de medicamentos recetados y fibromialgia. Y éstas son sólo algunas de sus complicaciones físicas. A los 23 años, sufre un dolor constante y, aún así, lucha con fuerzas para lograr su objetivo y algún día obtener su título universitario, que ya no es un hecho sino algo por lo que tendrá que pelear intensamente".

A pesar de todas las desgarradoras dificultades —emocionales, físicas y financieras— que los trastornos alimentarios causaron a su familia, esta madre dijo en la sesión: "Nunca perdí la fe. Creo que se trata de una elección: puedes dejarte llevar por el dolor en sí o permitir que éste te dé fuerzas para lograr cambios. Creo que la elección es obvia. Necesitamos políticas que reconozcan a los trastornos alimentarios como amenazas graves para nuestros hijos. Necesitamos, con urgencia, fondos y recursos para la educación, el tratamiento y la prevención. No hay más tiempo que perder. Este es un tema de vida o muerte, pero me rehúso a siquiera pensar en la posibilidad de comenzar una fundación en memoria de mis hijas. Ellas y sus hijos merecen un futuro y nosotros debemos garantizárselos".

Desde este escrito, la Cámara de Diputados 873 aún no ha aprobado la ley.

Como ya se ha explicado en el capítulo 3, la Ley de Paridad de Salud Mental de 1996 (Mental Health Parity Act) exigió que las compañías con más de 50 empleados eliminaran el límite anual y vitalicio en dólares para el tratamiento de enfermedades mentales. Lamentablemente, muchos estados encontraron escapatorias que les permitieron imponer nuevas restricciones a los beneficios para la salud mental. En respuesta, se presentó la Ley Senador Paul Wellstone de Tratamiento Equitativo para la Salud Mental (Senator Paul Wellstone Mental Health Equitable Treatment Act) (Senado 486 y Cámara de Diputados 953) en febrero de 2003. Si el proyecto de ley se aprobara, en pocas palabras, evitaría que ciertos planes de salud grupales para empleados o seguros similares impongan límites para los tratamientos de salud mental, con algunas condiciones de exclusión. Tal como establece la EDC: "Para las personas con trastornos alimentarios, la paridad de la salud mental es un tema de vida o muerte". Por lo tanto, es "fundamental que se prohíba la discriminación del seguro contra las personas con trastornos mentales". (Para obtener más información sobre este proyecto de ley y la Cámara de Diputados 873, visite el sitio web de la EDC, www.eatingdisorderscoalition.org).

Muchos estados no poseen centros de tratamientos que ofrezcan atención integral para personas con trastornos alimentarios e, incluso cuando la atención sí se brinda, muchas familias no pueden acceder a ella debido a la cobertura inadecuada de su seguro. El lunes 21 de junio de 2004, el gobernador George Pataki aprobó como ley el proyecto que otorga fondos a los Comprehensive Care Centers for Eating Disorders en el estado de Nueva York. La ley (artículo 27-J) autoriza que se destinen \$1.5 millones anuales para financiar tres centros que ofrezcan los servicios necesarios, entre otros, tratamientos hospitalarios, rehabilitación, atención psiquiátrica y actividades de investigación y prevención. (Para acceder a todas las pautas del programa de Nueva York, visite www.health.state.ny.us). Ésta es una gran resolución del estado de Nueva York para garantizar mejores tratamientos para los ciudadanos con trastornos alimentarios. Si tiene éxito, el programa podría convertirse en un modelo para la aplicación de medidas similares en todo el país.

Además de los cambios legislativos para garantizar que las familias puedan obtener la ayuda que precisan, es necesario que se realicen investigaciones, de forma imperiosa, para comprender las causas sociales, psicológicas y biológicas de los trastornos alimentarios y desarrollar métodos de tratamientos más eficaces. Es necesario que se realicen más investigaciones debido a la actual falta de conocimiento de las alteraciones básicas que provocan los trastornos alimentarios y de las formas de prevención.

Por último, como individuos y como nación, debemos trabajar para disminuir el estigma, el misterio y la vergüenza que giran en torno a los trastornos alimentarios y permitir que aquellas personas que necesitan un tratamiento estén dispuestas a buscarlo. Todos los padres citados en este libro se convirtieron, a su modo, en poderosos defensores de niños y adolescentes con trastornos alimentarios. Algunos lo hicieron de forma pública, dando conferencias y charlas sobre los peligros de los trastornos alimentarios en todo el país, ayudando a establecer fundaciones benéficas dedicadas a fomentar el conocimiento y el tratamiento de estos trastornos y creando grupos de apoyo en sus comunidades locales. Otros han elegido un método más privado, trabajando en nombre de sus propios hijos y luchando sin cesar para conseguir el tratamiento adecuado y ayudarlos en el largo camino de la recuperación. Y, por supuesto, todos han compartido sus experiencias en este libro para ofrecer su conocimiento práctico sobre estas enfermedades.

<CITA> "Como individuos y como nación debemos trabajar para disminuir el estigma, el misterio y la vergüenza que giran en torno a los trastornos alimentarios..."

Ya sea con pequeños o grandes pasos, todos estos padres y muchos más cuyos hijos sufrieron trastornos alimentarios, están ayudando no sólo a poner fin al silencio y al estigma que rodea a estas enfermedades, sino también a cambiar el clima cultural y político de nuestra nación para poder progresar de manera concreta en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de estas enfermedades complejas. Los trastornos alimentarios, como expresó una madre en el capítulo 4, son principalmente "enfermedades familiares". Debido a que son también síndromes con una creciente prevalencia entre los jóvenes, hay muchas familias como la suya que afrontan estos trastornos a diario. En resumen, usted y su hijo no están solos en la lucha por vencer esta enfermedad. Busque y obtenga ayuda. Busque el apoyo de personas que hayan experimentado los trastornos alimentarios, consulte a profesionales calificados para informarse acerca de las

últimas investigaciones sobre estos trastornos, obtenga información sobre los tratamientos a los que puede acceder, lea otros libros además de éste. En pocas palabras: manténgase informado acerca de cada aspecto de la enfermedad y recuperación de su hijo. Lo más importante es que no se rinda hasta que su hijo esté fuera de peligro. También puede ayudar a su propia familia y a otras personas si lucha por una mejor cobertura médica y por que se realicen más investigaciones sobre los trastornos alimentarios. *Puede* marcar la diferencia y, seguramente, a la larga, su hijo se beneficiará gracias a sus esfuerzos.

