

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

“ANOREXIA: EL PRECIO DE LA BELLEZA”
RELATO PERIODÍSTICO

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN:

P R E S E N T A

VERÓNICA LUCIANA FLORES CRUZ

ASESOR: PROFESOR CESAR ILLESCAS MONTERROSO

MÉXICO, D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme brindado la oportunidad de estudiar y de obtener un título universitario.

En especial a todas aquellas personas involucradas en la realización de esta tesis, por su apoyo incondicional y por su interés en finalizar una meta junto conmigo: MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

¡Y llego la hora de no comer!_____	1
Antes de comenzar el relato_____	6
- ¿Qué son los relatos periodísticos?_____	6
- El reportaje narrativo: un acercamiento al reportaje de no ficción_____	9
- La entrevista_____	14
- ¿Qué pasa antes y después de la entrevista?_____	15
- ¿Qué poder tienen los periodistas cuando publican una entrevista?_____	16
- La entrevista-relato. La voz_____	16
- Tipos de relato_____	18
-El tiempo en la entrevista-relato_____	19
- La industrialización de la noticia_____	20
1ª. Parte: ¿Qué es la <i>anorexia</i> ?_____	28
- Basta una mirada hacia la realidad_____	28
- ¿Por qué estoy tan gorda?_____	30
- Hábitos alimenticios_____	36
- ¿Y si dejo de comer?_____	42
- ¿Qué es la <i>anorexia</i> ?_____	45
- Quiero tener un cuerpo de modelo... ¡y lo voy a tener!_____	54
- ¿Eso siente un anoréxico?_____	58
- Que desesperación "vivir" así_____	67
- De la <i>anorexia</i> leve a la grave_____	76
-Morir lentamente_____	79
2ª. Parte: ¿Quién tiene riesgo de padecer <i>anorexia</i> y por qué?_____	85
- Sintomatología de un anoréxico_____	85
- Palabras que matan_____	96
-¿Cuáles son las causas y las consecuencias de la <i>anorexia</i> ?_____	99
- Anoréxica ¿yo?, ¡cómo crees!_____	137
- Las modelos <i>modélicas</i> o ¿anoréxicas?_____	139
- El culto al cuerpo_____	145

3ª. Parte: ¿Qué pasa con los familiares de las personas que atraviesan por este trastorno?_____	148
- Sé que tengo un trastorno, ¡pero no quiero engordar!_____	148
- ¡Mi hija era perfecta! ¿Qué le paso?_____	153
- Acepta que tienes un problema_____	156
4ª. Parte: Y ahora ¿Qué hago? Métodos para tratar la <i>anorexia</i> _____	160
-¿A quién pido ayuda? Centros especializados en Trastornos Alimenticios_____	160
- Desperté y ya no era yo_____	166
- Métodos terapéuticos_____	171
a) La alimentación_____	176
b) Los psicofármacos_____	182
c) Terapia conductual_____	187
d) Terapia individual o de grupo_____	190
e) Terapia familiar_____	195
- Tratamiento ambulatorio, semiestacionario o estacionario_____	198
- Alternativas para el tratamiento de la <i>anorexia</i> _____	205
- Más sugerencias de los expertos para ayudar al paciente y para prevenir los Trastornos de la alimentación (<i>anorexia</i>)_____	207
Cierre momentáneo_____	214
Fuentes de Información_____	228

¡Y Llegó la hora de No Comer!

- *“¡Aleja a esa maldita comida de mí!... tan sólo poco tiempo después... ¡Por favor, escucha mis gritos que piden ayuda! ...Tal vez esta frase fue la más difícil que tuve que pronunciar cuando me encontraba al borde del precipicio en compañía de la anorexia. Tenía que hacerlo... tuve que hacerlo para sobrevivir”*

Al observar este tipo de comportamientos no es de extrañar que día con día aumente la cantidad de personas que padecen algún trastorno alimenticio como la obesidad, bulimia o *anorexia*. Este último de mi especial interés, pues según información del Instituto Nacional de Nutrición la *anorexia* es el trastorno de mayor incremento en México, ya que de mil estudiantes mujeres entre los 15 y 19 años de edad casi el 8% ha padecido *anorexia* en los últimos 7 años.

Para un mayor entendimiento por parte del lector, se definirá a *la anorexia* como un trastorno de la conducta alimentaria producido por una serie de causas individuales, familiares y sociales, que lleva –sobre todo a adolescentes- a tener una conducta irregular hacia la comida, acompañada por un intenso temor a engordar y con una seria distorsión en su imagen corporal; se caracteriza por una pérdida de peso y un deterioro físico y mental significativo.

Hablar de *anorexia* supone hablar de distintas disciplinas que se entrelazan y tratan, cada una de acuerdo a su enfoque, de explicar los fundamentos de esta enfermedad, sus síntomas, sus manifestaciones físicas y psicológicas y sus causas, en estas últimas, se podrá ver la influencia posible o imposible de los medios de comunicación dentro de los factores socioculturales con incidencia en una enfermedad llamada por algunos como “enfermedad social”.

Fruto de este trabajo de investigación y de la profundización en estos temas a través del contacto con profesionales y enfermos, así como de la incansable lectura de todo lo que tenga que ver con este trastorno, se han analizado y expuesto las posibles causas donde se encuentran presentes los factores socioculturales, los familiares y los individuales; éstas se explicarán más adelante en el capítulo correspondiente.

Conforme se planteará, las causas pueden ser múltiples y las consecuencias terribles, pero lo que nadie puede conocer realmente es el sufrimiento extremo de estas personas que deciden hacer algo para ser mejores pero que desafortunadamente se equivocaron en el camino. El sufrimiento es el mayor de los síntomas que padecen, un sufrimiento silencioso que no grita porque ni ellas mismas saben lo que les sucede, ni por qué.

¿Quién es el culpable de una enfermedad como ésta a la que muchos llaman enfermedad social? quizá la respuesta viene tamizada por elementos de origen familiar, personal y social, donde los medios de difusión, la publicidad, la moda y otros factores juegan un papel cuyo alcance dentro de este marco están aun por determinarse.

Para la realización del presente trabajo, se planteó como objetivo general:

- ✚ **OBJETIVO GENERAL.** Realizar un relato periodístico con el fin de mostrar a la *anorexia* como un problema social a través del discurso científico, por medio de especialistas, intercalándolos con el testimonio de personas afectadas por dicho trastorno mediante el relato de ellas mismas.

En las entrevistas participaron la doctora e investigadora Aurora Serralde Zúñiga, médico general del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán. La licenciada Verónica Vázquez, psicóloga y terapeuta del

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán. El doctor Alejandro Caballero Romo, psiquiatra y experto en los Trastornos de la Alimentación, quien funge como coordinador de la Clínica de estos trastornos en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Y la licenciada Claudia Ramírez Gonzáles, nutrióloga y experta en casos de trastornos alimentarios al pertenecer a las filas de trabajo de la Fundación *Ellen West*. Todos ellos, expertos en Trastornos Alimenticios –*anorexia*– según su experiencia en el tema y en casos clínicos.

De igual forma se entrevistó a ANA, una joven en recuperación que padeció *anorexia* aproximadamente dos años, y a sus familiares. Mediante este relato seremos testigos de cómo atravesó por este mal, de su estado de salud grave y cómo es que estuvo al borde de la muerte. Así, al intercalar el discurso científico de los especialistas con el relato de ANA y sus familiares, trataré de mostrar a la *anorexia* con sus síntomas, sus causas, las personas que tiene riesgo de sufrirla y los sentimientos de las personas allegadas a la *anoréxica*. Además, al final se ofrecen un conjunto de alternativas para su solución.

Es importante que el lector entienda que esta tesis es el resultado de un proceso de investigación ordenado, por lo tanto, aunque cada capítulo tiene autonomía, es aconsejable seguir el hilo conductor que se marca sobre todo para no interpretar partes aisladamente, ni para llegar a conclusiones parciales. Tampoco se pretende sesgar la visión del lector respecto al tema que nos ocupa por lo que se procura tocar todos los aspectos posibles implicados en él.

En la primera parte se narra cuando ANA comienza a tener pensamientos sobre su cuerpo, cómo lo compara, cuándo decide adelgazar, cómo lo logra, cómo cae en un trastorno alimenticio y cómo es su vida dentro de él. Además se muestra información y opiniones de especialistas sobre hábitos alimenticios, *anorexia* y sus subtipos (leve, crónica) y los sentimientos que estas jóvenes presentan.

La segunda parte muestra cómo le afectaron los comentarios respecto a su imagen, sus ideas para mantenerse a dieta y su negación a aceptar un problema alimentario. También, se presenta la sintomatología de una persona *anoréxica*, las causas y consecuencias de este mal y la influencia de las figuras *modélicas* del entorno social.

En la tercera parte hay un acercamiento a la vida de los familiares de ANA, quienes al igual que ella sufrieron durante el tiempo que padeció este mal. Igualmente se menciona cuando la persona sabe que tiene el problema pero no quiere aceptar ayuda, el momento en que cambia de opinión y decide aceptarlo para buscar ayuda, además de proporcionar sus posibles soluciones.

En la última parte se expone el momento en que ANA acepta recibir ayuda y decide hacer algo por su vida. Este apartado concluye con información sobre los métodos para tratar la *anorexia*, así como la opinión de los especialistas en torno a cómo ayudar a la paciente y cómo prevenir esta enfermedad en la sociedad.

Antes de comenzar con las partes que conforman el relato, existe un apartado en el que explico brevemente cómo definen los expertos en comunicación este género periodístico y de qué forma realicé esta investigación. Ésto cumple con la finalidad de darle un sustento teórico a mi trabajo.

La presente tesis tiene como finalidad aportar información verídica y fidedigna respecto a un problema de magnitud mundial en la esfera social. La labor de comunicar y denunciar esta situación a la que nos enfrentamos en la actualidad corresponde a los comunicólogos, profesionales preparados con las herramientas necesarias y con conocimientos previos del tema, quienes tienen el deber de proporcionar veraz y acertadamente aquello que la misma sociedad ha fomentado y que, lamentablemente, le ha cerrado los ojos.

A partir de lo anterior, esta investigación pretende ser un parteaguas para todos aquellos trabajos que se puedan desprender o incluso salir a la par de éste, donde esta problemática sea investigada y actualizada para así contar con información a la vanguardia.

Este tema ya es bastante común entre la juventud, por lo que se desea que aquellos interesados en el tema –profesionales, familia, amigos- encuentren información necesaria para ayudar u orientar a personas que presentan uno o varios rasgos del trastorno.

Con la realización de este trabajo periodístico se prevé que quienes lo lean tomen conciencia del problema, el cual crece aceleradamente, y que se lleven muchas más investigaciones relacionadas al tema de los trastornos alimenticios; con ésto tal vez se logre una mayor apertura de sitios de ayuda –de carácter público o más accesibles- para la gran demanda que ya existe hoy por hoy y, no dudo, se duplicara en años posteriores.

Desde este momento y página tras página intentaré darles un panorama diferente de cómo se vive la *anorexia*, será vista y explicada desde una perspectiva médica y desde un ángulo más humano. Se intentará descubrir lo que por defecto casi la totalidad de la opinión pública cree saber, pero nosotros no, ¿Quién tuvo la culpa? ¿Tienen realmente la culpa los cuerpos *Light* que se ven diariamente en medios de difusión o ellos son solamente actores secundarios reflejo de nuestra sociedad?

Antes de comenzar el relato

En este apartado procuro que mi trabajo se sustente teóricamente con base en lo que los expertos dicen sobre el relato periodístico. Para este fin, en los siguientes párrafos expongo qué son los relatos periodísticos y cuáles son sus características. Por último hago énfasis en la entrevista, herramienta esencial que empleé para recabar la información de este relato.

- ¿Qué son los relatos periodísticos?

El periodismo ha sido una actividad social por excelencia, numerosos estudiosos en la materia han aportado información necesaria e imprescindible para la mejor realización de textos capaces de informar, crear conciencia y acercar lo más posible a la sociedad a los problemas que la aquejan día con día y que llegan a transformar su cotidianeidad.

A partir de lo anterior, el periodismo escrito se ha transformado al llevar consigo cambios favorables sin permitir que la sociedad vuelque su mirada hacia una información más bien electrónica. Por ello, se dedujo la imperiosa necesidad de hacer un nuevo tipo de periodismo capaz de atraer la atención de la audiencia receptiva y deseosa de saber y conocer información veraz y oportuna de lo que sucede en su entorno.

Para tal efecto es necesario recurrir a nuevos métodos, nuevas maneras de comunicar las noticias, novedosas formas de mostrar la realidad tal y como es. A partir de entonces, el periodista se ve en la necesidad de crear y poner en práctica una nueva forma de dar a conocer hechos relevantes, de actualidad o pasados y de interés social.

El informador tiene una nueva oportunidad para transmitir información contundente, de interés y sobre todo de una manera creativa. Este nuevo método, que ya recibe el nombre de relato de no ficción, es una nueva forma discursiva de presentar textos periodísticos en la cual el periodista echa mano de su lado creativo nutriéndolo y dándole forma con diferentes géneros periodísticos existentes que lo componen. Y para poder desarrollarlo a lo largo del presente trabajo fue necesario indagarlo.

La presente tesis está basada en el género periodístico denominado relato de no ficción y el primer periodista que trató de definir cómo eran formados estos relatos fue el norteamericano *Tom Wolfe*, quien en su libro “El Nuevo Periodismo” enumeró las características de estos escritos:

- 1) El predominio de la técnica de la construcción escena por escena sobre la exposición narrativa, más propia esta última del periodismo convencional.
- 2) Registro del diálogo en su totalidad: esto implica no sólo recoger las palabras textuales de los personajes, sino todos los recursos fónicos de los sujetos de la enunciación, tales como interjecciones, vocablos onomatopéyicos y ruidos.
- 3) La técnica del punto de vista en tercera persona consiste en presentar cada escena al lector a través de un personaje particular, para dar la sensación de estar metido en la piel de la persona y de experimentar la realidad emotiva de la escena tal como él la está experimentando.
- 4) El retrato del comportamiento de los personajes en su ambiente, es decir, la descripción de gestos, modales y hábitos; los lugares donde se desarrollan las acciones: el mobiliario de las casas, la decoración; las relaciones que se establecen con las personas a su alrededor: familiares, compañeros de trabajo, jefes, subalternos y todos los detalles que puedan existir en una escena. En otras palabras, describir *estatus* de vida, empleando este término “en el sentido amplio del esquema completo de comportamiento y bienes a través del cual las personas expresan su posición en el mundo, o la que corren a ocupar, o la que confían en alcanzar”¹

Por su lado la Maestra Elina Hernández Carballido en su tesis de Maestría, “*El relato periodístico en México*”, muestra una ardua investigación y análisis de

¹ Wolfe, Tom. El Nuevo periodismo. Barcelona. Anagrama. 1981. P. 50-52

ciertos relatos escritos por periodistas en México, y define al relato periodístico de no ficción en México, como aquel que:

“...presenta características de otros géneros periodísticos: la investigación y profundidad del reportaje, la narración y descripción de la crónica, el uso de la entrevista como técnica para recabar información”²

De acuerdo con la investigación de la Maestra Hernández, la metodología seguida por los reporteros que escriben relatos periodísticos en México consiste en realizar entrevistas para después confrontar los testimonios con las personas que participaron en el acontecimiento, revisar expedientes y documentos oficiales para recrear los hechos o para confrontar la información y, finalmente, asistir al lugar de los hechos para describir el lugar.

Estos textos informativos de creación buscan diversas maneras de aproximarse a la realidad. Su característica es su extensión, ya que el relato periodístico profundiza sobre un tema en específico que cuenta con un principio, un medio y un final; éste a su vez nos proporciona los datos suficientes para que el público tenga la oportunidad de conocer e interpretar la información que le brinda el relato periodístico. Lo anterior lo trataré de hacer con el tema de *anorexia*.

Pero, ¿cómo fue que hice mi relato periodístico sobre *anorexia*? Este punto lo abordaré en el siguiente apartado con el fin de sustentar mi trabajo teóricamente.

² Hernández Carballido, Elina. El relato periodístico en México. Tesis de Maestría en Comunicación de la FCPYS. México. UNAM. 1998. P. 164

- El reportaje narrativo: un acercamiento al relato de no ficción

La crónica y el reportaje son los géneros periodísticos que se emplearon para la realización de este relato. Como se observará, ambos géneros no pueden separarse fácilmente del texto cuando éste se escribe en la modalidad de relato periodístico. Ésto se corrobora al leer las definiciones que hacen de él los expertos y aclaran que el reportaje es un relato periodístico.

Según palabras del investigador Martín Vivaldi el reportaje es:

“El relato periodístico esencialmente informativo, libre en cuanto a tema, objetivo en cuanto a modo y redactado preferentemente en estilo directo, en el que se da cuenta de un hecho o suceso de interés actual o humano; o también: una narración informativa, de vuelo mas o menos literario, concebida y realizada según la personalidad del escritor – periodista”³

Con esta aseveración, Martín Vivaldi deja en claro la presencia de la subjetividad en el texto relatado por el autor. En realidad es esa subjetividad, presente en el quehacer periodístico, la que hace que se les denomine “relatos de no ficción”, lo que hace la diferencia entre unos textos periodísticos y otros.

Muy importante en este punto es mencionar lo que la Doctora Lourdes Romero opina con relación a la objetividad que menciona Vivaldi:

“El periodismo convencional exige a sus seguidores objetividad y ello implica la creencia... de que el periodista debe concretarse a la narración de los hechos exclusivamente sin interpretar, sin expresar sus puntos de vista y, mucho menos, manifestar sus emociones. La presencia del periodista está prohibida; su ausencia garantiza una aparente imparcialidad”⁴

Los relatos de no ficción se diferencian de otro tipo de textos informativos al ser los primeros que se alejan, en la manera de lo posible, de la objetividad. Esto es

³ Martín Vivaldi, Gonzalo. Géneros periodísticos. Ediciones Prisma. México. P. 65

⁴ Romero, María de Lourdes. “*El futuro del periodismo en el mundo globalizado*”. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. FCPYS. UNAM. Año XLIII. Enero-Marzo. 1998. No. 171. P. 165.

posible gracias a la presencia en todo momento del periodista, quien es el responsable de seleccionar ciertos documentos, datos e información para la realización de su trabajo, además de tener la libertad de colocarlos de tal forma en la que pueda resaltar o minimizar los acontecimientos. Él es quien decide qué es más importante o qué no lo es.

Para la doctora Romero, es imposible que se elimine al reportero, pues es él quien capta los acontecimientos:

“...tanto los testimonios como los documentos que funcionan como fuentes de información son seleccionadas por el narrador para introducirlos dentro del relato... (Para lograr esto)... se vale del estilo directo (cita textual). Este recurso no solo sirve para presentar diversos puntos de vista, sino también para dejar manifiesta la manipulación que el narrador hace de la información”⁵

La Maestra Francisca Robles apoya la versión de la Doctora Romero, al considerar que hay reporteros que redactan textos periodísticos de manera tradicional, donde su papel central es informar, interpretar u opinar y a lo mejor ser testigo. Sin embargo, en los relatos de no ficción existe una enorme diferencia ya que dicho periodista puede ser autor, narrador, personaje o testigo, al tener la libertad de narrar, argumentar, describir o exponer el hecho, con la posibilidad de excederse en el uso de la narrativa.

Cabe mencionar y hacer hincapié que los relatos periodísticos de no ficción narran historias verdaderas, lo que le permite al lector adoptar una postura crítica ante los hechos que le son presentados que en la mayoría de los casos denuncian problemáticas sociales.

La Doctora Romero dice que el lector de relatos de no ficción sabe que lo relatado existe en el mundo real, por lo que si tiene dudas en cuanto a su veracidad puede recurrir a él para comprobar lo dicho por el narrador. Menciona que esta forma de escribir periodismo ha rebasado ya a otros géneros al

⁵ Romero, Maria de Lourdes. *Op. Cit.* P. 170

provocar una reacción sentimental en el lector haciéndolo tomar una postura crítica ante los hechos relatados. Estos textos:

“... parten de un hecho noticioso para reconstruirlo en su contexto, es decir, en su ambiente, con sus circunstancias, interrelacionando el hecho con los elementos de su entorno, del cual forman parte sus antecedentes y consecuencias. La finalidad de un texto elaborado de esta manera consiste en informar o (pero sobre todo en) conmover”⁶

El uso de múltiples técnicas narrativas, la renuncia a las estructuras rígidas del periodismo convencional, la intensificación de la subjetividad y el uso de los elementos de la ficción, es lo que hace diferentes a los relatos de no ficción de otros géneros.

Por otro lado, Leñero y Marín asemejan a este reportaje con otros géneros al considerar que:

“En él caben todos los demás: es un género complejo que suele tener semejanzas no sólo con la noticia, la entrevista o la crónica, sino hasta con el ensayo y el cuento... Es una creación personal... que además de los hechos, recoge la experiencia personal del autor”⁷

Precisamente esta experiencia impide al periodista distorsionar los hechos, lo que los hace que sean textos periodísticos y no literarios, ya que -de acuerdo a Leñero y Marín- un reportaje no es una novela u otro género de ficción. En el reportaje, el periodista es un informador que satisface a las preguntas qué, quién, cuándo, cómo, dónde, por y para qué del acontecimiento del que se ocupa. Ambos autores señalan que el reportaje tiene varias formas de expresión: el reportaje expositivo (demostrativo), el descriptivo y el narrativo.

Expositivo o demostrativo es aquel que tiene como fin denunciar, el periodista descubre problemas y ahonda sobre un suceso en particular. Al momento de

⁶ *Ibidem*. P. 168

⁷ Leñero, Vicente. Marín, Carlos. Manual de periodismo. Grijalbo. México. 1986. P. 43

descubrir hechos y, por ende, denunciar, el periodista busca fuentes que puedan dar su opinión para que el lector interprete la noticia.

Descriptivo: su base es la observación con profundidad, el periodista tendrá que describir un lugar, una noticia o una persona y relatará de ellos todos los detalles que le sean posibles.

Narrativo: reproduce todo lo que pasa durante cierto acontecimiento. Se transmite al lector, lo más fielmente posible, la impresión del informador. En este tipo de reportaje, la acción es el elemento que lo diferencia del descriptivo, según Leñero y Marín. Aunque también guarda cierta relación con la crónica al narrar un hecho en forma cronológica, pero éste lo hace en forma más amplia.

Este tipo de reportaje se asemeja al cuento, de acuerdo con Leñero y Marín:

“El cuento tiene una historia – una trama- que fluye ante el lector: cuenta algo, muestra los momentos en que sucede un cambio, una transformación en la vida de uno o de varios personajes. Siempre que leemos un cuento percibimos acción, movimiento.”⁸

Lo que ellos denominan “cuento”, la Doctora Romero lo llama novela, cuyas características encontramos en los relatos de no ficción desde su surgimiento en la práctica periodística:

“... eran textos fuera de lo común, se salían de los cánones convencionales... Se trataba de acabar con las ya desgastadas formas y de hacer un periodismo nuevo que revelara la historia oculta tras los hechos superficiales; además, que pudiera ser leído igual que una novela. Los resultados fueron relatos... cuyos referentes se encontraban en la realidad efectiva, pero a diferencia de los relatos periodísticos tradicionales recurrían a técnicas propias de la narrativa”⁹

⁸ Leñero, Vicente. Marín, Carlos. *Op. Cit.* P. 239

⁹ Romero, Maria de Lourdes. *Op. Cit.* P. 161

Al hablar de relatos periodísticos se deja claro que el tema que se trate en ellos sea actual y afecte directa o indirectamente a la sociedad. En el caso del relato sobre *anorexia*, este tema lo es y afecta sobre todo a los adolescentes susceptibles y deseosos de estilos de vida “modernos”. Es precisamente lo que este trabajo de investigación pretende denunciar, a un trastorno alimenticio que crece día con día y se expande de forma alarmante en nuestra sociedad; lamentablemente es un mal que en la mayoría de los casos causa la muerte.

Después de elegir el tema, *anorexia nerviosa*, la investigación se programó de la siguiente manera: se investigaron fuentes en donde fuera posible recabar información, tales como: libros, folletos, apuntes, visitas y entrevistas a doctores, para que proporcionaran sus testimonios teóricos y prácticos con pacientes anoréxicas; además de las declaraciones de personas afectadas y trastocadas por dicho trastorno alimenticio, al igual que a sus familiares, quienes a la par que ellas, padecieron y confrontaron este mal.

Pero, para recopilar toda esta información, es importante saber de qué medios me valí para lograr dicho objetivo. Este punto lo desgloso en el siguiente apartado.

- La entrevista

Para llevar a cabo el relato sobre *anorexia*, recabé información con expertos en la materia, con personas afectadas por este mal y de sus familiares; para lograrlo recurrí a una poderosa herramienta periodística: la entrevista.

Para Federico Campbell, autor del libro “Periodismo Escrito”, la entrevista es:

“Un diálogo entre un periodista y un sujeto. La idea de mostrar por escrito cómo se fueron eslabonando las preguntas y respuestas pretende hacer ver ante el lector cómo es el entrevistado, qué piensa y cómo razona lo que piensa, es decir, el periodista trata de hacer un retrato del entrevistado...”¹⁰

La entrevista, como medio para recabar información, es imprescindible y necesaria para la realización de textos, además de ser un poderoso instrumento para los periodistas en la actualidad, pues sin ella no se podría obtener tanta información y así testificar algún acontecimiento.

La Maestra Francisca Robles, experta en periodismo, considera que el principal propósito al emplear este recurso es el de obtener información por medio de una conversación entre el entrevistado y entrevistador.

Según sea el propósito de la conversación, este género periodístico se dividirá en subgéneros, tal y como lo hacen Leñero y Marín. De ahí que existan la entrevista noticiosa o de información, la de opinión y la de semblanza

Con la entrevista noticiosa se obtiene información ampliándose el contexto de un hecho actual, con ella recabé todo lo referente a la *anorexia*, es decir, pude obtener información de los especialistas en este tema. La entrevista de opinión se utiliza para recoger comentarios, juicios y opiniones de personas acerca de la

¹⁰ Campbell, Federico. Periodismo escrito. Ariel Comunicación. México. 1994. P. 24

noticia en la que se está interesado. La de semblanza capta el carácter, las costumbres, el modo de pensar, las anécdotas y los datos biográficos de un determinado personaje, lo que se busca es hacer un retrato escrito de él.

Esta última fue imprescindible cuando quise tener una idea más clara de quién y cómo era la persona que vivió con un trastorno alimentario que le causó estragos físicos y mentales. Me sirvió para conocer a su familia, con lo que tuve una visión más completa de lo que implica atravesar por ese mal.

- ¿Qué pasa antes y después de la entrevista?

La Maestra Robles afirma que la entrevista es un recurso para obtener información de alguien y para realizarla se abarcan dos pasos: 1) el hecho (la conversación) y 2) el discurso emitido (la entrevista publicada). Para ella, la conversación es la actividad que realizan dos personas con funciones específicas, o sea, el entrevistado o personaje responderá las interrogantes del entrevistador; quien a la hora de publicar la entrevista:

“Cuenta, desde su punto de vista, cómo es el personaje y cómo fue la conversación que sostuvieron. Selecciona escenas y declaraciones para representar el suceso. Narra acontecimientos e interpreta palabras, jerarquiza las acciones, decide qué y cómo lo dirá...”¹¹

Para ella, de la entrevista se desprenden dos categorías: la entrevista –suceso y la entrevista- relato. La entrevista- suceso es el momento en que el entrevistado cuenta la historia al entrevistador y solo queda en el recuerdo de ambos. Mientras que la entrevista- relato es aquella que queda plasmada en un papel escrito por el entrevistador y esa será la que perdurará.

¹¹ Robles, Francisca. La entrevista periodística como relato. Una secuencia de evocaciones. Tesis de Maestría de la FCPYS. México. UNAM. 1998. P. III Introducción

- ¿Cuál es el poder que tienen los periodistas al publicar la entrevista?

La entrevista publicada es una versión de un suceso pasado, esa versión, según Robles, “adquiere forma de relato”. La historia que se cuenta en un relato periodístico es real y el testigo del entrevistado es el periodista quien:

“da o quita la voz de los protagonistas de los acontecimientos, impone su intención y su punto de vista en los relatos que produce... También tiene el poder de ‘maquillar’ a sus personajes, ‘mostrarlos’ como él cree que le interesa ‘verlos’ a los lectores, en las situaciones que él selecciona para que los lectores la conozcan”¹²

La Licenciada Amarela Varela coincide con Robles al decir que:

“el entrevistado es el protagonista de la entrevista- suceso, pero el periodista es actor en la entrevista- relato, porque son sus palabras las que narran, las que representan el suceso vivido, ya sea el hecho que motiva la entrevista o la entrevista misma”¹³

El entrevistador, con toda la información que haya surgido de la entrevista, presentará la realidad al lector de acuerdo a sus criterios y puntos de vista.

- La entrevista - relato

La voz

La conversación entre el entrevistado y el entrevistador se transforma en relato cuando este último realiza su versión del acontecimiento, es decir, sustituirá el suceso vivido por el suceso relatado y lo publicará bajo su autoría.

¹² Robles, Francisca. *Op. Cit.* P. 27

¹³ Varela Huerta, Janik Amarela. El jaramillismo a través de sus protagonistas. Un relato periodístico. Tesis de Licenciatura en Comunicación de la FCPYS. México. UNAM. 2002. P. 33

Robles considera que el modo en que se presenta la historia al lector puede ser por medio de la representación y la narración. La primera el autor la emplea cuando quiere transmitir el mensaje al lector a través del diálogo entre los actores de la historia. Mientras que en la segunda, los hechos son expuestos a través de un narrador.

Con relación a la estructura narrativa de este trabajo, puedo decir que se hizo con una combinación de ambos. Gran parte de los enunciados que relatan los hechos se realizan a través del testimonio en tercera persona. Sin embargo, también recurro al uso de la conversación para mostrar lo que sucedió entre los protagonistas; en algún momento se aprecian los diálogos interiorizados o monólogos del personaje principal o las citas de los especialistas en *anorexia*.

Hay varios tipos de narradores de acuerdo con la persona gramatical (primera o tercera voz). La Maestra Hernández comenta en su tesis que existen dos tipos de narradores: EL HOMODIEGÉTICO: que participa en la historia como personaje o como testigo y EL HETERODIEGÉTICO: que no participa en la historia como personaje o como testigo.

En lo que a esto respecta, la Maestra Robles, refiriéndose al que escribe relatos periodísticos, dice:

“El narrador también es testigo del suceso y por lo tanto es uno de los personajes y participa en el hecho relatado, por lo cual se encuentra en una situación muy ambigua, porque al relatar el suceso, participará en otro hecho, en el discursivo, en el que sin duda aportará un punto de vista diferente pues será el sujeto de la enunciación. Será quien cuente lo que pasó y cómo pasó. Será quién evoque el suceso vivido y lo transforme en relatado.”¹⁴

Mi papel como autora se encuentra en la categoría de narrador homodiegético, ya que fui testigo al escuchar a todos los entrevistados que participaron en esta investigación, y sus versiones las interpreté redactándolas en tercera persona.

¹⁴ Robles, Francisca. *Op. Cit.* P. 48

- Tipos de relato

La Maestra Elina Hernández explica que existen maneras en que se da cauce a la información que se narra. Así, según la experta, existen dos tipos de relato: el de acontecimientos y el de palabras.

Relato de palabras:

“El narrador desaparece dejando a los personajes hablar y contar ellos mismos la historia. Existen tres formas de introducir palabras de los personajes: directa (citas, diálogos y réplicas desgajadas de diálogos), indirecta (el periodista es el mediador o intérprete de las palabras de los personajes) e indirecta libre (ambigüedad entre lo dicho por el narrador y personaje)”¹⁵

Relato de acontecimientos:

“Se manifiesta el mayor acercamiento del narrador y la información. Es por medio de él que conocemos los detalles de la historia. Para esto, el narrador hace uso de tres tipos de discurso: expositivo (expresiones de ideas, juicios, reflexiones), narraciones (acciones) y descripciones (representación de personas, lugares, cosas)”¹⁶

El tipo de relato que fue útil al momento de contar la historia es el de acontecimientos, al abundar más las acciones y las descripciones. Acerca de los procedimientos narrativos empleados, la base del relato fue la mezcla del discurso narrativo con el descriptivo. Es decir, al mismo tiempo que narro acciones, presento a los personajes, lugares y cosas por medio del lenguaje escrito.

El relato de palabras, la forma indirecta, me ayudó a expresar las ideas u opiniones de los expertos en *anorexia*. En dichas secciones no narro acciones, sino simplemente explico las opiniones de los especialistas.

¹⁵ Hernández Carballido, Elina. *Op. Cit.* P. IX Introducción

¹⁶ *Ibidem.*

- El tiempo en la entrevista – relato

Cuando se narra un suceso el tiempo es mucho más importante que el espacio:

“Al relatar los sucesos, el narrador puede anticiparse, narrar los hechos futuros (prolepsis) o bien ofrecer una retrospectiva de acciones pasadas (analepsis). Puede comenzar la narración por el final (in extrema res) o por en medio (in media res) y acabar por el principio de la historia.”¹⁷

El entrevistador puede unir los sucesos en el orden que crea más conveniente. Al respecto, Robles insiste en que él puede alterar el orden del tiempo y por lo tanto los sucesos en su nivel discursivo. La entrevista-relato puede presentar cuatro situaciones: a) iniciar con la declaración central de la entrevista y terminar con la más intrascendente, b) comenzar por el final y acabar por el principio, c) cambiar sucesos pasados con futuros, o d) llevar un orden cronológico.

Para la realización de este trabajo, opté abordar el relato sobre *anorexia* a través de la secuencia anacrónica de las narraciones, es decir, en algunos momentos alteré el orden cronológico al combinar los sucesos pasados con los futuros.

Con la información anterior expliqué cómo realicé mi relato sobre *anorexia*, con lo que queda clara la función de este género, es decir, explica un suceso y responde a las preguntas qué, quién, cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué. Son textos ricos en información, narración y descripción, tienen la cualidad de informar de manera estética, con calidad narrativa y amenidad al texto.

La carga subjetiva, la reconstrucción de escenarios reales, la recreación y transcripción de diálogos en su totalidad y el uso de la técnica de retrato del personaje y de su entorno, provocan que estos textos sensibilicen al lector y lo inviten a la reflexión, a la crítica o a la toma de conciencia profunda acerca del problema que aqueja a su entorno social.

¹⁷ Robles, Francisca. *Op. Cit.* P. 91

- **La industrialización de la noticia**

Después de aclarar y especificar el género periodístico que emplearé en la presente tesis, resulta conveniente hacer hincapié en el tema que se involucra aquí, el cual se ha convertido hoy en día en noticia con relevancia social, pues anteriormente sólo era conocido en el ámbito médico, psiquiátrico y nutricional.

La noticia ha sido definida por varios conocedores de la materia, entre los que encontramos a Martínez Albertos quién define a la noticia como:

“Un hecho verdadero, inédito o actual, de interés general, que se comunica a un público que puede considerarse masivo, una vez que ha sido recogido, interpretado y valorado por los sujetos promotores que controlan el medio utilizado para la difusión”¹⁸

La noticia es entendida como aquella información de relevancia e interés dentro de una sociedad, puede ser actual o pasada, que causa un impacto tal que debe darse a conocer. Las preguntas a realizarse antes investigar son: qué, quién, cuándo, cuánto, cómo, dónde, por qué y para qué; todo periodista profesional debe hacerse estos cuestionamientos para tener un trabajo de excelencia y de calidad para ofrecer al público deseoso de información.

Según Horacio Guajardo existen tres tópicos importantes para que un hecho sea considerado noticia periodística. El primero es que sea de interés general, el segundo es que sea simultánea o reciente y el tercero es que sea publicada.

Cada medio decide qué es noticiable y que no. El enfoque y la manera de redactar la noticia serán los elementos importantes para su divulgación y su nivel de penetración en la mente de los lectores, televidentes o radioescuchas según sea el caso.

¹⁸ Alsina, Rodrigo Miquel. La construcción de la noticia. Paidós. España. 1989. P. 181-182

La noticia no es sólo algo que sucede a nuestro alrededor como algo cotidiano sino que tiene su propio sentido y esencia, y eso en su mayor parte lo aporta el reportero destinado a escribir sobre ésta; puede ser una simple exposición de los hechos, hasta la investigación más profunda sobre un tema que despierta sensación y curiosidad por su actualidad. La labor del periodista es informar lo más fielmente posible para que la comunidad se encuentre bien informada y sea capaz de analizar, criticar y opinar de los sucesos que les han sido transmitidos.

Aquí es conveniente hacernos la pregunta de la veracidad y objetividad que nos transmiten los distintos medios que propagan las noticias, al mencionarse la existencia de mediadores de la información, llámense periodistas, dueños de los medios e inclusive de los que controlan a ambos, es decir, del Estado. El papel que juegan cada uno de estos actores y difusores de la información es indispensable para la transmisión de la misma. Dependerá de ellos la fiabilidad, la veracidad y la objetividad que le impriman a las noticias, las que a su vez, serán recibidas de manera favorable o no.

La labor periodística no es sencilla, trabajar en la búsqueda y realización de una noticia requiere de un esfuerzo arduo, peleado y competido, a la vez que existen diferentes trabas, de carácter interno o externo, que impiden la óptima realización del mensaje a transmitir. Primero está el contenido que es revisado a manera de cumplir ciertas normas y posteriormente se encuentra el medio por el cual ha de ser transmitido.

Los medios de comunicación tienen la firme labor de transmitir fielmente lo que consterna a la población. Sin embargo el sector privado, dueños o concesionarios de estos medios, posee un fuerte lazo que lo une al sector gubernamental quien finalmente es el que regula, directa o indirectamente, las noticias que han de ser transmitidas por los diversos canales informativos.

Propiedad privada y Estado es un binomio que ha logrado mantenerse junto a lo largo del tiempo, a tal grado que ya es casi imposible ver la delgada línea divisoria entre lo que se considera público y privado. La libertad de expresión queda bajo el velo y el dominio de lo que ambos sectores consideren deba salir a la luz pública debido a que la libertad de palabra, de expresión y el derecho a saber pueden interferir con las actividades gubernamentales.

Al tener plena conciencia de que las noticias que recibimos día a día son filtradas, no en su mayoría, por el Estado y a la vez por los distintos personajes que conforman a una editorial, una radiodifusora o una televisora nos queda claro también que la noticia se encuentra mediatizada:

“Que los informadores pretendan el derecho de determinar qué es noticia y cómo ha de ser cubierta... la noticia es una indicación de su pretensión de tener la pericia profesional... el propietario... tiene la última palabra en cuanto a cómo ha de ser tratada una cuestión”¹⁹

Dentro de la sociedad se cree que son estos informadores los que deciden las noticias, que como vimos no es así, sino todo lo contrario:

“No son los comunicadores quienes manipulan los medios. Es el medio el que condiciona y se aprovecha del esfuerzo intelectual de los hombres que lo utilizan. Los comunicadores son así más servidores que dueños y señores de los instrumentos”²⁰

Pocos informadores luchan por mantener su autonomía y respeto exigiéndose un trabajo digno y de excelencia para su futuro receptor y no sólo ser técnicos conocedores de las herramientas informativas que transcriben en un papel o repiten noticias que sólo unos cuantos las consideran como tal.

¹⁹ Tuchman, G. La producción de la noticia. Estudio sobre la construcción de la realidad. G.Gili, S.A. Barcelona. 1983. P.182-183

²⁰ Martínez Albertos, José Luis. La noticia y los comunicadores públicos. Pirámide, S.A. Madrid. 1978. P. 34-35

Aunque “estaría en contradicción... afirmar que los profesionales de la información siempre luchan por mantener su derecho a determinar las noticias. Tanto los periódicos como las emisoras de televisión presentan ‘relatos necesarios’, ítems que las oficinas comerciales, la plantilla de publicidad o la oficina principal dicen que ‘deben publicarse’ para satisfacer a los anunciantes o amigos de ejecutivos bien situados en la organización informativa.”²¹

Los comunicadores nos encontramos en una situación difícil debido a la poca libertad de escribir y dar a conocer una noticia, cualquiera que fuera su importancia, los consumidores de éstas son cada vez más escépticos acerca de su veracidad y objetividad; ésto es porque los medios limitan el acceso a la información y a las nuevas formas de pensamiento, con lo cual limitan también el derecho a saber.

Las noticias que se reciben diariamente son, en su mayoría, resultado de una búsqueda de información capaz de satisfacer las necesidades del lector, no llegan a profundizar en demasía debido al poco tiempo en televisión o radio, o al poco espacio otorgado en los diferentes medios impresos; además, los relatos informativos rehúyen del análisis por lo que se enfocan en lo concreto de los acontecimientos, así como a una orientación al tiempo presente.

Sin embargo, hoy en día existen informadores incapaces de seguir su propio criterio, carentes de ética profesional y tergiversadores de los hechos, más que ofrecer noticias con información verídica y objetiva, su enfoque es sensacionalista y amarillista. En un principio eran casos aislados pero con el tiempo se han vuelto cotidianos al abrir una revista o un periódico, al encender la radio o el televisor.

