

OBERON

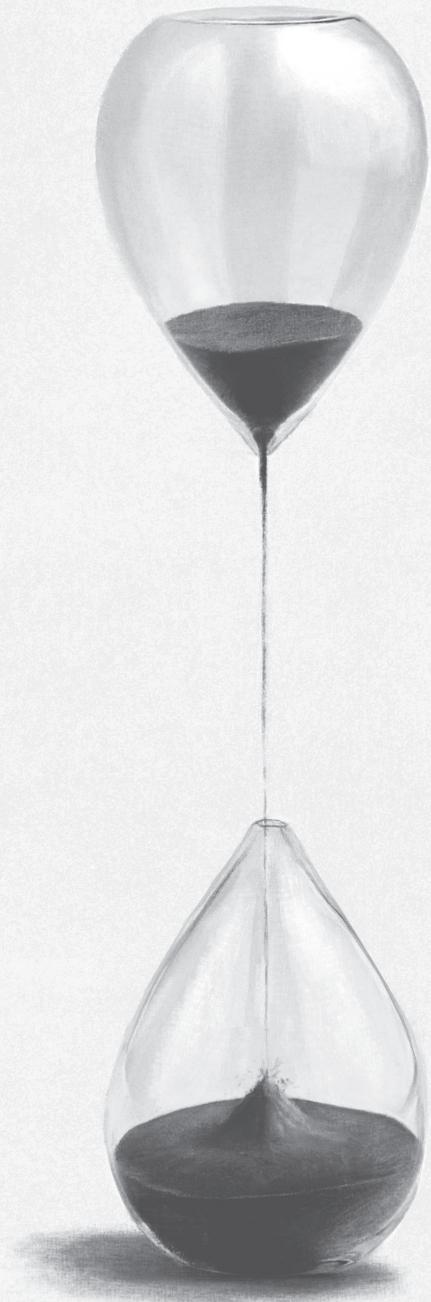
Sobrevivir a mí, vivir conmigo

ENTENDER Y SANAR
UN TRASTORNO
DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA

CONCHI FERNÁNDEZ

Índice

Prólogo	11	Los versos de la recuperación	145
El porqué y el para qué de este libro	15	Deja de buscar culpables	145
Este libro comenzó a escribirse hace 10 años...	15	Lo primero va antes	152
Trastornos de la Conducta Alimentaria	18	Incertidumbre	163
Entre etiquetas y calcetines	26	Perfección	174
Una perspectiva biológica de la AN	36	Rendirse no es de cobardes	185
Mi niña pequeña y mi niña enferma	45	Actuar pese a la ambivalencia	195
Libros como refugio	53	Re-aprender a comer	204
Los versos de la enfermedad	61	Olas emocionales	214
Obsesión y compulsión	61	El duelo de la enfermedad	223
Dismorfia corporal y negación de la enfermedad	67	No sé amar	236
Hiperactividad	75	Versos para el cuidador	249
Dolor	83	No dudes de lo mucho que te quiere	249
Competición y comparación constantes	94	Un amor animal	261
Quién	101	Versos antes de llegar al final (del libro, de mi camino y del tuyo)	273
Miedo a crecer	108	¿Cómo de completa es la recuperación completa?	273
Hambre	118	Vivir, preguntar, escuchar	284
Sistemas y rituales	126	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	299
Soledad	131		
Ahora solo es ahora	137		



El porqué y el para qué de este libro

ESTE LIBRO COMENZÓ A ESCRIBIRSE HACE 10 AÑOS...

Galopar

*Como un caballo a galope ser,
sentir la brisa azotar mi piel.
Ama y dueña de mi proceder
yo juraría al bien ser siempre fiel.*

*Sin jinete seguir el camino,
tampoco estribos ni herraduras.
Poder escoger con desatino,
arriesgarme a torceduras.*

*La distancia se me hace eterna:
queda aún mucha senda por recorrer,
para abandonar mi tez enferma
a más velocidad quiero correr.*

No puedo sino empezar por el primero de mis poemas y por su historia, la historia de cómo descubrí que escribir sería mi mejor terapia. Estos versos, llenos de rabia contenida, de anhelo de libertad y vida, nacieron una tarde de invierno oscura y lluviosa en un centro de día para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

—¿Qué haces? ¿No sabes que tienes que reposar una hora después de la comida? —si no tenía ya suficiente frío, la voz de esa mujer (que era mi carcelera, mi espía... mi terapeuta) siempre conseguía dejarme aún más helada—.

—Solo hago los deberes de clase... estoy sentada y... —y no me dio tiempo a decir que «necesitaba entretenerme para no dejarme arrastrar por las trampas de mi mente».

—¡No puedes hacer eso! Descansa... si quieres, piensa una frase o algo para poner en la revista del centro, hay una página de testimonios en la que podéis expresaros —se llevó mi libro de lengua castellana de 2º de la ESO y me dejó aguantándome las ganas de llorar, con un análisis de un poema de Lope de Vega sin acabar y... con mis bolígrafos y mi libreta—.

Quería gritar, patear, protestar... y la literatura vino en mi ayuda. Lo había estudiado: los poetas pueden jugar con las palabras, cambiar las normas a su antojo, poner por escrito o decir en voz alta pensamientos que, en realidad, ocultos bajo las piruetas del lenguaje, seguirían siendo secretos... Supongo que les costó no regañarme de nuevo al verme escribir tanto, o hacer cuentas con los dedos (del número de sílabas de mis versos), pero el centro estaba bastante vacío y, al fin y al cabo, hacía lo que me habían dicho.