Glosario

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

amenorrea: ausencia de períodos menstruales

anticonvulsivante: medicamento que ayuda a prevenir convulsiones. Muchos anticonvulsivantes contribuyen también a la estabilización del estado de ánimo.

antidepresivo tricíclico (ADT): una antigua clase de antidepresivos

antidepresivo: medicamento utilizado para prevenir o mitigar la depresión

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

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

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

comorbilidad: presencia simultánea de dos o más trastornos

cortisol: hormona segregada por las glándulas suprarrenales responsable de muchos de los efectos psicológicos del estrés

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

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

diabetes tipo 2: ver diabetes mellitus

diabetes: enfermedad que se caracteriza por altos niveles de azúcar en la sangre (hiperglucemia), cuya causa puede ser la insuficiencia de insulina (hormona producida por el páncreas para regular el azúcar en la sangre), la resistencia a la insulina o ambos factores.

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

diurético: toda sustancia que aumenta la producción de orina

efecto secundario: efecto indeseado de un medicamento

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

enfermedad celíaca: trastorno digestivo que puede causar pérdida de peso y desnutrición

enfermedad intestinal inflamatoria: término general utilizado para referirse a enfermedades (por ejemplo, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa) que provocan una inflamación en los intestinos/tracto digestivo

enfermedad mental: trastorno mental que se caracteriza por anomalías en los estados de ánimo, los sentimientos o las conductas de orden superior como las interacciones sociales o el planeamiento de actividades futuras

ensayo aleatorio controlado: estudio en el que los participantes se asignan a un grupo de tratamiento o a un grupo de control de forma aleatoria. Generalmente, este último recibe placebo o atención estándar. Este diseño de estudio permite a los investigadores determinar si los cambios producidos en el grupo de tratamiento a lo largo del tiempo son el resultado del tratamiento en sí.

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

estabilizador del estado de ánimo: medicación para trastornos bipolares que disminuye los síntomas maníacos y depresivos y ayuda a nivelar los cambios en el estado de ánimo

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

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

factor protector: característica que disminuye las posibilidades de que una persona pueda desarrollar una enfermedad.

glándula pituitaria: pequeña glándula ubicada en la base del cerebro. Sus hormonas controlan otras glándulas y ayudan a regular el crecimiento, el metabolismo y la reproducción.

hipertiroidismo: tiroides hiperactivas

hipotálamo: parte del cerebro que funciona como centro de control para los sistemas nerviosos y hormonales

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

inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO): una antigua clase de antidepresivos

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

internación parcial: servicios tales como terapia individual y de grupo, educación especial, capacitación técnica, asesoramiento para padres y actividades terapéuticas recreativas que se brindan al menos 4 horas por día

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

ippecacuana: sustancia que se utiliza para inducir el vómito luego de una intoxicación accidental

laxante: sustancia que ayuda a provocar la defecación

Medicaid: programa gubernamental, financiado con fondos federales y estatales, que ofrece atención médica y mental a individuos con bajos recursos que cumplen con los requisitos de elegibilidad

menarquía: la primera menstruación durante la pubertad

neurotransmisor: químico que actúa como mensajero dentro del cerebro

paridad de salud mental: política que intenta equiparar el modo en el que los planes de salud cubren las enfermedades mentales y físicas

patología: enfermedad o estado biológico anormal que impide el funcionamiento correcto

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

placebo: píldora de azúcar similar a un medicamento real pero que no contiene ingredientes activos

postmenarquía: período que transcurre luego de la primera menstruación

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

pro-ana/pro-mia: términos utilizados para describir sitios web que promocionan la anorexia y la bulimia nerviosa como "estilos de vida" y "elecciones" más que como trastornos o enfermedades

programa de prevención selectiva: programa diseñado para detectar a aquellos individuos que presentan un alto riesgo de desarrollar un trastorno o a aquellos que ya manifiestan síntomas

programa de prevención universal: programa diseñado para beneficiar a todo un grupo, no sólo a aquellos que podrían presentar un riesgo de desarrollar un trastorno

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

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

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

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

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

recaída: resurgimiento de los síntomas luego del período de remisión.

recaptación: proceso por el cual un neurotransmisor se absorbe nuevamente en la rama emisora de la célula nerviosa que originalmente lo liberó

recurrencia: episodio de una enfermedad que se repite

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

serotonina: neurotransmisor que cumple una función en el estado de ánimo y que ayuda a regular el sueño, el apetito y el deseo sexual

sociocultural: que involucra tanto factores sociales como culturales

subtipo: grupo que está subordinado a una clase o a un tipo más amplio

suicidalidad: pensamiento o conducta suicida

temperamento: tendencia innata de una persona a reaccionar ante diversas situaciones de una forma específica

terapia cognitivo-conductual (TCC): tipo de psicoterapia cuyo objetivo es corregir patrones arraigados de pensamientos y conductas que pueden contribuir con los síntomas mentales, emocionales o conductuales de una persona

terapia de grupo: psicoterapia que reúne a varios pacientes con diagnósticos o problemas similares para realizar las sesiones terapéuticas

terapia de mantenimiento: todo tratamiento que tiene como objetivo prevenir la recurrencia de síntomas

terapia familiar: psicoterapia que reúne a varios miembros de la familia para realizar las sesiones terapéuticas

terapia individual: psicoterapia en la que el paciente se reúne personalmente con el terapeuta

terapia interpersonal (TIP): tipo de psicoterapia cuyo objetivo es abordar las causas de los síntomas mentales, emocionales o conductuales

trastorno alimentario: trastorno que se caracteriza por alteraciones graves en la conducta alimentaria. Los individuos restringen la ingesta de alimentos de manera estricta o recurren a atracones y luego intentan compensarlos, por ejemplo, mediante la inducción al vómito o el abuso de laxantes.

trastorno bipolar: trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por períodos de gran euforia —denominados fases maníacas— que se alternan con períodos de depresión. También conocido como depresión maníaca.

trastorno de ansiedad: trastorno mental que se caracteriza por sensaciones extremas e inadaptadas de tensión, temor o preocupación

trastorno del estado de ánimo: trastorno mental que se caracteriza principalmente por las alteraciones del estado de ánimo. También se lo denomina trastorno afectivo.

trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): trastorno mental que se caracteriza por la obsesión por alguna idea o sensación en particular, provocada por una necesidad imperiosa de realizar ciertos rituales

trastornos de la personalidad: conjunto de rasgos de la personalidad que afecta seriamente la capacidad de las personas para funcionar socialmente o que causan angustia personal

tratamiento agudo: tratamiento destinado a obtener una rápida disminución de los síntomas

Recursos

Libros y otros materiales

- Berg, Francis M. *Underage and Overweight: America's Childhood Obesity Epidemic—What Every Parent Needs to Know*. New York: Hatherleigh Press, 2004.
- Dying to Be Thin*. Documental de NOVA/PBS transmitido por primera vez el 12 de diciembre de 2000. Puede verlo gratuitamente ingresando a www.pbs.org/wgbh/nova/thin/program.html.
- Herrin, Marcia, and Nancy Matsumoto. *The Parent's Guide to Childhood Eating Disorders: A Nutritional Approach to Solving Eating Disorders*. New York: Owl Books, 2002.
- Hirschmann, Jane, and Lela Zaphiropoulos. *Preventing Childhood Eating Problems*. Carlsbad, CA: Gurze Books, 1993.
- Kater, Kathy. *Real Kids Come in All Sizes: Ten Essential Lessons to Build Your Child's Body Esteem*. New York: Broadway, 2004.
- Lock, James, and Daniel Le Grange. *Help Your Teenager Beat an Eating Disorder*. New York: Guilford Press, 2005.
- Lucas, Alexander R. *Demystifying Anorexia Nervosa: An Optimistic Guide to Understanding and Healing*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Natenshon, Abigail H. *When Your Child Has an Eating Disorder: A Step-by-Step Workbook for Parents and Caregivers*. San Francisco: Jossey-Bass, 1999.
- Richardson, Brenda Lane, and Elane Rehr. *101 Ways to Help Your Daughter Love Her Body*. New York: HarperCollins, 2001.
- Sherman, Roberta Trattner, and Ron A. Thompson. *Bulimia: A Guide for Friends and Family*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
- Siegel, Michele, Judith Brisman, and Margot Weinschel. *Surviving an Eating Disorder: Strategies for Family and Friends*, rev. ed. New York: HarperPerennial, 1997.
- Teachman, Bethany A., Marlene B. Schwartz, Bonnie S. Gordic, and Brenda S. Coyle. *Helping Your Child Overcome an Eating Disorder: What You Can Do at Home*. Oakland: New Harbinger Publications, 2003.

Recursos para obtener información, ayuda y derivaciones de tratamientos

Nota: en caso de no tener acceso a Internet en su hogar, diríjase a la biblioteca pública de su ciudad, donde seguramente podrá utilizar computadoras con conexión a Internet para visitar los sitios web mencionados en este libro. En la mayoría de las bibliotecas públicas este servicio es gratuito.

Academy for Eating Disorders (AED)
60 Revere Drive, Suite 500
Northbrook, IL 60062-1577

(847) 498-4274
www.aedweb.org

Alliance for Eating Disorders Awareness
P.O. Box 13155
North Palm Beach, FL 33408-3155
(866) 662-1235
info@eatingdisorderinfo.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
3615 Wisconsin Avenue N.W.
Washington, DC 20016-3007
(202) 966-7300
www.aacap.org

American Academic of Pediatrics (AAP)
141 Northwest Point Boulevard
Elk Grove Village, IL 60007-1098
(847) 434-4000
www.aap.org

American Association of Suicidology
4201 Connecticut Avenue N.W., Suite 408
Washington, DC 20008
(202) 237-2280
www.suicidology.org

American Foundation for Suicide Prevention
120 Wall Street, 22nd Floor
New York, NY 10005
(888) 333-2377
www.afsp.org

American Obesity Association
1250 24th Street, N.W., Suite 300
Washington, DC 20037
(202) 776-7711
www.obesity.org

American Psychiatric Association
1000 Wilson Boulevard, Suite 1825
Arlington, VA 22209-3901
(703) 907-7300
www.psych.org

American Psychological Association
750 First Street N.E.
Washington, DC 20002-4242
(800) 374-2721
www.apa.org

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc. (ANRED)
603 Stewart Street
Seattle, Washington 98101
(800) 931-2237
www.anred.com

Bazelon Center for Mental Health Law

1101 15th Street N.W., Suite 1212
Washington, DC 20005
(202) 467-5730
www.bazelon.org

Center for the Study of Anorexia and Bulimia
A Division of the Contemporary Institute for Psychotherapy
1841 Broadway, 4th Floor
Nueva York, NY 10023
(212) 333-3444
www.csabnyc.org

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

Centers for Medicare and Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Baltimore, MD 21244
(877) 267-2323 (gratuito) o (410) 786-3000 (Baltimore, MD)
www.cms.hhs.gov

Depression and Related Affective Disorders Association
2330 W. Joppa Road, Suite 100
Lutherville, MD 21093
(410) 583-2919
www.drada.org

Eating Disorders Anonymous
Las reuniones se celebran en 27 estados del país. Para obtener información de contacto, visite
www.eatingdisordersanonymous.org

Eating Disorders Association (EDA)
103 Prince of Wales Road
Norwich NR1 1DW
Reino Unido
0870-770-3256
www.edauk.com

Eating Disorders Coalition (EDC)
611 Pennsylvania Avenue S.E. #423
Washington, DC 20003-4303
(202) 543-9570
www.eatingdisorderscoalition.org

Eating Disorders Referral and Information Center
(800) 843-7274 (para derivaciones de terapeutas)
www.edreferral.com

Unidad de investigación de trastornos alimentarios (Eating Disorders Research Unit)
Columbia University Medical Center
New York State Psychiatric Institute
1051 Riverside Drive
Nueva York, NY 10032
(212) 543-5739
www.eatingdisordersclinic.org

Food and Drug Administration
5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857
(888) 463-6332
www.fda.gov

Food and Nutrition Information Center
Servicio de investigación agrícola (Agricultural Research Service), USDA
Biblioteca nacional de agricultura (National Agricultural Library), sala 105
10301 Baltimore Avenue
Beltsville, MD 20705-2351
(301) 504-5719
www.nal.usda.gov/fnic/