El periodismo amarillista apareció a fines del siglo XIX y éste “se refiere a una clase de periodismo irresponsable y poco ético, dado a hacer trucos, alterar las fotografías, poner encabezados sensacionalistas”²²

²¹ Tuchman, G. *Op. Cit.* P. 189

²² Ferguson, Donald L. Patten, Jim. El periodismo en la actualidad. EDAMEX. México. 1988. P. 21

Desafortunadamente información con importancia, de interés y trascendencia dentro de la sociedad pasa desapercibida debido a que se le da más importancia a hechos secundarios, o en caso contrario, es maquillada, exagerada con fotografías de personajes públicos con lo que la verdadera información, si es que existe, es relegada a un segundo o hasta tercer plano.

La desinformación de la cual son víctimas los receptores de noticias, no sólo en el plano del sensacionalismo sino en la selección de temas de 'interés', tiene su fuente en la parcialidad con la que son elegidas éstas:

"Tal circunstancia lleva a pensar que ese mismo criterio se impone en la elaboración y en la presentación de la información, consecuencia de lo cual es la deformación, en la forma y en el fondo, con lo que la verdad se tergiversa y la imparcialidad no tiene ocasión de hacer acto de presencia. Pero aún así, en su desinformación, ésta actúa sobre la sociedad alterándola de una manera u otra"²³

La sociedad está deseosa de información, para ello se vale de los distintos medios de comunicación que existen actualmente; la televisión ha desplazado a los medios impresos debido a que una imagen dice más que mil palabras. La mayoría del público obtiene su información por este medio otorgándole mayor credibilidad que a los impresos, específicamente los periódicos.

Actualmente existen diferentes modos de hacer periodismo, uno es el periodismo informativo y el otro es el de orientación, cada medio decide que directriz elegir, pero hay que tener claro que:

"Lo que acredita hoy a un periódico como algo serio y con el cual hay que contar, no es la mayor cantidad de noticias o de comentarios... sino la perseverancia en el juego limpio frente a los lectores, el respeto continuado y fiel a estas normas de trabajo. Normas que vienen resumidas en una regla sencilla: es preciso delimitar claramente los hechos de los comentarios, la

²³ De La Mota, Ignacio H. Función social de la información. Paraninfo. Madrid. 1988. P. 117

información objetiva de la interpretación libre. Y es incluso aconsejable que esta delimitación se haga de una manera que resulte fácilmente visible para el lector..."²⁴

No hay que satanizar a todos los medios de comunicación ya que algunos se manejan de manera independiente del Estado. La empresa informativa independiente desempeña una función social más amplia, universal y libre al permitir que el receptor tenga su propio criterio sobre los mensajes recibidos y en algunos casos se logra mantener una autonomía en ciertos tópicos a tratar.

Los que son dependientes a una fuerza suprema tienen su campo muy limitado y concreto, pues persiguen el objetivo de cerrar criterios ajenos dentro del propio y desechan a los demás por la crítica analista, la denuncia apasionada o el silencio anulador.

Cualquiera que fuese la información que surja en el seno de la sociedad, su propagación debe entenderse como una necesidad del ser humano y como un servicio público necesario, pues además de enriquecer la integridad del individuo lo pueden estimular a la toma de conciencia crítica ante los problemas que lo aquejan, individual y socialmente.

Al aterrizar toda esta información al tema que concierne a esta tesis, podemos ver que en la actualidad, sobre todo en medios impresos, el bombardeo de noticias, artículos, reportajes, fotos, entrevistas con especialistas en la materia acerca de la imagen y figura corporal han inundado páginas completas con noticias tanto verídicas como erróneas.

Ya es posible encontrar e informarse sobre dietas y los métodos para llevarlas a cabo, de los distintos trucos para tener una apariencia que se exige hoy por hoy socialmente, sobre todo a las mujeres aunque ya existen hombres que se suman también al cuidado corporal.

²⁴ Martínez Albertos, José Luis. *Op. Cit.* P. 109-110

El amarillismo con el cual pueden jugar los seudo periodistas con un tema tan serio y delicado como el que se presenta en este trabajo, la sobre exposición de personajes públicos – o no - con extrema delgadez, la manipulación de imágenes, conversaciones y todo aquello que gire alrededor del trastorno al cual se hace referencia, provoca en el espectador un morbo que lejos de informarle le perjudica al carecer de datos precisos y reales sobre algo peligroso y mortal.

Medios informativos, públicos y privados, han dedicado tiempo y espacio para tocar el tema de los trastornos alimenticios como enfermedades mentales y en constante crecimiento entre la juventud; sin embargo, también han propagado información sobre como conseguir un cuerpo delgado, ejercicios, clínicas donde se practican cirugías estéticas, entre otras.

La información proveniente de esos medios influye en ciertos tipos de actitudes en sus posibles lectores; si tomamos en cuenta que hay ciertas noticias que carecen de información clara, avalada por expertos y sobre todo la objetividad brilla por su ausencia, se pisa un terreno minado de incongruencias y que para el lector inexperto, tergiversa su realidad.

Trastornos alimenticios, *anorexia*, bulimia, ortorexia, bulimarexia, bigorexia, obesidad, entre otros, son temas que aparecen diariamente en encabezados de revistas de moda o especializadas y alguno que otro noticiario le dedica unos minutos al aire para tratar el tema del cual todos hablan.

Anteriormente estos temas sólo le competían al sector médico, nutricional, psicológico y psiquiátrico; sin embargo los medios en su labor informativa y en su eterna competencia en dar notas de actualidad y de interés, dieron a conocer un tema bastante delicado, lamentablemente algunos medios impresos y audiovisuales le han dado un enfoque sensacionalista al poner a personas de la farándula como sus protagonistas dándole un sentido de moda y novedad.

Lo anterior no alerta a adolescentes, jóvenes y padres de familia sino todo lo contrario, se siguen patrones de conducta ya que los artistas, cualquiera que éstos fueren, a los que adoran y siguen fielmente son sus modelos a seguir.

La *anorexia*, tema central de esta tesis, es tratada desde un enfoque más humano al dejar de lado toda pretensión económica, gubernamental e incluso desear un espacio para su publicación o transmisión en un medio de comunicación.

Para avalar este trabajo de investigación se cuenta con información bibliográfica y hemerográfica, entrevistas con personajes especializados en la materia como nutriólogos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas; y como en toda noticia siempre hay un o varios protagonistas, serán ellas quienes avalen todo ese cúmulo de información al mencionar un caso específico. Reunidos todos estos elementos la noticia quedará concluida. A manera de ofrecer a los lectores una información verídica, lo más objetiva posible, de actualidad, pero sobre todo de interés humano.

Sin más por el momento y con el deseo de que éste, mi primer trabajo profesional, sea de interés y del agrado del lector, dejo que se sumerja en este interesante tema...

1ª. Parte: ¿Qué es la anorexia?

BASTA UNA MIRADA HACIA LA REALIDAD...

La anorexia es un trastorno grave con curso crónico que de no intervenir sigue su trayectoria hacia la progresiva desnutrición con posibilidad de desembocar en la muerte (18%) o en suicidio (3%). En el mundo occidental sufren *anorexia* entre un 0.1-1% de la población, porcentaje que aumenta en las mujeres hasta un 1-2% sobre todo en las edades de 10 y 30 años, con una edad de inicio entre los 13 y 18 años de edad. Sin embargo la literatura especializada afirma que en las últimas décadas la incidencia de este mal en estos países se ha duplicado.

Desafortunadamente no todos los países cuentan con datos estadísticos recientes, por lo que a continuación se mencionará la información que dichas entidades dan a conocer.

En los Estados Unidos El Centro de Información y Referencia sobre Desordenes de la Alimentación cree que cerca de 10 millones de norteamericanos padecen hoy en día desórdenes alimentarios -90 % son mujeres y 10 % son hombres-.

En España la situación no es del todo favorable, según departamento de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús de Madrid, los datos sobre prevalencia de anorexia y bulimia hasta el año 1996 mostraban que los ingresos hospitalarios aumentaron de 86% en el período 90-91 a 225% en 1996. La prevalencia de anorexia nerviosa en la población femenina se ha estimado en 0,04 % en mujeres entre 15 y 24 años y de 0,025 en mujeres entre 25 y 29 años. Hay que señalar que entre 1998 y 1999 España se situó como el país europeo con mayor incidencia de anorexia y bulimia.

Argentina junto con Japón - la anorexia fue documentada en Japón por primera vez en los años sesenta y afecta a un estimado de 1 de cada 100 mujeres japonesas y se ha difundido a otras partes de Asia como Corea, Singapur y Hong Kong- tienen la mayor incidencia en adolescentes con desórdenes alimenticios: una de cada diez sufre de anorexia o bulimia. Y a escala mundial 7 millones de mujeres y 1 millón de hombres.

Según la clínica "Eating Disorders México", el 0.5 % de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa, entre el 1.5 a 2.5 % bulimia. Alrededor del 5 y 15 % de las mujeres jóvenes tienen algún síntoma que apuntan hacia un trastorno alimentario, el inicio del trastorno se da alrededor de los 16 años pero el rango oscila entre los 11 y 25 años de edad, aunque no se puede descartar la presencia de estos problemas después de esta edad.

En Colombia los niveles de prevalencia de la anorexia o la bulimia sólo se han medido parcialmente pues no existen estadísticas sobre la enfermedad, se han apreciado casos aislados en colegios de estrato 5 y 6 en la ciudad capital.

Sin duda alguna, es mucho precio por tan poco peso....

- ¿Por qué estoy tan gorda?

- *“No sé cuando comenzó todo, ¿desde cuándo lo arrastro como un grillete que no me deja avanzar?... que no me permite crecer...”*

ANA, una joven de dieciséis años de edad, es la hija menor de un matrimonio compuesto por Susana, su madre, y Santiago, su padre. Tiene tres hermanos mayores: Carolina, Sebastián y José. Todos ellos conforman la clásica familia de clase media que vive y se desarrolla en la ciudad; cada cual cumple con sus respectivas obligaciones, pero sin duda alguna ANA es inteligente, dedicada y perfeccionista, es el orgullo de sus padres.

Sin embargo su vida no fue tan sencilla. Con la idea de mejorar su visión ANA desde pequeña fue sometida a una dieta de verduras que la dejó con una desnutrición severa, altos grados de anemia y prácticamente en los huesos, no consumía dulces, pasteles y toda la comida que le encantaba. Al prohibírseles, ella aprendió a ver la comida con culpa, veía como pecado y horror el comerse tan sólo una golosina.

Cuando ve terminado su suplicio y la dieta se rompe ella recupera el peso e incluso lo excede al comenzar a comer con desesperación, tras ello las burlas no se hicieron esperar. Sus padres se mostraban felices por tener a su hija viva después del tratamiento, era cierto que tenía una complexión regordeta, cosa que no les afectaba a ellos.

Al hablar de ella, Don Santiago lo hacía con cierta altivez:

- *“ANA es lista, bonita, estudia en un buen colegio donde no baja del notable, lee mucho -su mayor pasión- hace deporte... no es muy sociable y tiene pocos amigos, es introvertida, reservada y hasta un poco solitaria:*

en casa ayuda mucho a su madre, ¡es nuestro orgullo!. Quiere estudiar diseño gráfico o arquitectura... todo lo hace a la perfección..."

Por su parte, cuando ella hablaba de sí misma lo hacía de distinta manera:

- *"Soy lista, pero no brillante, soy fea, de ningún modo sobresaliente, hacer amigos me resulta muy difícil, me cuesta trabajo relacionarme con los chicos y es por mi culpa, algo estoy haciendo mal..."*

ANA tenía una mala percepción de sí misma, no veía lo que los otros observaban en ella y es justamente ahí, donde comenzaron todos los problemas que estarían por venir.

Ella cumplía con horarios establecidos para sus actividades escolares y de vez en cuando una cita con una amiga, en su casa las cosas trascurrían con normalidad: su mamá preocupada por las labores y la organización del hogar, su padre metido en el trabajo sin apenas espacio para la familia y sus hermanos, cada uno en lo suyo. En cierto modo, ANA se sentía muy solitaria en su hogar.

ANA se encontraba en una etapa muy importante de su vida, donde los cambios estaban a la orden del día y el peso era uno de ellos. Conforme crecía, igual que su sobrepeso, empezó a ser la persona chistosa, a ser el centro de las burlas tanto en la escuela como en su casa. Sus hermanos mayores la molestaban a toda hora, se burlaban, se reían, la humillaban. Siempre escuchaba de ellos:

- *"¡Deja de comer, por eso estás bien gorda!"*

El comedor, y a veces la sala, eran los únicos lugares en donde había contacto familiar, sin embargo, eran los peores momentos para ANA porque era cuando más se intensificaban las burlas y los chistes hacia ella.

Su madre se empeñaba en inculcar a sus hijos ideas sobre el éxito, la competitividad, la exigencia y la perfección en todo aquello que hicieran. Ella se tomaba muy en serio su papel de ama de casa y se veía responsable del buen crecimiento y desarrollo físico y mental de sus hijos, por lo que la selección de la comida y su preparación estaban a su cargo.

- *“Puedo comer de todo, no tengo problema con ello” - decía ANA*

En este periodo de su vida, acostumbrada a los comentarios negativos hacia su persona, estaba más o menos tranquila y aceptaba su constitución. No deseaba darles gusto a sus hermanos ni a sus compañeros de estar flaca otra vez, como en algún momento lo estuvo en su niñez.

El primer pensamiento de un posible cambio surgió cuando ingresó a una nueva escuela, donde las exigencias eran mayores y los grupos estaban marcados; por un lado, se encontraba la gente popular y, por el otro, los más serios y estudiosos. ANA pertenecía al segundo grupo:

- *“No encajo con ellos, ¿Por qué no estoy así? Me da pena que me vean... ¿Qué me queda? Tengo que estudiar mucho para poder sobresalir y ganarme su respeto... al menos eso tiene que ser...”*

En todas las actividades que realizaba ANA se sentía cohibida, tímida y a veces avergonzada, sobretodo cuando se veía enfrentada con jóvenes de su misma edad, pero no de su mismo peso. Le atraía la idea de ser como esas chicas a las que admiraba y envidiaba, incluso pensó que podría ser mejor que ellas; por su carácter enérgico y perfeccionista, siempre lograba sus objetivos.

Nunca antes había considerado pertenecer al grupo de las personas felices, exitosas y delgadas, pero tenía la necesidad de encontrar un lugar donde encajar. En su medio familiar, ANA no veía un modelo con el cual identificarse,

por lo que decidió buscarlo en su medio social: compañeras, amigas, actrices, cantantes y modelos se convirtieron en sus figuras corporales a imitar.

La idea le pareció interesante, por lo que se dejó seducir por ella; la felicidad, popularidad, belleza, éxito, aceptación y cariño de los demás vendrían de la mano –pensó– de su nueva figura, de su nueva vida. Bajo estos pensamientos decidió dar rienda suelta a una idea que le había rondado por su cabeza: ponerse a dieta; imitaría a muchas de sus compañeras que ya vivían en ellas.

Aunado a eso, los intereses de ANA cambiaron de dirección, le comenzó a llamar la atención el ‘vestirse a la moda’ como sus compañeras. Con su dieta bajó de peso, pero no el suficiente para vestirse en las tallas que a ella le gustaban. Comenzó a sentir las miradas incompletas porque sabía que necesitaba perder más kilos, ella no se iba a conformar con un cuerpo así.

Como toda adolescente, aprendió que era importante tener una buena estética corporal y que no sólo era cuestión de vestirse con buena ropa, sino que ésta se le viera bien.

- *“Donde quiera que volteo, se escucha siempre lo mismo: ‘esa ropa se te vería mejor si fuera un poco más pequeña, si estuvieras más delgada la lucirías mejor’...” – pensaba ANA*

Transcurría su vida escolar entre un sinnúmero de dietas que le recomendaron, las cuales no le funcionaron como hubiera querido. La idea de adelgazar estaba arraigada en su cabeza, pero le resultaba un tanto difícil porque relacionaba la comida con cosas divertidas, como el salir con sus amigos.

Con diecisiete años de edad y con una nueva escuela en puerta- Universidad- ANA vio que los círculos de amigos eran cerrados y ‘exclusivos’. El grupo al que admiraba se conformaba por personas inteligentes, atractivas, pero sobre todo

delgadas, quienes eran muy despectivos con aquellas con sobrepeso. Ella tomó este comportamiento como un recordatorio para continuar con la decisión de adelgazar, pero ahora venía con mayor fuerza.

El momento decisivo había llegado, ya no estaba dispuesta a ser la misma de siempre; para ello estaba dispuesta a sacrificar cualquier cosa. Con tan sólo mirarse al espejo, ANA supo casi de inmediato que lo que tenía, debía y quería sacrificar era su peso, que la llave de su felicidad y aceptación de los demás estaba en no subir ni un gramo más, por lo que un día fue así de extremo:

:

- *“A partir de hoy voy a adelgazar... Estoy harta de las burlas de todos, que nadie me quiera por mi aspecto, yo creo que si soy inteligente también puedo y debo ser delgada ¿Por qué no?”*

Lo primero en abandonar fueron las harinas, las grasas, refrescos y todo aquello que no estaba establecido en la dieta, la cual seguiría al pie de la letra; la leyó, la encontró, se la dieron... no lo recuerda con claridad. Sus hábitos alimenticios se vieron gravemente modificados, ANA no reconocía más ley que la suya, ella decidía qué, cómo y cuándo comer, todo lo demás no importaba, su objetivo era claro y no quitaría el dedo del renglón.

En los primeros días la decisión de no comer fue tan drástica que el evitar la comida le generó momentos de intensa hambre, pero tuvo que aprender a vivir con ello si de verdad quería estar delgada.

- *“Nuevamente amanece, día con día me observo en el espejo, ya no puedo evitarlo... ¿Qué me sucedió? Busco estar lo mejor posible, sino es que perfecta, pero por más que lo intento ¡no lo soy! Eso me frustra... ¡por más intentos que hago no lo logro!...”- se decía frente al espejo.*

Su vida comenzó a dar un giro estrepitoso del cual ni ella misma sabía hasta donde llegaría, esa idea de la delgadez se instaló en su cabeza para quedarse, caso contrario a lo que estaba por sucederle a los kilos que se le desvanecerían de su pequeño cuerpo adolescente.

- *“Mi cuerpo está mal, el espejo me lo recuerda... ¡cómo se burlan! tengo que esforzarme... ¡no puedo y no quiero estar gorda, ya no más...!-*

Tras la primera semana, ANA continúa con su férrea idea:

- *“Por fin comencé a cuidar mi cuerpo, sólo quiero rebajar algunos kilos que están de más... no demasiados claro... podré manejar la situación...”*

Sin embargo, conforme transcurrían los días ella se veía igual incluso peor que antes:

- *“¡Qué horror y asco me da verme al espejo, sigo igual nada cambia en mí...tengo los mismos kilos, la misma grasa, el mismo cuerpo! ¿Por qué estoy tan gorda? Sigo una dieta, tomo litros de agua, dejé la comida que engorda... ¿Qué más puedo hacer? ¿Morirme de hambre?...”*

En casa nadie sabía que ANA estaba a dieta:

- *“Ojalá nadie en mi casa se de cuenta porque no pienso cambiar de idea, ¡quiero y voy a adelgazar! Quiero ser diferente para que todos me quiera y por fin ser feliz...”*

Si alguien más hubiera sabido del enorme problema en el que ANA se metió, su vida no se hubiera transformado de manera tan repentina, con ideas obsesivas en torno a su figura, pensamientos distorsionados, angustia, miedo, dolor y tristeza, justo como si se estuviera al borde de un precipicio...

- Hábitos alimenticios

La alimentación, desde el inicio de los tiempos hasta los actuales, ha sido y es una de las necesidades primarias que el hombre satisface para poder sobrevivir en su medio ambiente. Sin embargo, la manera de hacerlo ha evolucionado y transformado debido a factores físicos, culturales y sociales.

Las formas de alimentación son amplias y variadas en cada grupo social, a partir de ella se definen los estilos y estándares de vida de sus habitantes. El hombre aprovecha como alimento aquello que su organismo es capaz de asimilar, de todo lo que es comestible hace una selección basada en distintos criterios determinados por la cultura de cada pueblo.

El alimento y su forma de prepararlo e ingerirlo son parte de la denominada cultura alimenticia.

“La cultura alimentaria es un conjunto de conceptos, actitudes y prácticas que establecen un comportamiento del hombre ante los alimentos. En todas las comunidades, la distribución y el consumo de los alimentos, es una expresión de la variedad de las relaciones sociales, de proximidad o distancia social, fraternidad, *status* religioso espiritual, lazos entre familias, etc.”²⁵

La cultura alimentaria se considera parte de la civilización de cada pueblo, de ahí que exista una variedad de alimentos así como la manera de prepararlos y consumirlos entre habitantes de una entidad a otra. Sin embargo, la función de la alimentación casi siempre es la misma, es decir, no sólo funge como satisfactor de necesidades primarias sino también de necesidades sociales.

La nutrióloga Claudia Ramírez González, egresada de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, actualmente labora en la Fundación *Ellen-West* – Institución privada que asiste los trastornos del comer y otras adicciones -, deja

²⁵ Galicia, Alejandra. Sánchez, Delia. Determinación y análisis de los hábitos alimenticios del obeso. Tesis de Licenciatura en Psicología Campus Iztacala. UNAM. 1994. P. 9

en claro el papel de la cultura en la alimentación cotidiana al mencionar que el acto del comer es influido por la región y la familia a la que se pertenece, aunque existen ciertas diferencias alimenticias inclusive entre familias de un mismo país a pesar de contar con la misma cultura.

Agrega que la cultura alimenticia tiene que ser entendida como aquella que se aprende desde la infancia, por lo que se escucha, se ve, se aprende en casa o en el colegio, lo que los medios de comunicación transmiten y de lo que se apropia del grupo coetáneo.

El alimento se compone de vitaminas, proteínas, minerales, grasas e hidratos de carbono, estos elementos aportan nutrientes al cuerpo a fin de mantenerlo y conservarlo sano frente a posibles enfermedades. La función primordial de los alimentos es satisfacer el hambre y dar las sustancias vitales para el buen funcionamiento del organismo.

Sin embargo, no es lo mismo tener hambre a tener apetito. Apetito es la sensación de aparición lenta y agradable que nos mueve a alimentarnos selectivamente, pero al no satisfacerse, poco a poco se convierte en una necesidad indiscriminada e imperiosa de comer, acompañada de malestar, debilidad y contracciones gástricas, es decir, el hambre.

Costumbres, tradiciones, hábitos y cultura se entrelazan para darle un giro distinto a la alimentación; la aportación que hace *Baas et al.* (1979) sobre los diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos y sus distintos significados Josep del Toro los agrupa de la siguiente manera:

“Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo, iniciar y mantener relaciones personales y de negocios... proporcionar ocasiones para actividades comunitarias, expresar amor, cariño e individualidad, proclamar distintividad de un grupo, demostrar pertenencia a un grupo... *status* social, recompensas o castigos, reforzar la autoestima y ganar reconocimiento, prevenir, diagnosticar y

tratar enfermedades físicas y mentales, simbolizar experiencias emocionales, manifestar piedad o devoción, representar seguridad, expresar sentimientos morales, significar riqueza²⁶

El acto de comer reviste muchos significados desde la selección del alimento, de prepararlo hasta servirlo, para todo ello el ser humano lleva a cabo lo que se conoce como costumbres o hábitos alimenticios.

La licenciada en nutrición Claudia Ramírez, define al hábito como aquello que se hace de manera habitual y constante por un largo periodo de tiempo. Por lo tanto, se llamará 'hábito' a aquella habilidad que se adquiere por la repetición de cierto 'acto', su connotación es personalizada; 'costumbre' es muy similar al hábito pero con grado de ley, por lo que su connotación es colectiva.

"El término 'hábitos alimenticios' expresa un conjunto de costumbres que minan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos, desde la manera en que el hombre acostumbra a seleccionar sus alimentos, hasta la forma en que los consumen o los sirve a las personas que va a alimentar. Todo comportamiento humano relacionado con los alimentos que se repite a lo largo de nuestra vida es un hábito o una costumbre alimentaria (en familia/social)"²⁷

¿De dónde surge esta manera de alimentación? Con el transcurrir del tiempo se han formado y reformulado los modos en que cada individuo y su entorno se alimenta. Así pues, existieron épocas en donde la comida no era problema, caso contrario a lo que sucede en nuestros días.

El acto de comer era considerado como símbolo de *status*, de hecho en La Roma del siglo XVIII se clasificaba a la sociedad en *popolo grasso* al sector que podía alimentarse mientras que el *popolo magro* era el que carecía de recursos para hacerlo; las mujeres gordas tenían más atractivo sexual que las delgadas. Sin embargo, en algunas sociedades tribales, las personas con bajo peso se consideraban hermosas en tanto que las obesas eran repudiadas. Con esto se

²⁶ Del Toro, Josep. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Ariel. Barcelona. 1999. P.3

²⁷ Galicia, Alejandra. Sánchez, Delia. *Op. Cit.* P. 14

observa que los estándares de alimentación y belleza eran establecidos por cada pueblo, es decir, no eran universales ni estandarizados.

Pero la forma de alimentación dio un giro al llegar el siglo XIX, el cual es considerado por Josep del Toro como el modelo victoriano. Fue una época de “buenas costumbres” llevada a cabo por la burguesía puritana y tradicional, también es conocida como la era de sometimientos físicos, sociales y sexuales.

“La familia victoriana, cerrada sobre sí misma... hizo del comedor el centro del culto familiar. Las reuniones rituales de toda la familia alrededor de la mesa revestían un grado de sacralidad nunca alcanzado previamente”²⁸

Así como llevaban el acto del comer en familia, así también reprimían la forma de alimentarse frente a extraños. Se demostraba compostura en la mesa, el ingerir los alimentos en forma exagerada se convirtió en algo relegado a las clases sociales bajas.

El modelo que hasta hace poco permanecía vigente de esa época era la figura de la madre como alimentadora de la familia. Ella era la encargada de preparar los alimentos y de suministrarlos, se cercioraba de que fueran ingeridos y del agrado de los comensales. Sin embargo, las cosas no duraron así por mucho tiempo debido a la integración de la mujer al ámbito laboral, lo que trajo consigo el descuido de lo que anteriormente se consideraba lo máspreciado para una mujer: su familia.

Esta idea la refuerza la nutrióloga Ramírez, quien afirma que antes el único trabajo de la madre era el hogar; contrariamente a lo que sucede en la actualidad, donde las amas de casa trabajan en casa o pagan por ello y salen a trabajar. La consecuencia es que tienen menos tiempo para sus hijos quienes aprenden solos; además, existe la cultura de las comidas rápidas cuya función

²⁸ Del Toro, Josep. *Op. Cit.* P. 72

es acortar el tiempo. Todas estas modificaciones influyen sobre la alimentación tanto de los hijos como de los padres no en una, sino en varias familias.

A partir de ese momento se comenzó a dar el giro que la alimentación tendría hasta el que existe en nuestros días; el primer paso se dio, todo un cúmulo de tradiciones perdidas: desde la preparación, hasta la degustación del alimento formaron parte del proceso degenerativo de los llamados hábitos alimenticios.

“En los últimos decenios el mundo ha sido testigo del incremento de los productos alimenticios industrializados, que se pueden encontrar en el mercado, teniendo éstos una gran demanda por parte de la población de los distintos estratos sociales, dichos productos en su mayoría de bajo nivel nutricional y otras veces provocadores de enfermedades”²⁹

Dos han sido los actores principales en la transición de los hábitos del comer: por un lado, la sociedad ha hecho su aportación al dejar de lado años de tradiciones y costumbres alimenticias al adoptar nuevos modelos al comer; por el otro, los medios de comunicación han jugado un papel importante en la producción y transmisión de los nuevos patrones de conducta alimentaria.

“Un factor de peso es la publicidad en todas las sociedades para la elección y consumo de alimentos, es un hecho que la publicidad ejerce directamente sobre los hábitos de consumo de la gente, ya que modifica los patrones alimenticios que por generaciones han sido transmitidos”³⁰

Esta nueva forma de alimentarse, aprendida a través de los medios de comunicación, se ha convertido en una influencia cultural al modificar la manera de alimentación de toda una población, local y mundialmente. Estos nuevos hábitos alimenticios, aprendidos y aprehendidos masivamente, deterioran de forma progresiva los patrones de consumo del alimento que forman parte de la cultura que desaparece con el paso del tiempo.

²⁹ Galicia, Alejandra. Sánchez, Delia. *Op. Cit.* P. 21

³⁰ *Ibidem.* P. 23

Los hábitos alimenticios se han transformado, la familia y las condiciones sociales han influido - según dice la nutrióloga-. En la primera ocurre cuando se habla de cierta comida 'engordante', dándose una predisposición a cambiar el tipo de alimentación. En la segunda sucede cuando los medios de comunicación emiten comerciales donde las modelos son muy delgadas, atacan las cosas grasosas y sugieren nuevas formas de alimentación. Todo ese bombardeo – familiar y social – influye para modificar los hábitos de alimentación, para obtener un cuerpo que condiciona tanto la familia como la sociedad.

Costumbres y hábitos quedaron en el pasado, las constantes transformaciones a las que se enfrenta la sociedad la obligan a cambiar el rumbo hacia destinos inciertos, y la comida no es la excepción. Con los cambios en los roles sociales, se han dado modificaciones sucesivas en todos los campos en donde se desenvuelve el ser humano.

Es por ello que la alimentación, antes en mano de una mujer y madre, hoy en día queda relegada en manos de algunos miembros de la familia, de personas encargadas de la comida o por restaurantes de 'comida rápida' ubicados en cada esquina, los cuales ofrecen nuevos y 'modernos modelos' alimenticios que llegan a provocar una mal nutrición y desnutrición severa y, en el peor de los casos, trastornos alimentarios en algunas personas que los consumen – aunque para su aparición son necesarios una serie de elementos individuales, familiares y sociales- pero de éstos hablaremos más adelante.

- ¿Y si dejo de comer?

ANA mide un metro sesenta y tres cm., tiene diecisiete años de edad y hasta hace unos meses pesaba 60 kilos; quiso adelgazar un poco, no mucho... dos, cinco, incluso siete kilos, pero no más de diez.

La idea de verse bella y delgada le atrajo al grado que se propuso comenzar una dieta, pero las cosas no resultaron como esperaba. Sus dietas le duraban muy poco porque cuando comía lo hacía hasta de más, al ver que con todos sus esfuerzos no lograba perder el peso que quería recurrió a métodos un tanto drásticos:

- *“A partir de hoy ya no más y es en serio ANA...” – se gritó*

Su determinación vino acompañada de vómitos esporádicos y anotaciones cuidadosas de lo que había comido cada día y lo que merecía comer al siguiente, cada vez un poco menos.

ANA no recuerda exactamente el día, pero lo que sí es que tal vez esa vez en particular amaneció susceptible a los comentarios, burlas y risas a sus espaldas, eso le dolió lo suficiente. Recordó e hizo un recuento de todo lo que había vivido:

- *“¡Mírate esa panza ANA... ya deja de tragar! ¿Qué no te da pena estar así?... ¡eres una bola de grasa!*

Estas palabras retumbaron en su cabeza, le vinieron a la mente los crueles apodos, cómo la imitaban en su manera de comer y caminar. El coraje, la rabia y la impotencia hicieron que las lágrimas salieran, en ese momento su fragilidad se transformó en fortaleza tras decirse:

- *“Hoy voy a comenzar... hoy lo voy a hacer y lo haré por mí”*

Su propio orgullo la impulsó a comer a 'su manera', todo para poder demostrarle a todo el mundo que ella no merecía oír esa clase de insultos. Tenía que dejar de lado sus platillos favoritos, los cuales –según ella- la engordaban y eran muy malos para conseguir sus fines propuestos e impuestos voluntariamente.

Con voluntad de acero y con una firme decisión se propuso bajar de peso a como diera lugar. Acostumbrada a hacer todo muy bien cada proyecto que iniciaba siempre salía más que excelente, las cosas a medias eran para los mediocres y ella lo sabía desde pequeña. Por eso, todo lo que hacía resaltaba y rozaba en lo perfecto:

- *“Si puedo ser excelente en la escuela y la puedo dominar... ¡qué esto no lo pueda controlar... así que no voy a comer y no lo voy a hacer!”*

Primero evitó las comidas familiares y los lugares de reunión con sus amigos, comenzó a hacer cosas distintas para no comer; al principio, su recurso favorito era dormirse a la hora de la comida. Conforme trascurrían los meses, ANA disminuía su ingesta hasta que llegó el día en que dejó los vómitos, pero también dejó de comer:

- *“OK, hoy no comeré nada, ¡está decidido!, no tengo hambre, además he peleado con mamá ¡no quiero su comida!, no quiero comer... Son las dos de la tarde y creo que aguantaré bien sin comer... tic tac... son las cinco y ¡me muero de hambre!... Sólo aguanta ANA, eres más fuerte, tienes fuerza de voluntad, intenta no comer por hoy, no te hará daño un día...”*

Lamentablemente no fue uno, como lo había planeado, sino que fueron varios días, esta situación la llevó a perder doce kilos en dos meses. La primera semana bajó de peso notable y drásticamente incluso para ella misma, a base de agua, una manzana para todo el día y chicles logró perder peso; nadie en su casa le puso la suficiente atención.

A veces probaba ciertos alimentos y era la cena lo único que de vez en cuando se permitía, tal vez un pan, un pastel o cualquier otra comida que siempre le había gustado.

- *“Quiero dejar los dulces... ¡pero no puedo! aunque sé que por eso no bajo de peso. Está bien, leí que lo dulce alimenta al cerebro... al menos eso será lo único que se alimente de mi gordo cuerpo”- pensaba.*

Los argumentos para evadir la comida eran muy variados y casi convincentes:

- *“No tengo hambre... de verdad que ya comí en la escuela... ya lo hice en casa de Luisa, saldré a caminar... hoy como que no se me antoja cenar, ¡estoy muy llena y satisfecha! ¿no vieron todo lo que comí?”*

Cuando se le hacía un comentario o se le cuestionaba acerca de su adelgazamiento repentino, ella solía responder:

- *“Si he adelgazado un poco... pero me siento muy bien, no me he enfermado y me siento llena de vitalidad y energía, no se preocupen... ya recuperaré peso”*

Pero lo que realmente ocultaba ANA era su miedo incontrolable a ganar kilos, a ser la misma de antes, a perder el control sobre su cuerpo, control que había ganado poco a poco y que le resultaba imposible abandonar.

- *“Con el ayuno me siento bien, mi cuerpo no se siente lleno sino estable... así seguiré, al menos por los siguientes días; el ejercicio se tiene que extender a dos horas diarias... debo confesar que los litros de agua y el no probar alimento me han amargado la boca... pero creo que todo esto vale la pena” – se consolaba.*

- ¿Qué es la *anorexia*?

A través del tiempo, las sociedades - sobre todo las occidentales- han experimentado transformaciones en los ámbitos donde se desarrolla; sin duda alguna, los cambios culturales y sociales son los que más han afectado su historia. En un intento por homogeneizar ideologías, costumbres y modas el ser humano sufrió el cambio más drástico que haya tenido a lo largo de su historia, a mi parecer, el cambio del cuerpo mismo.

El cuerpo humano ha sido pieza fundamental en el desarrollo de culturas y de ideologías, considerado como templo sagrado, obra de arte, procreador de vida, ícono de belleza o como un delito por aquellos afortunados o desafortunados que lo posean.

En casi todas las culturas, éstos han sido objeto de prácticas para modificar alguna característica con el fin de incrementar su atractivo físico, sexual y social. En un principio, se utilizaron pinturas y accesorios, pero con la llegada del mundo moderno ya es posible encontrar culturas que pretenden alcanzar un mayor atractivo al aumentar o disminuir sus dimensiones corporales.

Claro ejemplo sucede en nuestros días, donde el deseo casi general de las mujeres es obtener y conservar una figura delineada, borrar toda señal de sobrepeso sobre todo en el área de las caderas, piernas o vientre. Contrario a lo que sucedía tiempo atrás, donde estas formas definían físicamente a la mujer y tenían una connotación de belleza, prosperidad y abundancia.

La mala percepción del cuerpo ha llevado a lo largo de varias décadas a muchas mujeres al borde de la desesperación por conseguir uno cada vez más delgado y estético. Hoy, las curvas femeninas que enloquecieron a muchos y que permanecieron vigentes por años, son sinónimo de desprestigio social, baja autoestima, descuido y fealdad.

Las dimensiones corpóreas de la mujer se han valorado de distintas maneras en las diferentes épocas de la historia del mundo occidental. Los modelos de belleza femenina de la época de *Rubens* o *Botero* son muy distintos a los actuales. Los cambios históricos acarrear transformaciones culturales que, a su vez, se reflejan en las distintas modificaciones de los patrones estético/corporales.

La imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población. Las mujeres que encarnan o se identifican con ese modelo tienen razones para valorarse positivamente, quienes no reúnen estas características padecen baja autoestima.

La figura del cuerpo varía de una persona a otra, pero es a través de la cultura de masas que se intenta unificar la 'belleza ideal' a la cual es indispensable llegar para ser aceptados socialmente. Al encender el televisor o al hojear la gran variedad de revistas femeninas para todas las edades, el mensaje es tácito: para tener éxito, valía y admiración hay que ser delgada. Todo es válido para obtener el reconocimiento social que muchas buscan pero pocas encuentran.

Pero ¿qué es estar gorda? ¿Estar por encima de las tallas de las modelos o actrices que aparecen en televisión? Diariamente al hojear revistas, ver programas de televisión y mirar con recelo a ciertas amigas se llega a una verdad inevitable: todas ellas encarnan el modelo a seguir puesto que poseen cuerpos delgados y por lo tanto son mujeres dignas de admiración e imitación. En ese momento se hace ¿consciente? la terrible realidad que no se había encarado y es cuando la temible pregunta hace su aparición: ¿estaré gorda?

Aquí es justamente donde empieza el verdadero problema, la peor batalla que se haya librado alrededor de los alimentos y del cuerpo, de la cual pocas salen y muchas otras se quedan en el intento.

Mientras que en unas sociedades la preocupación gira en torno al cuerpo, la línea, la dieta en otras la prioridad es la alimentación para la supervivencia. Como contraparte a las denominadas sociedades de bienestar en donde el alimento es lo último que preocupa, por ingerirlo o no, se puede observar que actualmente una parte importante de la población mundial padece desnutrición. Personas mueren por esta causa y por los trastornos asociados a ella, en tanto que otras lo hacen por el exceso o la mala administración de los alimentos.

Tal situación coloca el marco para un tipo de trastorno que comenzó a llamar la atención en la década de los setenta y que hoy se enmarca dentro de los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995), entre los cuales los más importantes se hallan la desnutrición, *anorexia nerviosa*, bulimia nerviosa y obesidad. La ***anorexia nerviosa*** será el trastorno alimentario que se describirá en este trabajo de investigación.

Pero ¿qué son los trastornos alimentarios? La nutrióloga Ramírez los define como una forma de comer anormal ocasionado por un problema emocional, lo que se hace es atacar el conflicto con alimentos, ya sea por consumirlos o no, convirtiéndose en una adicción, una obsesión por la comida.

Por su parte, Rosa María Raich, investigadora española experta en Trastornos de la Alimentación, los define como aquellos que se refieren a:

“Trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta; es decir, la base y fundamentos de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica entre ellos, los más conocidos son la *anorexia* y la bulimia nerviosa. Son trastornos graves que afectan a las mujeres más que a los hombres, preferentemente en mujeres jóvenes... más frecuentes en sociedades desarrolladas donde hay sobreabundancia de comida, la cultura que predomina enfatiza la delgadez...”³¹

³¹ Raich, Rosa M^a. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Pirámide. Madrid. 1998. P. 20-21

El doctor Alejandro Caballero Romo, actual coordinador de la clínica de los Trastornos del Comportamiento Alimentario del Instituto Nacional de Psiquiatría, dice que un trastorno alimentario es un padecimiento médico- psiquiátrico que se caracteriza por una alteración conductual con relación a las formas de alimentación de la persona.

En nuestros días, se escucha, lee, ve e investiga sobre la *anorexia nerviosa*; antes de esta vorágine de información, este trastorno alimenticio sólo competía a especialistas del ramo médico, para el resto de la población el tema era desconocido o al menos parecía no existir. Sin embargo, este mal ha aquejado a la sociedad desde hace más de tres siglos, muestra de ello son algunos textos que hablan del problema que lentamente se gestaba hasta encontrarnos con la enorme problemática ante la cual nos enfrentamos hoy.

La primera descripción clínica que se conoce es la escrita en 1689 por el doctor británico *Richard Morton*, quien describió una enfermedad a la que denominó 'consunción nerviosa', ésta podría considerarse como la primera descripción escrita del cuadro que en la actualidad se conoce como *anorexia nerviosa*. El Doctor *Morton* describió así el cuadro de su paciente:

"Una muchacha de 18 años quién cayó en una supresión total de sus cursos mensuales a causa de una multitud de preocupaciones y pasiones... su apetito empezó a decaer y su digestión a ser mala; su carne empezó a ser flácida y floja... Era estimada por su estudiar a lo que se dedicaba día y noche... no recuerdo haber visto a alguien que estuviera tan versado en vivir y tan consumido... como un esqueleto sólo vestido y piel... sin fiebre... ni tos o dificultad para respirar ni ninguna otra perturbación... Sólo su apetito estaba disminuido y su digestión alterada"³²

A pesar de este hallazgo, la *anorexia* se definió por primera vez como problema de salud en 1873, cuando en Francia *Laségue* describió la enfermedad como *anorexia histérica* (histeros= útero) y solo un año después *Gull* en Oxford, la

³² Del Toro, Josep. *Op. Cit.* P. 28

llamó *anorexia nerviosa o histérica*. La característica de este mal es que las personas no se sienten enfermas y por ello se niegan a recibir atención médica.