Fíjate que empecé a escribir como un acto de rebelión ante «la libertad que se me negaba», y que ese anhelo de libertad queda perfectamente representado en mis palabras: un caballo a galope, sin jinete, sin estribos... Es un sentimiento muy presente en los TCA, aunque sus matices evolucionan (lo irás viendo a lo largo de estas páginas).

Al final, el poema se publicó en esa revista y, unas semanas después, yo estaría escogiendo un cuaderno bonito para convertirlo en un diario especial, en el que componer una poesía diaria (ya fuese un sencillo pareado o un soneto entero). Y varios años después, estudiando un máster en Trastornos de la Conducta Alimentaria para poder ofrecer la comprensión que yo necesité en su momento, y no logré encontrar, he decidido recuperar algunos de esos versos, y añadir otros nuevos en este libro... No solo para contar (y validar) mi pasado, también para acercarte a ti, que lo tienes en las manos, la oportunidad de entenderte (para poder sanarte). De entender a un ser querido si quieres apoyarle, o simplemente adentrarte en una enfermedad tan compleja, de una forma en que, estoy segura, hasta ahora no has tenido oportunidad de hacer.



TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Débil como la más fuerte

*Paradoja es decir
que para el mundo uno querer comerse
no debe hambre sentir,
tampoco con sed verse.
Pero sí fuerte y saciado creerse.*

*Se llama apatía,
se la pronuncia en susurros sin voz.
Comer me curaría,
¿por qué este miedo atroz?...
¡nunca antes yo sentí algo tan feroz!*

*Demasiado inocente
vi en la magia mi eterno combustible.
Al principio potente,
parecía infalible...
Marcha atrás hacia la meta, imposible.*

*Rocas deshace el agua,
disuelve en sal y hace salir mis dramas.
Fortaleza del agua
calla imponentes llamas,
pero hecha hielo... se rompe en escamas.*

Este libro va de TCAs, concretamente me centraré más en la anorexia nerviosa (AN) y, más concretamente todavía: en mi historia con la AN y mi visión durante y ahora, una vez recuperada... Así que lo propio será introducir cuanto antes el tema, tan intrincado como el batiburrillo de sentimientos en el poema que acabas de leer.

Te recuerdo que estos párrafos que vienen pueden ayudarte tanto si estás sufriendo AN (o incluso otro TCA... lo de las etiquetas diagnósticas lo dejo para el próximo capítulo), como si alguien en tu entorno lo padece; y por eso también no podía retrasarlo más. Voy a empezar por la conclusión, para que vaya penetrando en tu mente con cada uno de los posteriores argumentos: **HAY QUE COMER** (grábatelo a fuego si estás pasando por ello), **PERO SIMPLEMENTE FORZAR(TE) A COMER NO VA A SER LA SOLUCIÓN DEFINITIVA** (tenlo muy en cuenta si estás intentando apoyar a alguien). Siento si esta primera parte del libro se hace un poco más densa y académica a nivel de conceptos, pero veo necesario que se entienda bien de lo que hablaremos después.

Los TCAs están cada vez más visibilizados (en parte por el aumento de los casos) y cada vez más personas se concientizan de su complejidad. Aun así, y empezando por la AN, todavía son muchos los que piensan que es simplemente un estado de malnutrición y emaciación, a causa de una restricción consciente y voluntaria de la persona en rechazo a mantener un peso corporal normal, miedo a engordar y negación de la propia delgadez o la gravedad de sus consecuencias... criterios diagnósticos del DSM 5¹ (manual de trastornos mentales más utilizado).

Si bien tal definición para la AN podría ser cierta (con algunos matices y críticas que iremos viendo), es demasiado reduccionista para ser útil de cara al tratamiento... Un TCA es una enfermedad mental con consecuencias físicas, centrarnos solo en estas últimas (renutrición y adecuación de la alimentación) es tan insuficiente² como poner una tirita en una herida que necesita sutura.

El modelo biopsicosocial, propuesto por George Engel en 1977³, es un planteamiento alternativo al enfoque biomédico tradicional, más centrado en los síntomas físicos de las enfermedades; en el presente caso de la AN: infrapeso o peso por debajo del normal, alteraciones bioquímicas, bradicardia, hipotermia... quedando fuera todo aquello «menos objetivable», como los aspectos psicológicos. Engel planteó la

necesidad de tener en cuenta que en todas las enfermedades coexisten, y se interrelacionan, factores biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo biopsicosocial nos permite un acercamiento mucho más complejo a la AN⁴.

Dentro del grupo de factores biológicos, además de los ya comentados, estarían la predisposición genética (la AN es una enfermedad cuyo riesgo puede heredarse de forma poligénica, más adelante te lo explico mejor), la edad (aunque puede aparecer en cualquier momento, la adolescencia es un momento crítico por ser una etapa de grandes cambios físicos, hormonales... y sociales, que ya dijimos que está todo conectado...), el sexo (aquí también influyen mucho los aspectos sociales que centran su presión en la mujer, no obstante, también hay explicaciones biológicas y hormonales)...

En cuanto a la psicología, tenemos las experiencias de vida (aprendizajes, traumas en la infancia, educación alimentaria recibida, miedos, falta de herramientas de gestión emocional...) y rasgos de personalidad como el perfeccionismo o la rigidez (estos podrían considerarse en parte heredables, otra prueba más de la relación entre los tres ejes).