Recursos para trastornos alimentarios de Gurze Books (Gurze Books Eating Disorders Resources)
P.O. Box 2238
Carlsbad, CA 92018
(800) 756-7533
www.gurze.com

Harvard Eating Disorders Center
55 Fruit Street, YAW 6900
Boston, MA 02114
(617) 726-8470
www.hedc.org

International Association of Eating Disorders Professionals (IAEDP)
P.O. Box 1295
Pekin, IL 61555-1295
(800) 800 8126
www.iaedp.com

Lifelines Foundation for Eating Disorders
600 Lake Air Drive, Suite #9A
Waco, TX 76710
(254) 741-9998
www.lfed.org

National Alliance for the Mentally Ill
Colonial Place Three
2107 Wilson Boulevard, Suite 300
Arlington, VA 22201-3042
(800) 950-6264
www.nami.org

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD)
P.O. Box 7
Highland Park, IL 60035
(847) 831-3438
www.anad.org

National Centre for Eating Disorders
54 New Road
Esher, Surrey KT10 9NU
Reino Unido
0845-838-2040
www.eating-disorders.org.uk

National Eating Disorders Association (NEDA)
603 Stewart Street, Suite 803

Seattle, WA 98101
(800) 931-2237
www.nationaleatingdisorders.org

National Eating Disorder Information Centre, Canada (NEDIC)
ES 7-421, 200 Elizabeth Street, M5G 2C4
Toronto, Canadá
(866) 633-4230 (gratuito en Canadá) o (416) 340-4156 (Toronto)
www.nedic.ca

Programa nacional para la detección de trastornos alimentarios (National Eating Disorders Screening Program)
<http://www.healthnet.com/One Washington Street, Suite 304>
Wellesley Hills, MA 02481
(781) 239-0071
www.mentalhealthscreening.org

National Institute of Clinical Excellence (NICE)
MidCity Place, 71 High Holborn
London WC1V 6NA
Reino Unido
0207-067-5800
www.nice.org.uk

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)
National Institutes of Health
Departamento de comunicación y relaciones públicas
Building 31, Room 9A04 Center Drive, MS 2560
Bethesda, MD 20892-2560
www.niddk.nih.gov

National Institute of Mental Health
Departamento de comunicación
6001 Executive Boulevard, Room 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
(866) 615-6464
www.nimh.nih.gov

National Institute of Nutrition
Canadian Council of Food and Nutrition
3800 Steeles Avenue West, Suite 301A
Woodbridge, Ontario L4L 4G9
(905) 265-9124
www.nin.ca

National Institutes of Health
9000 Rockville Pike
Bethesda, MD 20892
(301) 946-4000
www.nih.gov

(En la página web de las líneas informativas de los NIH, www.nih.gov/health/infoline.htm, se proporcionan muchos números gratuitos.)

National Mental Health Association
2001 N. Beauregard Street, 12th Floor
Alexandria, VA 22311
(800) 969-6642
www.nmha.org

National Mental Health Information Center
Substance Abuse and Mental Health Services Administration

P.O. Box 42557
Washington, DC 20015
(800) 789-2647
www.mentalhealth.org

National Women's Health Information Center/Office on Women's Health
8550 Arlington Boulevard, Suite 300
Fairfax, VA 22031
(800) 994-9662; (888) 220-5446 para personas con problemas de audición
www.4woman.gov
(Se puede acceder a una página de guía para jóvenes en www.4girls.gov)

Society of Adolescent Medicine (SAM)
1916 Copper Oaks Circle
Blue Springs, MO 64015
(816) 224-8010
www.adolescenthealth.org

Something Fishy
www.something-fishy.org

Sitio web que describe su misión de la siguiente manera: "Concientizar y ayudar a las personas que padecen trastornos alimentarios y a sus seres queridos".

United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) National Mental Health Information Center
P.O. Box 42557
Washington, DC 20015
(800) 789-2647; (866) 889-2647 para personas con problemas de audición; (240) 747-5484 para llamadas internacionales
www.mentalhealth.org

Yale Center for Eating and Weight Disorders
P.O. Box 208205
New Haven, CT 06520-8205
(203) 432-4610
www.yale.edu/ycewd/

Bibliografía

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^o ed., texto revisado). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Evans, Dwight L., and Linda Wasmer Andrews. *If Your Adolescent Has Depression or Bipolar Disorder: An Essential Resource for Parents*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.
- Evans, Dwight L., Edna B. Foa, Raquel E. Gur, Herbert Hendin, Charles P. O'Brien, Martin E. P. Seligman, and B. Timothy Walsh. *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know—A Research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.
- Lock, James, and Daniel Le Grange. *Help Your Teenager Beat an Eating Disorder*. New York: Guilford Press, 2005.
- Lock, James, Daniel Le Grange, Stewart Agras, and Christopher Dare. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: Guilford Press, 2001.
- Lucas, Alexander R. *Demystifying Anorexia Nervosa: An Optimistic Guide to Understanding and Healing*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Natenshon, Abigail H. *When Your Child Has an Eating Disorder: A Step-by-Step Workbook for Parents and Other Caregivers*. San Francisco: Jossey-Bass, 1999.
- Ryan, Joan. *Little Girls in Pretty Boxes: The Making and Breaking of Elite Gymnasts and Figure Skaters*. New York: Doubleday, 1995.
- Siegel, Michele, Judith Brisman, and Margot Weinschel. *Surviving an Eating Disorder: Strategies for Family and Friends*. New York: Perennial Library, 1988.

- Walsh, B. Timothy. "Eating Disorders." In D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, and J. L. Jameson (eds.): *Harrison's Principles of Internal Medicine* (16th ed.). New York: McGraw Hill, in press.
- Walsh B. Timothy. "Eating Disorders." In A. Tasman, J. Kay, and J. A. Lieberman (eds.): *Psychiatry* (2º ed.). London: Wiley, 2003.