La palabra *anorexia* proviene del griego *an* – privativo - y *oresis* – deseo -, literalmente significa falta anormal de ganas de comer. Por lo tanto, *anorexia nerviosa o mental* alude a la falta de apetito de origen mental o nervioso.

Para Josep del Toro la *anorexia* es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por una excesiva pérdida del peso corporal fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue al suprimir o reducir el consumo de alimentos ‘engordantes’ y con frecuencia a través de vómitos, laxantes, anorexígenos, diuréticos, ejercicio físico excesivo, etc.

El doctor Caballero, define a la *anorexia nerviosa* como un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una restricción calórica autoinducida por la persona que la padece. Esto la conlleva a grados de desnutrición moderada o severa, con pérdida de la menstruación y alteración en el concepto que tiene sobre su imagen corporal, al considerarse obesas o gruesas a pesar de que la evidencia externa, cualquiera que sea, indique lo contrario.

Para la nutrióloga Ramírez la *anorexia* es un trastorno de la alimentación en el cual las personas dejan de comer al existir una seria distorsión en la imagen corporal, es decir, ellas no se ven a sí mismas y siempre se ven gordas. La *anorexia* puede definirse como la restricción de alimentos por una emoción que tratan de reprimir.

Cualquiera que sea la definición, la constante que sigue este trastorno es que gira en torno a la silueta delgada ligada a una valoración positiva del control del cuerpo a través de la restricción alimentaria, esto implica el control de la persona sobre sí misma; así como a la nueva resignificación que se le otorga a la comida, a sus hábitos y a aquellos sentimientos asociados con el hambre.

Se entiende por *anorexia* como “hambre de nada”, es decir, la persona anoréxica tiene hambre como requerimiento puramente fisiológico, pero no ‘desea’ comer. Anteriormente los médicos empleaban la palabra *anorexia* como sinónimo de falta de apetito, inapetencia y ciertos trastornos del estómago, pero esta aseveración es equívoca, pues:

“No es que no tengan hambre, sino todo lo contrario... la sensación de hambre es deseable porque les demuestra que están cumpliendo con las normas de inanición que se han impuesto... el hambre suele atormentarlas hasta el punto de no poder pensar en otra cosa que en comer o dejar de comer. La alimentación adquiere una preponderancia desmedida, se impone, consume las energías y no deja espacio para nada más”³³

La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman parte esencial de este mal, junto con la inseguridad personal para enfrentarse al problema. Por ser una enfermedad propia de la distorsión de la imagen corporal, la niegan y se perciben con mayor volumen en alguna o algunas partes de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético. Además, sobrevienen las irregularidades y deterioros en las funciones anatómicas, físicas e intelectuales.

Este trastorno supone una lucha entre voluntad y deseo. El enemigo es el hambre, una tendencia tan poderosa que se encuentra en la base de la supervivencia; la victoria no puede ser definitiva porque el enemigo acecha incansablemente.

Santiago Martínez-Fornés, investigador y especialista en la materia, propone otro nombre que considera más descriptivo, él lo llama la enfermedad de las *cinco aes*: 1) **A**norexia, 2) **A**delgazamiento caquético (grave pérdida de peso durante la evolución de la enfermedad), 3) **A**ctividad física y mental exagerada e incansable, 4) **A**menorrea (ausencia de menstruación), 5) **A** la contra de sus

³³ Gerlinghoff, Monika. Backmund, Herbert. Anorexia y bulimia. Entender y superar los trastornos alimentarios. Grijalbo. España, 2004. P. 16

padres, médicos y a sí misma al no aceptar el mínimo aumento de peso, al no querer desarrollarse y hacerse adulta.

“Como *Peter Pan* desean permanecer siendo niñas pasan del amor y de la sexualidad. Ingieren cantidades excesivas de agua (potomanía), para disminuir el apetito, la absorción de los pocos alimentos y favorecer la aparición de la diarrea... algunas llegan a sentirse orgullosas de vivir y estar en forma sin comer apenas, con desprecio y asco por quienes dependen de la comida”³⁴

Como es un trastorno complejo y multicausal, tanto en su génesis como en su mantenimiento, existen una serie de factores que intervienen y juegan un papel muy importante, entre los cuales se encuentran los genéticos, psicológicos, cognitivos, sociales, culturales, entre otros; sin embargo, en la punta del *iceberg* lo que se observa es la excesiva pérdida de peso debido al drástico ayuno.

Existe en la persona un deseo descontrolado e irracional por bajar de peso, lo que produce una interrupción del apetito y de la ingesta calórica diaria, alterándose la piel, la digestión y el sueño; el estado anímico se vuelve depresivo, hay aislamiento social y, finalmente, uno de los síntomas indicadores del nivel en el que se encuentra el trastorno es la amenorrea, o ausencia de menstruación por lo menos de tres ciclos menstruales continuos.

Las personas con este trastorno de la conducta alimentaria adelgazan al punto de la inanición al grado de perder como mínimo de entre 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal, en donde ya se considera como grave y requiere de hospitalización inmediata para conservar la vida.

En el clásico comportamiento anoréxico se observa: intenso miedo a engordar, alteración y sobrevaloración de la imagen total o parcial (en especial caderas, abdomen y muslos), firme rechazo a mantener el peso igual o por encima del valor mínimo normal de acuerdo a su talla y edad; intensa actividad física y mental, practica de dietas rigurosas y rechazo de un problema grave.

³⁴ Martínez-Fornés, Santiago. La obsesión por adelgazar. Bulimia y Anorexia. Espasa-Calpe. México. P. 66

Con el paso de los años, la *anorexia nerviosa*, se ha complicado y dado como resultado dos subtipos:

- 1) Tipo restrictivo: durante el episodio de *anorexia nerviosa*, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgar (por ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- 2) Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de *anorexia nerviosa*, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ej. Provocación del vómito o usos excesivos de laxantes, diuréticos o enemas)³⁵

A este último, se le agregan conductas compensatorias: ejercicio compulsivo y prolongados ayunos, con ellos se busca redimir la culpabilidad de haber comido.

Son muchas las personas, sobre todo jóvenes y adolescentes, que eligen diversos tipos de tratamientos para adelgazar y esto no es voluntario, aunque así lo parezca. La sociedad y sus cánones de belleza exigidos y aceptados son los que promueven a que millones de personas se sumen al meticuloso cuidado corporal que en su mayoría no saben reconocer los peligrosos límites entre lo sano y lo enfermo.

“La *anorexia nerviosa*...afecta básicamente a mujeres, sobre todo jóvenes adolescentes, de nivel sociocultural medio-alto y alto, se da en una pequeña proporción entre chicos, 1 varón por cada 11 mujeres en la fase puberal... Un porcentaje elevado había tenido sobrepeso en el periodo anterior del desarrollo del trastorno, la edad de mayor riesgo es entre los 12 y los 24 años”³⁶

Todo comienza con la decisión de bajar de peso iniciándose con un régimen alimenticio, muchas personas paran al momento de rebajar los kilos que les sobraban. Las futuras anoréxicas continúan con los largos periodos de hambre incluso cuando el objetivo inicial de peso quedó rebasado por lo que establecen un peso inferior al alcanzarlo, aún lo creen insuficiente y definen otro más bajo.

³⁵ Roma Ferri, M^a. Teresa. Montesinos Sánchez, Nieves. “*Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (Anorexia/Bulimia)*”. Publicaciones de la Universidad de Alicante. 2001. P. 40

³⁶ Saldaña García, Carmina. Trastornos del comportamiento alimentario. Groupe Donograph. Madrid. 1991. P. 109-110

Conforme pasan hambre, el déficit de peso adquiere proporciones peligrosas. La balanza se erige como autoridad inapelable, ella decide si el ayuno del día ha sido lo bastante riguroso, con lo que se ha rebasado el límite de la enfermedad.

Un aviso a tiempo salvaría la vida de muchas de ellas, sin embargo al ser una enfermedad de 'moda', como muchos medios de comunicación actuales la han denominado, muchas jovencitas caminan sobre una cuerda floja, ya que de ocho a diez por ciento fallecen a pesar de contar con un tratamiento, pero ¿qué hay de las que no tuvieron acceso a uno?

El doctor Caballero argumenta que los trastornos alimenticios, específicamente la *anorexia nervosa*, se han denominado de "moda" debido a la cobertura y la frecuencia que le han otorgado los medios de comunicación últimamente. Sin embargo, -dice- estos padecimientos han existido desde hace muchos años pero que la influencia sociocultural y las presiones de la sociedad en la que vivimos relacionada con la idolatría a la delgadez tienen mucho que ver en el desencadenamiento de este tipo de alteraciones conductuales en la actualidad.

Muchos investigadores han atacado directa e indirectamente a los medios de comunicación como los que posibilitan o desencadenan este trastorno alimenticio; sin embargo no hay que olvidar los factores genéticos, las relaciones familiares débiles o conflictivas y los antecedentes dentro de la misma.

Los medios de comunicación sólo transmiten la imagen que la sociedad ha puesto y querido observar en páginas o en pantalla que a su parecer es bello y estético. Nuestra cultura ha sido dañada y la juventud es la que paga las consecuencias. Las consecuencias pueden ser muchas, pero la más próxima y real es la muerte de la joven si no existe un tratamiento adecuado. El verdadero reto no sólo es tratarlo, sino más bien erradicarlo y esto es posible al crear consciencia entre la niñez, que dramáticamente se suma al cuidado extremo de su cuerpo, para formar lazos fuertes de seguridad propia y autoestima.

- Quiero tener un cuerpo de modelo... ¡Y lo voy a tener!

¿De dónde le surgió la idea a ANA de adelgazar hasta los extremos en donde se encontraba? ¿Quién o qué la motivó para darle un cambio radical a su figura y a su vida entera? Mientras hojeaba una revista se preguntaba una y otra vez:

- *“¿Cómo le harán –modelos, actrices, cantantes- para tener un cuerpo así? Todas ellas son delgadas...no tienen lonjas como tú...”*

Conforme adelgazaba, su satisfacción era cada vez mayor y el ánimo de seguir adelante la mantenía más fuerte que nunca. Una vez descubierta la llave de su felicidad –anorexia – ANA continuó con una rápida pérdida de kilos. Siempre fue bella pero conforme bajaba de peso notó como sus rasgos se afilaban; su delgadez en un principio resaltó facciones y un cuerpo en pleno desarrollo, sin embargo, su belleza se desvanecía conforme los kilos desaparecían.

ANA hojeaba revistas y veía por horas la televisión, la obsesión por esos cuerpos la cegaron al grado de no reconocer más estética que esa. Seguía modas y ahora mucho más porque tenía el cuerpo para hacerlo, en la escuela era admirada y envidiada por su esbelto cuerpo. Sin embargo, su felicidad no era completa, existía ‘algo’ en su cuerpo que le desagradaba y que la mantenía alejada de su ideal: su zona problema era el abdomen.

Observaba minuciosamente las revistas y los personajes de televisión, todos ellos eran delgados y con abdómenes planos:

- *“¡Mírate tu con esta panzota toda llena de grasa... sigues igual de gorda... maldita panza! ¿Por qué no bajas?” – se recriminaba.*

El ejercicio se intensificó, los abdominales ocupaban las mañanas, tardes y noches, ella estaba dispuesta a desaparecer ese ‘bulto’ en su estómago a como

diera lugar. Empezó con doscientas diarias hasta llegar a las quinientas y a veces más repeticiones, pero al ver que no eran suficientes y que no obtenía los resultados que deseaba recurrió a otros métodos para aplanar su abdomen.

Los medios de comunicación jugaron un papel importante en ese momento pues como siempre, ofrecen opciones y alternativas para atacar las zonas problema, conocen la vulnerabilidad de la audiencia y de sus deseos por encontrar la 'perfección'. ANA quería comprar lo que anunciaban en televisión, sobre todo aquello que le garantizara una figura delineada y un abdomen perfecto.

Informerciales, eso era lo primero que veía por las mañanas y lo último al anochecer, idealizó tantos productos que le garantizaban excelentes resultados. Las cremas y geles para reducir la cintura y 'gorditos' a su alrededor, sin dejar fuera el famoso aparato para las abdominales fáciles y sencillas.

La publicidad de 'Siluete 40' resultó efectiva para ANA, quien se imaginó cómo ese producto cambiaría su aspecto y su vida; el 'ABS TONER' aseguraba que con cinco minutos diarios obtendría un abdomen plano, perfecto, de ensueño. Para ella los milagros existían y se llamaban 'Siluete 40' y 'ABS TONER'.

Como toda adolescente, no tenía las posibilidades económicas para solventarlos así que recurrió a su mamá para obtenerlos, pidió, rogó y suplicó de todas las maneras posibles para tenerlos.

- "Mamá, por favor ¡Cómpramelos! ¡Yo los quiero! Hago lo que tú quieras... ¡hago lo que tú quieras!... pero por favor mamá..."

Sus padres no sabían si negarse o acceder a la mayor parte de sus peticiones, veían a su hija al borde de la desesperación con su necedad y perseverancia que preferían, al final de cuentas, darle gusto.

Con la dieta que llevaba y con su cuota diaria de ejercicios, logró perder más kilos todavía, ésto la motivó porque podía comprar ropa más pequeña como las que usaban las modelos. Pensaba que se encontraba más cerca de su ideal, de la felicidad, del éxito, de la belleza y del reconocimiento; sólo le faltaba poco, necesitaba bajar aún más para ser 'perfecta'.

Horas de ejercicio no funcionaron, el abdomen seguía, si no igual, al menos no como lo había imaginado.

- *“¡Tiene que desaparecer toda esta grasa! ¿Por qué sigo con esta lonja asquerosa?... casi no como, hago mucho ejercicio y tomo litros de agua... ¿Por qué demonios existe?”*

A pesar de que sus brazos y piernas estaban muy delgados y que su cuerpo en general se encontraba con un adelgazamiento preocupante, lo que ANA no sabía era que conservaría ese abultamiento en el abdomen porque era precisamente en ese lugar donde su cuerpo guardaba hasta lo más mínimo que comía como reserva y que le serviría para no morir.

Las distintas reacciones de sus padres ante la extrema delgadez de su hija no se hicieron esperar, el ver como progresivamente ella quedaba en los huesos y la posibilidad de que hubiera consecuencias graves, los motivó a hablar con ella. Las sugerencias, opiniones, comentarios y uno que otro regaño fueron tan sólo algunos de los métodos que utilizaron, sin embargo, no dieron resultado.

Su madre le sugirió un leve aumento de peso a pesar de haberla alentado en un principio a cuidar su figura, notó que su hija cada vez se volvía más solitaria, obsesionada con el peso y con frecuentes cambios de humor.

ANA se desconcertó ante la sugerencia de su madre, le sorprendió el repentino cambio de opinión. Recordó lo orgullosa que estaba de su fuerza de voluntad y

su perseverancia a alcanzar todas las metas que se proponía ¿A qué se debía su cambio de parecer? Ella estaba decidida a no ganar ni un gramo, con o sin el consentimiento de su madre, por fin estaba feliz, por fin era delgada y no iba a dejar de serlo sólo por darle gusto.

Conforme trascurría el tiempo, se alejó de sus amigos, ya que no compartían la misma pasión de la que ella se había enganchado. Muchas veces le sugirieron que comiera un poco más, que estaba demasiado delgada, que podría enfermarse, que dejara ir esa loca idea de estar tan delgada, que volviera a vivir. Pero ANA no escuchaba razones, los veía como enemigos y egoístas al pensar:

- *¿Por qué me quieren quitar lo mejor que me ha pasado? ¡Ahora soy delgada!, eso era lo que todos querían ¿no? Yo estoy bien... por fin he perdido peso ¡Así es que por qué no me dejan en paz! Si es por el físico... pues que se ¡jodan!., no estaba más guapa antes y si lo estaba... que bueno que se den cuenta hasta ahora... porque no hay marcha atrás”*

La mente de ANA sólo era ocupada por pensamientos e ideas alrededor de sus estudios, su peso, su cuerpo, sus dietas y la preocupación por mantener a los alimentos lo más lejos de ella.

La obsesión por ser la más delgada, la más bella, la más inteligente y la mejor en todo, convirtió a ANA en una persona solitaria, temerosa, con drásticos cambios de humor por falta de alimento, caprichosa, mentirosa, voluble, pero sobre todo, enferma.

Lamentablemente ella cayó en las garras de una terrible enfermedad a la cual le dedicaba horas enteras, en las que intentaba moldear un cuerpo ‘perfecto’ cuando en realidad la que estaba enferma era su alma.

- ¿Eso siente un anoréxico?

Sólo basta pararse frente al espejo y mirarse detenidamente para encontrar 'algo', lo cual puede suceder en cualquier momento. Se observó el cuerpo en el momento y lugar equivocados; se distorsionó la imagen que no era del total desagrado. Sin embargo, 'algo' pasó, todo cambió, nada de lo que se vio gustó, sino todo lo contrario y ahora es necesario cambiarlo...

La persona que sufre un trastorno alimentario presenta una serie de características que, aunque son variables, tienen puntos en común. Entre éstas se encuentran los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. En ella aparecen pensamientos obsesivos, además de que se consideran trastornos depresivos debido al humor cambiante que se observa en su comportamiento.

El cuadro típico con el que se inicia el trastorno alimenticio consiste en la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el cuerpo y su valoración estética. Las frases más conocidas son aquellas en donde el cuerpo adquiere grandes dimensiones: 'mira que gorda estoy... para tener novio o amigos necesito ser delgada', entre otras; éstas se escuchan entre una multitud de personas, especialmente mujeres y sobre todo adolescentes. Sin embargo, toma dimensiones negativas cuando la repetición se hace constante y abarca todas las conversaciones, a la vez que se asocia con una creciente ansiedad por parte de la afectada.

Lo que empezó dentro de la 'normalidad', con el transcurso del tiempo se transformó en una auténtica distorsión cognitiva y de la función real del alimento. Para experimentar algún sentimiento respecto al cuerpo, la anoréxica (hablamos en femenino debido a la mayor incidencia en este género) tiene que pensar en aquello que más le preocupa, esto es, la comida.

Rosa M^a. Raich en su libro “Anorexia y Bulimia” menciona las distorsiones más comunes que las mujeres tienen respecto al alimento, entre las cuales se encuentran: a) abstracciones selectivas “si como una galleta me descontrolaré y comeré más”, b) generalizaciones excesivas “es mejor que no me arriesgue y no coma nada”, c) magnificación de las consecuencias negativas “si he comido poco y he aumentado de peso jamás podré comer normalmente porque pesaría el doble”, d) pensamiento dicotómico o de todo o nada, e) ideas autorreferenciales “cuando como todo mundo me mira”, f) pensamientos supersticiosos “con cualquier cosa que ingiera aumentaré de peso”

La misma autora menciona otros pensamientos sobre la distorsión que se tiene de los alimentos y retoma a A. Saggin (1993), especialista en la materia, quien enumera: a) interferencia arbitraria “si comes a gusto engordas”, b) pensamiento dicotómico “las comidas sanas no engordan, las no saludables sí,” c) uso selectivo de la información “con el ejercicio se queman calorías, puedo comer aquello que consuma ejercitándome”, d) hipergeneralización “no puedo ir sola a un lugar me descontrolo al comer”, e) magnificación de lo negativo “no conseguiré controlarme nunca, no adelgazaré jamás”

Este tipo de ideas o pensamientos: “Facilitan la precipitación del cuadro, más concretamente la toma de decisiones inicial encaminada a la práctica de una dieta restrictiva. Pero a lo largo del proceso anoréxico, constituyen un poderosísimo factor de mantenimiento, resistente a la crítica racional. Se trata de cogniciones desadaptadoras, que encierran en sí mismas un notable potencial ansiógeno, al tiempo que generan una gran parte de la conflictividad existente entre la anoréxica y las personas que viven con ella”³⁷

Para las personas ajenas al problema estas frases les resultarán un tanto familiares, pero para las jóvenes que padecen *anorexia* son bastante comunes ya que ideas de esta índole las han tenido al inicio o durante el trastorno; todo esto dentro de su cabeza les impide verse claramente pues su mente está vedada y su vista distorsionada.

³⁷ Toro, Josep. Vilardell, Enric. Anorexia nerviosa. Martínez-Roca. España. 1987. P. 21

A las mujeres se les ha asignado determinado rol dentro de la sociedad en la cual se desarrollan, su cuerpo ha formado parte fundamental para ello, su peso y su figura deben adaptarse a ciertos estándares imperantes en determinado momento histórico, pues es a partir de él que se le atribuye valía, éxito, reconocimiento público, satisfacción, estima y prestigio.

Muchas, al no cumplir con ese ideal, se sienten relegadas a papeles o estereotipos que tienen que aceptar muy a pesar de no desearlo. Ser bella cuesta en todos los sentidos, ser común cualquiera lo tiene a su alcance. No en vano existen muchos pensamientos respecto al físico propio y al ajeno. De ahí que *T. Cash* (1987), psicólogo e investigador, los llamara la “*docena sucia*”, de los cuales muchas mujeres conocemos y nos los apropiamos sin ser necesaria la presencia de un trastorno alimentario:

1. *La bella y la bestia*, o soy atractiva o soy fea...o peso lo que quiero o soy gorda...
2. *El ideal irreal* es el uso del ideal social como estándar de apariencia aceptable...
3. *La comparación injusta*, se compara sólo con personas que tienen las características que le gustaría tener...
4. *La lupa*, se observa únicamente las partes que se consideran más negativas de la apariencia
5. *La mente ciega*, se minimiza cualquier parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva...
6. *La fealdad radiante*, se empieza a criticar una parte de la apariencia y continuar con otra...
7. *El juego de la culpa*, hace posible que la apariencia sea la culpable de cualquier fallo...
8. *La mente que lee mal*, es la distorsión que hace posible “leer” o interpretar la conducta de los demás en función de algún fallo en el aspecto corporal
9. *La desgracia reveladora*, es la predicción de desgracias futuras por causa de la apariencia, se usan los ‘nuncas y siempre’
10. *Belleza limitadora*, se ponen condiciones a las cosas que en realidad las hacen imposibles...
11. *Sentirse fea*, consiste en convertir un sentimiento personal en una verdad universal
12. *El reflejo del mal humor*, sería el traspaso del mal humor o preocupación causada por cualquier acontecimiento al propio cuerpo.³⁸

Toda esta vorágine comienza con una simple y sencilla dieta no considerada perjudicial debido a que es utilizada por muchas personas alrededor del mundo.

³⁸ Raich, Rosa M^a. *Op. Cit.* P. 37-39

Las dietas se adaptan a cualquier estilo de vida y a cualquier persona que quiera perder peso. En algunas se suprimen o restringen alimentos altos en calorías, en otras se ayuna durante uno o varios días; unas más ofrecen la opción de reducir la cantidad de cualquier tipo de alimento que se consuma. Las anoréxicas pueden utilizar una o todas a la vez con la posibilidad de alternarlas.

Al no valorar y tener un pobre concepto del propio cuerpo, estas mujeres pasan por estados depresivos alarmantes, pues es a partir de la figura en donde tienen puestas sus esperanzas, aunque estas no siempre se ven cumplidas. Muchos especialistas en la materia, sobre todo psicólogos, han clasificado algunas de sus conductas en: evitación activa y pasiva.

Las situaciones pasivas son aquellas que provocan preocupación por la apariencia física, no asisten a reuniones al creer que su físico será juzgado; visten ropa holgada y por ningún motivo usan vestido o ropa ajustada, evitan intimidación física. La evitación activa está cargada de vanidad y orgullo, se observan al espejo, se pesan todos los días; preguntan cómo lucen, con ello se aseguran de su apariencia y de que sus esfuerzos y delgadez son notables.

Estas personas suelen tener ataques de ansiedad, volcándose depresivas – compulsivas–obsesivas; se mantienen alerta muchas horas al día debido a su severa desnutrición. Presentan irritabilidad, tristeza, aislamiento, ideas de muerte y suicidio. Estas actitudes y comportamientos le generan una serie de sentimientos que muchas veces ni ella misma logra comprender. Lo único que sabe es que no quiere engordar, por lo demás, sólo espera que pronto termine.

En su cabeza existen emociones, pensamientos y sentimientos encontrados que no saben cómo manejar. Las anoréxicas tienen baja autoestima, suelen no aceptarse y agradarse a sí mismas; no creen poder controlar su desarrollo corporal, su sobrepeso y su aspecto personal. Son muy críticas en relación con su ingesta, sobretodo con cuánto, cuándo, qué y cómo comen.

Personas que no se han encontrado en una situación de esta magnitud no comprenden la angustia, soledad, miedo, tristeza acompañada de llantos, desesperación y el pánico por el que atraviesa la chica; el sentirse dentro de una pesadilla de la cual no puede despertar, en donde la comida y el cómo controlarla son los actores principales que inundan su mente constantemente.

Varios estudios realizados a pacientes con trastornos alimenticios encuentran a la depresión como una constante en ellos. De la mano a este sentimiento se encuentra la *baja autoestima*, muy frecuente dentro del grupo de las féminas, quienes identifican su estima, alta o baja, con las dimensiones de su cuerpo.

“Dada la gran importancia conferida por nuestra cultura al aspecto externo y a la delgadez, no ha de extrañarnos que una mujer joven... conceda una gran importancia a la valoración de su figura... en las mujeres que presentan trastornos alimentarios, están más alteradas la percepción y valoración corporal, sobre todo en las que tienen una autoestima más negativa”³⁹

Al tener una baja autoestima, las alteraciones de la imagen corpórea son constantes. La imagen corporal es entendida como la representación mental que tenemos de nuestro cuerpo. Esta imagen se divide en tres distintos niveles:

1º. Perceptivo. Hay dos criterios de valoración: en el primero se perciben las dimensiones corporales y en el segundo se comparan las dimensiones propias con la de los demás.

2º. Cognitivo y afectivo. Al percibir su cuerpo, la persona interpreta (cognición) lo que percibe de ahí surgen emociones y afectos variables, los cuales se desplazan desde una gran satisfacción por la imagen hasta el otro extremo donde existirá insatisfacción, angustia y miedo ante tal valoración.

3º. Nivel conductual. Como consecuencia, la persona se comportará de diversas formas: puede desarrollar hábitos adecuados o inadecuados de alimentación,

³⁹ *Ibidem.* P. 44

puede afrontar o evitar situaciones sociales y puede, o no, comprobar de forma reiterada su peso corporal, mirándose al espejo, etc.

La paciente anoréxica experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuye de manera alarmante, para evitar a toda costa un mórbido cuerpo grueso se obliga a mantener bajo una dieta permanente. Pues es su cuerpo, de pocas o muchas dimensiones, el que le da estima, éxito y admiración social.

La pérdida de peso es negada por la enferma, quien no tiene conciencia de su mal a pesar de que su vida peligra. Esta malnutrición tiene graves consecuencias físicas, psicológicas y emocionales a corto y largo plazo. A partir de dicha alteración, se pueden apreciar dos tipos de anomalías con relación a la apreciación del tamaño y las dimensiones del propio cuerpo.

“Se constatan auténticas *distorsiones perceptivas* y se producen *evaluaciones distorsionadas* que darán lugar a reacciones de ansiedad. La aprehensión de un supuesto sobrepeso puede desencadenar una intensa angustia. Sin embargo, cuando la delgadez es extrema y alarmante... el ‘sobredimensionamiento’ del cuerpo puede servir para suavizar el miedo a la enfermedad o incluso a la muerte. No siempre estas distorsiones afectan a todo el cuerpo... es frecuente que se limiten a muslos, abdomen, caderas y nalgas... áreas claramente diferenciadas entre los sexos, tendiendo a ser voluminosas y redondeadas en el femenino”⁴⁰

Primero se piensa y luego se actúa, a las cogniciones de una pre-anoréxica le seguirán una serie de comportamientos anómalos dentro de los cuales su conducta propia y hacia los demás resultará la más afectada.

Lo primero a modificarse es la alimentación, las jóvenes anoréxicas siguen rituales alrededor de la comida, algunas se alimentan de la comida tolerada, algunas sobrepasan los límites de su dieta convirtiéndola en una severa *dieta restrictiva*, o mejor dicho, el comienzo de la peor pesadilla hecha realidad.

⁴⁰ Toro, Josep. Vilardell, Enric. *Op. Cit.* P. 23

Ésta se inicia al limitar o suprimir definitivamente los hidratos de carbono, le siguen las grasas y termina en la limitación de la ingesta proteica. En los casos más extremos, y ya en plena inanición, se restringen los líquidos con el riesgo de deshidratación lo que obliga la hospitalización.

Como el alimento es el principal foco de atención, los pensamientos de la anoréxica giran alrededor de la comida, calorías, dietas, temas relacionados con la figura y peso, al grado de volverse irracional consigo misma y con los demás. Los alimentos no se ingieren, pero sí se trocean, exprimen, olisquean, almacenan o se someten a cualquier género de manipulación

Aproximadamente la mitad de las pacientes experimentan síntomas bulímicos – trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios en los que se ingieren cantidades de alimento superiores a lo normal para después vomitar- en un principio no se desea en absoluto ese atracón, pues detrás de él vienen la ansiedad, sentimientos de culpa e ideas suicidas. El abuso de laxantes, diuréticos, ejercicio y dietas más estrictas son métodos comunes para aliviar la culpa.

La incógnita es cómo estas chicas pueden tener energía para realizar un acondicionamiento físico tan exhaustivo con tan poco alimento. Sin embargo:

“En la *anorexia*... la restricción alimentaria voluntaria induciría mayores tasas de actividad, actividad que facilitaría la disminución de la ingesta, estableciéndose un dramático círculo vicioso... la anoréxica incrementará sus actividades físicas en función de dos mecanismos. El primero sería cognitivo –conductual: sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimientos. El segundo psicofisiológico: la disminución de la ingesta comportaría más actividad física”⁴¹

Dentro de la hiperactividad de estas jóvenes se encuentra su excesiva dedicación a los estudios otorgándoles el papel de niñas inteligentes muy por

⁴¹ *Ibidem* P. 36

encima del promedio normal, con un rendimiento académico alto y perfeccionista.

La ansiedad se observa en las horas de sueño las cuales quedan reducidas, tanto la profundidad como los despertares se ven alterados debido a la estricta dieta a la que están sometidas. Sin olvidar que, según se sabe, mientras menos tiempo se duerma mayor es el gasto energético. Adquiere el hábito de acostarse tarde justificándolo a través de tareas escolares o laborales; pero lo cierto es que la inanición causa insomnio.

“El paciente anoréxico se hace más egocéntrico, consumiéndose emocionalmente en sus miedos, obsesiones y rituales, y consumiéndose físicamente en el transcurrir de su progresiva malnutrición”.⁴²

Este trastorno alimentario se presenta en la adolescencia, etapa donde todavía se vive en familia, por lo que la dinámica, la comunicación y las relaciones entre sus miembros se verán afectadas. La alimentación es un elemento emocional dentro de la familia, los padres tienen designada la función de alimentadores, especialmente la madre. Y si esta función no se cumple al evitar los alimentos, como es en el caso de la *anorexia*, se desencadena una ansiedad familiar.

Una vez detectado este problema, del cual apenas se han dado cuenta, se trata de corregir. La familia interviene a veces de forma pasiva y otras no tanto:

"La anoréxica ve como sus comportamientos anómalos resultan reforzados por la atención familiar, la protección desmesurada, lacrimosa e intermitente, la aceptación... de los 'caprichos' alimenticios... Todo ello hace que esos comportamientos experimenten incrementos claros"⁴³

La hora de la comida se convierte en una situación conflictiva y estresante. Aquí se centran los sermones, gritos desesperados, consejos bien intencionados,

⁴² Del Toro, Josep. *Op. Cit.* P. 9

⁴³ Toro, Josep. Vilardell, Enric. *Op. Cit.* P. 39

miradas de lástima y de reproche, lágrimas... nada hace cambiar de opinión a la joven abrumada, trastornada y angustiada; todo lo que le digan será en vano.

Si la relación consigo misma y con su familia resulta conflictiva, no es de extrañar que la relación con su entorno social, si es que existe, haya sufrido graves alteraciones. Con el sentimiento de ser diferente, la incompreensión, la ocultación de su problema y el evitar situaciones donde la comida se encuentre presente son factores que contribuyen al retraimiento social. Al imponerse el aislamiento, la anoréxica se siente rechazada, marginada, deprimida.

Como en el mundo del *'nunca comer'* de la anoréxica todo gira alrededor del alimento, el quemar calorías y estudios o trabajo, las relaciones con la familia y amigos se ve afectada, la consecuencia es que las relaciones entre ambas partes se encuentran alteradas, quebrantadas o al menos el distanciamiento es la barrera más común para la comunicación.

Complejo es el trastorno, pero más aun es la vida de la incauta que sólo deseaba perder peso para agradarse a sí misma, pero sobre todo a los demás. Hasta aquí tan sólo se ha hablado de lo que piensa, siente y cómo es que se comporta, la punta del *iceberg* es visible, sin embargo, lo que hay debajo es mucho más tenebroso de lo que se puede llegar a imaginar.

- Que desesperación ‘vivir’ así

- *“¡Me muero de hambre!... hoy no he comido nada hasta la cena... ¡genial! Pero en la cena he comido demasiado y no ha servido de nada todo mi esfuerzo... tengo el estómago hinchado y me siento gorda...”*

Durante el transcurso de la enfermedad, ANA presentó periodos de total y profundo sueño pero también sufrió de un insomnio insoportable, las noches en vela eran interminables, al igual que la angustia y las ganas de comer.

La cena de esa noche era pizza, todos comieron a excepción de ANA:

- *“Intento controlarme... no puedo comer la pizza ¡no puedo! Mejor como cereal, un sándwich de queso, algo de fruta... en realidad no hay mucho de donde elegir... No sé que hora es... no tengo sueño, siento como si mi cabeza fuera a estallar, ¡me duele mucho! Llevo una hora dando vueltas en mi cama... ¡pero no logro dormir! – pensó durante toda la noche.*

Conforme trascurrían los días, incluso semanas, ANA se alejaba de las reuniones familiares, de las actividades en común, pero sobre todo de la mesa. Sus amistades desaparecieron, sólo conservó un par de amigas que sobrevivieron a los mortales comentarios que hacía y a ese duro armazón que la protegía de quienes quisieran sugerir algún cambio en su alimentación.

- *“Fui al cine con mis amigas y comí palomitas... ¡siento como me arde el estómago! intento vomitar pero sólo sale un liquido amarillo asqueroso... no quiero comer ¡pero tengo que hacerlo si quiero vomitar...!”- pensó.*

Día con día, la situación se repetía una y otra vez:

- *“Papá acaba de llegar con comida otra vez y tengo que comer... bueno una probadita tal vez...-engulló gran cantidad de alimento en poco tiempo, por lo que se recriminó- ¡Ay no otra vez volví a fallar!...necesito vomitar pero no quiero... me duele mucho mi estómago pero no tengo opción... es eso o quedarme con la culpa toda la noche... ¡no sé que más hacer!... ¡No sé si esto puede ser un problema...!”*

La cabeza de ANA sólo era inundada por sentimientos y pensamientos alrededor de la comida, no había cabida para nada más. Ella no estaba bien y lo sabía ya le era imposible controlarse, el problema creció más de lo esperado; la situación estaba fuera de control, las actividades que disfrutaba se convirtieron en estresantes y carentes de sentido.

- *“De compras con mi única amiga, me doy cuenta de que estoy aburrida, cansada y que sólo la maldita comida aparece en mis pensamientos...”*

Al no permitirse fallos y contar a la perfección como compañera, los sentimientos de frustración salieron a la luz, pues al verse al espejo, éste le devolvía una imagen totalmente distinta por lo que se gritaba:

- *“¡Qué horror... soy una gorda asquerosa!”*

De su boca salieron muchos insultos para sí misma, con ellos comenzó a bajar más su pobre autoestima, pero también la soberbia y la coraza que la protegían del exterior se hicieron todavía más fuertes:

- *“¿Cómo es posible de que si soy inteligente, mucha gente dice que me veo bien y que tengo muchas cosas a mi favor... por qué no lo veo?”*

No sabe el momento en que dejó de verse y, mucho menos, cuando empezó a castigarse y a darse apelativos despectivos que la lastimaban; ahora era ella la

que lo hacía, sin saber por qué. Pensaba que no merecía nada por el cuerpo que tenía y que sólo podría tener cualquier cosa, por mínima que fuera, hasta el día en que se viera al espejo y se gustara.

En el fondo sabía que esto nunca pasaría porque todos los insultos que se dijo se le quedaron muy marcados y grabados en su mente, creyéndoselos como verdades absolutas; tras una agresión venía otra más fuerte hasta convertirse en ofensas muy grandes y devastadoras para su autoestima.

'Obesa, puerca, cerda, gorda, grasosa, asquerosa' eran algunas de las palabras que se repetía al verse espejo, que le mostraba una realidad cada vez más distorsionada. Al saberse imperfecta, gorda y fea ANA se reclamaba constantemente:

- *"¡Eres una estúpida porque ni siquiera puedes controlar tu manera de comer!"*

La depresión también la experimentó muchas veces, no creía lo que los demás decían de ella acerca de sus capacidades y de todo lo que perdería si no conservaba su salud. La razón era simple, no podía ser tan buena en los aspectos generales de su vida si en una parte de ella no tenía en control:

- *"De qué me sirve tener todas las cualidades del mundo, si lo único que quiero es no ser una gorda asquerosa, quisiera ser más delgada para no tener panza, ni lonjas... pero ¡no puedo!, si en ésto no puedo... cómo voy a ser perfecta como todos los demás dicen..."*

ANA creía que su felicidad se basaba en el cuerpo que había idealizado, al creer que con él tendría mayor aceptación y admiración en su grupo, que los haría felices y la querrían más; dejó de entender y aceptar que ellos estaban con ella por otras cualidades y virtudes muy distintas al cuerpo que tuviera.

No olvidaba todos los comentarios hechos por su familia, amigos y compañeros respecto a su cuerpo. Se sintió muchas veces atacada y susceptible, todas las palabras que recibió le sirvieron como motor para empezar y le funcionaban para continuar con su necia idea de adelgazar y- pensó- que una vez que consiguiera el cuerpo que alguna vez soñó, sería y demostraría que podía ser alguien totalmente diferente a la que en algún momento tanto criticaron.

Su conducta anómala la supo esconder muy bien, familia y amigos sabían del problema pero no de su gravedad. A veces comía y vomitaba, otras se restringía tanto que era increíble como lograba sobrevivir. Por falta de nutrientes en su cuerpo, su mente se encontraba siempre débil por lo que era presa fácil de la depresión, pensamientos negativos y una muy baja autoestima. Pensaba que la sobrevaloración que tenían de ella debía de quedar reducida solo a migajas:

- *“No brillo en nada, no me distingo en nada y yo lo sé, pero decirlo es como reconocer que a lo largo de este año no he querido a nadie y que nadie me ha querido... nada me sale bien. Es como decir y admitir a todos que soy fea, que no me tengan tan alto en su escala de valores porque no valgo nada... y desde luego no me crean capaz de nada porque soy fea...”*

ANA deseaba poder regresar el tiempo y seguir con la vida que tenía, cuando le gustaba disfrutar de la comida sin que le causara problema pero ya era imposible dar marcha atrás a un proceso que ni ella misma manejaba, pasó de controlar a ser controlada.

- *“Me gustaría comer una manzana, un yogurt con chocolate y galletas, jugo, refresco, leche de chocolate pero sin vomitar y claro sin engordar... aunque no necesito toda esa comida. ¿Cómo era posible que comiera todo eso asquerosamente engordante?... pero ya no puedo... ya no más. ¿Por qué quiero seguir adelgazando? No, no, no, yo sólo no quiero*

engordar... Oye ANA –se preguntaba-... ¿Qué tal un heladito? OK, sólo si me salto una comida ¡así no engordo!”

El raciocinio que la caracterizaba, quedó nulo frente a su nueva rutina estricta que le nubló la capacidad de apreciar cuando ese estilo de vida se convirtió en mortal para ella. El hambre era infernal, sobrevivía con una sola comida en todo el día, siempre se restringía y le aterrorizaba cualquier cosa que fuera a comer.

- *“Si alguien me dijera que con la dieta que llevo me quedaría en 48 kilos no volvería a pensar en vomitar, pero si me dijeran que con mi dieta y vomitando adelgazaría más ¡no lo pensaría dos veces! La verdad es que no me gusta vomitar, todo mi cuerpo tiembla y me arde el estómago... Hoy desayuné media galleta y un yogurt con cereal, en la comida fue un poco de atún con un pedazo de pan –he intentado abandonarlo, sé que es el culpable de mi gordura-... Si sólo hubiera comido algo de fruta merecería una buena cena, moderada claro, pero... ni modo, comí bien y por eso no merezco cenar... si me entiendes ¿verdad?”- se hablaba frente al espejo.*

Diariamente se repetía frente al espejo:

- *“¡Eres una puerca, gorda... deja de tragar! ¿Qué no ves que es la única manera de conseguir lo que quieres?”*

Mientras más intentaba evadir la comida, más se le presentaba en cualquier situación; el hambre llegó a ser de tal magnitud que tenía que comer un dulce o una fruta para engañar a su cuerpo, el cual le comenzó a reclamar la falta de alimento. Dolores de cabeza, un cuerpo descompensado y una inanición impresionante fueron sólo algunos de los avisos que le daba a ANA, pero ella lo interpretó como buenos resultados en su baja de peso.