Y finalmente, los factores sociales y culturales son los que más resuenan a muchos al pensar en la AN o los TCAs. El primero sería la llamada «cultura de la dieta». Creemos aprendiendo que hay alimentos malos (que, para la mayoría, no deja de ser una clasificación de «alimentos que engordan»), rodeados de reclamos en la publicidad, los propios envases de alimentos o los medios de comunicación, en relación a su contenido en energía o grasas; mensajes centrados en las Calorías (ya te contaré por qué escribo esta palabra siempre en mayúscula)... Acabamos interiorizando que delgadez (y el «hacer dieta» o «controlar lo que se come de forma restrictiva en calidad o cantidad») es igual a éxito, y que obesidad es sinónimo de vaguería, descuido, falta de fuerza de voluntad... Fíjate en, por ejemplo, los dibujos animados: ¿cuántas veces el protagonista o el personaje que se nos presenta como «guay o atractivo» tiene un cuerpo más grande? ¿Cuántas veces «el gordito» es el amigo «tontito y bonachón»? Y lo mismo con la publicidad, las películas o los modelos (aunque ahora están empezando a aparecer «modelos curvy», siguen siendo físicos muy seleccionados o solo se muestran en

determinados eventos). Esto es el estigma del peso: «suposición sin fundamento real» de que el sobrepeso y la obesidad son «culpa» de la persona. Una especie de «decisión directa/indirecta o incapacidad» en cuanto a sus hábitos o cuidados, y que además se relaciona con cualidades negativas como las comentadas. Lejos de afectar solo a las personas con una condición de exceso de peso (el preguntarnos exceso según quién sería otro temazo), también daña a las personas que, estando en un normopeso o peso normativo, tienen miedo a engordar y perder «esos privilegios», porque no podemos esconder que nuestro tamaño corporal condiciona las posibilidades incluso de ser contratado para un puesto de trabajo.

A veces, la línea entre lo psicológico y lo biológico o lo social queda bastante difuminada (algo lógico, dado que no podemos separar nuestra mente de nuestro cuerpo...); por ejemplo: los rasgos de carácter y personalidad pueden ser heredables, como ya te he contado, y las creencias y la cultura, ser la fuente de la que beben los problemas psicológicos.

Con todo esto, «simplemente comer» no va a ser suficiente en la mayoría de casos para sanar los traumas subyacentes, pero ¿por qué es entonces un requisito imprescindible y, comúnmente, el primer paso en el tratamiento? No tenemos claro el origen del trastorno; hay muchas teorías que lo intentan explicar, hablaremos de algunas, aunque considero que todas son ciertas y que en cada caso pueden tener más o menos sentido... Vamos, que **hay tantas etiologías como personas sufriendo un TCA...** Lo que sí sabemos es que la malnutrición es un factor mantenedor de este. El análisis funcional es una especie de diagnóstico dinámico y a medida⁵, que identifica las causas predisponentes (como la genética, la personalidad, la edad...), precipitantes (por ejemplo, episodios de acoso, abusos sexuales, periodos de fuerte estrés, un duelo...) y mantenedoras (aislamiento social, miedos, alteraciones neuroendocrinas... y, sobre todo, no comer lo suficiente).

La inanición puede explicar por sí misma muchos de las conductas comunes en la AN, lo vimos en el llamado «experimento de Minnesota»⁶. Te cuento un poco sobre él, ya que lo citaré en diversos capítulos. Durante la II Guerra Mundial (1944-1945), el científico Ancel Keys quiso investigar los efectos de la malnutrición y la mejor forma de realimentar

a las personas. Algo no únicamente útil en un contexto bélico, sino también extremadamente interesante para la ciencia dado el diseño del estudio; controlaban muchos más factores que cualquiera de los trabajos más actuales que tenemos: los hombres vivían durante ese tiempo en la propia universidad de Minnesota y, además de medir su actividad física y absolutamente todo lo que comían, les pidieron que escribiesen un diario con sus sensaciones... «¿Ayunarías para que otros estén mejor alimentados?», ese fue el título del cartel con el que en torno a 100 voluntarios (entre los objetores a ir a la lucha) se presentaron como conejillos de indias. De estos, fueron seleccionados 36 (los más sanos «física y psicológicamente») y completaron el proceso 32:

- 3 meses de alimentación normal.
- 6 meses de semiayuno (literalmente les dieron la mitad de lo que necesitaban, unas 1570 kcal diarias, que sigue siendo más de lo que se ve en muchas dietas restrictivas a día de hoy), con alimentos típicos de hambrunas ligadas al contexto de la guerra (pan, patatas, cereales, nabos, repollo y cantidades anecdóticas de carne y lácteos).
- 3 meses de realimentación controlada: les daban más comida pero no todo lo que quisiesen y manteniendo la limitación a la variedad de alimentos. Los participantes se dividieron en subgrupos, que recibían distintas cantidades de energía, proteínas y micronutrientes, para ver cuál era más efectiva.
- Y 8 semanas (en esta fase ya solo participaron 12 hombres) de realimentación *ad libitum* (es decir, sin restricciones de ningún tipo).

Sobre las dos etapas de realimentación, entraremos en detalle en próximos capítulos. De momento, vamos a quedarnos con los comportamientos que se observaron en los participantes durante el semiayuno, seguro que te suenan (no todas las personas desarrollan los mismos síntomas, pero es muy probable que te identifiques con varios):

- Buscaban alargar los momentos de la comida lo máximo posible: comer excesivamente despacio, mordisquear los alimentos y dar bocados muy pequeños, cortar mucho los alimentos, diluirlos en agua para que pareciese más cantidad...