Índice

- abuso sexual, 46
 acción judicial, 103
 actividad física, 142
 actividades, participación en, 126
 ADT (antidepresivos tricíclicos), 86-87, 90-91. *Ver también* antidepresivos
 adultos, 105-6, 114-18. *Ver también* entrenadores; padres; docentes
 afecciones cardíacas. *Ver* afecciones cardiovasculares.
 afecciones cardiovasculares, 53, 55, 68, 91, 104, 140.
 afecciones coexistentes. *Ver* afecciones comórbidas
 afecciones comórbidas, 46-50, 64, 122; tratamiento psiquiátrico hospitalario y, 70
 afroamericanas, 35
 agente antiobesidad, 89
 aislamiento social, 14, 24
 alimentación restringida, 44
 alimentación: efectos de la dieta en, 143; hábitos de 14; conducta normal de, 68
 alimentos seguros, 125
Ally McBeal (programa de televisión), 148
 alteración electrolítica, 53, 55
 alteración mental, 64
 amenorrea, 15, 26, 27, 29, 54. *Ver también* menstruación
 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 92
 American Academy of Pediatrics, 30, 33, 64, 65
American Journal of Psychiatry, 22
 American Psychiatric Association, 12
 amitriptilina. *Ver* Elavil
 Anafranil (clomipramina), 86-87, 92
 Annenberg Foundation Trust, 6
 anorexia nerviosa, 8-11; diagnóstico de, 12-15, 30; complicaciones médicas de, 52-55; prevalencia de, 4-6, 9-10; tratamientos psicológicos para, 83-84; prevención de la recaída y, 94-97; síntomas de, 14-15. *Ver también* bulimia; trastornos alimentarios
 anticonvulsivantes, 89
 antidepresivos, 86-88, 90-91, 92, 97, 98
 antipsicóticos atípicos, 88
 anuncios del servicio público, 157
 apetito, negación del, 14
 asesoramiento en nutrición, 125
 asesoramiento nutricional, 96
 asociaciones de salud mental, 110
 asociaciones nacionales de trastornos alimentarios, 61, 110
 aspecto, 3, 45, 126, 154
 atención hospitalaria diurna, 72-73. *Ver también* tratamiento
 atención residencial, 71-72
 Ativan (lorazepam), 90
 atracón, 4, 68, 79, 121, 145; diagnóstico y, 15, 17, 20-22, 27-29, 35, 56; internación y, 69. *Ver también* bulimia nerviosa; purgas
 autodesprecio, 14
 autodestrucción, 68. *Ver también* suicidio
 autoestima, 42, 69, 75, 77, 134-37
 autoevaluación, 28, 42
 ayuda médica, 52
 ayuno, 5, 17
- balanza del baño, 155
 Biggert, Judy, 157
 bulimia nerviosa, 16-20; complicaciones médicas de, 55-56; prevalencia de, 4-6; tratamientos psicológicos para, 84-85; prevención de la recaída y, 97-21; síntomas de, 19-21 *Ver también* anorexia; trastornos alimentarios
- callosidades, 20
 calorías, obsesión por, 4, 14. *Ver también* dieta
 Cámara de Diputados, EE.UU., 157-60
 cambios en el estado de ánimo, 20
 cambios legislativos, 157-61
 cáncer, 141
 capacidad de concentración, 9, 54
 carga de trabajo, 128-29

Carpenter, Karen, 11, 12, 109, 134
 Celexa (citalopram), 87, 91
 censura, 156
 Center for Medicare and Medicaid Services, 101. *Ver también* sistema de atención médica; Medicaid
 Center for Young Women's Health, 124-25
 Centers for Disease Control and Prevention, 34
 chismes, 127
 cicatrices características, 43
 cicatrices, 20
 cirugía estética, 150
 clases de nutrición, 72
 Clinton, Bill, 101
 clomipramina. *Ver* Anafranil
 cobertura de salud mental, 101. *Ver también* sistema de atención médica; seguro
 cocinar, 125
 colesterol alto 140-41
 comida, 125; aversión a la, 10; preferencias de, 2, 4; obsesión por, 14; relación con, 9; restricción de, 3. *Ver también* dieta
 comidas: rechazo a, 5, 14; planificación de, 124-25, 129, 136
 Commission on Eating Disorders, 6
 Committee on Adolescence of the American Academy of Pediatrics (informe 2003), 5
 Committee on Dietary Reference Intakes (2002), 4
 compañías aseguradoras, 13
 competencia social, 136, 144
 complacencia, 42
 complicaciones físicas, 68. *Ver también* complicaciones médicas
 complicaciones médicas, 106; anorexia nerviosa y, 52-55; bulimia nerviosa y, 55-56. *Ver también* afecciones cardiovasculares, complicaciones físicas
 Comprehensive Care Centers for Eating Disorders del estado de Nueva York, 160
 concentración, 14, 54, 128
 concientización pública, 11, 157-60
 condición socioeconómica, 41-42
 conductas compensatorias inapropiadas, 34
 conductas compensatorias, 28, 34
 conductas sedentarias, 143
 confianza, 63, 65
 confidencialidad, 65, 131
 Congreso, EE.UU., 157-60
 consejeros, 127
 constipación, 53
 consumo de sustancias, 91
 control de la natalidad, 91
 control, 105-6, 119-24; comunicación y, 107-11; primera conversación con el joven y, 112-14; otros padres y, 130-32; recuperación y, 124-26; escuela y, 114-18, 127-30
 conversación, 107-11, 118; primera, 112-14
 costos, 72, 158-59, 160. *Ver también* sistema de atención médica; seguro
 crecimiento, 4, 65
 "Cuando los niños no pueden concentrarse: cómo afectan los trastornos alimentarios a nuestros hijos (When Kids Can't Concentrate: How Eating Disorders Impact Our Children)", sesión informativa parlamentaria, 157
 cultura, 42, 43, 148. *Ver también* factores socioculturales
 Cymbalta (duloxetina), 87