Al informarse sobre su estado de salud, supo que sufría de un desgaste de energía, su cuerpo había comenzado a usar las reservas (grasa) que tenía. Al saberlo se sintió feliz porque había llegado el milagro que tanto esperó y exclamó:

- *“Por fin estoy desgastando lo que tanto ahorre, ahora será más fácil adelgazar”*

Sus comportamientos obsesivos con la comida se presentaban hasta en sus sueños, cuando lograba conciliarlo, no la dejaban descansar en paz, día y noche su mente trastornada se las arreglaba para mantenerla al tanto de su situación: comer o no comer.

- *“He tenido pesadillas recurrentes... en la primera acababa de comer y mi mamá llegaba con mi helado favorito y me decía ‘te lo tienes que comer TODO’... fue horrible porque ya no me cabía nada más; en otro me tragaba muchas galletas, como en los viejos tiempos, cuando desperté sentí un gran alivio... ¡había sido sólo una pesadilla!”- recordó.*

ANA tenía que comer pues no deseaba morir, al sustituir la comida sólo se permitió comer galletas que repartía a lo largo del día, éstas la ayudaron en esos momentos en los que el hambre la acechaba ferozmente. No siempre pudo engañar a su cuerpo de esa manera, ella sentía como su hambre se intensificaba, era lógica la reacción de su cuerpo y de su mente al exigirle alimento. Pensaba que cada hora que pasaba era una hora ganada, creía y quería ganarle a su enemigo:

- *“Ya casi acaba el día... sólo aguanta un poco más ANA, tu puedes... ya llevas la tarde, ¡y llegaste sin comer!... ¿Ya qué te falta para la noche?”*

Veía como las horas pasaban lentamente, buscaba con desesperación distraerse en algo, en alguna otra cosa que no fuera la comida para no hacer más larga la espera de la noche.

- *“¡Necesito mis malditas galletas!... ¿Dónde están? ¡No soporto el hambre! ¿Cómo es que ya no aguanto como antes?...” – se gritaba.*

Definitivamente las cosas ya no serían como antes, su cuerpo necesitaba alimento y era en las noches cuando la necesidad se incrementaba. Sin poder controlarse, como lo había hecho hasta ese entonces, sucumbió ante la comida de una manera compulsiva; una vez saciada su hambre, sentía una enorme culpa y desprecio por sí misma:

- *“¿Qué hiciste? Ahora como ya tragué todo esto, ¡mañana no desayuno!, necesito desgastar todo, tengo que correr... y...tengo que...”*

Sin embargo, llegaba la noche y con ella la tentación por lo que volvía a caer. Su situación se convirtió en una pelea con la comida a todas horas, la quería vencer pero no podía, el hambre se transformó en su peor enemigo; la eterna lucha la encarnaban: ella, el hambre y la comida, esa sustancia que, por mínima que se llevara a la boca y masticara, contenía calorías.

Buscó la manera de deshacerse de toda posibilidad de engordar, así que optó por masticar la comida y escupirla, despedazarla y comer sólo una tercera parte o simplemente comer algo dietético.

El hambre nunca desapareció, aunque ella se empeñara en evadirla, controlarla o quitarla por completo; esta necesidad estaba como recordatorio y castigo por no lograr la figura que quería, necesitaba conseguir que su cuerpo se acoplara a dejar de comer o al menos hacerlo en muy pocas cantidades.

Por su cabeza pasaron muchos pensamientos, ideas, opciones para cambiar su vida, por algún momento pensó en pedir ayuda ella deseaba que escucharan sus gritos desesperados, pero nadie se percató de ellos, nadie los escuchó.

Al contrario, un compañero de la escuela le sugirió:

- *“Sí estás flaca, pero creo que estás muy bien... sólo necesitas hacer un poco de ejercicio, te hace falta músculo en los brazos... haz flexiones...”*

La idea de que su cuerpo no fuera lo suficientemente perfecto la motivó a hacer caso de los comentarios, por lo que el ejercicio se intensificó. Una parte de ella quería parar, ya no podía seguir con esa vida llena de angustia y miedo por el peso y la comida, pero la otra parte, la empujaba hacia el otro extremo:

- *“No he vomitado y no quiero hacerlo... el hambre que tengo es infernal quisiera dominarla, pero no puedo. Hoy haré mucho ejercicio para tener hambre, luego comer un poco y otra vez ejercitarme para quemar calorías... Todas las mañanas me levanto desganada con un fuerte dolor de cabeza y la garganta ni se diga, todas las noches parecen las mismas: agitadas, con la misma maldita hambre y sin conciliar el sueño... Amanece de nuevo... el desayuno lo como sin ganas con lo que comienza un día más en el que no hago nada, no me quejo... no es una queja...”*

En muchas ocasiones ANA prefirió estar muerta a seguir viva en esa situación angustiada y desesperante, el pánico de aumentar tan sólo unos gramos la volvió una persona voluble, vulnerable, temerosa y vacía. No era concebible ‘vivir’, si es que eso era vivir, con poco alimento en su estómago, con la excesiva actividad física diaria, con el gran esfuerzo para realizar sus labores escolares y clases extra; su vida estaba llena de actividades que no le permitían descansos.

En muchos momentos ANA no tenía fuerza para levantarse de su cama y seguir. Conforme avanzaba el tiempo, perdió el interés por arreglarse e inclusive bañarse; pasó de ser una joven pulcra a una desaliñada, sin intereses –más que perder peso-, deprimida por todo y con un humor en constante cambio.

Las pocas veces que ANA habló con su madre, ella la notó muy mal por su forma de hablar y comportarse y hasta le llegó a decir en una ocasión:

- *“Hija, estás muy mal, te tiene que ver un doctor, si no tu vida acabará muy pronto. Lo único que tienes que hacer es comer... ¡come! Tienes una vida por delante, eres inteligente, bonita, con muchas cualidades, no echas por la borda todo lo que tienes...”*

A lo que ANA respondió furiosa:

- *“¡Si cómo no! ¡A mí nadie me quería por gorda! ¿Lo recuerdas? Me tomaron en cuenta cuando adelgacé, así que estoy bien... no tengo nada, al contrario, ¡estoy mejor que nunca! ... sólo déjame en paz”*

Antes de que su madre le pudiera contestar ANA la sacó de su habitación cerrando la puerta violentamente, actitud muy usual en ella en últimas fechas algo a lo que la familia se habituó. Doña Susana, otras veces enérgica, esta vez se sentía incapaz de hacer cambiar de idea a su hija; intentó de todo y nada funcionó al contrario, sólo empeoraban las cosas cuando intentaba poner una solución. Tal vez lo que esperaba era un milagro.

Desde ese día, ni ANA ni su madre, o algún miembro cercano de la familia, intentaron hablar entre sí. Pero lo que nadie sabía, ni mucho menos sospechaban, era que ANA atravesaba por una etapa crítica de la enfermedad, estaba a un paso de que su anorexia adquiriera cronicidad.

- De la *anorexia* leve a la grave

El indicio a tomar en cuenta para saber que se está frente a una anoréxica grave ocurre cuando sus conductas se vuelcan mucho más obsesivas que las practicadas hasta el momento, llevándola a ser más estricta y persistente en sus rituales y hábitos alimenticios; a pesar de eso, no está claro cuando es que abandona el terreno seguro para visitar y permanecer cerca de la muerte.

La gravedad del trastorno es visible en la drástica disminución de peso, pasan de un peso muy bajo a un extremadamente inferior convirtiéndose así ya en una delgadez mórbida. El adelgazamiento al que se llega varía de una persona a otra, pero puede oscilar entre un ochenta y cinco (caso grave) y un cuarenta y cinco por ciento del peso ideal. Se proponen y logran pesos más bajos, lo logran y aún así continúan con el ayuno:

“... el orgullo por lo alcanzado, la comprobación de que soportan el hambre mejor que otras personas, las manifestaciones de admiración y envidia del entorno, incitan a continuar... con un régimen todavía más severo y rígido que el anterior. Sin darse cuenta ultrapasan la frontera entre un adelgazamiento inofensivo... a la verdadera *anorexia*”⁴⁴

Conforme avanza el adelgazamiento y la inanición, desaparece la mayor parte de la masa muscular lo cual deforma la figura al quedarse con piel y huesos; a pesar de esta apariencia enferma ellas continúan en su lucha por ser las más delgadas y “bellas”.

Ninguna puede establecer un peso mínimo para frenar la enfermedad, ninguno llega a ser lo suficientemente bajo. Sus actividades aumentan convirtiéndose en normas estrictas, viven aisladas y encerradas en su mundo de inanición, donde solo se obedecen sus leyes, se afanan desde la mañana hasta la noche, siempre pendientes de hacer lo que sirva a sus fines cada vez más exigentes.

⁴⁴ Gerlinghoff, Monika. Backmund, Herbert. *Op. Cit.* P. 46

Del ejercicio moderado, saludable y digno de reconocimiento lo convierten en una actividad perjudicial que alcanza tintes autodestructivos. La joven en extrema delgadez continúa con su programa deportivo exhaustivo al que le dedica horas enteras. Tras ello, aparecen señales de alarma como vahídos, debilidad y escalofríos, que prefieren ignorar e incluso les sirven como pretexto para un mayor entrenamiento. Se oponen a cualquier consejo o crítica, lo que provoca que se ponga de nuevo en marcha su círculo infernal.

El cuerpo es visto como un delito ya que no cumple, a pesar de todos los esfuerzos realizados, las expectativas y la figura que se desea que ésta adopte. Para mejorarlo todavía más, aparecen algunos instrumentos que ayudan a la medición, pese y conteo exacto y preciso.

Los más conocidos y empleados por las anoréxicas son: tablas de calorías, balanza de cocina, calculadora, báscula de baño y la cinta métrica. A estas alturas ya deben de saber la cantidad de calorías consumidas en sus alimentos, pero es mejor cerciorarse por lo que el uso de la balanza de cocina y calculadora se convierten en sus aliados para sacar la cantidad exacta y no cometer errores.

A mayor cantidad de calorías ingeridas mayor peso, por ello el instrumento más importante para determinar su peso es la báscula. Con la cinta métrica se miden, comparan y buscan disminuir sus dimensiones corporales. Las zonas a medir: caderas, piernas, muslos, antebrazos, brazos, pecho, cintura y cuello.

A la hora de comer son usuales las ausencias de la mesa y los motivos son muchos, las mentiras se vuelven cada vez más convincentes, ya se han vuelto muy astutas al argumentar su supuesta alimentación en otras horas.

Con la restricción drástica de los alimentos el organismo cobra sus primeros estragos de los muchos que le sucederán. La amenorrea aparece -en mujeres- problemas cardiacos y de circulación se hacen constantes, trastornos

gastrointestinales adquieren dimensiones exorbitantes, deshidratación y trastornos electrolíticos, afecciones dentales, frío, piel y cabello no se escapan, edemas, debilidad muscular, enfermedades oportunistas, pérdida de concentración, complicaciones por el uso de laxantes, diuréticos y suicidio.

Estas son tan sólo algunas de las consecuencias que se gestan y se desarrollan tras la pérdida grave y exagerada de peso; todas ellas se verán en el apartado correspondiente.

Sin embargo, el doctor Caballero deja en claro que no existe anorexia leve ni grave, sino que sólo adquiere cronicidad y puede tender al empeoramiento paulatino en cuanto al grado de desnutrición e incluso pueden llegar a la muerte como consecuencia de la desnutrición que caracteriza este padecimiento. Además del enfrentamiento de características psicológicas con un empeoramiento en las conductas alimentarias.

Las anoréxicas no se dan o no quieren darse cuenta del continuo coqueteo que tienen con la muerte, su vida corre un grave peligro. Muchas de ellas no desean morir, aunque algunas lo prefieren a estar gordas. Ni los padres, familiares o amigos podrán hacerla cambiar de opinión y hacerla conciente tanto del problema como del riesgo que éste acarrea; sólo será posible al canalizarla hacia un tratamiento específico para ella.

Pero antes de que suceda eso, el círculo vicioso empieza día tras día: El drama comienza, las peleas se intensifican, la comida se evade y se comienza de nuevo...

- Morir lentamente

ANA nunca supo cuál fue su límite, ella sólo dejó de comer y, por ende, a bajar de peso rápidamente; sin embargo continuaba a dieta porque todavía tenía que trabajar en el abdomen. Juraba que el ejercicio le ayudaría a reducirlo y bajar de peso, pero cada vez que lo hacía se agotaba casi de inmediato.

El cansancio que sentía era tal que muchas veces no le permitía levantarse de su cama, eran constantes sus dolores de cabeza que aprendió a tolerarlos, la depresión y la desesperación de no conseguir lo que quería, la hacían lastimarse con palabras que en vez de alentarla, la desmoronaban por dentro:

- *“Quiero y necesito seguir bajando de peso... vete al espejo... sigues siendo una gorda asquerosa... mírate la lonja sigue llena de grasa...”*

ANA bajó mucho de peso, eso se notaba en sus piernas, brazos y caderas, pero la “panza”, a su percepción, seguía igual o más gorda:

- *“¿Por qué sigo teniendo esta panzota?... –se decía a sí misma- ¡mírate los brazos, la espalda y las piernas!... ¡estoy en los huesos... soy un estúpido hueso!”*

Lo que ella tenía en su abdomen eran las pocas reservas que su cuerpo conservaba para sobrevivir, pero ANA lo traducía como gordura y grasa la cual estaba dispuesta a eliminar. Con mucho esfuerzo, se levantaba de su cama para realizar sus ejercicios a pesar de su severo estado de salud, a veces sin la más mínima gana de hacerlo cumplía sin fallar a pesar de que su débil cuerpo le exigía alimento y descanso.

Por algunos momentos deseaba que esta situación tuviera un fin al ver cómo su cuerpo ya no trabajaba igual que antes, ya no rendía de la misma manera en la

escuela donde ya no era la mejor, se percató de que se transformaba en una persona distinta:

- *“No me siento bien, ya no puedo hacer las cosas que quiero y ya no sé si las disfruto... pero quiero bajar de peso... sólo un poco más...”*

Su dieta estricta pasó a ser más severa, ANA dejó de comer casi por completo lo que repercutió terriblemente en su salud, ya de por sí en mal estado. La poca ropa que conservaba prácticamente se le caía por los kilos que llegó a perder en sólo unos meses.

- *“Acabo de pensar una cosa: se ha ido la mitad del año y ¿Qué he aprendido? ¿Qué me ha dejado?, más problemas, 43 kilos y al final me he quedado sin amigos...”*

Solitaria, triste, malhumorada y deprimida, eran los estados de ánimo con los que ANA lidiaba todos los días y a todas horas. Nadie deseaba hablar con ella, excepto su madre, su obsesión la había arrastrado a la más profunda soledad.

- *“Hoy me volví a pesar: 42.450 gramos... creo que estoy comiendo muy poco pero... ya me acostumbré a comer así, a mi estómago ya no le cabe mucho... De un tiempo para acá he tenido mucho frío aunque use mucha ropa logro sentirlo en los huesos, mis manos y pies siempre están congelados, la piel siempre erizada.... Hay veces que me siento tan cansada sin esforzarme como si no tuviera fuerzas para seguir. Mi cuerpo está reseco y se ha despellejado, al desvestirme un polvo blanco se dispersa en el aire... es piel muerta, ¡mi piel muerta! Pero ya no me importa...”- se decía para sí misma.*

A consecuencia de sus dietas y restricciones alimenticias, los estragos en el cuerpo de ANA se presentaron poco a poco: el cabello se le reseco y se le caía

con facilidad, sus uñas se le rompían con frecuencia, su piel se tornó opaca y era cubierta por un vello muy fino, además tenía un color amarilloso:

- *“Bueno... creo que ya estoy delgada, pero no me gusta lo que me pasa, las secuelas que tengo, las marcas en mi piel, la caída de mi cabello... creo que no estoy bien... sé que no estoy bien”*

Lamentablemente, las cosas empeoraban en la escuela, su rendimiento y calidad ya no era la misma, su mente ya no retenía ni el más mínimo detalle, se desesperó por no entender. En ese momento estalló:

- *“No le estoy entendiendo nada a este estúpido libro... no sé de lo que habla, lo he leído diez veces y no puedo entenderle... algo pasa conmigo, ya ni mi cerebro funciona”*

ANA sabía cual era su problema, se llamaba ‘anorexia nerviosa’ y se había convertido en su estilo de vida, tenía conocimiento de lo que le podía ocasionar:

- *“¡Hasta me puedo quedar loca!, me puedo quedar sin nunca entender, se me están muriendo las neuronas y de qué va a servir mi vida así...”*

Ideas confusas rondaban en su cabeza, sentía y sabía que podía morir, pero en nadie confiaba, alejó a muchas personas que la querían. Sus problemas físicos se agravaban con el tiempo pero a nadie se lo dijo. Tenía miedo, miedo a que la ayudaran, miedo a abandonar un estilo de vida al que se había habituado, miedo a dejar su cuerpo delgado y convertirse en obesa de nuevo.

- *“No tengo mi periodo y ya no sé muy bien lo que es ir al baño... He mentido al decir que tenía hambre porque lo único que pienso, siento y quiero es no comer. Eso se refleja en mi peso: 42 kilos ¡ya no lo puedo*

controlar! Yo quería pesar 45 tal vez 46 no más, pero ¿no menos? No lo sé... nunca lo consideré ¿Qué ha pasado? Simplemente no lo sé...”

Doña Susana llevó en contra de la voluntad de su hija a un par de médicos quienes la canalizaron con psicólogos, psiquiatras y nutriólogos, todos la alertan y le hacen la misma recomendación una y otra vez: no debe permitir que ANA baje más de peso porque puede morir.

- *“Fui a dos psicólogos con mamá... está asustada y yo también, me aterra la idea que se le ha metido en la cabeza... ¡quiere meterme a un hospital! Confío en que no arruine mi vida de esa manera y acepte que estoy bien. Hasta ahora sé que camino sobre una cuerda floja con mi cerebro vacío abierto a una sola cosa: la comida... La cuenta regresiva comenzó... tic, tac, 41.500 gramos y no se detiene tic, tac 41... tic, tac 40... tic, tac 39.800 marcó esta vez... ¡ah! pero eso es antes de cenar...”*

Sus padres han hablado de la situación grave en la que está ANA a lo que don Santiago decide hacer algo al respecto, cree poder hacerlo. Habla con ella, primero tranquilo y calmado, después se desespera, grita y abofetea a su hija, su padre nunca la había insultado, ni mucho menos golpeado.

La madre de ANA acude a la recámara de su hija, quien le dice:

- *“Papá me hizo decirle que sé que hay anorexia de por medio, que mi delgadez no es natural ni saludable, le he prometido que lo voy a intentar. Mamá... ¡yo no quiero comer, no quiero engordar... no quiero intentarlo! Sé que todo depende de mí y me siento mal porque no quiero ganar peso ¡no quiero! Así estoy bien... no me siento cansada, ni débil, sólo no tengo la regla y siento mucho frío, por lo demás estoy muy bien...”*

Su madre la consuela, procura comprenderla y la motiva, pero ANA ha abandonado su frágil cuerpo dejándose llevar por sus pensamientos que la llevan lejos de aquellas palabras de la persona que la quiere viva.

- *“Ya no le pareceré atractiva a Lalo... nunca saldría conmigo y seguro que me despreciaría si supiera todo esto...” – se dice a sí misma-*

Más pensamientos llegan a su cabeza:

- *“He leído mucho sobre anorexia, pero si es que estoy enferma ¡no quiero curarme! Papá quiere que engorde ¡OK!, si tengo que engordar, engordaré, pero no... ¡no quiero engordar!*

No quiere estar internada en un hospital, tiene mucho miedo y por ello, accede a las peticiones de sus padres por comer, aunque fuera un poco, tiene que hacerlo pues de no ser así, el equipo clínico la espera por un buen tiempo.

- *“Hoy he tenido que comer, ojalá lo pudiera quemar todo, o mejor aún, no haber comido nada; hay galletas, cereales, fruta, pan, yogurt pero no quiero nada... no sé que desayunar y no quiero hacerlo, luego... la comida y la cena... ¡pero tampoco las quiero!”*

Las visitas con el psicólogo son dos veces por semana, al endocrinólogo y nutriólogo los visita una vez por semana, el psiquiatra ha tenido que esperar. Con la promesa de recuperar peso, ANA comenzó un tratamiento ambulatorio, es decir, no era necesaria su hospitalización. Sin embargo, los médicos le advirtieron que si llegaba a los 38 kilos sería urgente. Esa idea no le gusto:

- *“¡No quiero curarme!”*

ANA sentía como le lastimaban sus huesos si no se encontraban protegidos por ropa acolchada, su cuerpo caquético y alargado parecía deslizarse sobre las superficies, ya no era agradable su situación.

- *¿Cuándo cambió mi vida tan rápido sin darme cuenta? Alguien me dijo que me estoy suicidando, que toda mi vida se destruiría y que no hago nada por salvarme... ¿pero cómo? Si no tengo la fuerza ni las ganas... estoy muy cansada. No entiendo del todo mi problema, ahora son 39 kilos y tengo que ver al psiquiatra, él habla con mamá de una hospitalización para salvarme... ¡no quiero que nadie me salve! ¿Cuál es el problema? He comido y peso lo mismo... ¿Qué he hecho mal? Al parecer me equivoqué. Me siento mal, el mundo entero se me ha caído encima, quiero llorar pero no lo hago...me he vuelto agria, egoísta y malcriada. No quiero ir a un hospital después de todos mis esfuerzos... seguro que ahí me darán de comer y... ¡no quiero! – se reclamaba.*

ANA vivió momentos de locura, depresión, ansiedad, tristeza y desesperación ante la incertidumbre de lo que pasaría con su vida, desencadenándole serios problemas a nivel físico, psíquico y emocional; muchas veces, en su estado de inanición parcial o total llegó a pensar y gritar varias veces:

- *“¡Quiero morir de una vez... no puedo vivir en este infierno, ya no más, no por más tiempo... que alguien me ayude!”*

2ª. Parte: ¿Quién tiene riesgo de padecer anorexia y por qué?

- Sintomatología de un anoréxico

Desear un cuerpo sano y delgado que proporcione seguridad, estima, aceptación o simplemente seguir lo que los demás hacen es lo que muchas personas persiguen al iniciar un régimen alimenticio; se comienza con las ya conocidas 'dietas', leídas en revistas y sitios de *Internet*, vistas por televisión, transmitidas de boca en boca, todas ellas promulgadas, aceptadas y aplaudidas por personajes que las llevaron a cabo y les funcionaron.

Dieta es definida por la experta en nutrición, Claudia Ramírez, como aquello que se come a lo largo del día, a partir de esta alimentación diaria y cotidiana se dividen las dietas en: reductivas, hipocalóricas, hiperprotéicas, entre otras; es justamente ahí donde el término se distorsiona. La sociedad cree que una dieta es lo que se hace para bajar de peso, lo cual no es del todo necesario.

Algunas dietas reducen la ingesta alimenticia en toda la línea mientras que otras lo hacen sólo en algunos ingredientes, la reducción de las calorías es acompañada de un entrenamiento físico. Algunas personas la siguen al pie de la letra, pero hay otras que son más indulgentes y ceden ante el primer antojo.

Todos estos rituales son llevados a cabo por miles de personas alrededor del mundo - occidental sobre todo-, hagan lo que hagan para adelgazar ninguno de estos comportamientos indica la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria. Pero de cierta manera, estas conductas aceptadas socialmente aunadas a ciertos ideales estéticos favorecidos sirven claramente de pantalla para la *anorexia nerviosa*.

Día a día, los que se suman al meticuloso cuidado corporal para cubrir las exigencias sociales de la delgadez son los adolescentes y jóvenes. Ellos, el sector más vulnerable para la adquisición de este trastorno, en aras de la belleza cometen atentados contra la salud; la mayoría de las veces lo hacen sin supervisión médica y cuentan como única guía los consejos, las pseudo dietas que les recomiendan o que leen en algún lugar. Se toman, comen, untan y se someten a miles de castigos corporales con el único fin de ser 'bellos'.

En la actualidad el cuerpo "perfecto" se ha convertido en un colectivo imaginario que ha llevado a creer que éste existe, al grado de llegar a extremos alarmantes, un claro ejemplo es la *anorexia*. Este trastorno del comportamiento alimentario es el más cruel y despiadado de las afecciones psíquicas al afectar sobre todo a las mujeres, aunque ya se le unen los hombres, en la pubertad y adolescencia.

Si partimos del punto en el que ya es común leer, escuchar o saber a grandes rasgos cuál es la sintomatología que presenta una persona con *anorexia nerviosa*, no es fácil describir 'el perfil' de una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación o de su familia. En general, se observa cuando el trastorno está instalado, y afecta la personalidad con lo que vuelve difícil la separación de los rasgos característicos de la persona con los que aparecen como resultado del trastorno.

La mayoría de las veces se pasan por alto las manifestaciones que tenía el individuo antes de precipitarse el trastorno. De entre las cuales, se observa que son niños modelos y que llevan una relación de dependencia con su madre:

"... que apenas pudieron soportar los más breves periodos de separación. En sus tareas escolares obtuvieron muy buenos resultados gracias a su constante aplicación... tienen una actitud ahorrativa y ambiciosa... La falta de espontaneidad, asociada a la escasa intuición de estas niñas corresponde a la actitud básica, pasiva y sumisa..."⁴⁵

⁴⁵ Schutze, Gerd. Anorexia mental. Herder. Barcelona. 1983. P. 20

La *anorexia mental*, iniciada tiempo atrás, es desencadenada como trastorno al comenzar la idea - real o ficticia - de bajar de peso, ellas sabrán cuándo parar. Sin embargo a lo largo del proceso de adelgazamiento, la idea se pierde al igual que los kilos que ya son bastantes.

En algunas chicas se distingue el momento en que comenzó el trastorno, en otras no, esto es porque varía la delgadez a la que se llega. Amanece el día en que la reducción de peso se independiza de cualquier otra consideración para convertirse en una finalidad propia y deja atrás los objetivos y las razones iniciales de orden estético.

Las anoréxicas tienen una grave distorsión en la percepción de su figura corporal, lo cual es crucial para continuar con la dieta ya de por sí mortal; al comentarse su delgadez, casi cadavérica, lo niegan y alegan todo lo contrario, no tienen conciencia de su enfermedad. Por su inanición desaparece la mayor parte de la masa muscular. Sin embargo, no se ven feas sino todo lo contrario, siguen empeñadas en ser más delgadas, según lo que para ellas eso signifique.

La alimentación sufre una resignificación debido al nuevo orden que estas jóvenes le otorgan al agruparlos en: alimentos 'tolerados' y 'prohibidos'. En los primeros: verduras, frutas, lácteos bajos en grasa o descremados, alimentos con base líquida, agua, té y café, todos ellos deben permanecer en estado 'puro', no está permitido combinarlos. Los segundos: azúcares, grasas, hidratos de carbono, harinas, carnes y cualquier alimento que tarde más de treinta minutos en digerir, aquí existen los alimentos combinados. Como auxiliares de dieta: dulces o chicles sin azúcar y la conocida *coca – cola light*, ayudan a combatir los intensos estados de inanición.

La hora de la comida es un rito para ellas, ya que tienen ciertos platillos que preparan de manera idéntica, comiéndolos diariamente a la misma hora para corroborar si da resultados en su baja de peso. Para la gran mayoría es

inconcebible comer algo que no ha sido preparado por ellas, pues al ignorar su composición prefieren no ingerirlo.

En la mesa beben líquidos con cuchara, comer con palillos, muy despacio para prolongar su masticación; trocean, pican, trituran y desaparecen la comida del plato, pero nunca la comen por completo. Otros comportamientos que aparecen son: el aumento de observaciones, conversaciones y lecturas relacionadas con la alimentación y el peso; se informan de calorías, dietas, cremas y ejercicios que facilitarán la disminución de peso acompañado de gasto calórico.

Coleccionan libros, revistas, recortes y recetas relacionados con la preparación de alimentos. Se inmiscuyen en la cocina para preparar platillos que no probarán e insistirán en que su familia se alimente. Mastican chicles sin azúcar y beben constantemente agua, té y café sin azúcar para distraer el hambre. Su constante sensación y ansiedad por comer se calma al ir a los supermercados y visitar la sección de dulces y comida chatarra, pero no compran nada, la tentación tiene que permanecer a distancia.

Para justificar, ocultar o desviar la atención que ellas y su enfermedad generan, las más refinadas mentiras y engaños se convierten en sus mejores aliadas con relación a lo que comen y al peso. Ellas rompen con el modelo tradicional de alimentación: rehúyen de la mesa o comen a solas siempre que pueden.

La nutrióloga Ramírez agrega otros comportamientos como: empiezan a pedir comida asada sin grasa, eliminan la carne roja, pasan de la comida chatarra y de todos aquellos alimentos que creen que les engorda; esconden la comida, la tiran y a todos les dicen que ya comieron cosa que no es verdad. La característica principal de su alimentación es que es demasiado restrictiva, sobre todo a lo que carbohidratos, azúcares y grasas se refiere.

La delgadez les merece a estas chicas infinidad de elogios, al menos en un principio; es frecuente que añadan otros comportamientos similares en donde se les reconozca su dedicación y esfuerzo al grado de sobresalir. Multiplican el esfuerzo en la escuela o trabajo, se trata siempre de un esfuerzo demostrable.

Se vuelven exigentes consigo mismas al grado de que:

“...el perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal, de los rendimientos... del comportamiento. Por regla general, la dedicación al estudio es superior a lo normal. Lo mismo ocurre cuando se practica una actividad deportiva”⁴⁶

Es interesante la nueva información que proporciona la licenciada Verónica Vázquez, psicóloga de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Nutrición, cuando habla de que son mujeres muy inteligentes y que tienen los primeros lugares en la escuela; sin embargo, hace poco una investigación descubrió que no necesariamente es que sean inteligentes, sino que es gente que se esfuerza y sobresale por el temor al fracaso y al no sentirse aceptadas, haciéndolas caer en conductas obsesivas.

Con una mente trastornada y obsesiva con su alimentación, imagen corporal y su mantenimiento, no es de extrañar que aparezcan e incrementen las actividades físicas que buscan acelerar la pérdida de peso, su finalidad es quemar más calorías a pesar de la reducción del aporte calórico al que se someten. Las actividades que se intensifican son: natación, bicicleta, caminatas, correr, aeróbicos, *danza, ballet* y gimnasia.

“Un programa les atrae: consumir más calorías de las que ingieren, es decir, alcanzar un balance energético negativo. A veces reducen drásticamente las horas de sueño, evitan los ascensores y las escaleras mecánicas y permanecen de pie durante las actividades que normalmente realizarían sentadas, como leer, estudiar, hacer trabajos manuales o mirar televisión”⁴⁷

⁴⁶ Del Toro, Josep. *Op. Cit.* P. 8

⁴⁷ Gerlinghoff, Monika. Backmund, Herbert. *Op. Cit.* P. 49

Su comportamiento obsesivo se manifiesta a la hora de elegir el tipo de entrenamiento, su duración y su dureza.

“Su actividad motora parece casi inagotable y contrasta de forma clara con la creciente debilidad física. Únicamente, en los estadios finales de la enfermedad se produce un estado de agotamiento generalizado, con disminución de la capacidad de percepción”⁴⁸

Su personalidad, en constante transformación, no sólo se demuestra en su manera de comer, sino que se palpa en sus drásticos cambios de humor que ni ellas comprenden; se instauran actitudes contradictorias poco explicables por ellas y por los que las rodean. Pasan de ser muy meticulosas, formales, limpias y ordenadas, a transformarse – con el avance de la enfermedad - en descuidadas tanto en su aseo personal como en su indumentaria.

Frente a extraños, se muestran introvertidas, reservadas, incapaces de demostrar y expresar cualquier afecto o deseo. A diferencia de lo que ocurre en el seno familiar, sobre todo con la madre, con quien se muestra áspera, hostil, desafiante, fría y un tanto despiadada, con una conducta egocéntrica y exigente.

Su estado anímico, es más bien depresivo reflejándose en su seriedad, infelicidad y soledad.

“Los síntomas de ansiedad, depresión, obsesivos y compulsivos constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. La malnutrición y el progresivo adentramiento en una situación cada vez más estresante provoca tristeza, irritabilidad, depresión, ansiedad, dificultad de concentración, cambios de humor, perturbaciones del sueño, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio, etc.”⁴⁹

Todas estas características son atribuibles a los efectos de la inanición.

⁴⁸ Schutze, Gerd. *Op. Cit.* P. 22

⁴⁹ Del Toro, Josep. *Op. Cit.* P. 8

“*Clauser* (1961) califica a estas pacientes conforme a sus manifestaciones externas, de asténicas insensibles y espiritualizadas, que apenas aparecen a nuestros ojos lejanas y sin energía, sin vitalidad, frágiles y delicadas, cuando, en el fondo, poseen una gran vitalidad y son de carácter dinámico y explosivo.”⁵⁰

Al carecer de vida afectiva, por el escaso contacto con el exterior, están sumergidas en una profunda soledad y depresión; tienen poco interés en desarrollar algún tipo de lazo emocional con amigos o personas ajenas a su entorno familiar. Sus relaciones interpersonales siempre están alteradas, la conflictividad familiar suele ser la norma.

“Pertenece a una clase social media o alta y suelen residir en una ciudad... Tienen notables dotes creativas... practican un idealismo místico por la delgadez, la limpieza y la pureza... son solitarias... muchachas excesivamente preocupadas por la alimentación y el peso, inseguras y suspicaces... Tienen baja autoestima intelectual y física... Muy disciplinadas...son poco espontáneas y muy frías afectivamente... caprichosas y con algún rasgo histeroide. Ambiciosas de saber y poder... Participan en el complejo de Peter Pan... Suelen ser muchachas llenitas que deciden adelgazar. Se llevan mal consigo mismas y con los demás... escasa frecuencia con que padecen anginas, gripes, catarros... Rechazan cualquier ayuda que se les ofrezca. Su caquexia las enorgullece como su mayor éxito personal...”⁵¹

Al transcurrir la enfermedad, la ingesta se vuelve insuficiente, aunque se debe considerar que al conservarse la sensación de hambre la restricción es voluntaria. Con el avance de la enfermedad puede llegar a producirse la pérdida de la sensación de hambre, es decir, del apetito. Tanto el apetito como el hambre se conservan permanentemente, pero son reprimidos con tenacidad.

Al suprimir el alimento las crisis agudas de hambre se intensifican, al grado de vivir con grandes sentimientos de culpa y durante las cuales engulle todo lo que encuentra a su alcance. Los episodios bulímicos aparecen agravando la situación de la enferma, pues día con día cae en un profundo abismo que parece no tener fin.

⁵⁰ Schutze, Gerd. *Op. Cit.* P. 25

⁵¹ Martínez-Fornés, Santiago. *Op. Cit.* P. 71-74

“Llega el día en que rompen el régimen... la sensación de hambre es más fuerte, en ocasiones la presión de los padres se hace irresistible: comen más de lo que tenían previsto y luego lo vomitan deliberadamente. Así suelen comenzar esos ataques de voracidad desaforada, la *anorexia* se complica con episodios de bulimia”⁵²

Al satisfacer el hambre pospuesta por días, semanas e incluso meses reconoce que todos sus esfuerzos han sido en vano, siente odio y desprecio por sí misma. En este entramado de sentimientos negativos hacia ella, suele aparecer otra conducta irregular: los vómitos. El vómito es un signo de eclosión para dar paso a la combinación de *bulimia/anorexia*, ven a este acto como una solución, en tanto que les permite comer en exceso y al mismo tiempo mantenerse delgadas.

Estos actos permanecen ocultos al considerarlos vergonzosos y repugnantes, se desarrollan clandestinamente –atracones y vómitos -. La tendencia a vomitar se mantendrá e incrementará pues al establecerse como hábito se practica aun en ausencia del atracón, la menor ingesta desencadena malestar y éste desaparece con el vaciado del estómago.

Durante la condición anoréxica es común el uso de laxantes que ayuden a mitigar los continuos estreñimientos o constipaciones intestinales. Con los diuréticos -medicamentos que emplean cuando piensan que han retenido peso debido a problemas estomacales- aminoran su angustia pues piensan que al disminuir la retención líquida, el peso también bajará.

Físicamente, el organismo presenta serias modificaciones debido a la restricción alimentaria a la que se le ha sometido. Existen una serie de síntomas que se presentan en estas jóvenes, los cuales se agrupan en una tríada somática:

“1.La restricción alimenticia o el uso de laxantes y la aparición del vómito después de las comidas... 2. Un estreñimiento crónico... 3.La amenorrea, que, en los dos tercios de las

⁵² Gerlinghoff, Monika. Backmund, Herbert. *Op. Cit.* P. 19

pacientes, procede al adelgazamiento, como síntoma precoz, y en el resto aparece solamente en el curso de la enfermedad”⁵³

Los síntomas principales con los que se puede descubrir, *grosso modo*, si una persona padece o está en vías de padecer *anorexia nerviosa*, se mencionan a continuación para que sirvan como auxiliar y alerten a aquellas personas que la sufran o que tengan algún familiar o amiga/o con este padecimiento:

‘Falta de peso, sensación extemporánea de frío, mareos o vértigos, flojera de piernas, caída de cabello, dentadura dañada, aparición de vello corporal, piel escamosa uñas frágiles, circulación deficiente en manos y pies, tensión baja, pulso lento, edemas, amenorrea, trastornos del sueño, pérdida de concentración intelectual, ideas y actos obsesivos, inestabilidad emocional y depresión’

Para el doctor Caballero es importante que tanto familiares como amigos denoten estos signos de alarma y que puedan considerar la posibilidad de pedir ayuda especializada. Agrega la presencia de un adelgazamiento exagerado a lo largo de algunas semanas o meses, la presencia de conductas restrictivas en cuanto a la alimentación, ayunos prolongados, aplazamiento de situaciones que tengan que ver con la comida o evitación total; ejercicio excesivo en cuanto a número de horas y esfuerzo físico. Y a la larga, el hecho de que la persona muestre datos de un adelgazamiento severo, palidez y anemia. Enfatiza que el único capaz de hacer un diagnóstico acertado es el médico, quien las canalizará y les dará un tratamiento adecuado.

En el ámbito psicológico y psiquiátrico los avances han crecido a pasos agigantados, puesto que ya es posible contar con un diagnóstico fiable, preciso y veraz para detectar si una persona padece o no *anorexia*. Los criterios actuales para la *anorexia nerviosa* se definieron en el año de 1995, a través del Manual

⁵³ Schutze, Gerd. *Op. Cit.* P. 17-18

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV). A continuación se exponen para que sean del conocimiento del lector.

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.)
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia del al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. Ej. Con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

- TIPO RESTRICTIVO: Durante el episodio de *anorexia nerviosa*, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)
- TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO: Durante el episodio de *anorexia nerviosa*, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas⁵⁴)

Este trastorno, con ya bastantes años de existencia, últimamente crece de manera acelerada y se propaga entre la juventud bajo el mandato de la 'nueva estética corporal', la cual tiene en sus filas a infinidad de partidarios a esa delgadez tan deseada y venerada a la que muchos no logran alcanzar.

Al perder el control, al salirse de sus manos lo que comenzó como un juego y como un reto se convirtió, con el paso del tiempo, en su estilo propio de vida. La

⁵⁴ Urresti, Begoña. Anorexia, bulimia, salud y juventud. "Aspectos clínicos de los trastornos de la alimentación" Jornadas de 13 al 24 de Noviembre, 2000. Itxaropena, S.A. Bilbao. P. 37

cronicidad misma de la enfermedad, conduce a un estado de salud deplorable y con pocas expectativas de vida.

“Estudios de seguimiento realizados entre 4 y 12 años de evolución, indican que aproximadamente el 50% de las pacientes se recuperan, el 25% permanecen crónicamente enfermas, y un 5% mueren por suicidio o por complicaciones de la enfermedad. Los factores que predicen una mala evolución son: larga duración de la enfermedad, episodios bulímicos, vómitos y maniobras compensadoras, pérdida extrema de peso, aislamiento social, falta de motivación para el tratamiento. Indican un buen pronóstico: el inicio antes de los 18 años, apoyo familiar”⁵⁵

En este apartado se mostró la sintomatología propia de la conducta anoréxica, sin embargo es necesario ir al fondo del *iceberg* para que se conozcan un poco más a fondo las causas que motivaron que la mente se trastornara a tal grado de perder la conciencia y la razón respecto al cuerpo y a la vida para dar prioridad a un suicidio estético.

⁵⁵ Urresti, Begoña. *Op. Cit.* P. 43-44

- Palabras que matan

En infinidad de momentos ANA sintió la necesidad de salir de esa oscuridad en la que vivía, muchos días deseó morir, había horas que se le hacían eternas especialmente cuando el hambre se apoderaba de su cuerpo. Sin embargo, ella siguió firme, su orgullo y 'gordura' la mantenían al pie del cañón.

A pesar de ser admirada y reconocida por su grupo de amistades, quienes le exaltaban e intentaban imitar su delgadez, ANA rechazaba esa idea, pues si les creía –pensaba- sería más fácil caer en la tentación de los alimentos y nuevamente engordar; algunas veces hacía comentarios y otras los guardaba para sí:

- *¿Cuál delgadísima? ¡Eso no es cierto! Mírenme bien... ¡estoy como una vaca! Ustedes lo dicen porque ya no quieren que siga delgada..."*

Todos los comentarios que alguna vez quiso escuchar, se convirtieron en un ataque, una burla más, la cual no estaba dispuesta a tolerar. Frente al espejo, lograba ver lo delgado de sus brazos, piernas y espalda donde era muy evidente su columna vertebral; sin embargo, esperaba que ese 'milagro' ocurriera en su 'panza' y estaba dispuesta a conseguirlo.