- Excesiva preocupación por la comida: pensamientos constantes sobre ella que les impedían concentrarse en otras cosas, la convertían en el tema estrella de las conversaciones, soñaban con comida, encontraban las películas aburridas (a excepción de las escenas en que los personajes comían), los libros de cocina e incluso los folletos de propaganda de los supermercados y los menús de restaurantes les parecían la lectura más interesante del mundo, sentían placer al ver a otros comer o al oler comida, cocinar se convirtió en un hobby para casi la mitad de ellos cuando no lo era antes (¡incluso al terminar el estudio tres de ellos dejaron su anterior ocupación y se convirtieron en chefs!)...
- Perdieron el interés en todo lo que no fuese comida y hasta en el sexo (uno de los participantes dijo tener menos libido que... una ostra enferma, ¡hasta sus metáforas giraban en torno a la comida!). No lograban concentrarse en nada y no pudieron continuar las clases que estaban aprovechando para tomar en la universidad, estaban muy irritables. También se volvieron hipersensibles a los ruidos y a la luz, aumentó la depresión (pero también su alternancia con episodios de euforia), la ansiedad y el nerviosismo (empezaron a morderse las uñas y algunos a fumar), descuidaron su higiene personal, se volvieron solitarios...
- Acumulaban libros y utensilios (ollas, moldes, platos, cubiertos...) de cocina, pero incluso también otros objetos de poco valor (pañuelos, ropa de segunda mano...); tenían dificultad para gastar dinero y se sentían culpables al comprar esas baratijas, muchos también recogían o rebuscaban cosas de la basura... Tal vez este punto te sorprende, y aún más si te identificas, enseguida hablaremos más de la mentalidad de escasez (que no aplica solo a la comida).
- Se volvieron posesivos e hipervigilantes con su ración de comida, lamían el plato y no dejaban ni una migaja, les molestaba enormemente cuando personas ajenas al estudio dejaban o tiraban comida. Incrementaron tanto su consumo de té y café que los investigadores tuvieron que limitárselo a nueve tazas diarias; y también el de chicles (regulado también después de que uno se

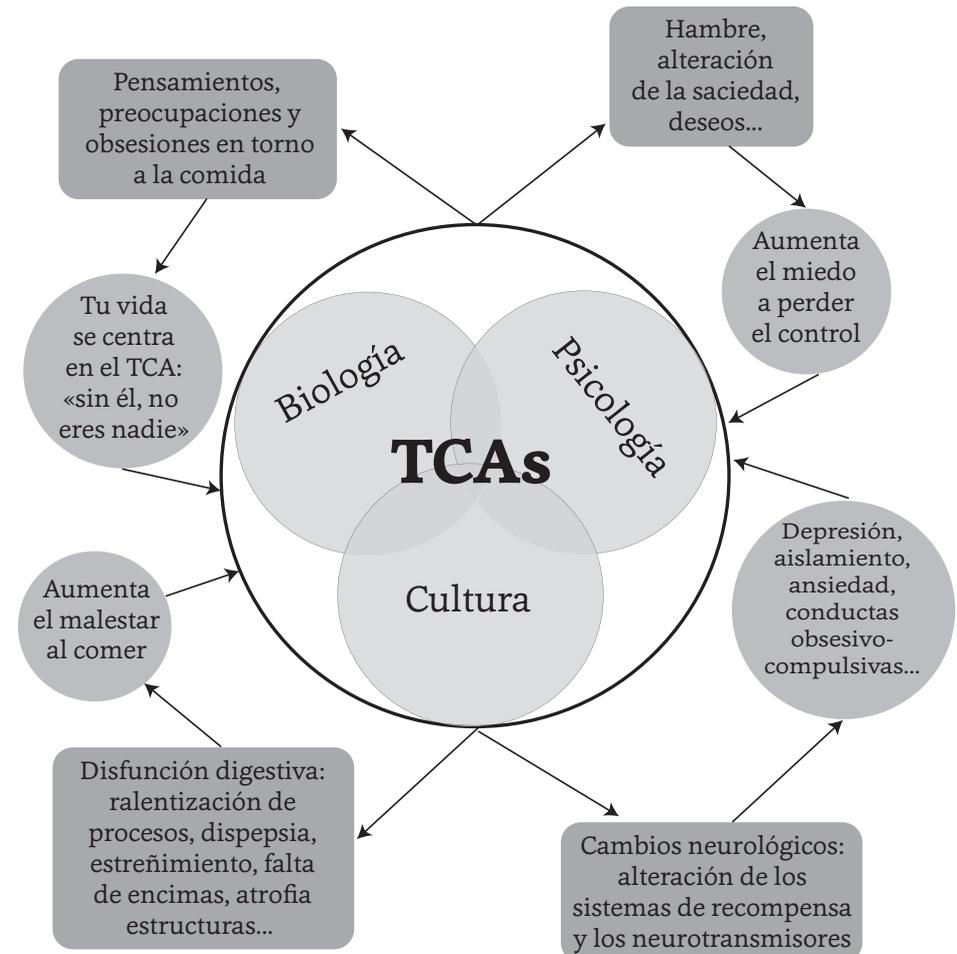
tomase 40 paquetes diarios y que tuviesen las mandíbulas doloridas)... y el de sal y especias (para potenciar el sabor de la comida)...

- Edema, malestar gastrointestinal, pérdida de cabello, frío constante (pedían mantas en verano), el metabolismo basal (la energía que gasta el cuerpo para mantenerse con vida; es decir, el coste de las funciones vitales en un estado de reposo, como oxigenar y hacer circular la sangre, producir hormonas y enzimas, permitir la actividad de los distintos órganos...) se redujo un 40 % (y con ello, sus ritmos de respiración y los latidos del corazón...).

Al restablecer la masa magra, la masa grasa y el estado nutricional cesaron los comportamientos anómalos⁷. No olvides que estos hombres no tenían un TCA, por eso solo con la realimentación fue suficiente... aun así, nos sirve para ver cómo la malnutrición mantiene el trastorno.