 debilidad, 14
 demandas. *Ver* acción judicial
 deportes, 154. *Ver también* entrenadores
 deportistas, 24
 depresión maníaca, 88
 depresión, 30, 32, 47, 70, 106, 145; tratamiento y, 85, 87
 desarrollo de los senos, 152. *Ver también* pubertad
 desarrollo emocional, 2, 153
 desarrollo físico, 2, 4
 desarrollo óseo, 52, 53-55
 desarrollo, 64, 65
 desgarramiento del esófago, 56
 deshidratación, 55, 68
 desmayos, 14, 53
 desnutrición, 52, 53, 64; internación y, 69
 desvanecimientos, 14, 106
 diabetes del adulto, 141. *Ver también* diabetes
 diabetes, 32, 141
Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care, Child and Adolescent Version (American Academy of Pediatrics), 30
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ver DSM-III; DSM-IV
 diagnóstico, 22-24, 60, 64; anorexia nerviosa y, 12-15; bulimia nerviosa y, 16-21; criterio, 85-86, criterios del *DMS* y, 25-30, criterios del Great Ormond Street Hospital y, 30-32; equivocado, tipo de 23. *Ver también* afecciones comórbidas
 Diana, Princesa de Gales, 134
 dieta del semáforo (Stoplight Diet), 142-44
 dieta, 8, 10, 43-44; recuento de calorías, 4, 14; extrema, 1, 17, 136, 145; obesidad y, 140, 142-47; prevención y, 134-35, 140-42

 dietas pasajeras, 1, 145. *Ver también* dieta

diuréticos, 3, 15, 17, 20-21, 28, 55
 docentes, 106, 114-18, 123, 127-28
DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Third Edition), 12
DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) (DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos alimentarios), 13, 15, 21-22, 24, 27-29, 34; criterios del, 25-30, 64, 85-86, 140

Eating Disorders Awareness, Education and Prevention Act de 2003 (Cámara de Diputados. 873), 157-60
 Eating Disorders Coalition (EDC), 157, 160
 efecto de contagio, 46
 efecto de trance, 19. *Ver también* efecto sedante
 efecto sedante, 17. *Ver también* efecto de trance
 Effexor (venlafaxina), 87, 89
 ejercicio, 14, 136; excesivo, 20-21, 28
 Elavil (amitriptilina), 86, 87
 elogios, 10, 153
 emergencias médicas, 106-7
 eméticos, 55. *Ver también* vómito
 enemas, 15, 21
 energía, 43
 enfermedad cardíaca coronaria (ECC), 136. *Ver también* problemas cardiovasculares
 enfermedad celíaca, 23, 32
 enfermedad de la vesícula biliar, 141
 enfermedad del reflujo gastroesofágico, 56
 enfermedad intestinal inflamatoria, 32
 enfermedad, 32
 enfermedades relacionadas con la salud mental, 6, 30
 enfoque psicodinámico, 75-77
 entorno de alto riesgo, 138-39. *Ver también* contexto; factores de riesgo
 entrenadores, 106, 114-18, 123, 127, 155
 Epstein, Leonard, 142. *Ver también* dieta del semáforo
 escuela, 127-30. *Ver también* entrenadores; docentes
 especialistas, 61, 68, 102
 espejos, 155
 esquizofrenia, 88
 estabilizadores del estado de ánimo, 89, 90
 estado de Nueva York, 160-61
 estado físico, 9
 estigma. *Ver también* autoestima; vergüenza
 estrógeno, 15, 27, 54
 estudiantes blancas, 35, 42
 estudiantes hispanas, 35
 etiqueta, 92
 evaluación, 102. *Ver también* diagnóstico

factores de riesgo, 36-40, 133, 135, 137, 139; silueta corporal y, 44-45; hacer dieta y, 43-44; ideal de delgadez, 41-42. *Ver también* prevención
 factores socioculturales, 40-41. *Ver también* cultura; medios de comunicación; ideal de delgadez
 fenelzina (Nardil), 87
 fibromialgia; 159
 Fitzgibbon, Marian, 42
 fluctuaciones en el peso corporal, 146
 fluoxetina. *Ver* Prozac
 fobia social, 49
 fondos para investigaciones, 162
 fondos, 157, 159, 162
 Food and Drug Administration (FDA), 89, 91-94
 Food and Nutrition Information Center. *Ver también* dieta
 Freud, Sigmund, 75. *Ver también* psicoanálisis
 fumar (para perder peso), 5, 136
 funcionamiento cerebral, 53
 fundaciones benéficas, 161

genética, 39-40
 glándula pituitaria, 27
 glándulas parótidas, 56
 glándulas salivales, 56
 Great Ormond Street Hospital (Londres), 30-32
 grupos de apoyo, 131-32, 161

hábitos (alimentación), 14
 hacer las compras, 125
 Harvard Education Disorder Center (HEDC), 110, 114, 117
Help Your Teenager Beat an Eating Disorder (Lock y Le Grange), 80
 hermanos, 123
 hinchazón, 53
 hipersensibilidad, 49
 hipertiroidismo, 32
 hipocalcemia, 55

hiponatremia, 53
 hipotálamo, 27
 hombres, 22-24; trastornos alimentarios en, 4-5
 hostilidad, 14

ideal de delgadez 40-41, 147-48, 150
 imagen corporal, 69, 135-36, 145
 imagen de sí mismo, 49. *Ver también* imagen corporalimpulsividad, 49
 inanición, 10, 12, 55. *Ver también* dietas; alimentos
 independencia, 124
 índice de masa corporal (IMC), 35
 inestabilidad fisiológica, 64
 infección, 32, 54
 influencia de pares, 46, 78, 127
 inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO), 87
 Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative), 6
 Institute of Medicine (Washington, D. C.), 4
 insuficiencia renal, 104
 internación, 59, 60, 64-65, 69-70, 118, 123; atención diurna, 72-73. *Ver también* tratamiento
 intervenciones, 68
 intolerancia al gluten, 23
 intolerancia, 14
 intoxicación por agua, 53
 irritabilidad, 14
 IRSS (inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina), 86-89, 91. *Ver también* serotonina

lanugo (síntoma de desnutrición), 53
 laxantes, 3, 5, 15, 17, 20-21, 28; abuso de, 12, 34-35, 55, 122, 159
 Le Grange, Daniel, 80
 leptina, 27
 Lexapro (escitalopram), 87
 Ley de Educación Primaria y Secundaria (Elementary and Secondary Education Act) de 1965, 157
 Ley de Paridad de Salud Mental (Mental Health Parity Act) de 1996, 101, 160
 límite anual en dólares, 160. *Ver también* costos
 límite vitalicio en dólares, 160
 límites de peso en los deportes, 154
 límites, establecer, 124
Little Girls in Pretty Boxes (Ryan), 115
 Lock, James, 80
 Ludiomil (maprotilina), 87
 Luvox (fluvoxamina), 87, 91-92