Deseaba comprar ropa pequeña y entrar en esas tallas, su deseo era ser delgada y su deseo se cumplió, incluso más de lo que ella pudo esperar. Un día decidió comprar ropa, al llegar a su tienda favorita buscó un pantalón en su talla inicial (le quedó muy grande), optó por la siguiente talla, se sorprendió al ver que con facilidad se le cayera de la cintura; arriesgándose se probó el más pequeño, que incluso le quedó holgado de las piernas y prácticamente se le caía:

- *"En algún momento fue un sueño entrar aquí y por fin lo he logrado, pero sé que puedo estar más delgada... ¡puedo estar aún mejor!"*

Se revelaba contra de los comentarios positivos que pudiera recibir y los transformaba en palabras negativas con el fin de lastimarse, insultarse y degradarse para -según ella- no quitar el dedo del renglón y volverse obesa de nuevo. A lo que se gritaba siempre frente al espejo:

- *“No es cierto que estés delgada... ¡tienes una panzota que no te puedes quitar! Eres una gorda, una cerda... ¡Mírate!”*

ANA deseaba creerse todo cuanto se decía, quería engañar a su mente y a su cuerpo de que necesitaba menos peso, menos grasa. A pesar de que sus huesos le lastimaban, siempre buscaba más, anhelaba que su cuerpo llegara a una “perfección”.

Los insultos se convirtieron en frases que diariamente la alimentaban, el principal beneficiado era su orgullo, pero más que para ella era para los demás, para aquellas personas que no le creyeron, la ofendieron y humillaron:

- *“¡Ya ven como sí pude, como sí lo logré!... sólo era cuestión de que me lo propusiera... ¡ya ven como me puedo comer al mundo si yo quiero!...”*

Detrás de ese orgullo se escondía una ANA solitaria y con baja autoestima, por dentro se sentía fatal, con dolores de cabeza insoportables, cansancio, sueño y sin el mínimo deseo de continuar. Se decía que en algún momento todo eso valdría la pena, que al final del camino encontraría su felicidad, que por fin tendría lo que siempre soñó.

Se valía de trucos y artimañas para evitar comer en su casa, estaba sentenciada y sabía que de no cumplir con el acuerdo de su padre, el hospital la esperaba. Optó por salir de nuevo con sus amigas, con ellas probaba bocado con lo que dejaba clara su condición de ‘chava sana’, sin enfermedad de por medio y con una delgadez fruto de comida balanceada, ejercicio y genética.

Los halagos no tardaron en aparecer, era envidiada por sus amigas, ellas habían practicado un sinfín de dietas sin resultados; para ANA ya era común escuchar:

- *“¡Ahh cómo desearía estar como tú!... ¿Qué dieta llevas? Por más que intento no logré alcanzar tan buenos resultados...creo nunca lo lograré...”*
—exclamaba una de sus amigas-

ANA no pudo decirles la verdad, no estaba dispuesta a perder todo cuanto llevaba ganado, además, ese era su gran secreto y no lo compartiría. Mientras escuchaba palabras a su alrededor, su mente repasaba las calorías que había consumido, cómo las gastaría y qué comida se saltaría y por cuánto tiempo.

Todo lo que escuchaba la impulsaba a continuar en su eterna lucha contra la ‘grasa’, los kilos, la comida y el hambre. Sus amigas ignoraban el daño que le causaban esos halagos, pues ella sólo lograba retener en su mente:

- *“¡Eres una vil cerda!... ve cómo te aman y admiran... ¡maldita comida, por qué tuve que comer si no lo quería hacer!... Esconde la panza... ANA... eres la más delgada aquí... ahora tienes que ser feliz... ¡Pero que estúpida eres!... acabas de consumir 650 calorías, ¡no puede ser! Las tienes que sacar y no puedes vomitar... ANA recuerda el hospital, tú no quieres ir ahí... tengo hambre... ¡Contrólate! por eso sigues igual de gorda, eres una gorda asquerosa... ¿Cómo es que puedes existir?...”*

- ¿Cuáles son las causas y las consecuencias de la *anorexia*?

“La *anorexia nerviosa* se caracteriza por una pérdida de peso exagerada, debido a dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas, el exceso de ejercicio, los vómitos autoinducidos y/o el abuso de laxantes. La motivación... es el temor intenso a aumentar de peso y una fuerte preferencia por la delgadez. Las anoréxicas presentan una alteración de su imagen corporal, sobreestimando el tamaño de todo su cuerpo o partes del mismo... siendo sensibles a pequeñas oscilaciones de peso, lo que las conduce a auto imponerse dietas todavía más restrictivas y ayunos prolongados, agravándose sus síntomas alcanzando pérdidas de peso peligrosas para su vida. Algunas de las consecuencias físicas: amenorrea, hipotermia, bradicardia, sequedad de la piel y lanugo, pérdida de cabello. Además de trastornos endocrinológicos debido a la deshidratación.”⁵⁶

Esta es una típica descripción clínica de la *anorexia* y no deja de causar asombro, tristeza y miedo, pero también sobresalta el sentimiento de impotencia y frustración ante la incapacidad de poder hacer algo al respecto como individuos y como sociedad. ¿Aunque seremos los que provocamos este mal? Lamentablemente los casos aumentan día con día. Las preguntas no se hacen esperar, ni mucho menos las reacciones de ciertos grupos sociales preocupados por este notable incremento de la llamada “enfermedad de moda”.

¿Qué motivó a una joven, casi niña, a lastimar así su cuerpo, su salud y su mente? ¿Cómo llegó hasta esos extremos en donde su vida peligra? ¿Quién o quiénes son los culpables de esta desgarradora situación que lleva a muchas mujeres al borde de la muerte? A continuación se expondrán las causas y las consecuencias que provoca este trastorno del comer.

El doctor Caballero, reconocido psiquiatra, nos proporciona las causas, *grosso modo, de la anorexia nerviosa*. Según él, a pesar de no existir datos que indiquen la causa o la relación entre varios factores para constituir una causa, existen hallazgos en el ramo biológico, en donde se dice que hay una predisposición

⁵⁶ Saldaña García, Carmina. *Op. Cit.* P. 110-111

genética a desarrollar este trastorno alimentario, se habla de la participación de la serotonina que modula el hambre, la saciedad y las emociones. Desde el punto de vista psicológico la persona que desarrolla *anorexia nerviosa* es la que se destaca por su rigidez, perfeccionismo, compulsión a llevar a cabo conductas siempre de la misma forma, etc. Desde el lado social la presión viene por la exigencia de la sociedad sobre el cuerpo de la mujer.

A continuación nos detendremos para explicar las posibles causas de este fenómeno social para así tener una mejor idea de lo que se habla, no sólo en esta tesis sino también en la realidad.

La *anorexia* es el trastorno alimenticio que crece aceleradamente en México, según información del Instituto Nacional de Nutrición, y además es el causante de la más alta mortandad alrededor del mundo dentro del campo de la salud mental, al cobrar la vida del 5% de las personas que la padecen. Armando Barriguete Meléndez, psiquiatra y psicoanalista del mismo Instituto y de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, afirma:

“...la *anorexia nerviosa* no es una epidemia, pero es alarmante el aumento de la incidencia y prevalencia del trastorno”⁵⁷

La *anorexia nerviosa* es considerada un trastorno multicausal y sumamente complejo, es decir, se han de dar una conjunción de elementos para que se pueda presentar. Lo conforman diversos componentes: predisponentes, precipitantes y mantenedores. Sin embargo, más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es mejor verlos como factores que hacen a una persona más vulnerable para desarrollarlo que otras.

Tanto en su génesis como en su mantenimiento juegan un papel muy importante los factores genéticos, psicológicos, cognitivos, socioculturales, de dinámica

⁵⁷ Scherer Ibarra, Maria. “*Anorexia*”. Proceso. No. 1330. México. 28 de abril, 2002. P. 37

familiar y de personalidad. La mayoría de las personas que la padecen presentan características similares aunque no tengan en común el factor que desencadene la enfermedad.

Científicos discuten si es la insuficiencia alimentaria la que origina el círculo vicioso. Las postulaciones dicen que el ayuno tal vez trastorna las células del sistema nervioso central, responsable de regular el metabolismo, de ahí que la enfermedad tienda a perpetuarse y agravarse cada vez más.

Ahora bien, al hacer alusión a factores que predisponen, precipitan y mantienen el trastorno, es necesario definir lo que estos términos significan. Lo cual se hará de acuerdo a su orden de aparición en la vida del individuo, por lo que en primera instancia se encuentra la **predisposición**. El término predisponer significa preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin, al hablar de 'factores predisponentes' se dice que:

"Hay elementos en el contexto sociocultural... y en las características individuales del sujeto o en las de su familia que 'preparan el ánimo' de esa persona de tal manera que puede prosperar más fácilmente la idea de dedicarse al culto de la figura o al control del peso corporal."⁵⁸

Para el mejor manejo y distinción entre estos factores y al seguir la diferenciación que hacen varios autores, para efecto de este trabajo de investigación, se distinguirán los individuales, familiares y socioculturales.

Comenzaré con el *individuo*, quien forma su concepción del mundo a través de sus ojos y, por ende, de lo que le rodea. Nace y se desarrolla dentro de una familia y de una sociedad. Las diferentes etapas por las que atraviesa le son significativas para el resto de su existencia al crearle un estado de conciencia y aceptación de sí mismo y de su entorno; sin embargo, no todas estas son iguales o, al menos, no para todos.

⁵⁸ Crispo, Rosina. Figueroa, Eduardo. Guelar, Diana. Anorexia y bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Gedisa. España. 1996. P. 52

La pubertad y la adolescencia son periodos difíciles por los que atraviesa el ser humano, al iniciarse cambios al nivel físico, sexual, emocional y social. A la par, se producen profundas modificaciones en el mundo del pensamiento y de los afectos. En el lado intelectual, las capacidades comienzan a perfilarse hacia la madurez pero la capacidad para contrastar los pensamientos con la realidad dan como resultado un aspecto idealista y fantasioso; la curiosidad es enorme y los intereses se multiplican con lo que se tiende a la dispersión.

Aquí es donde el joven/adolescente se encuentra en plena identificación individual, familiar y social; tiene que encontrar su propio rol dentro de cada esfera en la que se desenvuelve y eso le llega a provocar conflictos internos, los cuales se exteriorizan y cuyas formas de manifestarse son varias.

En esta época cambian las responsabilidades al tener más independencia el adolescente se incorpora progresivamente al mundo adulto. En un período corto de tiempo tiene que adquirir las pautas de conducta, cognitivas y emocionales, que rigen en su medio social. A este proceso se le denomina 'madurar' y entrar en la vida adulta. Muchas veces al estar en un camino intermedio - física, psicológica y socialmente -, le provoca inseguridad; y es ésta la fuente de baja autoestima y carencia de actitud crítica ante lo que se les presenta sea real o no.

"A estas edades se busca la aprobación del grupo coetáneo y no tanto de las personas adultas, educadores y padres. La aceptación o no, del propio cuerpo, viene condicionada por los criterios que predominen en el grupo, criterios que a su vez vienen determinados por los modelos sociales vigentes"⁵⁹

En la fase de la pubertad los adolescentes buscan su identidad, emanciparse de sus padres, asumir responsabilidades y construir relaciones fuera de la familia. A

⁵⁹ Vera, Celia. Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia). "*Genero, cultura e imagen del cuerpo*". Publicaciones de la Universidad de Alicante. 2001. P. 44

menudo no están preparados para esta situación, con lo que aumenta el riesgo de que caigan en la *anorexia*.

Esto se aplica a todos los comportamientos y características propias del adolescente, aunque también el cuerpo forma parte esencial de esta metamorfosis. Con los cambios normales en la estructura corporal, muchos de ellos evalúan su cuerpo respecto a aquellos que le rodean:

“...en ese momento en el que el adolescente compara su imagen (mental) corporal con el modelo estético corporal vigente en su medio social, que asume, anhelando y procurando que su cuerpo, renovado y recién estrenado, se aproxime a aquél. Las discrepancias entre su cuerpo y el modelo ‘oficial’ suelen interpretarse en contra del propio cuerpo con frecuencia... será preciso modificarlo...”⁶⁰

La constante transformación corpórea no sólo le dice cómo es, sino cómo le gustaría ser por lo que la posibilidad de moldear su cuerpo, conforme lo ha imaginado, aparece como opción tangible. Pero las decisiones que toman para hacerlo son tan radicales, auto lesivas, mutilantes y suicidas.

La imagen corporal es autoimagen en el adolescente, por ello cualquier factor de riesgo como sobrepeso por parte de los padres, las críticas o comentarios referidos a su cuerpo y a su imagen, algún tipo de accidente, la tendencia al perfeccionismo, los pensamientos dicotómicos que se mueven de extremo a extremo gordo - delgado, pueden ser el motor que ponga en marcha el deseo de adelgazar, lo que trae detrás el proceso anoréxico.

“Para la preanoréxica... aumentar de peso o no perderlo significa alejarse del modelo vigente e interiorizado, arriesgarse a la desaprobación del grupo, fracasar en lo que se constituye en proyecto de vida, auto demostrarse un autocontrol insuficiente, ceder ante la presión de los padres a favor del aumento de peso... Todo ello situado en un marco socio-histórico, en un

⁶⁰ Del Toro, Josep. *Op. Cit.* P. 10

momento cultural en el que el hedonismo y culto al cuerpo se han convertido en valores primordiales, preeminentes”⁶¹

Como se observa, la pubertad, la adolescencia y el inicio de la juventud son las etapas de mayor riesgo para que la *anorexia nerviosa* aparezca. Los estudios mejor documentados sitúan entre los doce y los veinticinco años como las edades más afectadas, aunque de los catorce a los dieciocho años constituyen los momentos de mayor riesgo para adquirir el trastorno.

El doctor Caballero argumenta que son padecimientos que afectan principalmente a mujeres jóvenes, entre la adolescencia y adultez temprana, aunque no es un padecimiento limitado a estas etapas de la vida pues se pueden presentar casos en otros rangos de edades. De ahí que la nutrióloga Ramírez afirme que la edad de inicio de los trastornos ha bajado, los niños han sido los más afectados situándose entre las edades de seis y nueve años.

La doctora e investigadora Aurora Serralde Zúñiga, médico perteneciente a las filas del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, concuerda con la nutrióloga, al mencionar que los casos de niñas de entre seis y nueve años de edad que se suman al trastorno se deben a que todo el tiempo se les habla de dietas, ejercicios, comentarios sobre el peso y quieren parecerse a su artista; además tienen a su muñeca *Barbie*, con un cuerpo estilizado que no corresponde a las proporciones ni a las medidas del cuerpo humano.

La psicóloga Verónica Vázquez, quien labora en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en la Clínica de Obesidad y Trastornos de Alimentación, argumenta que en la adolescencia es cuando se presentan estos trastornos debido a que es la etapa de ajuste de la inmadurez psíquica, por lo tanto se es muy vulnerable.

⁶¹ Toro, Josep. Vilardell, Enric. *Op. Cit.* P. 128

En esta etapa intermedia, entre el mundo infantil y el adulto, saben que no pueden gobernarse solas, por lo que su nivel de autonomía:

“se ve condicionado por intensos temores a desprenderse del mundo infantil, el apego al cuerpo de niña y a la dependencia de los padres... se origina una especie de fractura psíquica que les mantiene fijadas en una situación infantil que niega los requerimientos y necesidades propias de su edad... es dicha fractura la que toma la forma de un estado depresivo”⁶²

El temor a crecer se refleja al conservar pensamientos extremistas infantiles que se mueven entre bueno o malo, todo o nada, obeso o delgado, entre otros. Esta manera de pensar, más propia de un niño, que no acepta la realidad ni el hecho de que cualquier cosa que uno quiere lograr requiere un esfuerzo continuo.

Al ser educadas en un clima donde todo gira alrededor de ella, se ignoran su personalidad y sentimientos, lo que le acarrea problemas en torno al papel que debe desempeñar y cómo debe de actuar dentro de su familia. La mayoría de las veces asume responsabilidades que no le corresponden, lo que trae consigo una carga excesiva.

Tienen un hambre permanente de aceptación y afecto, al hacerlo se niegan a sí mismas y a sus propias necesidades para dar prioridad a lo que los demás quieren de ellas. Intentan ser jóvenes ejemplares, siempre reaccionan con aplomo aunque por dentro estén atemorizadas, además fingen sus sentimientos, porque sus padres merecen tener hijos felices.

Conforme se desarrolla, la anoréxica no desea alejarse de la familia, como sucede en casi todos los casos una vez alcanzada la madurez, por el contrario, sus lazos se vuelven cada vez más estrechos ocasionándoles problemas para relacionarse con personas fuera de este entorno familiar.

⁶² Puertas Tejedor, Pilar. *Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud. “El ascetismo del hambre, una militancia actual”*. Jornadas del 13 al 24 de Noviembre, 2000. Itxaropena, S.A. Bilbao. P. 58

Con las transformaciones que sufren su cuerpo y mente, los conflictos por los que atraviesa se intensifican al grado de ir a niveles mucho más profundos. Al nivel interno, la más afectada suele ser la estima - entendiéndose ésta como el grado de aceptación que tiene una persona de sí misma y de su cuerpo -. Es por ello que cuanto menos parecido tenga la persona con lo que considere su ideal, según su concepto de sí, más baja estará su estima personal.

Sin embargo, los parámetros de la estima varían entre ambos sexos:

“En la mujer de nuestra sociedad, la autoestima está conectada con factores como la apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás... Una joven puede sentirse tan insegura acerca de sus posibilidades de cumplir esos parámetros... que concentra en el peso el área de triunfo y aceptación. Esta sensación de baja autoestima nace de juzgarse a sí misma desde las apariencias, desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia como formas de lograr elevarla”⁶³

La perfección tiene que estar presente en cada esfera de su vida y el cuerpo no queda exento de ello. Para ellas alcanzarla significa mantener un cuerpo ideal a cualquier costo, se convencen de que una vez que se transforme su silueta también se transformarán a sí mismas. Piensan que sólo así lograrán seguridad y confianza para enfrentarse a los desafíos que se les presenten; sin embargo este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar.

Al controlar cada centímetro de su figura, sienten cierto poder y dominio sobre el cuerpo, manipulado y estrujado, que se debilita y vuelve cada vez más frágil frente a las duras críticas y tareas que se le imponen. Las personas que las rodean las consideran casi ‘perfectas’ por lo excelente que son en todas las actividades, pero en ellas predomina la sensación profunda de vacío y aislamiento. Tienen las emociones negativas a flor de piel, la depresión es una de ellas.

⁶³ Crispo, Rosina. Figueroa, Eduardo. Guelar, Diana. *Op. Cit.* P. 74-75

“Su sufrimiento interno gira en torno a una profunda depresión clandestina, ciega para el observador e incluso para ellas. Es una depresión que no se vive, no se padece, no es consciente... A diferencia de otros tipos de dolencias depresivas, se padece ‘sin sentirla’, la tristeza no se sufre emocionalmente, provoca sensaciones en lugar de sentimientos; sensaciones que se vienen a depositar en el estómago y éste se erige como el órgano que alberga e intenta tramitar lo psíquico. Es lo que se llama una depresión latente amentalizada. Es decir, que no se puede contener, ni vivenciar en la esfera psíquica”⁶⁴

Las emociones depresivas le provocan terror y vacío y por ello las intenta distraer y llenar con algo de fuera, algo que les evite asomarse y darse cuenta del abismo en el que se encuentran y sufren por dentro. La comida se vuelve ese fetiche que les hará más leve la angustia que llevan a cuestas. El motivo por el que la eligen es por su connotación simbólica, al recordarles la figura materna que, en su momento, les brindaba un sostén afectivo a través del calor, la calma y el alivio de las angustias derivadas de la sensación de hambre.

Con esta información queda clara la razón de la bulimia, ahora bien, la *anorexia* se entiende como una reacción opuesta y extrema al acto bulímico, sin olvidar que las anoréxicas son bulímicas latentes que han triunfado sobre el deseo de comer, sobre esa adicción que constituye la comida.

“Las anoréxicas... prefieren morir a librarse a su necesidad de comer. El comer les pone en contacto con un horror de sí mismas que puede enconar las angustias depresivas. El comer o no libra un difícil equilibrio: el vivir biológicamente y una especie de muerte psíquica por el desprecio de sí mismas; o bien morir biológicamente y sostenerse psíquicamente en un aprecio de la imagen de sí mismas... No sólo existe una anorexia de comida, sino también una anorexia de nutrición afectiva. Cerraron la boca para comer y cerraron... su corazón por temor a la entrega y a la dependencia a cualquier vínculo afectivo, para ellas estos vínculos son equivalentes a sufrimiento y decepción. La anorexia con su aparente autosuficiencia y negación al mundo de la necesidad orgánica, expresa dramáticamente el aislamiento y negación al mundo de la necesidad afectiva”⁶⁵

⁶⁴ Puertas Tejedor, Pilar. *Op. Cit.* P. 56

⁶⁵ *Ibidem* P. 57

Ellas se sumen en una sensación de pérdida de identidad, no tan centrado en la negación del alimento como en la negación de la afectividad, porque la *anorexia* no es más que un estado de desamparo y falta de amor.

Las emociones, dudas, miedos, temores, fobias y todo el abanico de sentimientos que afloran, conforme lo experimenta, se decanta en ese pequeño grupo al que se pertenece, es decir, *la familia*.

La familia tiene un papel decisivo en el desarrollo y adaptación de sus integrantes a su entorno. Como centro donde nace y desarrolla el individuo, se le transmiten una serie de valores que interiorizará, si le parecen adecuados, para después llevarlos a la práctica. El círculo familiar juega un papel preponderante en el nacimiento o desarrollo de la *anorexia*, aunque pocos se refieren a ella como la causante, sí se le puede atribuir cierta influencia en la aparición de ésta.

En muchas familias se siguen patrones de conducta alimentaria anómalas, sobre todo por la madre, eso influye de manera decisiva para que la joven decida imitarla y conseguir la preciada delgadez; de ahí que la familia tienda a ser un pilar importante para la adquisición de un trastorno alimenticio.

La familia de las anoréxicas no presenta nada extraordinario ni algo negativo, sino todo lo contrario; por lo regular son familias en donde el hábito del ahorro, orden, laboriosidad y lo metódico están presentes. No existen opiniones que contradigan lo que piensa el resto de los miembros, por lo que las discusiones y la espontaneidad en las emociones son nulas.

A pesar de transmitir unión familiar, en el interior no hay cordialidad, confianza, intimidad, ni confidencias. La comunicación entre los padres se reduce a la dinámica familiar, con los hermanos sobresale la competencia y la rivalidad; la única relación se realiza a través de la madre como única mediadora entre ambos bandos.

Con la madre la relación se vuelve más estrecha pero de modo ambivalente. Es decir, por una parte se ha destruido la dependencia hacia la madre al no dejarse alimentar más lo que se interpreta como un firme rechazo hacia ella; pero por otra, la búsqueda de contacto con la madre es motivada por los continuos sentimientos de culpabilidad que experimenta la joven anoréxica.

La hija, con un problema en la conducta del comer, tiene a una mamá 'perfecta', poseída por los ideales estéticos, de salud, belleza, éxito escolar y profesional para su hija, sin apenas tener contacto o sentimientos afectivos para ella. A raíz de ello, se desarrolla una excesiva dependencia familiar, donde los límites personales no son respetados.

La relación con la figura paterna es pobre y puede estar definida por el rechazo, su papel pasivo y carente de iniciativa lo aleja de ella. Algunos investigadores del tema describen al padre de las anoréxicas como un hombre débil, con personalidad esquizoide e inmadura. Lo que quizá da una significación negativa en las fases iniciales del desarrollo de la niña, momento en el cual ella se identifica intensamente con él.

Con relación al deseo de éxito de sus hijos, entre los padres parece existir: "Un consenso en la importancia de que sus hijos se esfuercen en sus estudios, con la firme creencia de que esto les reportará un mejor futuro y una posición social más ventajosa. Aunque esta actitud puede ser valorada positivamente, tal vez induce a elevadas cotas de competitividad entre los jóvenes al presentarse sin un encuadre moral adecuado"⁶⁶

A pesar de contar con datos que mencionen a la familia como posible causante del problema alimenticio de la joven, no se le puede señalar como responsable directa del mismo; lo que sí es cierto, es que existen una serie de características familiares que pueden volver vulnerable a alguno de sus integrantes a padecer

⁶⁶ Sobremonde, Emma. Pérez, Ana Isabel. Jon, Leonardo. Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud "La anorexia nerviosa ¿un suicidio estético? Jornadas del 13 al 24 de Noviembre. 2000. Itxaropena, S.A. Bilbao. P. 131

un trastorno alimentario. Se mencionarán a modo de orientación, sin que ello signifique que estos tipos de familiar producirán o causarán este mal.

Entre ellas están: escasa comunicación entre sus miembros, incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan, sobreprotección de los padres, rigidez y falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas, ausencia de límites generacionales (por ejemplo: jóvenes con papel de madres), expectativas demasiado altas de los padres hacia los hijos, historias familiares de depresión y alcoholismo, y la existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

Algunos autores hacen alusión a otros elementos que también influyen como: tener familiares de primer grado que presenten trastornos alimenticios y/o afectivos, obesidad materna, *estatus* socioeconómico medio - alto y en algunos casos, sobre todo en la *anorexia*, la edad de los padres es avanzada.

En la familia entran en juego los aspectos genéticos, con ciertos rasgos físicos particulares – familiares - se logra que la joven se identifique como ser único, sin embargo la otra cara de la moneda muestra una insatisfacción física en relación con lo que tiene y lo que desearía tener de los integrantes de su grupo social.

“El grupo coetáneo es el punto de referencia obligado para las evaluaciones personales del adolescente, lo cual supone que sea caldo de cultivo y terreno abonado para recibir y transmitir la presión estética corporal de toda la sociedad. Los comentarios y las críticas al cuerpo realizadas por los grupos constituyen un refuerzo notable en la adopción de conductas anoréxicas”⁶⁷

Las burlas de familiares y amigos forman parte del factor desencadenante de la enfermedad; así como la percepción que se tenga de la figura materna ya que si ésta es obesa las medidas de reducción de peso se intensificarán notablemente.

La obesidad genética es un factor que predispone la presencia de *anorexia nerviosa*. Esto es común por la frecuencia con que una persona obesa cuenta

⁶⁷ Sobremonte, Emma. Pérez, Ana Isabel. Jon, Leonardo. *Op. Cit.* P. 132

con padres y familia cercana con el mismo mal, por lo que al verse con probabilidades de sobrepeso, tratará por todos los medios de evitarla.

Se han llevado a cabo investigaciones sobre la prevalencia familiar del trastorno, con los estudios de concordancia gemelar donde se pone de manifiesto la existencia de factores genéticos causales con la probabilidad de cubrir funciones de predisposición. Con ello se afirmaría que es cuestión genética, que el entorno social sólo es un *plus*, pero ésto es sólo una investigación.

A pesar de contar con información que habla sobre la transmisión genética del sobrepeso, también existen los defensores de la hipótesis nutricional, quienes alegan que más bien es de transmisión ambiental y cultural.

“Si unos padres obesos lo son por ingerir más alimentos de los necesarios, sus hijos, desde el nacimiento, bien pueden haber estado sometidos a tal estilo alimentario, habiéndose habituado a la ingestión excesiva que determinaría su propia obesidad”⁶⁸

El nivel de metabolismo basal juega un papel importante en la regulación del peso, al realizarse estudios respecto a este indicio se ha demostrado que éste determina el peso en general y la obesidad en particular, ello demuestra que la genética determina en mayor o menor medida el peso y volumen corporal. Los diversos estudios e investigaciones dejan claro que la importancia de los genes son más verificables y concluyentes respecto a las que se encuentran a favor de la ‘adquisición’ del peso y, subsecuentemente, de la obesidad.

“La determinación genética parece producirse a través de dos vías distintas (*Apfeldorfer*, 1991). Una de ellas actuaría sobre el metabolismo, de modo que algunas personas, desde el nacimiento, tendrían un gasto energético inferior al promedio. En consecuencia, necesitarían menor cantidad de alimentos y aún comiendo con ‘normalidad’ engordarían. Otra vía ejercería su acción sobre la regulación de la ingestión alimentaria, es decir, sobre la apetencia de alimentos, las sensaciones subjetivas de hambre y saciedad... etc.”⁶⁹

⁶⁸ Del Toro, Josep. *Op. Cit.* P. 176

⁶⁹ *Ibidem.* P. 178

Así queda expuesto el papel genético en torno al sobrepeso y a la obesidad, aunque aumentar de peso por comer en exceso es algo que sucede todos los días, pero con menos frecuencia de lo que se pudiera pensar. La obesidad queda reducida a un segmento poblacional, por lo que para muchos es un objetivo difícil de alcanzar, pero sin duda alguna su apropiación y satanización se han convertido así en el talón de Aquiles de nuestra sociedad.

La *anorexia nerviosa* afecta fundamentalmente a los adolescentes y de forma especial a las mujeres. Hoy en día es la tercera enfermedad crónica entre los adolescentes y su presencia en este grupo crece a pasos acelerados.

La *anorexia nerviosa* es un trastorno grave con curso crónico que de no intervenir sigue su trayectoria hacia la progresiva desnutrición con posibilidad de desembocar en la muerte (18%) o en el suicidio (3%). En el mundo occidental sufren *anorexia* entre un 0.1-1% de la población, el porcentaje aumenta en mujeres hasta un 1-2% sobre todo en las edades de diez y treinta años, con una edad de inicio entre los trece y dieciocho años de edad. Se afirma que en últimas décadas la incidencia de la *anorexia* en estos países se ha duplicado.

Esta información estadística se presenta para ver la relación que guarda con el siguiente elemento predisponente: *la influencia sociocultural*, que para muchos autores cumple un papel significativo en el desarrollo de la *anorexia*.

“... no debe olvidarse, que la AN (*Anorexia Nerviosa*) se ha desarrollado en el mundo occidental bajo la presión de factores socioculturales de diversa índole, estudios de prevalencia muestran que un pequeño porcentaje de jóvenes sometidas a los patrones culturales y estéticos de nuestra sociedad presentan el cuadro... En la etiopatogenia de la AN concurren diversos factores necesarios pero ninguno puede ser considerado por sí solo suficiente”⁷⁰

⁷⁰ Urresti, Begoña. *Op. Cit.* P. 35

A pesar de que este trastorno alimenticio tuvo un considerable incremento en los últimos años no se ha desarrollado de manera homogénea en todos los grupos sociales, sino más bien ha afectado a determinadas sociedades; la más perjudicada es la occidental.

La sociedad occidental es la generadora de cambios a nivel mundial, los cuales externa a todas aquellas sociedades -individuos- que se dejen seducir. En ella, hay una marcada preferencia por la esbeltez que parece predominar en las clases socioeconómicas altas, a diferencia de lo que pasa en los países que tienen dificultades en la obtención de comida. Esta presión por un ideal de belleza delgado se ha intensificado en su interior.

Es en este tipo de sociedades – occidentales - en donde el alimento abundante y el cuerpo delgado que se pide como requisito social se encuentran en polos opuestos, éstos y otros elementos provocan que los trastornos alimentarios hagan su aparición y aumento triunfal. En lugares donde la imagen y el cuerpo delgado no son prioritarios, sobre todo en países del Tercer Mundo, se carecen o son escasísimos los casos que se presentan.

A este trastorno alimenticio se le vincula con el bienestar económico y con la abundancia de los alimentos. *Mara Selvini Palazzoli*, psiquiatra italiana, atribuyó su desarrollo a la emergencia de una sociedad opulenta orientada hacia el consumo, donde el alimento es abundante, fácilmente asequible y sistemáticamente ofertado.

Esta situación es bastante paradójica, pues por un lado, existen lugares alrededor del mundo en los que no hay la posibilidad de contar con alimento suficiente para la supervivencia ocasionándoles la muerte involuntaria; mientras que por el otro lado, los grupos que tienen la posibilidad económica y es viable contar con una alimentación sana y abundante se privan voluntariamente de ellos, a veces a niveles exorbitantes, llevándolos a la muerte.

“En las sociedades de ‘bienestar’ la búsqueda de alimento, la satisfacción de las denominadas por Maslow (1963) ‘necesidades primarias’, no es un comportamiento motivado en sí mismo, sino que se da por descontado, en estos casos, como señala el autor, a la búsqueda de satisfacción de necesidades de orden superior, representada en la cúspide de la escala la ‘necesidad de autorrealización’... Resulta irónicamente dramático el hecho de que precisamente tratando de alcanzar la satisfacción de estas necesidades superiores, algunas personas recurran como medio para ello a la renuncia ‘voluntaria’ de la satisfacción de las necesidades primarias, imprescindibles para el mantenimiento de unas condiciones mínimas de vida”⁷¹

Desde que se comenzó a estudiar y a profundizar más en el tema de la *anorexia nerviosa* se observó que se presentaba sólo en ciertas sociedades, pero también un dato bastante claro fue su presencia en específicas clases sociales. Había mayor incidencia entre jóvenes de las clases acomodadas, aunque si bien es cierto, aún hoy en gran medida continua siéndolo; sin embargo, la clase social no es decisiva en el desarrollo del trastorno por lo que cada vez más se ha extendido hacia las diferentes escalas sociales.

El psiquiatra Caballero dice que si se pensó que era exclusivo de cierta clase social fue porque los países que comenzaron a reportar estas alteraciones alimentarias conductuales eran los dominantes en cuanto a economía y posición social; en estos reportes se hablaba de que las mujeres de raza caucásica (blancas) con alto nivel económico y educativo provenientes de familias educadas desarrollaban o eran más propensas a tener este tipo de trastornos. Pero –menciona- que en México y en estos países que reportaban las asociaciones de clase alta con *anorexia nerviosa*, han visto que este padecimiento se presenta independientemente del nivel socioeconómico o cultural de la paciente o de la familia.

Aunque ese aumento de casos puede deberse al descenso de la clase social, pues la tendencia demográfica general ha limado las clases altas a favor de una

⁷¹ Sobremonde, Emma. Pérez, Ana Isabel. Jon, Leonardo. *Op. Cit.* P. 120

clase media generalizada; si los casos de este trastorno están cada día más en aumento, la proporción marca que debieran pertenecer a la clase media.

El doctor Caballero deja en claro la idea de que no es una cuestión de clases sino más bien que la *anorexia nerviosa*, como alteración conductual, puede presentarse en cualquiera que reúna las condiciones psicológicas propicias para desarrollarla, sea hombre o mujer, de raza caucásica, hispana, afroamericana, se conocen casos en todo el mundo. Las sociedades que culturalmente idolatran la delgadez tienen esa característica que puede constituirse como un factor que la desencadena.

Además –agrega- que los principales desencadenantes están lejos del poder adquisitivo de las familias y sí más directamente relacionados con las relaciones mantenidas en el seno de éstas, así como con aspectos de personalidad de las enfermas y de las presiones sociales que hoy en día afectan a todas las clases sociales, porque todos los hogares donde viven enfermos y donde no están abiertos a las mismas tendencias.

Lo que sí es una absoluta realidad es que se trata de una patología de carácter eminentemente femenino, aunque no privativa de este sexo, ya que la gran mayoría de las pacientes - cerca del noventa por ciento - son mujeres. Ellas, el género más propenso a adquirir este trastorno, han experimentado a través del tiempo las distintas exigencias de perfección y de armonía en sus cuerpos.

La pubertad y la adolescencia en unión con la condición femenina ponen en jaque a la joven insegura y temerosa. Ser bella, exitosa, delgada, independiente, admirada y deseada es una meta bastante difícil, sobretodo si la figura materna es todo lo contrario.

“Las anoréxicas se rebelan contra el papel de la mujer... contra el rol femenino ejemplificado por sus madres. Se atemorizan ante una vida de renunciaciones y sacrificios por la familia... sueñan con emprender una vida distinta, conforme aumenta la discrepancia entre los sueños y la realidad,

tienden a abandonar, rindiéndose. Queda preparado el terreno a la creación de un mundo propio con leyes propias: las de la inanición. Una de las funciones de la anorexia es la protesta contra el papel de la mujer en nuestra sociedad...”⁷²

La mujer ha sido parte crucial en el desarrollo y perpetuación de la especie, de su cultura, hábitos y tradiciones; además ha formado y transformado su papel dentro de la sociedad en cierto momento histórico. Ella, pero sobre todo su cuerpo, a través del tiempo ha sido objeto de admiración, deseo, respeto, veneración y repudio. Pieza central de bellas obras de arte, de modelo y estereotipo a seguir e imitar. Ésto último se observa en la actualidad, donde miles de mujeres se suman a la búsqueda de esa figura idealizada y de lo que promete al poseerla... la cosificación del cuerpo es ya un hecho.

“Adelgazar por debajo del ideal estético femenino y del peso que exige una buena salud corporal y mental, para estar ‘en forma’ y ‘sentirme atractiva’, es una exigencia irrenunciable para no pocas muchachas y adolescentes en la sociedad opulenta/occidental”⁷³

¿Por qué la mujer pone mayor énfasis en su aspecto como único valor personal y deja fuera otros aspectos aún más importantes? Lamentablemente ella en la sociedad occidental está determinada por su entorno, que la define e identifica por su apariencia en comparación con la del hombre. El valor de la delgadez se le impone como medio para alcanzar su realización personal y social, ya que a través de él tendrá mejores oportunidades en la vida, -en el ámbito laboral, afectivo, social, monetario, etc.-; esta idea se ve reforzada por la estigmatización que se hace a la obesidad.

“El predominio de las mujeres sobre los varones en cuanto a padecimiento del trastorno guarda relación con los aspectos psico-socio-culturales del sexo... La *anorexia nerviosa* está asociada con el papel sexual, es decir, con el conjunto de comportamientos, cogniciones y sentimientos comunes a los individuos de un sexo dado en una comunidad dada... Es el medio social en el que uno nace y se desarrolla quien decide el papel sexual que le acompañará a lo largo de toda

⁷² Gerlinghoff, Monika, Backmund, Enric. *Op. Cit.* P. 80

⁷³ Martínez-Fornés, Santiago. *Op. Cit.* P. 21

su vida. Y el papel femenino dominante... conlleva la susceptibilidad a contraer los trastornos de la ingesta... Vivimos una *cultura de la delgadez* que induce a todo el mundo al adelgazamiento o al no incremento del peso, que afecta negativamente muy especialmente, a la mujer".⁷⁴

Es necesario estar conscientes de que la idea de verse y estar delgados ha traspasado fronteras de edad y género, a pesar de ser poco común en los varones, hoy en día se observa que son más los que se suman al cuidado corporal en la misma medida que lo hacen las mujeres.

Las cifras en donde ellos se encuentran inmersos revelan que entre el tres y el diez por ciento de los anoréxicos son hombres, aunque estos datos están en constante movimiento al incrementarse rápidamente. La proporción estimada entre mujeres y hombres es de diez por las primeras a uno en los segundos.

Los hombres pueden ocultar más fácilmente un trastorno alimentario pues no padecen falta de menstruación y su delgadez llama menos la atención, lo que hace más difícil el tratamiento, la enfermedad puede estar muy avanzada cuando se le diagnostica. El doctor Caballero menciona que en contraparte a la ausencia de menstruación se encuentra la disminución de la libido – el deseo sexual – o un desinterés total en ese aspecto.

Al igual que en las mujeres, algunos hombres tienden a tener alteraciones del peso previas al desarrollo del trastorno; entre ellas está el haber sido obeso en la infancia mientras que algunos se encuentran presionados para mantener un determinado peso y figura por las actividades que realizan.

Cuando los varones inician un régimen alimentario, lo hacen para cambiar alguna parte específica de su cuerpo, darle forma o evitar desproporciones; lo que él quiere es perder grasa y aumentar el volumen, desea mantenerse en forma y desarrollar su musculatura.

⁷⁴ Toro, Josep. Vilardell, Enric. *Op. Cit.* P. 125

Además el doctor Caballero agrega que, contrario a lo que se piense, los hombres con un trastorno alimentario, *anorexia nerviosa*, no son necesariamente homosexuales pues una cosa no define o da como resultado la otra condición; no se puede pensar que sean padecimientos exclusivos del sexo masculino cuando estos son homosexuales. Aunque ciertamente esta población tiene más preocupación por el cuerpo y puede tener mayor tendencia a la delgadez.

Al no estar comprobado este aspecto y como las ideas son encontradas, esta información se mantendrá al margen de todo tipo de afirmaciones que puedan darse, pero se espera que con el tiempo exista un consenso en las opiniones.

Como esbozo general se ha escrito acerca de la problemática alimentaria entre los varones, sin embargo para efectos de este trabajo sólo se hará énfasis en la condición femenina, si existiese el interés de ahondar más en ello, propongo una nueva línea de investigación en donde ellos sean los protagonistas de la historia.