Por otra parte, una ingesta insuficiente también es responsable de la disfunción digestiva e intestinal que nos dificulta tanto cuando empezamos a comer (estreñimiento, digestiones lentas y pesadas, distensión abdominal, gases...). ¿Pagarías una suscripción a Netflix que no usas? ¿La pagarías si es bastante cara y además tú estás atravesando una etapa de dificultades económicas? Pues tu cuerpo se ha hecho preguntas parecidas respecto a sus enzimas digestivas, bilis, jugos gástricos y movimientos intestinales... Y ha tomado la decisión más sabia, totalmente reversible, en cuanto «su sueldo suba» y se conviertan en «suscripciones necesarias»; es decir, cuando vuelvas a comer en cantidad suficiente.

Hay una popular frase que dice que «querer es poder», yo no estoy de acuerdo, por el mismo motivo que «comer o restablecer un peso corporal no es curarse de AN». Lo que sí veo más acertado es decir que **para poder hay que querer y para salir de la AN hay que comer**. Te dejo un esquema de todos esto con algunos ejemplos de factores mantenedores (rectángulos negros) y de cómo perpetúan el TCA (círculos negros).



ENTRE ETIQUETAS Y CALCETINES

Dudas, fracasos

*Ser o no ser, es esa la cuestión.
No puedo responder, no sé quién soy...
y tal de encajar en algún montón,
dejaría de serlo. Ya mismo, voy
corriendo en círculos de confusión.*

*Enferma o no, da igual mi condición.
¿Lo ves? ni la salud sé perder bien...
Corro y me arrastro tras la perfección;
más soy lenta, torpe, tonta... soy ¿quién?
Un saco de huesos y compasión.*

*Me sobran errores sin intención,
carga en la espalda que empieza a pesar,
mientras faltan aciertos y emoción.
¿Queda aún algo que perder, que fallar?
Seguir. Parar. Difícil decisión.*



Empecemos por hablar de etiquetas, entendiendo por etiquetas «diagnósticos»... Los criterios para decidir si alguien sufre una enfermedad psiquiátrica, incluidos los TCAs como ya mencioné, se recogen en el DSM (siglas de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), cuya última edición (la quinta) se actualizó en 2013. Los últimos cambios en el mismo flexibilizaron mucho las condiciones para entrar dentro de las categorías principales, como AN, bulimia nerviosa (BN) o trastorno por atracón (TA); e incluyeron nuevas, como el trastorno evitativo restrictivo de la ingesta de alimentos (TERIA), a fin de disminuir los TCAs que caían en «el cajón de otros» (tras darse cuenta de que estos estaban siendo el grupo mayoritario)... Se eliminó la clasificación según si iniciaban en la infancia o en la adolescencia al ver que cada vez empiezan antes los que se consideraban más tardíos, y a la vez, están debutando también en adultos. Y se intenta ponerles un apellido a los casos «parciales»; esto es, que se especifique el criterio que no se cumple para sacarlos del cajón residual. Por ejemplo, «anorexia nerviosa atípica» cuando no se está en infrapeso (paradójicamente, hay indicios que apuntan que esta sería «más habitual que la típica»); o bulimia nerviosa de baja frecuencia de purgas y atracones⁸.

De este modo, los casos completos de AN, BN y TA aumentan; muchos parciales tienen un diagnóstico más concreto («especificado» es la palabra exacta que usa el manual); los «no especificados» (aquellos sin un diagnóstico claro) disminuyen y... ¡más personas reciben una etiqueta! No obstante, mientras que algunos autores consideran que, por ejemplo, TA o BN son polos opuestos de la AN... lo cierto es que todos los TCAs (e incluso añadiendo la obesidad a la ecuación) podrían ser también vistos como un continuum. Las distintas celdas de una misma cárcel, llamada... restricción. En torno a la mitad de los pacientes migra desde un TCA a otro, el modelo transdiagnóstico de Fairburn nos dice que comparten mecanismos y una fisiopatología común (destacando la valoración negativa de uno mismo y la autoexigencia). Las preocupaciones en torno al cuerpo y la alimentación, así como las intenciones (no tanto las acciones finales) de restringir la ingesta son similares entre AN, BN e incluso TA. En cuanto al deseo por la delgadez, algunos estudios han encontrado que incluso sería mayor en BN... es duro expresarlo así, pero muchas personas con BN se perciben a sí mismas, o son vistas desde fuera, como «anoréxicas fracasadas o más

débiles a los impulsos», «sin la fuerza de voluntad necesaria para restringirse»⁹.

El ver a cada uno de los TCA como una entidad diferenciada acarrea una serie de problemas (sin que ello niegue que definir los síntomas es imprescindible de cara a la investigación y al tratamiento). Las etiquetas para el paciente pueden ser confusas (cuando no se entiende la enfermedad), estigmatizantes, fomentar la cronicidad... Pero sobre todo:

- Podría hacernos caer en el error de considerar menos graves a los cuadros apellidados como incompletos, o los que directamente permanecen como «no especificados» (entre los que podríamos nombrar algunos cada vez más prevalentes como la ortorexia u «obsesión patológica por comer sano»; la drunkorexia o «no comer para poder luego consumir esas Calorías del alcohol sin aumentar de peso»; o la diabulimia o «mal ajuste intencionado de las pautas de insulina con intención de perder peso»...). No debemos pasar por alto algunos síntomas solo porque no se cumplan otros (como la AN atípica, en la que los pacientes pueden incluso tener una apariencia saludable), ni restarles importancia sino abordarlos de modo similar a cualquier otro diagnóstico de TCA, pues presentan el mismo grado de peligro para la salud y de deterioro de la calidad de vida.
- Nos distrae de poner el foco en la restricción como «motor» (iba a decir madre, pero es una palabra demasiado bonita) común...

Antes de seguir leyendo, quiero pedirte que, por favor, bajo ningún concepto pienses en un oso polar blanco, no te lo imagines en tu mente.