mareos, 53, 106
 Marplan (isocarboxazid), 87
 material de lectura, 109-10
 Medicaid 104. *Ver también* Center for Medicare and Medicaid Services; sistema de atención médica; seguro
 medicamentos psicotrópicos, 86, 89-94, 98
 medicamentos, 59, 86-91; reacciones adversas a, 91-94
 médicos generales, 59-60
 medidas contraproducentes, 138
 medidas del cuerpo, 116
 medios de comunicación, 40-41, 46, 109, 134, 147-51. *Ver también* ideal de delgadez
 médula (ósea), 53
 memorias, 109
 menstruación, 15, 26, 27, 54. *Ver también* amenorrea
 mentiras, 10
 Meridia (sibutramina), 89
 metabolismo hepático, 90
 metabolismo, 53, 90
 método Maudsley, 80-84, 96, 97
 migración diagnóstica, 50
Minority Women: The Untold Story (Fitzgibbon and Stolley), 42
 modelo transdiagnóstico, 85
 moderación, 146
 Moss, Kate, 151
 muerte súbita, 90
 muerte, 90. *Ver también* tasas de mortalidad; suicidio
 mujeres estadounidenses de origen asiático, 36
 mujeres, 4-5, 22

National Center for Education Statistics, 158
 National Center for Health Statistics, 158
 National Eating Disorders Association (NEDA), 68, 102, 117, 147-48
 National Institute for Clinical Excellence (NICE), 65
 National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), 22, 86
 National Institutes of Health (NIH), 74
 National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 43

nationaleatingdisorders.org, 68
 negación, 26, 50-52, 118, 127
 neurosis, 12
 neurotransmisores, 38-39, 90. *Ver también* serotonina
 niveles de cortisol, 54
 Norpramin (desipramina), 87
 nutrición, 43, 116, 134; dieta y, 142; control de, 64. *Ver también* dieta

obesidad, 40, 135, 140-42; dieta y, 140, 143-47
 objetivos académicos, 129
 obsesión, 42
 Office of Women's Health (OWH), 42
 Olsen, Mary Kate, 134
 organizaciones de apoyo, 60. *Ver también* asociaciones de salud mental; National Eating Disorders Association
 osteopenia, 54. *Ver también* desarrollo óseo
 osteoporosis, 55. *Ver también* desarrollo óseo
 ovarios, 27

padres, 78; conducta de, 148-50; apoyo de otros, 130-32
 pago de la compañía aseguradora, 103. *Ver también* sistema de atención médica, seguro
 países industrializadas, 41
 Pamelor (nortriptilina), 87
 pastillas adelgazantes, 5, 34
 Pataki, George, 160
 pautas dietéticas, 142
 Paxil (paroxetina), 87-88, 90-91
 pediatras, 60, 64
 pérdida de cabello, 53
 pérdida de la memoria, 54
 perfeccionismo, 8, 42
 peso, 44-45; diagnóstico y, 15, 18, 21, 24, 25, 28-29; aumento de, 81, 125; pérdida de, 4-5, 9, 10, 14, 106, 143; administración del, 141; medicamentos y, 87-88; nivel normal de, 19, 68; percepciones del, 79-80
 pirámide alimentaria (Food Guide Pyramid), 142. *Ver también* dieta
 planes de salud grupal, 101. *Ver también* sistema de atención médica; seguro
 porristas, 155
 preguntas para realizar al proveedor del tratamiento, 67-68, 93
 prejuicio, 151
 presión académica, 3
 presión sanguínea baja, 68
 presión sanguínea, 141
 presión social, 3
 prevención selectiva, 136-37, 139-40. *Ver también* prevención
 prevención universal, 136-39. *Ver también* prevención
 prevención, 133-62; efecto contraproducente de, 138; dieta y, 140, 143-44; Internet y, 154-56; legislación y, 157-61; medios de comunicación y, 151-52; obesidad y, 140-42, 145-47; conducta de los padres y, 148-50; pubertad y, 152-53; autoestima y, 134-37; estilo universal y selectivo de, 136-40
 privacidad, 131. *Ver también* confidencialidad
 problemas conductuales, 91
 problemas dentales, 20, 56
 problemas duales, 47. *Ver también* afecciones comórbidas
 problemas estomacales crónicos, 159
 problemas estomacales, 159
 productos dietéticos, 147
 programa de internación parcial (partial hospitalization program, PHP por sus siglas en inglés), 72-73
 programas de control de peso, 144. *Ver también* dieta
 programas nutricionales, 154
 Prozac (fluoxetina), 86-87, 89, 91-92
 psicoanálisis, 45, 75
 psicoterapia, 1, 59, 63, 73-78, 83. *Ver también* tratamientos psicológicos; terapias específicas
 psiquiatras, 59
 pubertad, 3, 38, 54; inicio de, 9-11, 152-53
 publicidades, 151
 purga, 15, 17, 19-21, 24, 27-29, 68; internación y, 69. *Ver también* atracón; bulimia nerviosa; vómitos

química cerebral, 38-39
 quimioterapia, 89

rasgos de la personalidad, 42-43, 43
 raza, 41-42
 reafirmaciones positivas, 117
 realimentación, 53, 70, 81
 recaída, 56, 59, 94-99, 122; anorexia y, 94-97; bulimia y, 97-98; terapia cognitivo-conductual y, 96, 97; tasas de, 95-98. *Ver también* recuperación
 recuento de glóbulos, 53
 recuperación, 42-43, 56-58, 69, 94, 118, 124-26. *Ver también* prevención de la recaída
 relaciones causales, 36-37.
 relaciones con el sexo opuesto, 78
 relaciones familiares, 45-46. *Ver también* padres
 relaciones interpersonales, 69
 Remeron (mirtazapina), 87, 91

remisión, 94
repugnancia, 18
respuesta al tratamiento, 94
restaurantes de comida rápida, 148
restricción dietética, 44
retardo del crecimiento, 52
retención de líquidos, 55
retraimiento, 8, 24
retraso de la pubertad, 52
rituales, 14
ropa, holgada, 14
Ryan, Joan, 115