Al hablar de aspectos socioculturales como agentes que predisponen un trastorno alimenticio, y que entre ellos se encuentre la cultura de la delgadez, es necesaria la definición que ello significa. Comenzaré con la definición de cultura:

“... es aquella que identifica las capacidades, valores, contenidos y métodos o procedimientos que utiliza una sociedad determinada y que son transmitidos de una generación a otra a través de la educación formal, no formal e informal. Estos cuatro elementos, cuando son interiorizados por las personas, constituyen su identidad cultural”⁷⁵

Las diferentes manifestaciones culturales del ser humano se ven reflejadas en su música, literatura, pintura, escultura, arquitectura, danza, vestido y cuerpo. Anteriormente cada cultura definía su ideal de belleza que la diferenciaba y definía, se tomaban en cuenta tanto el contexto como el momento histórico.

⁷⁵ Vera, Celia. *Op. Cit.* P. 37-38

Actualmente, unificados los criterios y estilos de vida el ser delgado es universal al tomar el primer grado de importancia, pues es a partir de esta característica que se desglosan una serie de atribuciones, sobre todo para la mujer. De acuerdo con *Nasser* (1998) 'estar delgada' simboliza para la nueva mujer la capacidad de combinar las cualidades de autocontrol y de libertad sexual con los valores tradicionales de atractivo.

La cultura de la delgadez tiene su génesis en los años veinte entre las mujeres de *estatus* elevado, aunque en últimas fechas se ha propagado al resto de las clases sociales. El culto al cuerpo inició tras la Segunda Guerra Mundial y ha crecido hasta nuestros días, ello se observa desde la reducción de la ropa hasta la moda de exponer el cuerpo, es decir, existe todo un despliegue de actividades encaminadas a exhibir un cuerpo '*bello*' equivalente a delgado.

La figura corporal se evalúa conforme a los parámetros vigentes de '*belleza y estética*', de esta manera el cuerpo 'en sí' y 'para sí' pasa a ser el cuerpo 'para los otros'. Se busca la delgadez que, encarnada en los personajes públicos femeninos, se convierte en un modelo social digno de imitar con la esperanza de obtener las ventajas sociales que vienen inherentes a él.

El ideal de belleza que se pide y hasta cierto grado se exige es el de una mujer cada vez más delgada, las personas obesas quedan rezagadas como reprimenda por no acatar las nuevas reglas estéticas y quedan por ello como un auténtico estigma social.

Lo anterior podría entenderse como si los criterios socioculturales empujarán de un lado y la biología del otro, pues a medida que se incrementa la talla y el peso, fruto de un crecimiento sano y normal, por el otro lado, se empuja y exige tratar de conseguir un infrapeso que se refleja en un cuerpo muy delgado.

Tal vez el factor detonante del incremento del trastorno alimentario aquí citado sea la presencia de los medios de comunicación, pues gracias a ellos es posible que en cada rincón sean plasmadas y dadas a conocer las nuevas tendencias corporales. A través de ellos, la unificación de gustos, modelos y estereotipos han formado parte del colectivo imaginario de belleza adoptado, seguido y exigido por la sociedad.

“La presión social y mediática que existe en torno a ‘mantener la línea’ y el ‘culto al cuerpo’, elevan a estos dos objetivos a categoría de valor ético, sustitutivo de otros valores y tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de esta enfermedad”⁷⁶

La nutrióloga Ramírez comenta, según su experiencia, que la televisión es el medio de comunicación que ejerce mayor influencia sobre las adolescentes, al observar pasivas los comerciales, novelas, programas de chismes y todo aquello que se presente en el horario después de la escuela. Reconoce que es muy difícil que una niña lea un periódico o escuche el radio, por lo que la televisión es el medio más fuerte e idóneo porque muchas veces el mensaje no está en lo que se dice, sino en lo que se ve.

Al referirnos concretamente a la *anorexia nerviosa* como trastorno cultural y social nos enfrentamos a un conflicto de identidad, valores, creencias y costumbres que poco a poco han sido aplastadas y reorganizadas de acuerdo a lo que se encuentra en boga, es decir, por aquello que se adapta a las nuevas necesidades, intereses, tendencias y exigencias del mundo moderno.

El espejo es el peor juez y castigador auto impuesto de manera voluntaria, pues es a través de él como se percibe la persona; convierte a las personas en narcisistas, perfeccionistas, prohíbe engordar y envejecer. A partir de él se desea y necesita un cambio.

⁷⁶ Sobremonde, Emma. Pérez, Ana Isabel. Jon, Leonardo. *Op. Cit.* P. 123

A partir de esta observación minuciosa frente a uno mismo es que se entiende lo que actualmente mortifica, atormenta y angustia -consciente o inconscientemente- a casi la mayoría de los adolescentes y jóvenes: la exigencia y necesidad de un cuerpo delgado.

La consecuencia lógica a este tipo de preocupación es el comenzar con dietas, unas menos peligrosas que otras pero al fin y al cabo perjudiciales para el organismo.

“Casi todo el mundo sabe manejar las tablas y entiende las indicaciones dietéticas en el etiquetaje de los alimentos envasados. El mercado está inundado de fórmulas y recetas. El ideal de la esbeltez parece de obligado cumplimiento, sobre todo, para las mujeres... estar delgadas no es solo un dictado de la moda, sino condición aparentemente necesaria para ser atractiva y dinámica y lograr el éxito en la sociedad de hoy”⁷⁷

Para la nutrióloga Ramírez los alimentos que se anuncian en televisión siguen estrategias mercadológicas para vender, opina que los alimentos - ‘nutritivos’, ‘bajos o libres de grasa’, ‘sanos’, ‘dietéticos’- y su publicidad (comerciales) son un engaño. Es decir, no mienten del todo pero tampoco dicen toda la verdad; es una verdad a medias, pero la gente no lo sabe y lo toman literal y es ahí donde radica el éxito de sus ventas.

A esta altura de la investigación es conveniente señalar la función mercantilista de los medios de comunicación, los especialistas a los que se les ha entrevistado opinan, cada uno desde su enfoque, cuál es el papel que juegan los medios de comunicación en torno a la precipitación y propagación del trastorno y la calidad de los mensajes que emiten.

La doctora Serralde refiere que los medios, sobre todo la televisión, han influido en todas las sociedades en el cambio del concepto de belleza; hoy en día las

⁷⁷ Gerlinghoff, Monika. Backmund, Herbert. *Op. Cit.* P. 76-77

mujeres más bellas son las que pesan 40 kilos, eso hace que haya un incremento en los trastornos de alimentación.

Por su lado, el doctor Caballero habla de la ética profesional por parte de los comunicadores al argumentar que cuando se habla del tema no se hace de la mejor manera o con la mejor información pero que su labor está en transmitir la existencia de este tipo de trastornos.

Sin embargo, –añade- hay amarillismo cuando se asocia la delgadez como instrumento para vender productos, para poder tener una mejor impresión social o sobre algún aspecto de algún producto en particular, en donde se tienen que modificar fotos y hacerlas sumamente delgadas a fin de elevar las ventas, en ese sentido hay que tener cuidado. –finaliza.

Las estrategias para reducir tallas y bajar de peso son muchas sobre todo porque se ofrecen por cualquier medio de comunicación, a través de ellos se conocen las ideas, los métodos y los resultados que ofrecen una delgadez fácilmente asequible.

Al inicio de cualquier régimen alimenticio existe la real convicción de eliminar esos kilos de más, sin embargo el camino es duro requiriéndose fuerza de voluntad y perseverancia. En un principio las futuras anoréxicas forman parte de la minoría que logró sobreponerse ante la tentación de comer, volviéndose personas admiradas por su perseverancia y fuerza de voluntad.

Una de las causas para establecer una dieta es que antes del desarrollo físico hubo un período de obesidad o sobrepeso. Las burlas y señalamientos de las cuales eran objeto las orilla a tomar la drástica decisión de modificar y moldear su cuerpo, lo que hace que la *anorexia* se vuelva una opción y una aliada.

La nutrióloga Ramírez complementa esta afirmación al decir que como reciben todo tipo de comentarios respecto a su cuerpo, su comida y su estilo de vida deciden comenzar con una dieta, llegan al punto donde bajan tanto de peso que se pierden al no distinguir en que momento ya están bien con lo que dan cabida a la distorsión. Les da pánico aumentar de peso, ésto provoca que le tengan miedo a cualquier alimento que no esté en su dieta y luego lo que se encuentra en ella también; con su excesiva baja de peso, logran llegar a un peso riesgoso para su salud, en donde incluso pueden llegar a la muerte.

El estigma de ser obeso -pensar que se es gordo por descuidado, perezoso, carente de autocontrol y de atractivo-, ha provocado que se alabe y exalte a aquellas personas capaces de lograr una figura esbelta. Fuerza de voluntad y deseos de ser alguien diferente es el motor que acelera el proceso de transformación.

Rechazar a la obesidad responde también a que se considera perjudicial para la salud, mientras que la delgadez es sinónimo de buena salud y condición, lo cual no siempre es verdad. Por tal idea errónea, multitudes de adolescentes y jóvenes modifican sus hábitos alimenticios se vuelven obsesivos y persiguen a toda costa el cuerpo que han idealizado tan delgadísimo e inalcanzable.

“El sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de trastornos alimentarios, y en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan sólo es necesario que piense que lo es y que ésto le afecte... No es de extrañar si los modelos que presenta la cultura tienen unos pesos por debajo de lo que es normativo para su edad y sexo”⁷⁸

Una vez encaminadas por la ruta de las dietas y el ayuno, hay una serie de elementos que pueden desempeñar un papel crucial para que ellas queden enganchadas al comportamiento anoréxico: la admiración que despiertan, el sentir orgullo por sus logros y por su bajo peso y el haber sobrepasado los obstáculos de los cuales habían sido presas.

⁷⁸ Raich, Rosa M^a. *Op. Cit.* P. 55

Cuando la sensación de hambre provoca la impresión de ser una persona extraordinaria, se está en el terreno de la *anorexia*. A partir de ese momento, las anoréxicas se someten a una lógica propia, cuyas leyes las alejan cada vez más del mundo real.

Con los continuos cambios de dietas o la supresión parcial o total de los alimentos, el ejercicio excesivo, el uso de laxantes y diuréticos el organismo tiende a responder ante dichas agresiones, los excesos o los defectos en la ingesta alimentaria ponen en marcha procesos compensatorios eficaces; por lo que en este apartado conviene mencionar la “*Teoría del nivel de regulación ponderal (NRP) (‘set point’ o ‘punto fijo’)*”.

“*Keeseey y Courbert (1984) llegaron a la conclusión de que cada ser vivo tiende a mantener un peso estable que fluctúa dentro de un intervalo; este nivel de peso fijo se mantiene por una serie de procesos reguladores que actúan para mantenerlo constante ajustando la ingesta y el gasto energético. Cuando se adelgaza, puede estar en el punto más bajo de éste; cuando engorda, está en el extremo superior, pero no suele variar. Esto es debido a que en condiciones normales, nuestro metabolismo, si dispone de mucho alimento gasta mucho, pero si no, se vuelve avaro y consume muy poco. Cuando se llevan a cabo dietas estrictas y se interrumpen y se reanudan, el efecto moderador del metabolismo se entorpece y en este cambio constante puede producirse una acumulación de grasa que haga que la dieta, por muy severa que sea, no produzca los resultados adecuados... Estos datos, junto a los pésimos resultados de las dietas, nos harían llegar a la conclusión de que la obesidad, es más el efecto de la herencia que de nuestra conducta alimentaria*”⁷⁹

Las diferencias corporales entre individuos varían uno de otro pues mientras algunos mantengan un peso normal, estadísticamente, otros lo tendrán por debajo al promedio y otros tendrán sobrepeso. Al tener un NRP individual no se pueden satisfacer las exigencias del modelo estético corporal vigente en cualquier momento histórico, el *set point* no se modifica sólo porque el propietario del cuerpo decida hacerlo en función de sus criterios estéticos.

⁷⁹ *Ibidem*. P. 54-55

Al plantearse que no todas las personas son iguales, cada ser vivo posee características corporales distintas y la genética decide gran parte de ello, muchas chicas siguen con la firme idea de que la fuerza de voluntad, la disciplina y con la ayuda de productos, que ayudan a disminuir el peso, lograrán el cuerpo que desean.

No hay que dejar fuera el papel que juegan los medios de comunicación al ser ellos los portavoces y creadores de los actuales estereotipos corporales. Esto es visible en cualquiera de los diversos canales comunicativos, ya sea en papel, en grandes carteles, en pantalla, chica o grande, y en multimedia se puede ver a la esbeltez – irónicamente - como el “pan nuestro de cada día”.

“Cine, televisión, radio, fotografías de revistas, literatura pro-adelgazante, difusión de dietas anticelulíticas, cirujanos plásticos y endócrinos dispuestos a satisfacer las demandas de sus clientes, crean un importante mercado mantenido por comerciantes y productores de alimentos que supuestamente facilitan el adelgazamiento. Cuando la delgadez se establece como modelo corporal a imitar y seguir... no ser delgada significa fracasar”⁸⁰

Al formar parte inherente de la cultura occidental, los medios de comunicación influyen para que las chicas anoréxicas hagan muchas cosas que ven en los comerciales, mucho de lo que ven lo toman literal no indagan para saber si es cierto o no, al ser chicas de 14, 15 ó 20 años de edad carecen de un criterio sólido y personal Y en esa susceptibilidad que caracteriza a la adolescencia se encuentra la influencia de los medios, porque las campañas van dirigidas a estar delgado, al peso, a la comida, a vender con el cuerpo y con la comida, - explica la nutrióloga Claudia Ramírez-.

Sin embargo, los medios no originan el trastorno – dice la psicóloga Vázquez- ellos no son los culpables a pesar de que han bombardeado a la sociedad con dietas, imágenes, cánones de belleza de mujeres delgadas pues a eso están enfocados en la actualidad, pero no a todos les ha dado *anorexia*. Hoy en día

⁸⁰ Vera, Celia. *Op. Cit.* P. 43

existe la cultura del cuidado del cuerpo, si bien ellos solo son un medio por el cual transmiten mensajes de los ideales de belleza como símbolo de inteligencia, admiración, delgadez y éxito, pero esos mensajes también han sido transmitidos por la familia. Hay casos en donde el medio de comunicación es el que detona un trastorno alimentario, pero no lo genera, pues ya debió haber cierta inmadurez o conflicto para comenzar con el problema. –finaliza.

Pero la pregunta es ¿hasta dónde llegaremos con esta actitud pasiva y receptora? A pesar de existir grupos que se revelan ante esta situación abrumadora de la imagen, poco se sabe de ellos y de lo que hacen para erradicar los efectos de los trastornos alimentarios y de la publicidad que los fomenta; son minoría en comparación con la gran mayoría que busca la aceptación a partir de su cuerpo. Y hasta que no se cambie esta forma de pensar, seguirán las constantes muertes disfrazadas de *salud y belleza*.

El doctor Caballero dice que los medios de comunicación son entes sociales que se encargan de difundir información, la cual está destinada a vender y se entiende que así sea. Sin embargo, el tiempo en el que vivimos se caracteriza por una presión exagerada hacia las personas, hombres o mujeres, en relación con el cuerpo, en particular a las mujeres, desde el punto de vista social, se les encamina a ser delgadas, exitosas e independientes.

Agrega que existen valores socioculturales que se asocian a la delgadez y en ese sentido los medios de comunicación tienen un papel muy importante; por otro lado, los medios publicitarios asocian la delgadez a la bondad de los productos que venden. Eso es algo que no se puede evitar, no pueden ser considerados como la causa de los trastornos alimentarios pero ciertamente como parte de la sociedad tienen una influencia muy importante. –concluye.

Una posible solución ante el bombardeo indiscriminado de informaciones consideradas nocivas para la salud del cuerpo y de la mente sería inculcar

hábitos y criterios suficientes para tener en cuenta que la información de cualquier tipo no puede estar por encima de quienes la reciben. Del mismo modo, se debe de luchar para desbancar ciertos mitos como que el rostro y el cuerpo perfecto están en nuestras manos, identificándose con las imágenes que aparecen en los distintos medios de comunicación.

Independientemente de la influencia o no de los medios y de la constante reiteración de los mitos que ellos generan y transmiten, se debe de reflexionar sobre la imagen propia, hacer una contemplación alejados del espejo que sólo refleja el cuerpo, pero no el alma, y explorar las distintas opciones de vida que se encuentran al alcance. Algo más a considerarse es que los medios de comunicación son sólo un reflejo de una sociedad enferma que ha degenerado sus valores convencida de que sólo uno es importante: el de la imagen exterior.

Ahora, demos paso a los siguientes factores que se encuentran presentes en la *anorexia nerviosa*, es decir, los que **precipitan** su desarrollo. Este término se entiende por:

“...despeñar, arrojarse a hacer o decir algo con arrebatos y sin prudencia. Esto significa cualquier elemento estresante que aparezca o la decisión de comenzar con dietas para concretar ese control. Actúa a modo de semilla que cae en la tierra y empieza a desarrollarse”⁸¹

En la adolescencia los cambios externos no se hacen esperar, el primero en aparecer es el aumento brusco de peso que, unido al inevitable cambio de las formas femeninas, provoca comentarios y burlas por parte de los familiares, amigos o compañeros de clase. La situación empeora si se sufrió un accidente provocándole traumatismos y/o fracturas lo que trae consigo el reposo absoluto lo que provoca la observación continua del cuerpo. Si se provocó una deformación corporal, se cuestionará aun más la propia imagen.

⁸¹ Crispo, Rosina. Figueroa, Eduardo. Guelar, Diana. *Op. Cit.* P. 52

Al encontrarse un defecto, real o imaginario, y querer modificarlo lo primero en transformarse son los hábitos alimentarios. La dieta se vuelve la mejor solución para todos los problemas corporales – incluidos los emocionales, sentimentales, de aceptación social, de estima, familiares entre otros-; algunas demasiado estrictas, otras un tanto benevolentes, pero ambas de alto riesgo sanitario.

Actualmente existe la creencia de que cualquier persona es capaz de realizar una dieta, pero lo que se les olvida es que éstas deben de ser personalizadas y controladas por un médico especializado.

“No hay nada secreto en las dietas: todas llevan a la restricción de calorías, por debajo de lo que el cuerpo requiere para funcionar. Cuando la restricción es severa, el cuerpo comienza a producir su propia energía: almacena y utiliza el tejido adiposo (graso) para cubrir el déficit de energía y, como consecuencia, comienza a perder peso. El cuerpo está equipado para manejarse... con reducciones calóricas a corto plazo... mantener a mediano o largo plazo la restricción calórica provoca cambios internos en el cuerpo”⁸²

Lo que bombardea en las cabezas de estas chicas es la idea de adaptarse a su mundo a través de la restricción alimentaria, a veces fallan en su control y entran en un círculo, novedoso en un principio, en el que fluctúan entre períodos de ayuno y/o dietas estrictas y explosiones de hambre contenida, con culpa y sensación de fracaso. Después sobrevienen las llamadas ‘compensaciones’ para corregir el daño, entre ellas están las dietas mucho más estrictas, laxantes, diuréticos, anfetaminas, vómitos, el ejercicio excesivo, entre otros.

El límite de las dietas muchas veces se traspasa hasta convertirse en una auténtica obsesión que en algunos casos raya en el fanatismo. Ésto da como resultado una especie de neurosis nutricional que afecta a todos y a todas las clases sociales y que, a la larga, determinará el comportamiento de las enfermas actuales o futuras.

⁸² *Ibidem* P. 124

Lo siguiente es iniciar o incrementar una actividad física: "... una implicación sería en el deporte o en el ejercicio físico tiene significación, no sólo por su potencial para una predisposición psicológica para un trastorno del comportamiento alimentario, sino como un factor que contribuye a su progresión. En el primer caso, origina una atención excesiva hacia la apariencia física, una mayor conciencia de la relación entre peso y rendimiento máximo, y una preocupación por la interdependencia de dieta y ejercicio en el control del peso. En segundo lugar, parecen darse unas poderosas potenciaciones y sinergias conductuales que ocurren cuando la inanición se acompaña de actividad física extenuante."⁸³

En todo ese vaivén de informaciones que recibe del exterior, su frustración por no poder cumplir con los cánones de belleza establecidos y su eterna lucha por alcanzarlos, no deja de sorprender la capacidad de la joven para sobrellevar una vida ya de por sí complicada.

Los denominados *life events*, también factores precipitantes, son circunstancias que aparecen en la vida de una persona ocasionándole cambios inesperados. Entre los más conocidos se encuentran: fallecimiento del padre o la madre, separación de los padres, tener un hijo, casarse, divorciarse, perder o empezar un trabajo, cambio de casa, viajes de estudio al extranjero, escuela o trabajo, enfermedad importante de un miembro de la familia, separación de un amigo, entre otras que llegan a afectar de manera grave al individuo y a su entorno.

Un fracaso sentimental o personal también se considera como factor precipitante. El fracaso personal va unido al desempeño de una actividad donde se había destacado, el desengaño amoroso crea una frustración y un sentido de culpabilidad que degenera en una autocompensación personal, por lo que se controla al cuerpo a falta de poder controlar los sentimientos de otra persona. Dentro de este rubro, se encuentran también los contactos sexuales, muchas veces desafortunados.

⁸³ Del Toro, Josep. *Op. Cit.* P. 216

“Blitzer (1961) y otros autores señalan, junto a la significación de la ingesta alimenticia para el natural desarrollo de los caracteres sexuales somáticos, la vivencia de la concepción y el embarazo como algo semejante o equivalente a la ingesta alimenticia (vientre voluminoso). Así el rechazo de la ingesta sería equiparable al rechazo de las relaciones sexuales íntimas...”⁸⁴

La psicóloga Vázquez señala que pueden existir muchos elementos, pero que el entorno social y familiar de la joven pueden ser un buen terreno que preparen a la joven para una precipitación del cuadro anoréxico.

Una vez descritos los factores – predisponentes y precipitantes - que contribuyen al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, *anorexia*, demos paso a aquellos elementos que mantienen o perpetúan este tipo de comportamientos. Al continuar con la estructura hasta ahora llevada a cabo, se mencionará lo que significa **perpetuar**:

“Perdurar, dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin... las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas dejan de ser una solución al problema para convertirse en lo que lo mantiene, lo perpetúa”⁸⁵

Según los investigadores *Garner y Bemis (1985)* la *anorexia* se mantiene por factores cognitivos y conductuales, por lo que todo comienza con la idea de adelgazar, esta conducta se consolida por:

“Un reforzamiento negativo, es decir, de la evitación de la aversión. Beck (1976) observó que la conducta de evitación puede perpetuarse por conjuntos cognitivos que operan de manera autónoma. Un sistema de creencias se desarrolla y actúa como molde al que se adapta la información que llega. Los datos que son inconscientes con el sistema son desechados o distorsionados a imagen y semejanza de la creencia predominante. La dieta no solo es mantenida por la evitación de la situación fóbica (estar gorda), sino también por el refuerzo que recibe al sentirse capaz de controlarse. Le permite autoevaluarse, como ‘fuerte’, ‘orgullosa’ y ‘triunfante’”⁸⁶

⁸⁴ Schutze, Gerd. *Op. Cit.* P. 29

⁸⁵ Crispo, Rosina. Figueroa, Eduardo. Guelar, Diana. *Op. Cit.* P. 89

⁸⁶ Raich, Rosa M^a. *Op. Cit.* P. 66

El factor perpetuante por excelencia es la dieta, la adicción se revierte, es decir, lo adictivo ya no es la comida sino la conducta en sí. A estas alturas la dieta es de lo más estricta, sin embargo ésta ocasiona apetito voraz y, por tanto, la necesidad de ingerir alimentos sobre todo de los denominados 'prohibidos'.

Al suprimirse los alimentos ricos en hidratos de carbono aparece una necesidad de comerlos, si se resiste a ellos la necesidad se incrementará conforme transcurran los días hasta que el organismo no resista más y se presente el primer atracón o descontrol alimentario.

El atracón es la ingesta exagerada de alimentos, preferentemente carbohidratos, en muy poco tiempo, después de ello la persona se siente culpable y disgustada consigo misma. Por la ansiedad que le produce el miedo a engordar, recurre a vómitos, laxantes, diuréticos o ejercicio. Acto seguido, se recomienza la dieta restrictiva que conducirá a una necesidad de hidratos de carbono que desemboca en el atracón con las subsiguientes purgas. Así se cierra un círculo vicioso que se consolida cada vez más.

El binomio atracón – vómito, aumenta conforme avanza la cronicidad de la enfermedad. Contrario a lo que se crea, el vómito no elimina calorías por lo que no se produce un descenso en el peso, pero lo que sí hace es crear problemas electrolíticos internos.

Usan laxantes y diuréticos, pero carecen de información que avale los resultados y las consecuencias del uso indebido de tales sustancias. Los laxantes son peligrosos e ineficaces para eliminar calorías al afectar el vaciado del intestino grueso (última parte del intestino), mientras que la absorción de los nutrientes se produce en el intestino delgado (primera parte del intestino). La diarrea se debe al aumento de la secreción de agua y sodio hacia el interior del intestino grueso, la disminución de peso se debe a la pérdida de agua y no de tejido graso. Estos

medicamentos vuelven disfuncional al intestino produciéndose desequilibrios electrolíticos y deshidratación que llevan a complicaciones médicas muy serias.

Los diuréticos actúan al nivel de los riñones y como consecuencia ocasionan un aumento en la pérdida de agua y potasio por la orina. La disminución de peso es por la pérdida de agua y no de tejido graso, la persona puede estar seriamente deshidratada y no necesariamente más delgada.

Este circuito hace que el trastorno del comer del cual hablamos se vuelva autoperpetuante, al generar hábitos alimenticios y relaciones con la comida muy difíciles de modificar.

El cuerpo tiene reacciones propias a los efectos de la inanición, las respuestas son varias, los sentimientos, pensamientos, emociones y estados de ánimo son casi siempre los mismos. La desesperación sobre el futuro, las sensaciones de descontrol y depresión, la inseguridad, los comportamientos autodestructivos, la irritabilidad y la intolerancia, el asco por la comida y el dejar las cosas que se disfrutaban, son sólo algunas reacciones a la falta de alimento por periodos prolongados.

El entorno en donde se desarrollan estas jóvenes queda reducido a su familia, la cronicidad de su enfermedad las aleja de amistades, escuela o trabajo, pero eso a ellas les tiene sin cuidado.

“La preocupación en el seno de la familia da lugar a las más variadas conductas. A fin de que la muchacha no siga adelgazando, se premian comportamientos desadaptativos... la aceptación de caprichos alimentarios, se incluyen las discusiones, los desacuerdos y múltiples culpabilizaciones entre los padres. La atención social (negativa) es un reforzador de las conductas, por ello contribuye a que se mantengan. Los amigos, pueden ser reforzadores del adelgazamiento, pero pueden verse alejados si intentan hacer razonar a la paciente y así ella queda relegada a su soledad y pensamiento distorsionado”⁸⁷

⁸⁷ *Ibidem* P. 67-68

Esta información es avalada por el psiquiatra, doctor Caballero, quien tras años de experiencia, reconoce que el papel de la familia en el sostenimiento de este padecimiento a veces es fundamental al haber relaciones intrafamiliares que perpetúan las actitudes de forma involuntaria la mayor parte del trastorno.

Toda la gama de conductas que se han descrito a lo largo de estas últimas páginas no hacen más que constatar la conducta trastornada de las chicas anoréxicas. Tanto en su génesis como en su progreso y mantenimiento juegan un papel muy importante los agentes sociabilizadores como lo son la familia, amigos, medios de comunicación y cultura. Al darse este entramado de ideas, pensamientos, actitudes y conductas anómalas, las soluciones se vuelven complicadas y prolongadas.

Pero aún no se ha puesto punto final a esta situación ya que nos falta por mencionar las **consecuencias físicas** que se sufren, las cuales son devastadoras a largo plazo. A continuación se mencionan las secuelas que sufre el organismo a raíz de la *anorexia*, las cuales se encuentran muy lejos del ideal estético que se buscaba en un principio. Lo que comenzó como un juego para buscar la belleza 'perfecta' muchas veces termina, si es que lo hace, en un eterno juego con la muerte sintiéndola pero sin jamás verla...

Las transformaciones físicas que sufre el cuerpo son mucho más evidentes durante los prolongados periodos de inanición. A continuación mencionaremos los más importantes:

'Cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, acidez, constipación, diarrea; problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros (pies o manos); calambres, pérdida de cabello y desarrollo de lanugo (vello fino, tipo bebé) en zonas donde no hay pelo, enlentecimiento metabólico, disminución de la tolerancia al frío por atermia: pérdida de temperatura corporal; cambios

cardiológicos: bradicardia o taquicardia, interrupción de la menstruación en mujeres (amenorrea); debilidad muscular y deshidratación, atrofia muscular, etc., Crisp (1969) refiere que las anoréxicas menores de dieciocho años poseen hombros y caderas estrechas’.

Las consecuencias físicas de la *anorexia nerviosa* son un tanto escalofrantes y por supuesto, para quien las padece, algunas son irreversibles.

- **Gasto energético.** Se encuentra disminuido como adaptación a la baja ingesta de calorías. Quema lo mínimo para que le queden reservas.
- **Temperatura.** Muy baja como resultado de la disminución del gasto energético. El cuerpo economiza las pocas energías, disminuye la temperatura corporal; por este mecanismo de adaptación del organismo es que muchas anoréxicas se quejan de sentir frío.
- **Aparato cardiovascular.** A consecuencia de la disminución del gasto energético, es frecuente la disminución de las pulsaciones cardiacas: se denomina bradicardia; la presión arterial: se conoce como hipotensión o baja presión. Las paredes del corazón disminuyen su grosor, en especial el ventrículo izquierdo (disminución del músculo cardiaco) y es posible que aparezcan arritmias cardiacas provocadas por el déficit de determinados nutrientes, como calcio, potasio y magnesio, éstos en ocasiones son causa de muerte por paro cardiaco.
- **Piel.** Seca, áspera, quebradiza, consecuencia del déficit nutricional, y fría efecto de la disminución del gasto energético. Las extremidades – manos y pies – suelen estar frías y con color violáceo debido a las alteraciones circulatorias. Puede hallarse un color amarillento en las palmas de las manos y las plantas de los pies – se denomina hiper胡萝卜素emia – por la ingesta excesiva de calabaza y/o zanahoria, propia de la dieta que llevan.

- **Aparato digestivo.** Estómago: Es usual el retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo ocasionada por el déficit de magnesio, calcio y potasio; la consecuencia es que aparece una sensación de saciedad precoz que favorece la perpetuación del cuadro anoréxico. Intestino. La motilidad intestinal esta disminuida como consecuencia del déficit de calcio, potasio y magnesio. Esto, junto con la baja ingestión de alimentos, favorece la aparición de constipación pertinaz que en ocasiones pueden requerir la utilización de enemas evacuantes.

- **Aparato genital.** El síntoma distintivo de la *anorexia* es la ausencia de menstruación o amenorrea por un periodo de tres meses o más, se debe no sólo a la pérdida de peso sino también al estrés psicológico permanente que ocasiona el control alimentario.

- **Fertilidad.** Puede ocurrir una disminución en la fertilidad, como consecuencia de una alimentación restrictiva prolongada.

- **Sistema óseo.** Hay disminución de calcio en los huesos: generalmente en caderas y columna lumbar con la posibilidad de fracturas espontáneas, esto se llama osteoporosis, los huesos se visualizan como agujerados. El calcio está disminuido por la mala alimentación y se agrava por la dificultad de fijación del calcio en los huesos debido a la baja producción de estrógenos. La osteoporosis es común en mujeres menopáusicas y es irreversible, una niña de 14 ó 15 años tendrá un sistema óseo con las características de una mujer de más de 50.

- **Tejido celular subcutáneo.** Es factible encontrar edemas en determinadas partes del cuerpo, el edema es una retención de líquido en el tejido celular subcutáneo, se produce por un aumento en la retención de sodio y a la acción de la insulina en los túbulos renales durante la realimentación. Esta

hinchazón es inevitable en el periodo de recuperación por los ajustes que hace el organismo, es algo transitorio que desaparecerá.

- **Sangre.** Es frecuente la aparición de anemia por déficit de hierro, lo que aumenta la sensación de cansancio y la depresión por la falta de fuerzas; es común el aumento del colesterol.

“A consecuencia de la malnutrición está alterado el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, y el de los ejes hipotálamo-hipofiso-tiroideo e hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. La malnutrición afecta la neurotransmisión, produciéndose disfunciones en los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico. Están alterados los opioides endógenos, se trata de alteraciones que dan lugar a patología afectiva, de tristeza, ansiedad, aislamiento social, irritabilidad, obsesivo-compulsivo, etc. Estos compuestos bioquímicos son responsables de la regulación del apetito, de las sensaciones de hambre y saciedad. Es por ello que debiera considerarse a la malnutrición y sus consecuencias como el elemento central de la anorexia nerviosa. Estas consecuencias dan lugar al demoledor círculo vicioso en que se desenvuelve la vida del paciente anoréxico: la malnutrición agrava la patología psicológica del trastorno y esta patología incrementa la malnutrición.”⁸⁸

Difícilmente algunas funciones se recuperarán por completo y algunas más no alcanzarán el desarrollo adecuado, el cuerpo cobra muy caro por haberle dado un mal uso.

Muchas de las jóvenes con *anorexia nerviosa* no saben todo lo que acarrea la severa dieta que se imponen, ellas solo querían ser bellas, delgadas, exitosas, – ¿hay algo malo en eso? - por la enorme fuerza de voluntad que tuvieron al iniciar un régimen alimenticio y de seguirlo al pie de la letra, pero se fueron mucho más lejos de lo que pudieron manejar. Ellas solo seguían, en un principio, el mandato que la sociedad pide y exige a las jóvenes, buscaron y encontraron la fórmula de la felicidad y la aceptación; pero con ellas también vinieron la devastación y la muerte, sus únicas compañeras a lo largo de su débil existencia.

⁸⁸ Del Toro, Josep. *Op. Cit.* P. 9-10

- Anoréxica ¿Yo? ¡Cómo crees!

ANA sabía su problema, la magnitud y las consecuencias, lo supo mucho antes de que se lo dijeran los médicos; lo buscó en libros, revistas e Internet, la información era amplia y detallada incluso encontró páginas que le ayudaron a conseguir más dietas y que aplaudían su enfermedad, fue ahí cuando supo que había más personas como ella.

Sin embargo, cuando su familia y sus amigos cercanos se percataron de que su situación empeoraba, no dudaron en acercarse y ofrecerle apoyo e información:

- *“ANA tienes un problema, ¿sabes que es anorexia y que te puede ir muy mal si no comes?... te queremos ayudar, nos preocupas...”*

A lo que respondía furiosa y sin reparos:

- *“¡Yo no quiero que me ayuden!... ustedes sólo me quieren engordar y ¡no quiero recuperar lo que tanto me ha costado bajar... porque soy feliz estando como estoy, soy feliz con que me admiren!... ¡Déjenme en paz!, si es que tengo un problema, a ustedes no les importa...”*

Cuando sus amigos se percataron de la seriedad de su situación, le hicieron comentarios, algunos bien intencionados, mientras que otros no tanto. Para acallar todos los rumores y realidades, aprendió a sobrellevarlos y enfrentarlos con sus astutas mentiras tanto así que parecían reales:

- *“Ja, ja, ja, ¿Quién dice que tengo qué? Si en algún momento tuve sobrepeso fue porque tenía problemas y ¡era una niña! Ahora ¡como de todo!... me puedo dar el lujo de hacerlo...”*

ANA tenía todo planeado, evitaba comer varios días a la semana y al momento de salir con amigos o familia, comía de todo; así nadie sospecharía ni reclamaría nada en cuanto a su problema. Tras la comida, la culpa, el miedo y el odio a sí misma venía detrás. Las sospechas quedaron momentáneamente quietas, en todo momento la ayuda por parte de su familia fue incondicional, sus hermanos se acercaron y le dijeron:

- *“ANA... te queremos ayudar, ¡pero no sabemos cómo!... Mamá está angustiada, papá asustado y furioso, no sabemos cómo vaya a reaccionar, ¡así que come!...”*

ANA les gritó:

- *“¡Si es que tengo un problema, lo sé controlar!... además ¿ustedes que saben?... ¡siempre han sido delgados! ¿no recuerdan como se burlaban de mí? ¿verdad que no les dolían todos esos apodosos que me pusieron? Y todavía ¡Sigo siendo una cerda! Ustedes no saben lo que es vivir así... ¿Qué van a saber de mi problema?... pero ¡no! Me tocó ser la gordita chistosa, ¿recuerdan? ¿Qué hay de malo con dejar de serlo?”*

ANA malinterpretó las palabras de las personas que se preocupaban para que estuviera sana, que deseaban verla sonreír pero sobre todo querían que volviera a vivir, cosa que dejó de hacer en el momento en que se enroló en su vida de dietas, ejercicios, soledad y amargura. Al sentirse abrumada y atacada por todos lados, ella reaccionó de forma violenta, negándolo repetidas veces y siempre terminaba escabulléndose para que no le dijeran nada más.

Con sus actitudes dejaba en claro que no sería tan sencillo que abandonara su estilo de vida y que, tan seguido como le fuese posible, evadiría las discusiones, o en su defecto atacaría a todo aquel que se entrometiera en su vida.

- Las modelos *modélicas* o ¿anoréxicas?

La mujer ha contribuido a su evolución en el papel que ha desempeñado y desarrollado dentro de la sociedad, éste se transformó con el fin de satisfacer las constantes necesidades, tan diferentes como los años en los que han sucedido; pero no sólo su papel dentro de la sociedad cambió, sino que también lo hizo su figura. La silueta femenina sufrió drásticas transformaciones que se notaron aun más en últimas décadas. Desde la antigüedad hasta aproximadamente los años sesenta del siglo pasado el cuerpo sufrió modificaciones importantes, las cuales fueron decisivas y determinantes para su posterior mantenimiento e imitación.

El papel de ama de casa, protectora del hogar y de la familia, ha quedado relegado para aquellas mujeres que no quieren ser triunfadoras y autosuficientes; el rol femenino se ha transformado en sobremanera al hacer énfasis a la libertad, éxito, belleza, delgadez, ésta última de gran relevancia social en la actualidad y motor principal de decisiones y cambios.

Al frente de todas las modificaciones que se hacen tanto en la vida diaria como en la figura corporal se encuentran las modelos, quienes aparecen en todos lados donde se mire, capaces de transformar pensamientos, ideas, formas de vestir y cuerpos. Se cree que ellas en unión con la moda, son los factores ambientales más involucrados en los trastornos de la alimentación. Su cuerpo delgado es admirado por la mayoría, la perfección corporal se ha convertido así en el medio para obtener el reconocimiento social y el éxito personal.

Se encuentran en carteles, anuncios televisivos, desfiles de ropa e innumerables páginas adornadas con su espectacular y única belleza. Las modelos son entes que encarnan la perfección, delgadísimas, hermosas, con estilo refinado y buen gusto al vestir, ¿cómo no imitarlas? Todas, o al menos la mayoría, desean sus vidas, sus cuerpos, su belleza. Sin embargo, lograr ese ideal es una tarea emprendida diariamente por muchas jóvenes sin lograr éxito alguno.

“Las modelos protagonizan las exhibiciones de todo género de vestimenta femenina... quizás no se han convertido tanto en modelos de vestir, cuanto en modelos corporales. Es su silueta, su generalizada delgadez, la que parece ejercer influencias decisivas en adolescentes, jóvenes y nostálgicas de la juventud. Una vez popularizadas sus imágenes, prestigiados sus cuerpos por el estereotipo físico que contribuyen a establecer, es cuando influyen en el volumen de ventas de las prendas que anuncian. Su imagen física social, nimbada de prestigio, éxito y dinero, suscita todo género de vocaciones. Especialmente entre quienes quizás no prevean otros mecanismos para mejorar su baja autoestima”⁸⁹

Se entiende que ellas no sólo son modelos de ropa o accesorios y se sobreentiende que lo son de cuerpos y de estilos de vida. Estar a la moda, no sólo se refiere a lo que se usa cada temporada, sino tener el cuerpo que se pide para poder usar esa ropa.

Hoy en día las modelos son muy delgadas, son sólo huesos, aunque no todas las modelos son anoréxicas pues el papel de la genética influye en la configuración estética de la persona. Sin embargo, muchas veces la sociedad ha preferido cerrar los ojos ante el drama de encontrar en la pasarela unos esqueletos demasiado hermosos.

Si se quisiera tener el cuerpo de modelo para poder lucir la ropa con propiedad y estilo, además de despertar admiración, lo primero a sacrificar es la salud al reducirse drásticamente la alimentación. Claro ejemplo es lo que consume la famosa modelo *Kate Moss* (1.70 metros de altura y 44 kilos de peso) quien sigue una dieta de 966 calorías diarias, alimentándose de huevos, pollo, verduras y café; la famosa *Claudia Schiffer*, *Gisele Bündchen*, *Naomi Campbell*, entre otras tantas modelos practican regímenes adelgazantes de 458 calorías diarias.

Nuestra sociedad es víctima de la moda de ‘estar delgados’, hay que serlo y precisamente son las modelos las que hacen gala de su aspecto esquelético, el cual debe de ser imitado. Esta nueva moda de la delgadez ha traspasado hacia

⁸⁹ *Ibidem*. P. 239

diferentes rubros donde la belleza sea puesta a prueba. Modelos, actrices, personajes públicos, todas ellas con una esbeltez que raya en lo patológico, no es de extrañar que muchas de estas mujeres padezcan un trastorno relacionado con el alimento.

A la par de esta estructura corporal, la vestimenta también ha cambiado. Hasta hace poco el mundo de la moda y del buen vestir eran propias de las clases acomodadas, en la actualidad la moda pertenece a todos, al menos en las sociedades occidentales, donde la clase media se ha generalizado y las variaciones de la oferta se ajustan a la demanda por el deseo de ir a la moda.