Continuamos y, para hablar de restricción, es necesario definirla bien, porque no es solo «comer menos de lo que querríamos o necesitamos». Es también no comer determinados alimentos (prohibición, miedo.), tener normas para comer (horarios, rituales antes o después, hacer depender la cantidad o tipo de alimentos a si se ha hecho ejercicio o no...)... incluso sentir culpa o intenciones de restringir aunque no se haga (*no debería haberme comido esto/tanto, no volveré a hacerlo, mañana saldré a correr para quemarlo...*). Cualquiera de esos ejemplos podrían ocurrir aun comiendo suficiente en cantidad, no estando en bajo peso o ¡hasta mientras ganamos peso! Queda muchísimo

por decir sobre esto, iré dando más pinceladas para que no te queden dudas al terminar el libro, pero... acuérdate de no imaginarte el oso polar, es importante que no lo hagas.

En el estereotipo de la AN está claro que vemos la restricción; sin embargo, y pese a que te comenté en un párrafo anterior que esa conducta es similar en BN y TA, la visión reduccionista de estos dos los resume como cuadros de adicción a la comida, con y sin purgas, respectivamente. Gran error. Existe un polémico debate en torno al concepto de «adicción a la comida», si bien comparte rasgos neurobiológicos con otras adicciones propiamente dichas, podría más bien ser la otra cara de la moneda de la restricción. Las escalas diseñadas oficialmente por la Universidad de Yale para evaluar la adicción a la comida no miden si existe o no una restricción alimentaria subyacente y... ¿sabes qué grupos poblacionales tienen las puntuaciones más altas? Sí, personas con AN, BN y obesidad¹⁰. Otro tema controvertido, y muy ligado al anterior, es el de los antojos o *cravings*: deseos intensos de comer un tipo particular de alimentos (habitualmente los más densos en energía y más palatables y... que seguramente son los que «más miedo te dan»); entre los más populares está el chocolate, pero varía mucho según la cultura (en Japón es el arroz). Una de las posibles explicaciones es que estos antojos se deberían a alteraciones hormonales, pero la realidad es que los alimentos que se antojan a embarazadas son similares a la población general, y también similares a mujeres menopaúsicas, con lo que no está del todo fundamentada. Otra teoría los atribuye a déficits de algún nutriente, pero tampoco pudo demostrarse... Mientras que el condicionamiento pavloviano (establecer una asociación mental entre, por ejemplo, cacahuets y ver un partido de fútbol) y la restricción como origen, sí están más respaldadas. Para que te hagas una idea, en un ensayo clínico dieron a los participantes una dieta líquida equilibrada y suficiente, pero monótona... Los antojos aumentaron (pese a que estaban saciados)¹¹. Mantén al oso polar blanco alejado de tus pensamientos, no lo olvides mientras sigues leyendo.

Habitualmente las ratas se alimentan en horas de oscuridad, con un patrón de pequeñas comidas frecuentes; a un grupo de investigadores se les ocurrió limitarles, durante cuatro horas tras caer la noche, el acceso a la comida, y después darles un pequeño buffet de pienso y bebida

azucarada. Observaron que los animales, cuando por fin pueden comer, lo hacen muy rápido y en una cantidad mayor a la «normal» en ese tiempo; es decir, cumplen al pie de la letra uno de los criterios diagnósticos del DSM 5 para un atracón (en BN o TA). El resto de criterios (sensación de pérdida de control, malestar...) no podemos obviamente valorarlos preguntándoles a las ratas. También vieron alteraciones en los sistemas cerebrales ligados a la recompensa, y que incrementaban respecto a un grupo control (esto es una muestra similar que no recibe la intervención, en este caso que «tiene acceso permanente a la comida», y se usa precisamente para probar que el resultado observado es consecuencia de la intervención) su consumo total de la bebida azucarada al repetir por varios días el procedimiento¹². Insisto en recordarte que retrasarles el acceso al alimento es perfectamente una forma de restricción, ah, y... que no te imagines al oso polar blanco, bajo ninguna circunstancia. Voilà, de aquí salen los titulares que seguro has visto diciendo que el azúcar es adictivo... ¡lo que no te cuentan es que esto solo ocurría cuando se introducía la restricción en la ecuación, no en las ratas control! ¡Ni la comida ni el azúcar son aditivos! Del mismo modo que no lo es respirar, pero necesitarás coger una buena bocanada de aire, con ansiedad y compulsión, tras aguantarte la respiración 1 minuto. Si considerásemos que existe adicción a la comida, la solución sería la abstinencia, como en el caso del alcohol... Pero eso no es posible (espero que lo tengas claro, y... que no estés viendo en tu mente un oso polar blanco)... ¿Podríamos plantear entonces abstinencia solo de los alimentos que comúnmente desencadenan los antojos (sí, otra vez esos que «te dan más miedo»)? También hicieron esta prueba con las mismas ratas: dos semanas sin consumir la bebida azucarada que les habían estado dando y ¿sabes qué pasó? Que cuando volvieron a hacerla disponible, aumentaron todavía más el consumo¹²...