Secretaría de Educación (Secretary of Education), 157
seguro, 60, 100-104, 158. *Ver también* sistema de atención médica
Senado, EE.UU., 160
Senator Paul Wellstone Mental Health Equitable Treatment Act (2003), 160
señales de alerta, 14-15, 31
serotonina, 38-39, 87, 89. *Ver también* inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS)
servicios académicos, 72
Serzone (nefazodona), 91
sexo, 38. *Ver también* hombres
sigilo, 8, 14, 17, 161
signos de advertencia (señales de alerta), 14-15, 24. *Ver también* síntomas
silueta corporal, 18, 21, 24, 28-29, 44-45, 79-80
síndrome del intestino irritable, 159
Sinequan (doxepina), 87
síntomas, 14-15, 19-21, 64; reacciones adversas a los medicamentos y, 94
sistema de atención médica, 99-104, 162. *Ver también* seguro; tratamiento
sistema de vigilancia de conductas de riesgo en jóvenes (Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBS por sus siglas en inglés)
sitios web pro-ana, 46, 155-56
sitios web pro-mia, 46, 155-56
sitios web, 130, 155
Slim-Fast (bebida dietética), 134
Society for Adolescent Medicine (SAM), 64
Stolley, Melinda, 42
Strickland, Ted, 157
sucesos desencadenantes, 122
suicidio, 55, 68, 91-92, 106; intentos de, 120
sumisión, 42
Surmontil (trimipramina), 87

tasas de mortalidad, 9-10, 55, 56
televisión, 148
temperatura corporal, 53
terapia ambulatoria, 59, 73, 118, 123; fracaso de, 64. *Ver también* tratamiento
terapia cognitivo-conductual (TCC), 78-80, 83-86, 139; prevención de la recaída y, 96, 97
terapia creativa, 72
terapia de grupo, 72, 73, 74, 82
terapia familiar, 66, 73, 74; método Maudsley y, 80-84
terapia intensiva ambulatoria, 73
terapia interpersonal (TIP), 78, 85-86
terapia, 59, 63; residencial, 72. *Ver también* tratamiento psicológico; tipos específicos de terapia; tratamiento
tipo compulsivo/purgativo (AN-B/P), 15, 27-28, 50. *Ver también* anorexia
tipo restrictivo (AN-R), 15, 27-28. *Ver también* anorexia
Tofranil (imipramina), 87
Topamax (topiramate), 89
tranilcipromina (Parnate), 87
trastorno bipolar, 88
trastorno de la personalidad evasiva, 49
trastorno de rechazo a la comida de causa emocional, 30
trastorno límite de la personalidad, 49
trastorno obsesivo-compulsivo, 32, 40, 49, 70
trastorno por atracón, 20-22, 29, 144-46
trastornos afectivos, 48
trastornos alimentarios no especificados (EDNOS), 22, 25, 29, 85-86
trastornos alimentarios, 1-3, 7-8, 13; comunicación sobre, 107, 109-14; afecciones comórbidas y; negación y; 50-52; diagnóstico de; 12, 16-18, 22-24, 31-32; dieta y; , 140, 142-47; criterios del *DSM* para, 25-30; EDNOS y, 85-86; consecuencias de, 122; FDA y, 92-94; pautas para el tratamiento de, 63-65; sistema de atención médica y, 99-104; Internet y, 154-56; legislación y, 157-61; control de, 105-10, 119-24, 131-32; complicaciones médicas de la anorexia y; 52-55; complicaciones médicas de la bulimia y, 55-56; medicamentos y, 86-91, aparición de, 3, 9-11; prevalencia de, , 4-6, 32-36, prevención de, 133, 136-41, 148-53; tratamiento psicológico y; 79-84; psicoterapia y, 73-78; recuperación y; 124-26, recuperación de, 56-58; recaída de, 94-99; factores de riesgo de; 36-40; la escuela y, 114-18, 127-30; autoestima y, 134-37; lugar de tratamiento para, 69-73, síntomas de, 14-15, 19-21, ideal de delgadez y; 41-42; tratamiento para, 59-62, 66-68. *Ver también* anorexia nerviosa, bulimia nerviosa; trastornos específicos
trastornos de ansiedad, 48, 70, 87, 90
trastornos de la personalidad, 49-50
trastornos del estado del ánimo, 48
trastornos por abuso de sustancias, 49

trastornos psiquiátricos, 13. *Ver también* DSM
tratamiento basado en evidencias, 62, 74. *Ver también* tratamiento
tratamiento familiar, 64, 65
tratamiento psiquiátrico hospitalario, 61, 70-71, 100
tratamiento, 13, 60-62, 66, 118-19; Food and Drug Administration (FDA) y, 92-94; objetivos del, 67-68; pautas de, 63-65; lugar de, 69-73; medicamentos
y, 86-91; plan de, 102. *Ver también* sistema de atención médica
tratamientos psicológicos, 73-86; anorexia y, 83-84; bulimia y, 84-85; terapia cognitivo-conductual, 78-80; EDNOS y, 85-86; terapia familiar y, 80-82;
psicoterapia individual, 74-78; enfoque psicodinámico y, 75-77
trauma infantil, 46
tumefacción, 20
tumores cerebrales, 32

variaciones, 30
vergüenza, 2, 18, 113, 161. *Ver también* autoestima, estigma
violencia, 9
Vivactil (protriptilina), 87
vómitos, 5, 34-35, 55-56; diagnóstico y, 12, 15, 18, 21, 24, 28
Wellbutrin (bupropión), 87, 91
Wellstone, Paul, 160

Zofran (ondansetrón), 89
Zoloft (sertralina), 87, 91-92
Zyprexa (olanzapina), 88

Información sobre los autores

B. Timothy Walsh, MD, profesor Ruane de psicofarmacología pediátrica de la Facultad de Médicos y Cirujanos (College of Physicians & Surgeons) de la Universidad de Columbia (Columbia University) y fundador de la Unidad de Investigación sobre Trastornos Alimentarios (Eating Disorders Research Unit) del New York State Psychiatric Institute. Fue presidente de la Comisión formal de trastornos alimentarios (Formal Commission on Eating Disorders) de la Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative). Dicha comisión, conformada por un panel de destacadas autoridades, fue convocada en 2003 para evaluar los trabajos de investigación sobre trastornos alimentarios llevados a cabo hasta ese momento. Los hallazgos de la comisión del Dr. Walsh constituyen la base científica de este libro.

V. L. Cameron es un escritor independiente establecido en la ciudad de Nueva York