“El físico y lo que lo envuelve se convierte en la representación de nuestra personalidad. La moda, el *look*, se convierten en objeto de interés... las *top model*, representantes del buen vestir y del *glamour*, alcanzan gran popularidad... ellas y las esposas de los millonarios *la beautiful people*, se convierten en protagonistas de revistas y programas de televisión al tiempo que imponen un concepto de estética. Se transforman en ejemplos de cómo ha de ser una mujer”⁹⁰

Desde el momento en el que el hombre, o mejor dicho la mujer, se hace a sí mismo y se deshace como quiere frente a los demás a través de su aspecto, entran en juego las apariencias, lo que se debe mostrar y lo que se debe de ocultar, cambiándose las concepciones e ideologías propias al grado de modificar su modo de vida y su ente corpóreo; todo ello se transforma para encajar dentro de un grupo y de la sociedad.

Actualmente todo se cierne bajo el influjo de la moda y los modelos, quienes se ajustan a unos cánones permanentes y no siempre saludables. La fascinación por una moda y su eventual adopción, radica a menudo en la sensación agradable de estar dentro de un grupo selectivo.

⁹⁰ Alcedo, Miren. “Alimentación y cultura”. Actas del Congreso Internacional. 1998. Museo Nacional de Antropología. La Val de Onsera. Vol. I España. 1999. P. 447

El binomio modelos y moda muestran a un nivel general, cómo se debe ser y cómo se debe vestir una mujer. En la transmisión de estos nuevos valores sociales, los medios de comunicación han sido importantes vías para la difusión de valores y modelos relacionados con la estética de lo delgado. Su influencia en la población es evidente.

“El desarrollo de los medios de comunicación de masas a lo largo del siglo XX tiende a imponer en todo el mundo unas normas tanto de belleza como de moda más uniformes que en ningún otro momento (*Mazur, 1986*)... la exposición a distintos medios de comunicación promueve una imagen extrema del cuerpo ideal, creando así una insatisfacción por el propio cuerpo...”⁹¹

Los medios de comunicación transmiten los modelos estéticos corporales que se consideran socialmente aceptables, la publicidad hace evidente las características físicas de actrices, bailarinas, cantantes, gimnastas, modelos; estos personajes suelen ser jóvenes, como corresponde a un momento socio histórico en que el culto a la juventud también embarga a la sociedad.

Pero ¿qué pasa con aquellas pocas que no desean sacrificar su salud y morir de hambre para ser felices ya que su felicidad está sustentada en otras cualidades? Las respuestas de la sociedad, de los creadores de la moda y de las tiendas donde se distribuyen las prendas no se hacen esperar. La sociedad las relega y discrimina, pocos son los diseñadores que crean ropa especial para ellas, pero lo que sí es frecuente es que las casas de moda no fabriquen tallas para personas excedidas de peso.

Con el transcurrir del tiempo las formas femeninas en los modelos se han modificado, aquellos cuerpos con curvas han desaparecido para dar paso a nuevos ideales estéticos, en donde la extrema delgadez ocupa el lugar preponderante.

⁹¹ Del Toro, Josep. *Op. Cit.* P. 246

“Desde *Twiggy* en los sesenta a Kate Moss en los noventa, las *top models* semejan muchachos, sin pecho y de pequeño trasero, parecen cualquier cosa menos femeninas. Para este fin, se utilizan muchachas de 14 ó 15 años así se ha hecho deseable ser delgada. Observadores de la industria de la moda señalan la influencia de diseñadores homosexuales, cuyos vestidos y modelos reflejarían lo que para ellos es atractivo. Ellos han estimulado, sino creado, una nueva estética para las mujeres: el andrógino delgado. La estética de los diseñadores dicta que los vestidos lucen más en un cuerpo delgado y alto. La belleza trata de exclusividad. Así pues, las modelos no pueden tener el aspecto de la mayoría”⁹²

Al ser su cuerpo su herramienta de trabajo, las modelos no son más que lo que sus diseñadores quieren de ellas, si se les exigiera engordar lo harían y si se les exige adelgazar, de igual manera lo llevan a cabo. De manera que el cuerpo femenino se mutila y cambia al antojo de unos y de otros, pero no precisamente de acuerdo a los propios deseos de la persona y mucho menos de la ley natural.

Al cuestionar el papel de la sociedad en torno a este proceso degenerativo del cuerpo, lo que primero sale a la luz es el hecho de que ella misma pide cuerpos delgados como requisito y como medio de supervivencia, ya que si antes sobrevivía el más fuerte, hoy sobrevive el más delgado.

Lamentablemente los verdaderos culpables de la aceptación de la estética anoréxica son los ojos de todos los que la alaban como símbolo de fuerza de voluntad, amor propio y triunfo, y ridiculiza a las modelos que presentan un aspecto más normal, precisamente porque se le considera antiestético.

Es necesario reconsiderar esta postura frente a una enfermedad que día con día alcanza niveles epidemiológicos sobre todo entre adolescentes. Es una tarea bastante difícil, sin embargo si se comienza a tener conciencia de los alcances de esta belleza corporal, la cual culmina en la muerte en algunos casos, podría existir una mejora física, mental, pero sobre todo emocional, ya que la angustia y

⁹² *Ibidem* P. 241

desesperación se anularían. Esta labor puede tardar años en llevarse a cabo, pero definitivamente tendrá grandes beneficios al nivel personal y social.

Al ser realistas en este mundo contemporáneo, el retrato de las mujeres, conforme al ideal femenino del que somos testigos, es el de una mujer guapa, atractiva, delgada, seductora, liberal y autónoma, distante pero asequible, conquistable y bronceada. La imagen femenina aparece ante los demás muy autosuficiente, libre, segura de sí misma, sabe lo que quiere y nada la detiene.

Sin embargo, la contradicción de esta imagen viene cuando esta mujer libre es esclava de su cuerpo, pendiente de su dieta y de su capacidad de mantenerse delgada para dar la imagen que quiere dar. Las mujeres se han liberado de ataduras que las mantenían cautivas pero se han esclavizado en su afán de la estética, porque para conservar su autoestima necesita verse delgada; todo ello alimenta su fuerza interior haciéndola más libre y segura en la enorme jungla en la que compete y en donde estaría dispuesta a dar su vida por este ideal si fuera necesario.

- Culto al cuerpo

En esta parte del relato, a consideración de ANA, se suprimirá parte de la información al resultar de doble filo, pues por una parte, ofrece información para prevenir, pero por otra, puede dar ideas para comenzar con un problema difícil de abandonar

- *“Algo que hacía era ver las entrevistas, leer y documentarme, de ahí sacaba los tips para seguir las dietas. –dice-. También me apropiaba de ciertas ideas que llegaba a ver o leer sobre alguna persona anoréxica, me servían para hacerlas si es que no lo había intentado. No puedo dar detalles de lo que solía hacer, es dar ideas, especialmente porque hay personas vulnerables a desarrollar el trastorno y es mejor no dar información que puede ser dañina”*

ANA hizo muchas cosas para rebajar de peso y se tomó otras tantas, desde pequeña escuchó muchas dietas, tuvo que seguir una en contra de su voluntad cuando era niña, así que no le eran ajenas. Tés, pastillas, cremas y dietas las escuchó de personas que se encontraban a su alrededor, ella sólo las imitó al no considerarlas peligrosas o prohibidas. Hasta le regalaron productos para bajar de peso, infusiones para adelgazar y muchas alternativas más. Le decían:

- *“Si te tomas el té todas las mañanas antes de desayunar... ¡seguro que bajas de peso rapidísimo!... no se te olvide tu licuado con el que haces sólo una comida en todo el día... haz ejercicio, eso quema calorías, ¿Por qué no entras a un gimnasio? Eso también te va a ayudar mucho...”*

Recibió miles de consejos, unos le sirvieron otros no, ella sólo siguió sus reglas, dejaron de darle tips cuando vieron resultados; pero para lograrlo se valió de laxantes, diuréticos y preparados que leía o buscaba en algún lugar.

El ideal de ANA se transformó, con el paso del tiempo ya no buscaba imitar un cuerpo ahora sólo deseaba un abdomen plano y nada más, si lo demás estaba muy flaco no haría nada para engordarlo. No comía grasas, carbohidratos y todo aquello que su cabeza registrara como 'engordante'.

Sus amigas también tenían uno que otro truco bajo la manga, de ellas aprendió mucho, desde restringirse, hasta contar y saber exactamente que cantidad de calorías tendría su próxima comida. En su eterna búsqueda por la delgadez 'perfecta' se informó sobre las anfetaminas, las vio en televisión, le pareció atractiva la idea y decidió buscarlas.

En televisión escuchó de ellas:

- *“¡Pueden creerlo señoras! A esa mujer la hicieron bajar ¡20 kilos con anfetaminas! Desafortunadamente luego volvió a subir... ¡casi lo doble!”*

A lo que ANA pensó:

- *“¡Qué estúpida! A mí no me pasaría eso, porque si las tomo después sólo cuidaría mi alimentación y lo alternaría con ejercicio...”*

Afortunadamente no pudo comprarlas, a pesar de contar con un plan bien estructurado para obtenerlas. Pero lo que sí tomó fueron unas gotas que anunciaban por televisión, las cuales aceleraban el proceso metabólico, las combinó con laxantes e infusiones para que dieran mejor resultado.

Los tes los encontró por casualidad en un mercado a pesar de su sabor amargo y desagradable se los tomaba religiosamente todas las mañanas y noches, ello con el fin de calmar su conciencia y ansiedad al decir, terminada la última gota:

- *“Ahora si me está quemando toda la grasa que todavía tengo...”*

Era todo un suplicio lo que hacía en pos de su 'bello cuerpo delgado', desde evitar y repudiar sus- antes- comidas favoritas, hasta tomarse cualquier cantidad de líquidos y pastillas, untarse cremas, hacer ejercicio a diario, fajarse hasta quedarse casi sin respirar, entre otros. Todos estos artífices cumplían con la misión de minimizar o al menos ocultar su despedazada autoestima.

ANA no se daba cuenta de que todo esto ponía en juego su salud y su vida, ella creía firmemente en que todos estos elementos de tortura los tenía que pasar y sobrevivir para poder obtener al final su recompensa.

3ª. Parte: ¿Qué pasa con los familiares de las personas que atraviesan por este trastorno?

- Sé que tengo un trastorno ¡pero no quiero engordar!

A lo largo de este trabajo de investigación se han observado las conductas patológicas referentes al uso y manipulación del alimento, así como las causas y las consecuencias de un trastorno alimenticio tan grave como lo es la *anorexia*.

Sin embargo, este mal cumple varias funciones para quien la padece. En un principio, se busca una 'perfección' estética corporal pero con el transcurrir del tiempo y de la enfermedad, se convierte en un poco usual estilo de vida. Tanto la razón como la conciencia están fuera de la percepción de la anoréxica y como resultado, camina a ciegas al borde de la desesperación y la muerte.

A diferencia de otros trastornos alimentarios, la *anorexia nerviosa* encuentra sus víctimas en jóvenes adolescentes principalmente mujeres todavía con fuertes lazos familiares como consecuencia de su corta edad.

La familia juega un papel primordial en la génesis, desarrollo y en la posible finalización del trastorno alimentario. Una vez que se ha detectado a una persona con este problema del comer las preguntas no cesan respecto a quién es el/la culpable, por qué lo hace, cuándo terminará y cómo, entre muchas otras.

Estas jóvenes no logran ver realmente la magnitud de su situación tanto física como mental. Para ellas, la *anorexia* es algo más que un problema, más bien es todo un *modus vivendi*, al considerarla como: ideal de belleza, fuerza de voluntad, dispositivo de control, excusa por falta de rendimiento o ser desgraciada, manifestación de ser especial y única, expresión de dominio, rebeldía u oposición, medio para desmarcarse de la familia, sentido y contenido

de la vida, evasión del mundo real, expresión de la voluntad de sufrir, recurso autodestructivo, manera de permanecer en lo conocido, modo de reclamar cuidados y afecto, negación a hacerse adulta, feminidad y sexualidad, manera de llenar un vacío interior, expresión de emancipación, etc.

Su mundo es la comida y lo que se hace con ella, todo lo demás queda fuera de su ya nueva forma de vida. Alejarse progresivamente de todo ambiente social o familiar les acarrea una profunda soledad, sufren y gozan en silencio, se guardan para sí sus triunfos y fracasos, su tristeza y desamparo lo viven día con día a cuestas; frente a los demás se muestran fuertes con la disciplina que se han auto impuesto, aunque por dentro mueran poco a poco.

“Las anoréxicas tienen una gran necesidad de admiración y reconocimiento, a fin de compensar sus sentimientos de inferioridad y su inseguridad. La falta de un sentido de la propia valía, la impotencia, la sumisión a voluntades ajenas... estos factores actúan sin que los progenitores se hayan dado cuenta, ni sospechado; otras veces aparece del paso a la vida adulta. En tales casos la anorexia aparece idónea para elevar la autoestima, y proporciona, en apariencia, el acceso a la posibilidad de ser alguien extraordinario, único, que destaca de la masa de los individuos normales y corrientes”⁹³

Ven sus ideales como posibles con este trastorno, por lo que tarde o temprano la promesa se cumple -los elogios, la atención, la admiración de los demás y todo lo que trae consigo la esbeltez-, pero también tiene sus días contados. Por un lado, la delgadez llega a ser patológica volviéndose la figura antiestética, y por el otro, a largo plazo queda afectada la capacidad del intelecto, pese a la mayor agilidad mental de los primeros días de ayuno, sólo es cuestión de tiempo para que las facultades, decaigan al grado de llegar por debajo de la media.

Con relación a su estado anímico, el doctor Caballero puntualiza que empeora conforme transcurre el tiempo, de hecho tienen mucha presión ocasionada por la

⁹³ Gerlinghoff, Monika. Backmund, Herbert. *Op. Cit.* P. 37

desnutrición; en general, esta situación hace que la vida sea extremadamente difícil para las personas con *anorexia nerviosa*.

La debilidad corporal, la incapacidad para realizar tareas y el agotamiento físico son solo algunas características ante las cuales es necesario poner atención, ya que la vida de la joven peligra si no se le interviene rápidamente. Al estar en lo más profundo del abismo, el no tener fuerzas y deseos de seguir con algo más que no sea la comida, la joven anoréxica se encuentra ante un paradigma: sabe que tiene un grave problema pero no desea ganar peso.

Tener un cuerpo débil y demacrado, pero delgado, es algo que le ha costado mucho, tanto física como mentalmente, y no lo dejará ir tan fácil. Se enfrenta con la decepción cara a cara al darse cuenta que pasó de ser la mejor, casi perfecta, a caer en el rango promedio o menor, y peor aún, ser catalogada como enferma mental, según le han dicho.

Una vez detectado el problema y que la paciente está consciente de ello se tiene que dar el siguiente paso que consiste en seguir un tratamiento con especialistas en el cual la hospitalización, en casos graves o crónicos, es indispensable para una pronta recuperación.

La doctora Serralde Zúñiga, señala que muchas anoréxicas pueden incluso reconocer y estar conscientes de su problema, “pero lo que no es nada fácil es que ellas acepten el tratamiento”- puntualiza.

Uno de los motivos para que no se intervenga de manera rápida y eficaz es que en la actualidad la *anorexia* se considera “enfermedad de moda”, lo que provoca que adolescentes y jóvenes les parezca atractiva esta oferta y se sumen a sus filas en pos de la esbeltez y belleza prometidas. Muchas al elegir este camino de autodestrucción corporal pretenden alcanzar la felicidad, aceptación y autoestima que tanto han buscado desde tiempo atrás. Tal vez sea ésta una de

las razones por las que no pueden abandonar sus sueños tan abruptamente para iniciar el camino hacia la recuperación.

“La prolongada resistencia a ponerse en tratamiento no proviene sólo de las mismas personas afectadas, sino también del entorno familiar. Los progenitores, intentan restar importancia y hablan de ‘la moda de guardar la línea’ o ‘crisis de la pubertad’ creen que el asunto acabará por arreglarse... Muchos pretenden evitar que la solución trascienda del ámbito familiar, y rechazan la psicoterapia por considerarla una expresión de fracaso y debilidad... Súmese el rechazo de las enfermedades psíquicas todavía muy arraigado en nuestra sociedad”⁹⁴

La mayoría de las veces la anoréxica puede o no aceptar su enfermedad, todo depende de que tanto se haya informado de ésta. En ocasiones la paciente cambia de parecer cuando conoce las transformaciones internas y externas que ha sufrido su cuerpo durante el tiempo en que lo ha sometido a dietas o ayunos prolongados, ejercicio desmesurado, vómitos, uso de laxantes y diuréticos y la manera como lo han desgastado física, mental, intelectual y emocionalmente. Al saberlo en ellas se produce un cambio de actitud favorable para la recuperación.

Existen muchas trampas y trucos para seguir con el trastorno y evitar la hospitalización o el aumento de peso tales como: usar ropa holgada o varias prendas para disimular la extrema delgadez, desmoronamiento de los alimentos y la capacidad de esconderlos fácilmente, el consumo de alimentos *light*, ejercicio desmoderado y la enorme cantidad de agua para ‘eliminar lo que tu cuerpo no necesita’.

El miedo intenso de subir algunos kilogramos en pos de una buena salud es la tortura de muchas y muchos jóvenes que, a pesar de saberse con un problema de alimentación, su percepción corporal suele ser la misma que al inicio: los gordos frente al espejo.

⁹⁴ *Ibidem* P. 24

Las personas con el trastorno anoréxico suelen preguntar constantemente acerca de su complexión, ésto lo hacen para reafirmarse y saber qué tanto han logrado. La psicóloga Vázquez dice que estos comportamientos le sirven a la joven como manera de espejear su figura, es decir, sirve para que los demás enaltezcan su cuerpo delgado aunque ella argumente todo lo contrario; en materia de distorsión le sirve para mantenerse bajo dieta.

En casos crónicos, la chica es incapaz de reconocer otro estilo de vida que el llevado a lo largo de años, pero si el trastorno apenas comienza o no es severo la mejor manera de erradicarlo es mostrar confianza, preocupación, paciencia y que se sienta querida e importante para sus padres, pues todo el proceso anoréxico lo ha vivido aislada. La recuperación será satisfactoria si se está en un ambiente confiable, seguro y amoroso.

Otro factor determinante para el tratamiento es evitar culpar y agredir a la paciente, ya que la evadirá y la recuperación será prolongada. Los lazos comunicacionales son importantes en esta fase, de ellos depende si la chica decide o no modificar su conducta. Una vez puestas las cartas sobre la mesa, la transformación se puede dar de forma gradual y benéfica.

El proceso de reconocimiento y confrontación con la realidad le provoca a la futura paciente un alto grado de ansiedad, ya que está por enfrentarse a algo completamente nuevo y fuera de sus dominios. La ansiedad, los miedos, las fobias y todos aquellos monstruos del pasado se vuelcan a su presente a los cuales debe enfrentar al momento de recibir terapia. El momento de renacer ha llegado junto con sus complicaciones y sus nuevas esperanzas de vida.

- ¡Mi hija era perfecta! ¿Qué le pasó?

Conscientes de su enfermedad, la familia pensó que tal vez ANA entraría en razón y confiaban en la promesa, pero desgraciadamente esta vez ella no respondió como esperaban.

Ellos comentaron, buscaron soluciones y la más viable era internarla en un hospital bajo un tratamiento intensivo, lo platicaron con un par de doctores y especialistas, todos estaban listos para actuar, todos excepto ANA quien se sentía orgullosa de su enfermedad.

Sus familiares no creían el cambio tan drástico que había tenido, pues de ser una estudiante modelo y una excelente hija, pasó a ser una joven mentirosa, solitaria, orgullosa y enferma.

En su familia hubo comentarios que parecían no conmoverla, a pesar de decírselo con lágrimas en los ojos. Su abuela le decía:

- *“¡No quiero que te mueras! Come, si no eso es lo que va a pasar, ¡te queremos viva!... no nos dejes, que nosotros no te dejaremos”*

ANA provocaba estos comentarios al verla caminar de un lado para otro, sin fuerzas ni ganas, sólo se movía –según ella- para quemar más calorías. Parecía su sombra, sin duda alguna ya no era la misma.

En su desesperación por regresarla a la vida su madre reaccionó violentamente, a base de gritos y regaños le dijo:

- *“¡Y no me importa si te quieres morir... pues ya muérete! Pero hazlo ya... deja de torturarte y torturarnos”*

Su familia vivió momentos angustiosos y desesperantes, los sentimientos se encontraban a flor de piel. No entendían porque ANA se dejaba morir, se sentían incapaces de hacer algo y ante su atónita mirada observaban como su vida se desvanecía.

Su abuela no daba crédito a lo que sus ojos veían:

- *“ANA ¡no puedo creer que estoy viendo como se te va la vida!, -le decía- ¡hija mírate la piel como es que se te muere!... te recuerdo como una niña con algo interesante que decir... y ahora verte así, me rompes el corazón... ¡No puedo permitir que te mueras...!”*

ANA nunca deseo la muerte, sólo buscó una figura delgada como la que muchas veces admiró, sin embargo el problema se le había ido de las manos. Sabía y sentía que su vida pendía de un hilo muy delgado, sin embargo, esta muerte – de la que todos hablaban- la experimentó mucho tiempo atrás, cuando comenzó a morir en vida.

Murió cuando sólo fue capaz de hablar de la comida y todo cuanto girara en ella, lo demás le daba igual; con frecuencia se agotaba con el mínimo esfuerzo, le daba sueño a cualquier hora del día. Toda la familia se encontraba preocupada porque su salud corría un grave peligro, los comentarios por persuadirla no cesaban:

- *“ANA ¿por qué no comes aunque sea poco a poco? es por tu bien... que te parece si hablamos con otro nutriólogo para que le tengas más confianza... si quieres te compro esos productos que te ayudan a bajar de peso sin descompensarte... te los compro pero come un poco más...”*

ANA no sabía si lo hacían para ayudarla a bajar de peso o porque sabían que en cualquier momento podría morir.

Por todos los medios sus familiares buscaban que ella comiera un poco más, estaban conscientes de que su salud estaba en juego y harían todo lo posible antes de llegar a medidas extremas. Al ver a su familia preocupada y a Lalo –su persona especial- llorar, fue como si le devolvieran la vida, tenía motivos para vivir, sin embargo no entendía del todo su problema:

- *“Sé que tengo un grave problema, pero no quiero ir a un hospital, no hay salida... ¡pero no quiero! No es por miedo... sólo tengo muchas ganas de llorar... Estoy asustada, he perdido peso y ahora es inevitable mi hospitalización...”*

- Acepta que tienes un problema

Posiblemente los familiares que viven con personas anoréxicas se sientan turbados y asustados al ver como la enferma se debilita de forma progresiva lo que los pone nerviosos e impotentes por no poder hacer nada para ayudarla, al menos en un principio. Esto podría empeorar si durante las primeras etapas, una vez iniciado el trastorno, ella niega la gravedad del problema o se niega a recibir ayuda y sólo consigue alejarse mucho más.

Es importante que al observar un aislamiento total, una disminución alarmante de peso, la presencia de la amenorrea en mujeres, el constante rechazo a los alimentos, sobre todo los considerados “engordantes” y cambios de humor drásticos, los familiares y amigos más cercanos acudan a un especialista para recibir información y asistir a la hija, amiga o novia que pide desesperadamente en silencio atención y ayuda.

Lo que familiares y/o amigos pueden hacer es llevar a la chica con el médico familiar, él puede sospechar y transferir, de ser necesario, para una atención adecuada. El médico tiene que revisarla para saber si está desnutrida de acuerdo al Índice de Masa Corporal al tomar en cuenta su edad y estatura; si presenta un IMC mínimo de diecisiete y tiene los ojos hundidos, la piel reseca, tiene mucho sueño, no piensa bien y todo se le olvida, aquí ya se habla de una desnutrición avanzada por lo que se tiene que actuar de inmediato -según información proporcionada por la nutrióloga Ramírez.

No todos los casos son iguales, hay personas que se niegan a recibir ayuda y son ingresadas obligatoriamente a hospitales donde continúan negándose a recibir alimento o en su defecto siguen con todas las reglas y aumentan de peso, pero lo hacen porque desean salir para perderlos de nuevo.

El doctor Caballero -especialista en el ramo psiquiátrico y con amplia experiencia en el tratamiento de los trastornos alimenticios- dice que muchas pacientes van al hospital en contra de su voluntad y que hacen lo posible por mantenerse en el estado que les ha costado trabajo lograr. Llegar a la desnutrición fue resultado de conductas con las que lograron controlar y mitigar el hambre, eso hace que la condición de adelgazamiento sea algo muy difícil de quitar. Al llegar en contra de su voluntad las anoréxicas no están conscientes de las repercusiones a corto, mediano y largo plazo del mantenimiento de este tipo de trastornos.

Añade que el trabajo médico consiste en crear conciencia de la enfermedad en la paciente; en casos extremos, la desnutrición amerita manejo intrahospitalario para corregir las complicaciones de la desnutrición. El hecho de renutrir a una paciente a través de este tipo de estrategias no siempre va acompañado de una recuperación psicológica ya que prácticamente recaen al poco tiempo –finaliza.

Las tretas y engaños a los que recurre la enferma en esta etapa del problema frente a los médicos son: usan ropa pesada para pesar más kilos en la báscula, beben mucha agua y retienen la orina antes de pesarse, aparentan comer y esconden la comida, la desmenuzan y la ocultan en sus bolsillos, con el pretexto de lavarse los dientes vomitan lo que acaban de comer, se encierran en su habitación para hacer ejercicio, no toman las medicinas prescritas y las sustituyen por laxantes, diuréticos y anfetaminas.

No sólo la anoréxica sufre, sino también lo hacen aquellas personas que la rodean y la estiman, quienes al igual que ella se ven afectadas por el problema, ellos sí pueden ver como éste puede acabar con la vida de una persona por muy exitosa, joven o feliz que parezca.

Para la mayoría de las personas que se encuentran en tratamiento, la familia es un gran soporte sobretodo cuando son ellos lo que han aprendido y comprendido la génesis y el posible éxodo de este mal llamado *anorexia*.

El primer paso está dado: la aceptación de un problema de salud grave que puede culminar con la muerte. El paso siguiente es recibir ayuda de especialistas que lograrán, en la manera de lo posible, una recuperación exitosa física, mental y emocional. Para ello es necesario acudir a centros especializados, investigar a fondo cuál es la mejor opción, preguntar que tratamiento es el adecuado de acuerdo a la gravedad del problema y cuál es el más conveniente según las posibilidades económicas de la familia.

La aceptación de este mal, individual y familiar, puede causar algunos roces y enfrentamientos conflictivos. Para lo cual es necesario establecer prioridades y saber de antemano que la vida de uno de los integrantes corre peligro y que será necesaria la unión y apoyo mutuo.

Paciencia y perseverancia son piezas claves a lo largo del proceso de recuperación pues seguramente se presentará resistencia por parte de la enferma. Es necesario saber los miedos de estas personas, para ellas la idea de cambiar de hábitos alimenticios mantenidos por meses, o años, las asusta porque piensan y temen que se les intenta engordar. En este punto, es necesario hacerlas entender que eso no es el fin último sino más bien se busca su pronta sanidad física.

El camino hacia la libertad es largo, arduo y doloroso, las posibilidades de recuperación muchas veces no son tan satisfactorias como debieran – cobra la vida de 5% de las personas que la padecen - ya que una parte del trabajo lo hacen los especialistas pero la mayor parte corre por cuenta de las pacientes, ellas son las que deciden liberarse o no de esta atadura antiestética y mortal llamada *anorexia*.

“En estudios realizados entre 4 y 12 años de evolución, indican que aproximadamente el 50% de las pacientes anoréxicas se recuperan, el 25% permanecen crónicamente enfermas, y un 5% mueren por suicidio o por complicaciones de la enfermedad...”⁹⁵

En realidad nadie puede conocer el sufrimiento extremo de estas jóvenes que decidieron hacer algo para ser mejores y que se equivocaron de camino, sintiéndose descontextualizadas en un mundo al que no sabían como enfrentarse y en el que no encontraron algún sentimiento afectivo hacia ellas.

El sufrimiento es el mayor síntoma que padecen, un sufrimiento silencioso que no grita porque ni ellas mismas saben que les sucede ni por qué. Pero que callará cuando se canalice el problema y se resuelva progresivamente con la ayuda de médicos, familia y amistades.

De ellas depende cambiar el rumbo de sus vidas, arriesgarse a conocer algo más de su entorno, el mundo que las rodea, conocerse a sí mismas sin la presencia de ese fantasma llamado *anorexia* que las ha colocado a la sombra y lejos de los seres queridos, encontrar su independencia, su propósito de vida algo muy alejado a mantener un peso inferior al resto o el de tener una talla 0.

⁹⁵ Urresti, Begoña. *Op. Cit.* P. 43

4ª Parte: Y ahora ¿Qué hago? Métodos para tratar la anorexia

- ¿A quién pido ayuda? Centros especializados en trastornos alimenticios

Actualmente, la sociedad experimenta fuertes cambios, al nivel social e individual, que le han modificado su existencia y su estilo de vida, por desgracia ésta no se encontró preparada para enfrentarlos. La vorágine de información, imágenes, ideas, cuerpos y delgadez sucumbió la mente de casi la mayoría de los integrantes de la comunidad, convirtiéndolos en prisioneros de su cuerpo.

Uno de los mayores cambios que experimentó y experimenta día a día, y que sucede ante su mirada, es la transformación vertiginosa de los cuerpos de miles de jóvenes que hallan en la esbeltez la llave del éxito y la aceptación social, valores altamente inculcados en el seno mismo de la sociedad occidental a la que se pertenece. Como se observó en capítulos anteriores, el precio a pagar es alto para una valía tan efímera y superficial.

Anorexia nerviosa es una enfermedad conocida actualmente, las cifras de enfermas aumentan, la participación social es casi nula, los tratamientos costosos y ellas, las anoréxicas, viven entre su mundo y el real, que les exige sanidad y a la vez cuerpos estéticamente delgados; su cuerpo frágil les pide alimento, mientras que su mente trastornada las incita a rechazarlo. Es un largo camino el que han recorrido, dejarlo no será sencillo, se han acostumbrado a ese eterno juego entre la vida y la muerte en donde el premio es conservar la línea a pesar de contar con pocas posibilidades de sobrevivir.

A partir de lo anterior y ante una problemática de esta magnitud, innumerables asociaciones sociales se han sumado a la lucha contra este trastorno que

diariamente cobra la vida de miles de víctimas en pos de la belleza y delgadez que tanto promete y que pocas veces cumple.

Existen diversas Instituciones de índole pública y privada encaminadas a tratar y solucionar, en el mejor de los casos, este problema médico, psiquiátrico y social. Afortunadamente estas organizaciones buscan dar una mejor solución, además de mejorar la calidad de vida de las pacientes, por lo que se ven en la necesidad de revolucionar y renovar sus métodos, algunos con más éxito que otros, pero todos con un fin común: tratar, erradicar y prevenir a la ya venerada *anorexia*.

Dentro de las Instituciones de carácter público encontramos a El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, al Instituto Nacional de Psiquiatría, al Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE y la Clínica de Psicología de la UNAM.

Cabe mencionar que en algunas de estas Instituciones es necesario ser canalizado de otro hospital para tener derecho a consulta. Ésto habla de una deficiencia en cuestión de personal especializado a la gran demanda de pacientes en busca de ayuda urgente, pues hay quienes carecen de los medios económicos necesarios para un tratamiento que les salve la vida que muchas de las veces es muy costoso en centros privados.

La psicóloga Verónica Vázquez, quien labora en el Instituto Nacional de Nutrición en la Clínica de Obesidad y Trastornos de Alimentación, habla de los servicios que se ofrecen en este centro hospitalario. Lo que hacen es valorar a los pacientes, darles un diagnóstico, lo más certero posible, con la posibilidad de abrirles un expediente. La evaluación consta de entrevistas, cuestionarios, revisiones médicas – servicio gratuito -; de recibirlas, asisten al hospital de manera ambulatoria y son atendidas por nutriólogos, endocrinólogos, terapeuta familiar y psiquiatras, quienes siguen la corriente psicoanalítica.

Puntualiza que los costos del tratamiento varían de acuerdo a las posibilidades económicas de las pacientes. Agrega que en el hospital no se aceptan a mujeres menores de 16 ni mayores de 30 años de edad, quienes por la cronicidad del problema están muy viciadas y el trastorno es su vida. Tampoco atienden a hombres, pues ellos –dice- presentan más bien un problema psiquiátrico que se encuentra referido a un ajuste en cuanto a su sexualidad.

Finaliza con la aseveración de que a pesar de que muchos consideren superficial la forma de trabajar en el Instituto, esto no es así, ya que cuentan con herramientas útiles y eficaces en sus tratamientos que trabajan en conjunto con la psicoterapia.

Para ser atendido en este Instituto se concerta una cita por teléfono (54870900 ext. 65068) para acudir a una preconsulta y hacerle una evaluación de primera vez; se le da el diagnóstico a la joven, quien puede acudir sola o con un familiar, el día jueves (sólo esos días dan consultas). Posteriormente se canaliza o trabaja ahí mismo el trastorno si así lo amerita. Además, se otorgan teléfonos de distintos centros de ayuda psicológica que complementen la terapia.

El doctor Alejandro Caballero Romo actual coordinador de la Clínica de los Trastornos de la alimentación en el Instituto Nacional de Psiquiatría, nos da información respecto a este centro hospitalario de carácter público. A pesar de no dar detalles respecto al tratamiento que se sigue en la clínica, señala que se cuenta con todo un esquema para tratar la *anorexia nerviosa* y que ha funcionado desde hace diez años; asimismo han desarrollado estrategias favorables para las pacientes.

Para tratarse en este Instituto, el único requisito es que la paciente asista sola o acompañada de un familiar a una preconsulta en donde se le hace una historia clínica del trastorno alimentario –servicio gratuito -; no se trabaja bajo modalidad

hospitalaria al considerar que estos padecimientos, en la mayoría de los casos, se pueden tratar a un nivel ambulatorio que además resulta más barato.

Concluye que en su hospital se cuenta con un proceso de seguimiento permanente a la paciente aunque se le dé de alta siempre cuenta con una cita abierta; pues a pesar de que ella se ha recuperado, también ha aprendido cuáles son los síntomas tempranos de una recaída y puede acudir a tratamiento.

En Instituciones privadas están las más conocidas y costosas como: Oceánica, Avalon, Fundación *Ellen-West*, Karuna, Comenzar de Nuevo, A.C., entre otras, que atienden casos de Trastornos Alimenticios y otras adicciones, con un costo que sólo algunos sectores de la población pueden pagar. Estos y otros centros privados se encuentran ubicados dentro de las principales ciudades de la República Mexicana, por lo que sí se cuentan con recursos suficientes para tratarse hay de donde escoger.

La forma de trabajar en estos institutos privados varía un poco pues la hospitalización es casi obligada lo que eleva los costos del tratamiento. Al igual que en el sector público, en las privadas también se hace una valoración - con un costo -, para posteriormente dar un diagnóstico y canalizar a la joven ya sea a un tratamiento ambulatorio u hospitalario.

Claudia Ramírez, nutrióloga que labora en el centro privado "*Fundación Ellen West*", difiere de los tratamientos que se ofrecen en los hospitales públicos, al considerar que no son los más adecuados, porque – de acuerdo con su opinión – no se ha visto una recuperación entre sus pacientes. Menciona que al ser éste un problema multicausal el tratamiento debiera ser multidisciplinario y que esto no sucede dentro de ellos al manejarse sólo por el aspecto psiquiátrico o nutricional y se dejan fuera a muchos profesionales que también intervienen en el tratamiento de la chica, que trabajan en conjunto para que pueda funcionar.

Como las posibilidades de tratarse son escasas y costosas, algunos Institutos particulares, conscientes de la creciente demanda de casos de Trastornos Alimenticios aunado con la poca oferta que ofrecen los de carácter público, cuentan con programas de ayuda como medias becas para aquellas mujeres que no pueden cubrir el tratamiento completo para su recuperación; sin embargo, los costos continúan elevados.

Encontramos en *Internet* una cantidad considerable de Instituciones para la ayuda y prevención de los Trastornos Alimentarios, entre los cuales se encuentran: www.mexicoweb.com, www.fisac.com, www.quierobajardepeso.com, www.e-mexico.gob.mx, www.comenzardenuevo.org, www.inmujer.df.gob.mx, www.eatingdisorders.com.mx, www.generoysaludreproductiva.gob.mx, www.helios.com.mx , www.adolescentesxla vida.com, entre otros tanto a nivel nacional como internacional. La mayoría de ellos cuentan con oficinas en donde se puede obtener una mayor información.

También existen Instituciones no lucrativas en las que destacan Fundación Internacional CBA, Fundación *Ariwá* y la Fundación Nacional para el estudio y tratamiento de las adicciones AC, que tienen dos programas independientes para Trastornos de la Alimentación y para Adicciones.

Por un lado de la moneda se encuentran aquellas personas preocupadas por el alarmante ascenso y propagación de este mal, las Instituciones que ofrecen sus servicios son variadas, el equipo de trabajo es vasto y los tratamientos nuevos y mejorados, las herramientas son muchas; sin embargo, la otra cara presenta la enorme y creciente preocupación por la belleza, el peso, el cuerpo, la figura. El impacto sociológico de la *anorexia nerviosa* es marcado y repercute en la identidad/identificación del adulto joven; el narcisismo individual y social está en juego.

La creación de conciencias, aceptación, amor propio y de valores no lo dan estos centros de tratamiento, lo da la familia como pilar principal del desarrollo del individuo; los amigos, la escuela y la sociedad en general son agentes secundarios que deben respaldar todo esto.

Lo anterior sería en una sociedad sana, sin vicio alguno; sin embargo nuestra sociedad occidentalizada ha sido contaminada a lo largo de décadas sin poner algún tipo de freno que la haga despertar y tener conciencia de los problemas de los cuales ha sido víctima, *la anorexia* es uno de ellos. Es imitadora de lo 'que debe ser' y ser delgado es 'lo de hoy', es la tendencia que comenzó con la minoría, pero que día con día ha sido imitada por las mayorías. Sólo los flacos son exitosos, son atractivos, son la moda ¿por qué no ser uno de ellos?

Varias voces se han levantado en contra de este grupo, algunas marcas se revelan a la imposición de modelos ultra delgados al grado de poner en pantalla y en espectaculares a personas de talla normal e inclusive con sobrepeso con el fin de crear conciencia que no sólo lo delgado vende, que personas con cualquiera que fuere su peso valen la pena y no merecen ser minimizadas por el hecho de no contar sólo con huesos. Aunque son contados los casos, ya se dio un cambio en la publicidad de México, ahora es necesario que la sociedad haga el resto para una vida digna y sana de todos sus habitantes.

Al involucrarse medios, marcas, instituciones públicas y privadas y personal especializado se vería el problema resuelto; sin embargo, la pesadilla comienza cuando el problema se instala en la mente de la futura enferma; primero una idea, luego perseguirla y mantenerla a toda costa. Aquí es donde se encuentra la parte más difícil, y que le corresponde al equipo médico especializado, el eliminar de la mente de las afectadas por este trastorno la idea que las atormenta día y noche y que no las deja vivir sino que al contrario, las mata lentamente y deja como único rastro un infrapeso como antecedente de una muerte anunciada.

- Desperté y ya no era yo

ANA ingresó al hospital con un infrapeso, la báscula registró 38.500 gramos, los cuales venían acompañados de problemas físicos graves y de un posible paro cardíaco. A pesar de todo ello, iba en contra de su voluntad y con la firme decisión de no engordar, si pudo burlar el tratamiento ambulatorio, pensó que en el hospital sería igual.

- *“Ayer llegué y había camas... ¡no puedo creer que este aquí! Me da rabia llorar, pero también lloro de rabia y eso no lo puedo evitar...”*

Cuando se despertó al día siguiente, no se reconoció, los espejos eran diminutos que apenas lograba ver su cabeza, pero a pesar de ello no pudo hacerlo, se sintió distinta, ya no era la misma.

Poco después, se enfrentó a su peor miedo:

- *“He comido mucho, me obligó la vieja de la voz amable a tomarme un zumo que bebí llorando... ¡es horrible! hoy he tenido que ir al baño acompañada y con la puerta abierta sólo sentía el dolor, la vergüenza, la rabia y la impotencia de ser observada en un espacio tan privado...”*

El tiempo en el que estuvo internada fue largo y difícil, pasaba de una terapia a otra, las tres comidas eran inevitables y pensaba:

- *“No me he lavado los dientes, tampoco me he bañado... no tengo ganas de hacer nada, no puedo caminar, aquí sólo como... como y como...”*

Siente una gran tristeza por ella, ahí no puede mentir y engañar como lo hacía en su casa, no quiere hacerlo ya no tiene la fuerza suficiente ni para intentarlo.