Confíesalo, ¿te has imaginado al oso polar blanco? ¿Eres capaz de no estarlo visualizando ahora mismo si te pido una vez más que no lo hagas? Al igual que con las ratas y el azúcar, pasa con cualquier cosa que nos restringimos (incluso un pensamiento): aumenta el deseo. Lo del oso blanco en concreto apareció inicialmente en dos novelas de ficción del siglo XIX (escritas la primera por Fiódor Dostoievski y la segunda por

León Tolstoi); a finales del siglo XX, el Dr. Wegner lo llevó a un experimento: sí, pidió a los participantes que no pensarán en un oso polar blanco, como era de esperar, no pudieron. Lo curioso es que después les indicó que esa vez sí pensarán en él, y se lo imaginaron todavía más que aquellos que no habían pasado por la primera parte del estudio (¡como las ratas cuando les quitaron el azúcar!). Wegner desarrolló así la teoría del mecanismo de control mental irónico bimodal, que postula que para controlar un pensamiento ocurren simultáneamente dos procesos en nuestro cerebro: mientras uno intenta, efectivamente, distraer la mente con otra cosa, el restante trata de verificar que no pensamos en el oso, pero... ¡ups! ¡Este segundo proceso nos trae de vuelta al animal blanco!¹³.

Hacer dieta engorda, ese fue el título de un libro publicado en 1983, y al que siguieron muchos artículos científicos. La obesidad es demasiado compleja y multifactorial para resumir sus causas en una frase tan corta y simplista, pero... no podemos negar que en muchos casos será un factor contribuyente. Cuando una persona en un peso «normal» inicia una dieta, tiene muy altas probabilidades de entrar en ciclos de pérdida y ganancia de peso, hasta llegar a una condición de sobrepeso u obesidad. Esto es lo que se conoce como *overshooting* o efecto rebote. Te lo explicaré con más detenimiento en próximos capítulos, pero quédate con esta idea: al perder peso (sobre todo si se hace con un protocolo agresivo o no se parte de una situación en la que realmente haya un exceso de peso significativo, y no un michelín o que únicamente no se nos vea hueco entre los muslos), se pierde tanto grasa como músculo. El cuerpo luchará por recuperar esos tejidos (ambos, porque son los dos los que le permiten funcionar y estar en equilibrio); es decir, por volver a su *set point*, que definimos como el rango (no tanto un número fijo, que no eres una máquina) de peso y composición corporal en que se siente cómodo. Para ello se servirá de dos mecanismos: mantener bajo el gasto del metabolismo basal (que ya se redujo por se durante el déficit de energía, al igual que tú empezarías a ahorrar si de pronto te bajan el sueldo) y aumentar las señales de hambre. La cuestión es que la grasa se recupera de forma más rápida que el músculo, por lo que, al alcanzar el *set point* de la grasa corporal (apodado como «lipostato»), el metabolismo

empieza a funcionar bien (ya ves que el tejido adiposo no es un «tejido inerte», sino todo un órgano con sus funciones)... pero la hiperfagia (hambre extrema de la que también hablaremos mucho) continúa hasta que se recupera toda la masa muscular, y la grasa corporal seguirá aumentando mientras tanto¹⁴. De hecho, este subir y bajar de peso cíclico se asocia a la severidad de la obesidad (en cada reganancia se sobrepasa el punto de partida), a un peor pronóstico de éxito de un nuevo intento de pérdida de peso y al malestar emocional (sentimiento de fracaso, baja auto-eficiencia, frustración...) asociado¹⁵.

Se estima que un 40 % de los adultos ha tratado de adelgazar en los últimos cinco años, y que un tercio de ellos gana más peso del que perdió... ¡las cifras de obesidad no dejan de aumentar con casi la mitad de la población a dieta! Por no hablar de que, con la creciente popularidad de la cultura de la dieta, el estigma de peso es también cada vez mayor y, tanto este como los ciclos de pérdida-ganancia ponderales, son mucho más nocivos y determinantes de la salud y la calidad de vida que el propio «exceso» de peso¹⁶.

Sí, la obesidad es compleja y sí, la restricción es su nexo con los TCA. Cualquier tipo de restricción condiciona nuestro comportamiento a la hora de alimentarnos, nos convierte en «comedores no intuitivos». Comer de forma intuitiva parece una moda más en las tendencias actuales (que se mezcla con el ayuno intermitente, el *realfooding*, la dieta cetogénica, la del control de la glucemia...), pero realmente no es más que lo que hace cualquier animal (menos nosotros) y que te explicaré mejor al final del libro: comer cuando tiene hambre, lo que le gusta y le hace sentir bien, parar cuando está saciado. La intuición no se fuerza, no es un movimiento ni un club al que unirse; la intuición se tiene, y queda silenciada cuando nos adentramos en la cultura de la dieta y la restricción. Uno de los primeros ensayos clínicos (años 70) para probar esto¹⁷ reportó que, en «comedores restringidos» (y cada vez que me refiera a ellos queda incluido cualquier tipo de restricción, real o intencional) el consumo de helado no se responde cuantitativamente a sus señales de saciedad, como sí lo hace en comedores no restringidos (o intuitivos). Lo que hicieron en este experimento fue darles a mitad de los participantes un batido saciante y luego a todos una ración grande de helado: mientras que las personas que no presentaban en su día a día

conductas de restricción comían menos helado tras recibir primero el batido... ¡los que practicaban restricciones frecuentes consumían notablemente más si les daban batido antes que si no! Los investigadores lo atribuyeron (literalmente en sus conclusiones) al efecto «qué demonios», que nosotros identificamos más con la expresión «de perdidos al río».

En una revisión de varios estudios¹⁸ se resalta cómo, en línea con el anterior y más pionero, cuando se les da una porción «considerada grande» de un alimento a personas «con mentalidad de cultura de la dieta», comen más al final del día... mientras que los comedores intuitivos, no. También me llamó la atención un ensayo de los que incluyen en el que se vio cómo, al ofrecer dos versiones de galletas, unas «presentadas como saludables» y otras normales, los comedores restringidos comían más de las saludables, excepto si se les decía que las normales tenían menos Calorías (escogían esas)... O que en un restaurante, si no se indicaba el valor nutricional de los platos, los comedores restringidos pedían ensalada; pero si sí se indicaba y veían que tenía las mismas Calorías que la pasta, pedían pasta....

Cuando intentamos controlar nuestra ingesta (en cantidad, calidad, tiempos...) aparecen pensamientos intrusivos (es decir, que «no queremos») relacionados con la comida: *cómo me apetecería un helado* al pasar delante de un vendedor ambulante «al que no te permites acercarte entre horas», *ha sobrado arroz del mediodía y está en la nevera...* a la hora de la cena cuando «no quieres comer carbohidratos»... Y entonces intentamos reprimirlo, maldito oso polar blanco, para al final acabar pensando todavía más en comida... La desinhibición («comer sin control») requiere que antes haya habido una inhibición (sinónimo de restricción), y así es como... sí, hacer dieta podría engordar¹⁹.

Retomando el tema de las etiquetas, incluso la de «trastorno mental con consecuencias físicas» puede ser nociva si la tomamos en sentido literal (por orden, mental antes que físico) y trasladamos el enfoque psicoanalítico (fundamentado en que las acciones de las personas tienen explicación en su mente inconsciente o sus historias vitales) a tratamientos. Como la terapia cognitivo-conductual, poniendo primero el foco en lo cognitivo (buscar las causas subyacentes); y relegando lo conductual (restablecer conductas alimentarias funcionales) para más

tarde (siguiendo esa cronología del propio nombre: cognitivo-conductual), o incluso esperamos que se resuelva solo... Tanto la evidencia como las recomendaciones oficiales (y el sentido común si le damos turno de palabra) nos dicen que mejor empezar por asegurar la alimentación y corregir los comportamientos que pasar meses (o incluso años) buscando si se deben a un trauma del pasado, a una baja autoestima... Desde la psicología, tendría más prioridad el trabajar la ambivalencia en torno al deseo de curación que la búsqueda del origen de la enfermedad (que no significa tampoco que no pueda irse buceando en el tema, pero paralela y no prioritariamente)... Recuerda que muchas alteraciones conductuales y mentales son debidas a la inanición (como se ve en Minnesota), por lo que no: las conductas alimentarias no son la parte superficial (la punta del iceberg como se dice mucho, incluso en ámbitos profesionales, al hablar de TCAs). No son meramente las consecuencias visibles de la presión social, una llamada de atención, una necesidad de control... sino realmente, e independientemente de su causa, un problema actual con la comida que no puede desterrarse a un segundo plano. El ser humano tiene una tendencia a irse a los extremos (parece que los puntos medios nos dan alergia) y, si vemos que el tratamiento (más tradicional) centrado únicamente en el peso no funciona (que no lo hace), creemos que entonces la solución es abordar principalmente el plano mental²⁰... ¡no me cansaré de plantearme si no podemos ver mente y cuerpo en su conjunto!

Y ahora que ya «las hemos leído por si decían algo importante», es hora de cortar esas molestas etiquetas de nuestra ropa que tanto nos pican: tienes un problema (y serio), no puedes negarlo, pero tú no eres tu diagnóstico (el que tengas en este momento). Estás atrapado, da igual la celda concreta en la que duermas hoy, porque puede no ser la misma que mañana y porque tu objetivo no debe ser salir de esa celda, sino de la cárcel.

Dicho todo esto... Si casi la mitad de los adultos tiene una relación con la comida distorsionada por la restricción, si vivimos en un mundo con más cultura de dieta que de salud, en un mundo que juzga los libros por su portada y a las personas por su apariencia (y que nos presiona para que queramos ser «bien juzgados»)... ¿dónde está la línea entre «conductas alimentarias trastornadas» y «trastorno de la conducta

alimentaria»? Voy a intentar responderte con una metáfora, porque es mi forma de entenderlo: a los calcetines suelen soltársele hilos (sobre todo en la parte del tobillo, seguro que sabes a lo que me refiero), puedes ignorarlos y arriesgarte a que se enganchen en algo, tirar hasta deshacer el calcetín, o bien cortarlo para que no vaya a más.

Imagina que somos un calcetín y tenemos hilos, podemos verlos y decidir ignorarlos, cortarlos (con tijera que si no sale mal), o tirar, y tirar, y tirar y... deshacernos. Esos hilos son pensamientos en torno a la comida o nuestro cuerpo. Vete a tu armario ¿cuántos de tus calcetines tienen hilos? Pues con las personas igual, hoy en día es «normal» (entendido como frecuente) tener pensamientos del tipo: *menuda comilona la de hoy, después de tantas croquetas, calamares y el segundo plato no necesitaba ese postre, me gustaría tener un cuerpo como el de X, ojalá me quedasen tan bien los vaqueros como al maniquí o el/la influencer, tal vez si no me gustase tanto el chocolate...* El problema es cuando no sabemos (o no tenemos herramientas para) cortarlos: tardar más en pensar qué comer que en comértelo, todo gira alrededor de la comida, miedo a determinados alimentos, a eventos sociales, sentirse mal, llorar, no atreverse a mirarse al espejo.... Vivir encarcelado/a por estos pensamientos, como un calcetín medio deshecho que queda condenado a «andar por casa»; que «no sirve para calentarnos y protegernos, ni para salir a la calle, a la vida».

Ir al psicólogo o tener problemas mentales sigue siendo un poco tabú, cada vez menos, pero en realidad no es muy distinto a ir al dentista... Y a ese vamos todos, porque todos tenemos dientes y muchos pasamos por ortodoncias. Pues... volvemos a los calcetines, ¿no acabamos de decir que la mayoría tenemos hilos? Si no eres capaz de cortarlos, no dudes en buscar ayuda... Familia, amigos, profesores con los que tengas confianza y... por supuesto, profesionales.