- *“¡Cené como 800 calorías! Y luego reposo... ¡sí! reposo como una gorda, aquí siempre es lo mismo: comer y descansar, descansar y comer... quiero hacer todo bien, no me gusta estar aquí... quiero ir a casa...”*

Por la gravedad de su estado ANA tuvo que tomar medicamentos, los cuales le sirvieron para modificar su ánimo y para que tuviera apetito. Diariamente tenía terapias con psicólogos y psiquiatras, el endocrinólogo y la nutrióloga tenían espacio cada tercer día; hasta cierto punto se había familiarizado con ellos. Bajo este trabajo multidisciplinario, ANA comenzaba a ver resultados:

- *“Sé cuanto peso: ¡40,800 gramos! Recuperé dos kilos ¿Por qué me hacen esto?... Quiero estar bien y salir de aquí pero tengo que comer y subir de peso, de lo contrario estaré como Sol, hoy la vi y me agobié... ¿Cómo ha podido llegar a eso? ¡Se va a morir! Me dan ganas de gritarle ¡Reacciona que te mueres! No es que estés muy delgada sino que estás enferma, te mueres ¡entra en razón!... pero quién soy yo para decirle eso...”*

El aspecto de su compañera le erizaba la piel, tenía solo piel y huesos, Sol era un caso crónico de anorexia, tenía diecisiete años de edad y cinco de enferma, su peso oscilaba entre los 34 kilos aunque no eran definitivos.

- *“Ojalá no tuviera que verla comer, se esconde a todas horas la comida en el pantalón y los zapatos... desmenuza el pan, las galletas, desparrama la comida y consigue no comer ni la mitad de lo que le ponen... ¿tengo celos? ¿Celos de no poder hacer lo mismo? No lo sé... tal vez...” –decía.*

Al estar sola, lejos de todos los comentarios del cuerpo, la dieta y de la presión, notó que muchas de las personas que estaban ahí lidiaban con el mismo problema y la entendían. Encontraba en ellas, el apoyo y las fuerzas suficientes para recuperarse.

Muchas presentaban una gran mejoría, mientras que otras se negaban y parecían empeorar, sintió pena por ellas y por sí misma. Conforme pasaba el tiempo entendía su problema, llegó un momento en el que ya no se alegró por su apariencia delgada, afuera había demostrado que sí cumplió un propósito y una meta; pero dentro de aquel lugar, al verse al espejo, la imagen en su reflejo ya no era la misma, ya no le causaba orgullo.

- *“Conforme pasa el tiempo la ansiedad desaparece, hoy tuve hambre y me siento libre al decirlo... me siento tranquila y satisfecha después de comer... hace mucho que no tenía esa sensación. Hoy me he relajado... ¡creo que puedo curarme de la anorexia!”- se alegró por un momento.*

ANA notaba que su estado de ánimo mejoraba cuando se encontraba bien alimentada, aunque de vez en cuando se sentía sola y abandonada:

- *“No quiero que se olviden de mí... ¿Qué tal si no logro salir de aquí? he llegado a pensar que es más fácil caer que salir... y yo no estoy saliendo, ¡mírame! No quiero... soy una tonta al pensar que lo hacía bien...”*

Con terapias y apoyo familiar logró sobrepasar los baches que se le presentaban en el camino. Cumplida su estancia en el hospital reapareció Lalo, quien le dio seguimiento a su recuperación y apoyó en todo momento, él siempre respetó su nueva forma de alimentarse y la alentaba a dar el siguiente paso:

- *“¿No se te antoja un postre?... ¿qué te parece si pruebas la especialidad de la casa?... ¡anímate! Te hará muy bien”*

Todas sus atenciones las hizo sin sofocar, angustiar o molestar a ANA, quien sintió como se aligeraba la atención de su problema y comenzaba a disfrutar nuevamente de la vida. Juntos asistieron a clases de cocina ahí ANA aprendió a

comer saludable, aún fuera del hospital. Con pasos lentos y con una fuerza de voluntad impresionante, ella empezó a vivir nuevamente sin culpas.

A veces recordaba el infierno en el que había vivido, se lamentaba y entristecía cuando la persona alegre que alguna vez fue, se había perdido en un laberinto sin aparente salida, pero estaba dispuesta a rescatarse. Por primera vez sintió que las personas estaban con ella no por su apariencia sino por algo más.

Desde que salió del hospital y hasta la fecha nunca ha comido sola, el apoyo ha estado a toda hora, todos sabían que era importante para ella sentirse protegida y querida; la dinámica familiar se modificó, ésto no sólo ayudó a la más pequeña de la casa sino que todos resultaron beneficiados con este cambio.

ANA regresó a la escuela, asistía dos veces por semana con el psicólogo y una vez al mes al hospital con la nutrióloga para sus chequeos rutinarios. Abrió su mente para entender muchas cosas, empezó a crecer y a revalorarse. Llegó un día, aunque no sabe exactamente cuando, que se miró al espejo y dijo:

- *“ANA... ¡así te ves muy bien! Es tiempo de romper el molde y los grilletes que te ataban...viéndote bien... no estas tan mal como pensabas...”*

Cuando lo dijo, ANA sintió como sus fantasmas se alejaban pero estaba consciente de que estarían ahí y que no podría deshacerse de ellos fácilmente, pues habitan en la oscuridad y en el impenetrable mundo de su mente.

El camino es largo y a pesar de que se considera recuperada, hay momentos en los que tiene miedo pues sabe que puede caer, en el hospital se lo advirtieron los médicos:

- *“La anorexia no se cura ANA, sólo se trata... nunca se puede decir que una persona salió libre del problema, es una adicción como el alcoholismo*

o la drogadicción, al igual que en esos males, aquí también puedes recaer, esta en tus manos no hacerlo...”

Y eso era lo que intentaba a diario, ya no estaba sola, porque a pesar de tener mucho apoyo de afuera, sabía que ahora podía contar con ella misma:

- *“No sé explicar lo que sentí, tendrían que sentirlo para entenderlo... es como un vacío en el alma, como si nada importara, se pierde el entusiasmo y las ganas de vivir... sientes un dolor inmenso que te acompaña día y noche pero lo peor de todo es que no sabes por qué... Es un infierno que no le deseo a nadie.”*

Este relato ha sido un gran capítulo en la vida de ANA, quien tuvo una segunda oportunidad para vivir, es de las pocas afortunadas que lo logró; su familia y ella acuden a terapia para lograr restablecer los lazos rotos y para poder salir con mayor facilidad de esa terrible experiencia. Afortunadamente nos da una esperanza de vida:

- *“Creo que estaré bien... a veces tengo miedo, es una terrible sensación que no puedo controlar. Pero vale la pena intentarlo, agradezco la oportunidad que Dios me dio de ver la vida otra vez, ahora la veo con otros ojos... ¡es como si hubiera vuelto a nacer! Sé que no lo superaré al 100%, pero sé también que no lo quiero de vuelta en mi vida... ahora lo veo desde el otro lado, es como si lo viera como una película pero ahora soy capaz de comerme las palomitas...ja, ja, ja... ya no me preocupa del todo porque sé que aprendí de esa oscura etapa...”*

- Métodos terapéuticos

Al observar, analizar y estudiar la conducta de muchas personas que en nuestro país sufren de un Trastorno de la Alimentación, lo primero que salta a la vista es que para ellas su vida está controlada por la comida y lo que se hace con ella, el subir y bajar de peso se convierte en el foco de su existencia y con frecuencia se sienten culpables, solas, deprimidas y avergonzadas, pueden comer compulsivamente, purgarse o restringirse. Todas ellas tienen algo en común: sufren un desorden de la alimentación que puede ser fatal sin tratamiento.

En esta investigación se observó como la *anorexia nerviosa* se genera, desarrolla y cronifica; afortunadamente existe una solución para esta adicción. En las manos de la futura paciente está la salida de este círculo vicioso en el que gira su vida, aunque muchas veces la fuerza de voluntad y los deseos de vivir no sean suficientes para sacar adelante un cuerpo incapaz de colaborar.

La prontitud con que sea diagnosticado y tratado hará la diferencia entre conservar la vida o morir en el intento. Para ello existen estudios y evaluaciones que tienen como fin diagnosticar, clasificar y tratar eficazmente este trastorno del comer a fin de conocer su gravedad, permanencia y estragos que ha ocasionado en la anoréxica. Una vez conocidos los resultados se elegirá el mejor tratamiento para la pronta recuperación física, emocional y mental de la paciente.

Los Trastornos Alimentarios son enfermedades mortales de no tratarse a tiempo pero también se pueden superar con la ayuda profesional y oportuna. La recuperación va más allá de dejar de mantenerse en inanición, de dejar las comilonas o abandonar las purgas (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio). Para darla por hecho, se debe incluir el establecimiento de patrones saludables de alimentación y peso y la resolución de los problemas médicos, psicológicos, sociales y familiares que contribuyeron a que se desarrollara el trastorno.

Eliminadas las conductas purgativas, restrictivas y compulsivas la paciente tiene el derecho de recuperar su voz, a ser aquello que su enfermedad silenció, a construir una identidad basada en su valor, inteligencia y logros, el atreverse a cuestionar el abuso y la violencia que se ha ocasionado ella misma.

Un tratamiento se considera efectivo cuando es multidisciplinario e individualizado, al comenzar con una valoración médica y continuar con un plan que incluye: terapia individual o de grupo, terapia familiar, terapia conductual, medicación para mejorar la depresión, la ansiedad y otros trastornos similares, modalidad ambulatoria, semiestacionaria o estacionaria (hospitalización) y asesoría nutricional. Los métodos terapéuticos, tradicionales o novedosos, variarán de acuerdo al enfoque y a la técnica de cada centro terapéutico.

¿Cómo llegar tan lejos, es decir, a la aceptación de ayuda y al implemento de un tratamiento? Este es un enorme paso que la joven da o en la mayoría de los casos sus familiares. Dejar esa vida llena de angustia, fobia y pánico será difícil en un principio y durante el proceso de recuperación; sin embargo, para muchas vale la pena intentarlo aunque otras prefieran morir antes de perder lo único valioso para ellas: su esquelético cuerpo, moldeado y maltratado sin piedad.

Para dar este primer paso, la joven tiene que reconocerse a sí misma como enferma, ponerle nombre al trastorno del comer facilita mucho que ella adquiera conciencia y acepte ayuda médica. *Anorexia nerviosa* es el diagnóstico para muchas jóvenes que llegan al médico con un infrapeso, problemas físicos, psicológicos y emocionales; este veredicto se hacía por eliminación de cualquier otra enfermedad capaz de provocar tan grave pérdida de peso.

Hoy en día se cuentan con múltiples herramientas como entrevistas, cuestionarios, *test* y evaluaciones altamente confiables para el médico y para la familia al permitir conocer el avance del trastorno así como su gravedad en la

paciente, a partir de ello a la joven se le proporciona una mejor atención para salir de este mal hábito alimenticio que la ha acompañado por un largo tiempo.

La primera consulta resulta crucial para un buen comienzo y continuidad a un tratamiento. En ésta se establecen tanto el diagnóstico como los primeros pasos en la intervención terapéutica.

“La primera entrevista tiene dos objetivos: uno técnico al establecer la viabilidad de la terapia mediante el estudio psicopatológico y de la situación personal y socio-familiar; y un segundo objetivo el establecer una relación cordial y de confianza... Tendremos que enseñarle armas que eliminen la activación de la angustia y recobre la persona una auténtica libertad... y que deje de estar en las manos de un proceso morbozo como es la fobia”⁹⁶

Se le realiza una exploración física, se le pesa, mide y revisa exhaustivamente, este examen se hace con un desnudo parcial para evitar tretas y que se falseen los datos de la báscula. Lo siguiente es hacer una exploración psicológica cuidadosa, mejor conocidas como evaluaciones; el primer paso será el diagnóstico, la diferenciación de otros trastornos y posteriormente la descripción personalizada de la conducta perturbada y sus consecuencias.

La evaluación de la *anorexia nerviosa* requiere de un diagnóstico, éste se hace de acuerdo a los criterios fijados por el DSM-IV, señalado en la segunda parte de este trabajo. Este deja clara la diferencia entre *anorexia/bulimia* y su subtipo, y se consideran: el peso, episodios de sobreingesta, métodos de control de peso, distorsión perceptiva, insatisfacción y evitación de situaciones por la imagen corporal, comidas prohibidas y la ansiedad después de comer. Una vez terminado, es necesario ver el papel que juegan cada uno de los factores que intervienen en el trastorno del comer.

Se comienza con los métodos de control de peso. Existen varios métodos para evaluar el peso corporal de un individuo, los más conocidos son: el Índice de

⁹⁶ García Rodríguez, Fernando. Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa. Madrid. 1993. p. 83

Peso Relativo (IPR), el Índice de Masa Corporal (IMC) y el Índice de Brocca (IB). El más aconsejable – según la nutrióloga Ramírez - es el IMC porque ha mostrado una buena correlación con medidas más fiables realizadas en laboratorios sobre tejido adiposo y por ser un buen indicador del estado nutricional del individuo.

La siguiente es la evaluación de la conducta alimentaria. Es imprescindible conocer cuál es el método preferido por la paciente para controlar su peso, para tener una información más confiable se entrevistan a las pacientes, a familiares y amigos para después contrastar los datos; los cuestionarios, los autorregistros y la observación externa, son muy importantes en esta etapa de evaluación.

A través de entrevistas, cuestionarios, autorregistros, observación externa y *test* de comidas se conocen las particularidades de los episodios de la sobreingesta, desde lo que la persona considera desproporcionada a la opinión que el médico tiene al respecto, de la frecuencia y la duración de los mismos hasta la intensidad del sentimiento de culpa consecutivo. Se calibra el nivel de ansiedad por la ingesta de alimentos 'prohibidos', saber cuáles son éstos y el uso de conductas purgativas como el vómito, abuso de laxantes y/o diuréticos, ejercicio físico o combinaciones entre ellos y la frecuencia con que se llevan a cabo.

Otra valoración es la imagen corporal que incluye el estudio de la percepción, los sentimientos, las conductas y las cogniciones relacionadas con su cuerpo. La percepción corporal se evalúa con los procedimientos de distorsión de la imagen, analógicos, siluetas, trazado de imagen, etc., se valora la insatisfacción con entrevistas, cuestionarios y autorregistros. En cuanto a la evitación de ciertas situaciones el clínico emplea entrevistas, cuestionarios y autorregistros. Las cogniciones determinan cómo se percibe, siente y actúa es tarea del médico descubrir las distorsiones cognitivas, atribuciones, creencias y expectativas de la paciente sobre su cuerpo y ahondar en lo que ello significa.

La última es la evaluación de la sicopatología asociada, es decir, la depresión, angustia y ansiedad. Los pacientes sufren un miedo atroz a engordar y sienten fobia a cierta comida, no pueden dormir, se notan tristes y lloran, no se sienten amadas. Los métodos a utilizar son los usuales para medir la depresión, ansiedad, trastornos obsesivo/compulsivos, como los instrumentos que evalúan personalidad o características psicopatológicas en general.

El diagnóstico es sencillo, la parte difícil es el tratamiento dadas las implicaciones individuales, familiares y sociales. Normalmente, se aconseja el aislamiento familiar; sin embargo, este punto se aclarará en el apartado donde se mencionen los criterios de hospitalización.

Una vez terminado este proceso, ya que se han establecido las primeras reglas:

“Estas reglas de juego consisten: a) La anoréxica no debe pesarse hasta la próxima consulta; b) Importa que la paciente se responsabilice del tratamiento...c) En la anorexia mental es conveniente que la enferma llame para comunicar pequeños progresos...d) En cada nueva consulta la paciente empezará refiriendo algunos de los progresos...e) Nunca debemos emplear la palabra engordar sino ligero aumento de peso o recuperación discreta de peso... f) Hay que hacerle ver la diferencia entre la libertad de la salud y la tiranía de la anorexia mental”⁹⁷

Los objetivos más importantes del trastorno son la corrección de la malnutrición y la resolución de las disfunciones psiquiátricas de la paciente y su familia. El fracaso de la solución de estos problemas a corto y a largo plazo puede abocar el fallo terapéutico.

A continuación se mencionarán elementos a seguir y a tomar en cuenta para una exitosa recuperación en la paciente; pero para que se de un óptimo resultado, todas las partes involucradas - enferma, familia, médicos - deberán cooperar mutuamente para salvar la vida que peligra.

⁹⁷ Martines-Fornés, Santiago. *Op. Cit.* P. 81-83

a) La alimentación

Debido al estado caquético - el cuerpo se encuentra sumamente desnutrido- en el que algunas pacientes llegan a presentarse en Centros Hospitalarios o en Instituciones privadas, lo primero a considerar para salvar la vida de la joven es la alimentación, muchas veces en contra de su voluntad.

Al inicio de la intervención, hospitalaria o ambulatoria, la atención se debe de centrar en la solución de los problemas físicos de la paciente y en su recuperación de peso. Es necesario informarle sobre la naturaleza del trastorno y sus repercusiones físicas y psicológicas, se convence a la paciente de que su delgadez es un problema serio y que la recuperación del peso le conducirá a sentirse mejor psicológica y emocionalmente.

Muchos de los actores involucrados en el tratamiento de la *anorexia nerviosa* como autores de libros especializados, médicos, nutriólogos, psicólogos, psiquiatras entre otros, coinciden en que el recuperar peso constituye uno de los principales objetivos en la fase inicial de todo tratamiento terapéutico.

“Durante esta fase inicial, muestran discreta o nula utilidad los tratamientos psicológicos y/o psicoterapéuticos; muchos síntomas físicos y psíquicos aparecen como consecuencia del estado de malnutrición en el que se encuentran estos pacientes: síntomas físicos frecuentes, como el lanugo, la bradicardia, el estreñimiento y la amenorrea, y de síntomas psicológicos, como la irritabilidad, las discusiones con los padres, la falta de contactos sociales y la tendencia al aislamiento social. Estos síntomas suelen desaparecer, total o parcialmente, una vez que la paciente comienza a recuperar unos hábitos alimentarios y un peso normales”⁹⁸

En esta primera etapa de realimentación también se consideran los criterios para hospitalizar o no, todo depende de la gravedad del problema y la necesidad de

⁹⁸ Fernández Aranda. Fernando. Turón Gil, Vicente. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Masson. España. 1998. P. 88-89

recuperar un peso adecuado; este punto se mencionará someramente pues existe un apartado especial para profundizar en él.

Este trastorno puede tratarse sin necesidad de hospital, ambulatoriamente, cuando ha durado menos de cuatro meses, no hay conductas purgativas y la familia coopera con el tratamiento. Por el otro lado, la hospitalización es necesaria cuando la paciente muestra una enorme pérdida de peso, hay deterioro orgánico, se aísla de todo entorno social y familiar, abusa de las conductas purgativas y cuando han fallado tratamientos anteriores.

Sea la modalidad ambulatoria u hospitalaria, ambos persiguen dos objetivos fundamentales: la recuperación de peso y del estado nutricional y la normalización del patrón alimentario. Es importante explicar que el objetivo no es que 'sea gorda' sino que pueda estar delgada de un modo que la mantenga sana, en el diseño del plan de alimentación el aumento de peso será gradual y nunca más allá de lo esperado. La rehabilitación nutricional deberá basarse en una dieta equilibrada que contenga proteínas, carbohidratos, grasas y vitaminas.

La nutrióloga Ramírez, según su experiencia, argumenta que es muy difícil para los profesionales empezar con una anoréxica que no acepta su trastorno porque si no come nada durante el día no se le podrá dar de comer normal. Hay que evaluarlas, saber qué come, cuánto, si es que ha comido, es necesario conocer desde dónde se parte. Las cosas cambian cuando llega y sabe que tiene un problema alimenticio, aquí se comienza desde donde ella come, pero poco a poco se le aumenta la comida, es decir, se le da una dieta balanceada hipocalórica y a la par tiene que trabajar con terapia para que acepte la cantidad de comida que se le incrementará.

Al principio la paciente no ingiere cantidades normales de alimentos ni aunque se lo proponga. Durante la primera fase se aconseja que tengan de tres a cinco comidas diarias, equivalentes a un mínimo de 2.500 calorías al día, con

reducción del ejercicio y abandono de comida *light*, laxantes y/o diuréticos, con lo que la recuperación de peso se verá incrementada.

El dietista o nutriólogo es la persona encargada de dirigir esta fase del tratamiento, tiene la responsabilidad de suministrar la dieta adecuada de forma individual a las pacientes. El objetivo que persigue es enseñar a comer más para tener un ligero aumento de peso, además de hacerlo en cierto tiempo límite para adecuarlas a las condiciones con las que se alimenta en el exterior.

Si se encuentra resistencia por parte de algunas pacientes en ingerir alimentos sólidos, la mejor manera de contrarrestar esta actitud es alimentándolas por dieta líquida; estas soluciones acuosas deben tener cantidades adecuadas de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales.

Conforme la realimentación ocurre, el cuerpo adquiere dimensiones que asustan a la paciente, el profesional tiene que tranquilizar esa angustia y explicarle los cambios fisiológicos que ocurren durante esta fase. Es frecuente la hinchazón facial y prominencia gástrica, sudoración en manos y pies y deseos de vomitar.

La doctora Serralde está consciente del problema que involucra alimentar a una anoréxica grave, opina que es un trastorno complicado y que requiere un manejo multidisciplinario, al decir que mientras no esté canalizado el trastorno a psiquiátrico, para que acepten alimentarse, no se puede hacer nada porque piensan que las envenenan, sea por vía oral, sonda o catéter. Sabes como nutrirlas pero si no quieren y su cuerpo no lo permite es muy difícil.

En los casos más graves, ellas preferirían morir antes de que el enemigo gane la batalla; en esos casos las dietas líquidas se encuentran muy limitadas y pueden morir de no recuperar un peso mínimo, por lo que existen otras vías de alimentación: la *enteral* y la *parenteral* central o periférica.

La alimentación *enteral* es la forma más eficaz de administrar nutrientes, los riesgos: posibilidad de aspiración pulmonar del contenido gástrico y diarreas, se realiza por una sonda nasogástrica colocada en el intestino delgado, su administración puede hacerse con bombas de infusión. En la *parenteral* se coloca un catéter venoso central o periférico con riesgo de flebitis y la necesidad de cambios frecuentes de catéter. La nutrición total *parenteral* no tiene sitio en el tratamiento de la anorexia por las complicaciones, los controles clínicos y bioquímicos continuos, la posibilidad de reacciones psiquiátricas y su elevado costo. Sólo en casos donde la alimentación oral y enteral no son posibles.

Durante el proceso de corrección de este mal hábito alimenticio es crucial que el médico se gane la confianza de su paciente y que intente establecer una relación cordial con ella, a modo de que le permita tomar las decisiones y las medidas adecuadas para su recuperación en cantidad y calidad.

El siguiente paso es establecer un peso adecuado, en él se considerarán: factores hereditarios, su historia con relación al peso, altura y complejión física. Es importante que la paciente y su familia tengan claro que hay un peso mínimo al que hay que llegar y que nunca puede estar por debajo del 10% del peso teórico. El control de peso se hace semanalmente –excepto en casos muy graves, que requieren un control diario -.

Las pacientes tienen que llevar un autorregistro en el que expongan diariamente que comen, dónde, si lo hacen a solas o no, si lo consideran atracón, si se provocan el vómito o llevan a cabo alguna conducta purgativa. Las hojas de registro se revisan en cada sesión y cumplen con el objetivo de hacer consciente a la paciente de su problema y concretar las situaciones peligrosas.

Se le educa sobre los efectos negativos de la dieta y las conductas compensatorias, se le dan a conocer las consecuencias físicas y psíquicas de su dieta y se le invita a comenzar con una nueva forma alimenticia. La anoréxica

debe comprender que sólo alimentándose de manera correcta bajo un programa de alimentación adecuado mejorará su aspecto y su condición física.

Al establecer el patrón de conducta alimentaria, se recomienda la técnica de Control de Estímulos, de gran utilidad a la hora de regular la ingesta, en ella se recomienda que:

“A) Coman siempre sentados, B) en el mismo sitio, C) a las mismas horas, D) no hagan otras cosas mientras comen, E) si presentan atracones deben mantener los alimentos peligrosos fuera de su alcance, comprar después de haber comido y almacenar alimentos que han de ser cocinados que los de más fácil consumo... Tras la comida, pacientes se quejan de tener el estómago hinchado y experimentan una urgencia a provocarse el vómito, hacer ejercicio o alguna otra conducta purgativa, las conductas alternativas que permitan aliviar estos síntomas: relajarse, hablar por teléfono, bañarse o imaginar escenas agradables... Debe evitarse que lleve a cabo conductas purgativas”⁹⁹

No es sencillo comenzar a adquirir el hábito del comer sin que no recurran a sus antiguas manías o eviten ciertos alimentos. Conforme avanza el tratamiento, se logran ver algunas mejorías por lo que algunas pacientes prefieren un plan de alimentación donde figuren los alimentos que deben tomar y la cantidad en cada comida, con ello disminuyen los sentimientos de culpabilidad y angustia que sufría cuando era ella la que tenía que elegir.

La nutrióloga Ramírez recomienda el plan de alimentación y deja claro que no es una dieta pues en él se come de todo; lo tienen que llevar toda su vida porque desgraciadamente es una enfermedad que no tiene cura y que sólo tiene un control. Con cualquier emoción que le llegue empezará a reducir la comida, por lo que recomienda no dejar de comer aunque se tenga ganas de hacerlo.

Parte de la recuperación es hacer notar a la joven que no existen alimentos ‘engordantes’ como tal, sino que más bien es parte de un mito que se ha tejido

⁹⁹ Raich, Rosa M^a. *Op. Cit.* P. 124

alrededor de ellos. Es importante informarla respecto a ellos y que intente probarlos para comprobar que son comestibles en cantidades adecuadas sin que ésto influya negativamente en el peso.

Aunque la rehabilitación de la nutrición corrige las secuelas físicas, las secuelas psicológicas tardan en normalizarse después de haber recuperado el peso idóneo. Lo mismo ocurre con la menstruación, en la mujer la aparición de su periodo menstrual y la inversión del proceso de desmineralización son indicadores de que se ha conseguido un peso normal; sin embargo ésta puede demorar unos meses después de recuperado el peso normal.

La familia es imprescindible en esta primera fase, pues con su apoyo ayudarán a la paciente a adquirir la seguridad para seguir adelante y tener una buena recuperación que será constante y progresiva.

Al hablar del papel de la familia en esta fase de recuperación, el doctor Caballero enfatiza una modificación de roles, del reposicionamiento de la paciente en el ámbito familiar, del papel de los padres o de los hermanos. Ello para una mejoría no sólo para la paciente, sino para toda la familia en general.

En el tratamiento de la *anorexia* se suele conceder una importancia excesiva al aumento de peso corporal, ésto no significa que deban descuidarse otras áreas importantes para una exitosa rehabilitación, el aumento de peso debe tratarse en paralelo con la actuación de los problemas que están en el origen del trastorno alimenticio. A continuación se mencionan otros factores que se integran al tratamiento de este mal, que al complementarse dan mejores resultados y a la vez forman la multidisciplinaria que caracteriza a este trastorno del comer.

b) Los psicofármacos

El trastorno alimenticio que hacemos mención en esta investigación requiere ser tratado desde diferentes enfoques disciplinarios al ser una enfermedad multicausal. Los medicamentos juegan un papel crucial para la mejoría o deterioro y cronicidad de este mal, es por ello que el tratamiento a seguir debe ser elegido cuidadosamente por los especialistas.

Todo dependerá de la salud de la paciente para saber si se utilizan o no, en los casos donde ella se encuentra en un estado muy grave y con cambios de ánimo drásticos, es necesario el uso de fármacos capaces de aliviar la mente y el cuerpo. A continuación se explicará en que consiste el tratamiento medicamentoso.

El tratamiento farmacológico en la *anorexia nerviosa* está indicado como coadyuvante de las técnicas de modificación de conducta asociado al tratamiento psicológico, sobre todo en los cuadros en los que exista depresión, ansiedad intensa, conductas fóbicas o pensamientos muy distorsionados con relación a la comida y al peso.

A pesar de existir opiniones encontradas sobre el uso de fármacos en pacientes anoréxicas, al saberse que determinados tipos no son confiables por las consecuencias que desencadenan en las jóvenes, ciertos médicos optan por utilizarlos, mientras que otros se abstienen y realizan otros métodos terapéuticos, aunque en casos de extrema gravedad logran inclinarse hacia ellos.

Algunos autores hacen hincapié en que un tratamiento eficaz de la *anorexia* requiere de una visión integral de la paciente y de su enfermedad, las diferentes disciplinas que intervienen en la recuperación son tan importantes al apoyarse entre sí para dar mejores resultados, encontrándose en constante interacción: el

régimen de alimentación y de vida, el tratamiento farmacológico, la psicoterapia familiar y la reconducción psicoterápica de la enferma, entre otros.

La utilización de los fármacos como método terapéutico en la *anorexia* se justifica por diferentes razones, entre las que se encuentran:

“1) la asociación trastornos alimentarios/trastornos afectivos; 2) con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad; 3) por las semejanzas con otros cuadros en los que estos fármacos habían mostrado su eficacia; 4) por los efectos sobre el apetito.”¹⁰⁰

No sólo se medica a la joven sin ningún propósito definido, o bien porque se piense que la recuperación será mucho más sencilla y rápida. La joven debe de conocer y entender cuál es la función de cada medicamento y su efecto, el cual debe perseguir el fin de la recuperación.

Este tipo de tratamiento se considera fundamental porque: fortalece la noción de enfermedad y la necesidad de ayuda, sin las cuales la psicoterapia carece de eficacia; favorece su responsabilidad ante la salud, encargándose ella misma de tomar la medicación que debe ser sencilla; disminuye la ansiedad, depresión e insomnio; controla los rasgos obsesivos y conductas compulsivas, la hiperactividad física y mental; facilita la psicoterapia y la conversión del rechazo a todo en deseo de complacer y complacerse; contribuye a recuperar peso; aporta o mejora la utilización de neurotransmisores disminuidos por la inanición.

Los medicamentos se dividen en *antianoréxicos*, *antidepresivos*, *ansiolíticos*, *neurolépticos*, *medicamentos combinados*, entre otros. Se explicará la función que cumple cada uno de ellos, su aporte para la mejoría en la paciente y las posibles consecuencias de su uso.

¹⁰⁰ Chinchilla Moreno, A. Anorexia y Bulimia nerviosa. Criterios y diagnósticos terapéuticos en atención primaria. Alcalá de Henares. Madrid. P. 90

En el tratamiento de *anorexia nerviosa* el primer objetivo es el incremento y normalización de peso en la paciente, por lo que se recomiendan sustancias que incrementen el apetito. Los **antianoréxicos** cumplen con esa función, entre ellos se encuentra la *ciproheptadina*, un antihistamínico orexígeno, que además de incrementar ligeramente el apetito, tiene efectos sedantes y ayuda a conciliar el sueño; su uso queda excluido de anoréxicas con episodios de bulimia, deben establecerse tiempos de descanso para no inhibir la hormona de crecimiento; la *ciproheptadina* es más útil en las formas más graves de la *anorexia*.

Los **antidepresivos** constituyen una parte esencial del tratamiento al ser muy útiles porque toda anoréxica presenta síntomas depresivos. Cumplen una doble función en el organismo: por un lado trata de fondo el trastorno depresivo de la enfermedad, mientras que por el otro mejora la baja autoestima, autocrítica y auto culpabilidad en cuanto intenta mejorar los hábitos alimentarios, controlan los episodios bulímicos, alivian la tendencia al aislamiento y el insomnio, distienden el estrés en las relaciones familiares, favorecen la utilización de neurotransmisores y contribuyen a recuperar peso porque disminuyen el consumo energético en reposo, ayudan a controlar la hiperactividad y aumentan las horas de sueño restableciendo un horario normal.

Dentro del grupo de estos medicamentos se encuentran los antidepresivos de primera generación como la *clomipramina* (*Anafranil*), *amitriptilina* (*Tryptizol*) y el *carbonato de litio*, que favorecen a un leve aumento de peso.

“Los antidepresivos no modifican el curso de la anorexia nerviosa, sus efectos sobre el peso pueden ser conseguidos con sustancias de menores efectos secundarios, el peligro de desencadenar bulimia existe... pocas anorexias requieren tratamiento antidepresivo, cuando ocurre, suele coincidir con un trastorno depresivo. El tratamiento es aconsejable establecerlo una vez restaurado el peso correcto y verificar la persistencia de la sintomatología afectiva”¹⁰¹

¹⁰¹ Toro, Josep. Vilardell, Enric. *Op. Cit.* P. 210

Las **combinaciones** que se logran al mezclar antidepresivos con ansiolíticos dan como resultado un tipo de *benzodiazepina* (*Tropargal* o *Nobritol*), y un tipo de *perfenazina* (*Deprelío*), que favorecen la recuperación de peso y disminuyen la ansiedad ante la ingesta. Debe de existir prudencia al emplear estos fármacos porque pueden crear dependencia en una persona de considerable riesgo para la adicción y pueden precipitar reacciones bulímicas.

El uso de antidepresivos en *anorexia nerviosa* es de alto riesgo al provocar efectos secundarios sobre el ritmo cardiaco o la tensión arterial, sobre todo en pacientes con desnutrición severa, por lo que su empleo debe relegarse hasta cuando exista un incremento de peso considerable. Sin embargo, estos medicamentos son los que han presentado mejores resultados en el tratamiento.

Los **neurolépticos** y la electroconvulsivoterapia se han utilizado para tratar la *anorexia*; ambas técnicas estaban avaladas por la teoría de que este trastorno corresponde a una psicosis, incluso se pensó que se trataba de un tipo de esquizofrenia. Estos medicamentos alivian altos grados de angustia por lo que se aconseja sedar y dormir a la enferma, o bien cuando se pretenda utilizarlos para modificar la interpretación de la realidad que tiene la joven y de las posibles alucinaciones. De este grupo la más utilizada es la *clorpromacina*, de efecto ansiolítico, por su efecto sedante disminuye la hiperactividad y facilita el reposo en cama, incrementa el apetito y el peso; también disminuye la tensión arterial y la temperatura en pacientes, puede provocar bulimia.

El uso de **ansiolíticos** es común debido a los altos niveles de angustia y ansiedad que presentan algunas pacientes. La *anorexia* se ha definido como una neurosis y en la neurosis existe una fuerte angustia de base, ésta se elimina al modificar los mecanismos psicobiológicos; con el empleo de la *clorpromacina* y los derivados de las *benzodiazepinas* se rebaja el nivel de ansiedad, sobre todo si es muy grande y no permite un abordaje psicológico.

En la *anorexia nerviosa* los trastornos digestivos abundan, claro ejemplo es el estreñimiento alternado con diarrea, los vómitos, la acidez, entre otros. Para aliviar estos problemas la *metoclopramida* – *Primperán*- o *Cisaprida* – *Fisiogastrol*- corrige los trastornos de la motilidad gastroduodenal: vómitos, regurgitación, evacuación gástrica lenta, meteorismo. Al mejorar el vaciamiento gástrico se alivian las molestias de plenitud gástrica y aumenta el apetito.

Un tratamiento que requiere especial atención es el de la amenorrea, según varios autores, la menstruación debiera aparecer poco después de alcanzar un peso ideal, sin embargo ésta varía de una persona a otra. Algunos médicos receta *anovulatorios*, (combinaciones hormonales que inhiben la ovulación), el error terapéutico radica en que se inhibe aun más el sistema hipotálamo - hipófisis - ovarios que ya está gravemente dañado. Se recomienda que después de un año y medio, si la regla no se ha presentado a pesar de haber alcanzado el peso ideal, se comience un tratamiento hormonal a base de *clomifeno*.

Día con día se unen a la lista un sinnúmero de fármacos, algunos probados científicamente mientras que otros todavía se encuentran en la fase de prueba, creados con el fin de tratar el problema de la *anorexia* desde una base medicamentosa; sin embargo este terreno todavía se mueve en el campo de la especulación. El abordaje farmacológico que se tiene para tratar este trastorno alimenticio es de carácter personal y muy restringido por lo que no cualquier persona puede tener acceso a estos medicamentos, de hecho para adquirirlos se requiere de receta médica junto con el sello de la Institución que la requiere.

El campo es vasto y los conocimientos pocos y ambiguos, por lo que la tarea de investigar, experimentar y probar es aún más larga. Solo la investigación futura tiene la última palabra y la esperanza de descubrir medicamentos y terapias cada vez más eficaces, capaces de adaptarse al ritmo de crecimiento de la enfermedad.

c) Terapia conductual

Se recomienda que durante o después de que la paciente ha recuperado un peso ideal mínimo se comience con ayuda psicológica, por lo que la psicoterapia es un recurso más al cual se puede acudir para mejorar su salud mental. Al inicio del tratamiento debe de haber un compromiso entre la paciente y su familia, explicándoles la enfermedad, la condición de la paciente, la relación entre malnutrición y síntomas actuales y la importancia de los factores familiares, socioculturales u otras posibles causas relacionadas.

En la terapia conductual se tratará y mejorará la conducta, principal elemento dañado y distorsionado dentro del trastorno, de la paciente.

“Los aspectos conductuales comprenden un conjunto de técnicas terapéuticas con el objetivo de cambiar conductas anómalas, más que preocuparse por la resolución de conflictos internos y/o traumas, están dirigidos al aquí y ahora... ven como conductas problemáticas y anómalas tanto los aspectos sintomáticos... hábitos alimentarios inapropiados, bajo peso y miedos ante ciertos alimentos; como los no sintomáticos... déficit y carencias conductuales que aparecen en estos pacientes (baja autoestima, escasas relaciones sociales, aislamiento, ambivalencia, conflictos interpersonales) que determinan o mantienen un trastorno alimenticio”¹⁰²

Esta terapia cuenta con un arsenal de métodos terapéuticos mediante los cuales intenta la anulación o desconstrucción de comportamientos no deseables y el aprendizaje de conductas alternativas. Para elegir cada método es necesario un estudio preliminar de la conducta y de sus condicionantes en la paciente.

Un trastorno de la conducta alimentaria no sólo se limita al comportamiento observable, sino que se incluyen las reacciones fisiológicas, pensamientos, actitudes y sentimientos. A partir de ello, se parte del hecho de que al modificarse el comportamiento a través de la terapia, se inducen a su vez cambios en la mentalidad, emotividad y las reacciones del organismo.

¹⁰² Fernández Aranda, Fernando, Turón Gil, Vicente. *Op. Cit.* P. 93-94

Diferentes técnicas y métodos conductuales se emplean para tratar a las anoréxicas en su recuperación, sea modalidad ambulatoria u hospitalaria, ambas ofrecen alternativas eficaces para la recuperación tanto mental como corporal.

El tratamiento conductual, mejor conocido como método operante, es el que mejor ha demostrado su eficacia y utilidad para conseguir un incremento de peso, elemento imprescindible para caminar con éxito hacia la recuperación.

Las pacientes presentan pensamientos distorsionados, creencias irracionales, expectativas y atribuciones erróneas en torno al alimento, a la imagen corporal y al aumento de peso; para lograr un cambio de actitud y de autorreconocimiento se recurre a la terapia cognitiva, pieza angular y complementaria en el tratamiento. Con ella se habitúa a la paciente para que analice sus pensamientos y corrija las distorsiones cognitivas que le llevan a comportamientos desadaptadores.

Actualmente las técnicas conductuales se complementan con las intervenciones cognitivas, las cuales tratan de habituar a la paciente al análisis de sus pensamientos para corregir las distorsiones cognitivas que la llevan a comportamientos desadaptadores. La importancia concedida a los estereotipos culturales interiorizados y a las cogniciones 'patológicas' en este mal, obliga a los especialistas a plantearse la lucha a favor de una nueva concepción de la imagen corporal, su evaluación, la función de la alimentación, las relaciones interpersonales, el autocontrol y el perfeccionismo.

Se han propuesto estrategias cognitivas para dar un tratamiento mucho más eficaz a los trastornos alimentarios, hoy ya es posible contar con una aproximación cognitiva – conductual que incluye los siguientes procedimientos: presentación del trastorno desde la perspectiva cognitiva, reestructuración cognitiva al utilizar procedimientos similares para el tratamiento de la depresión, autorregistro de pensamientos y conductas relevantes, estrategias de

autocontrol para establecer un patrón de alimentación regular e introducción de comidas evitadas en la dieta de las pacientes.

Algunos programas incluyen entrenamiento en resolución de problemas, manejo de ansiedad y exposición con prevención de respuesta. Otra técnica es el cambio en las creencias racionales, en ella se localizan los pensamientos relacionados con ciertas situaciones, se les hace una crítica, se relacionan con algunas de las creencias y se excita a rebelarse ante tal convencimiento.

Una de las principales causas para que aparezca y se desarrolle la *anorexia* es la enorme insatisfacción corporal, de ahí que sea relevante el uso de técnicas psicológicas para cambiar los diferentes aspectos que se encuentran implicados en ésta.

“J. C. Rosen ha elaborado una técnica terapéutica dirigida que consta de tres fases: 1) se analizan los modelos estéticos corporales y se relativizan las exigencias de la moda en distintas épocas. Se entrenan a las pacientes en ajustar la percepción que tienen de... su propio cuerpo. Se enseñan técnicas de desensibilización que permitan imaginar situaciones difíciles sin experimentar ansiedad y contemplar su figura ante el espejo... 2) reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados relacionados con el propio cuerpo. 3) enfrentamiento a las situaciones que se evitaban o la reducción o desaparición de rituales de comprobación del propio cuerpo. Finalmente, se plantea la prevención de recaídas como método que permita en el futuro prepararse ante situaciones especialmente difíciles”¹⁰³

Al echar mano de estas herramientas psicológicas, el tratamiento integral y multidisciplinario en el que se mueve la enferma avanza progresivamente mejorándose su calidad de vida y educándole su visión distorsionada de la realidad, pero sobre todo, de su cuerpo lastimado y con dimensiones irreales debido al estado caquéctico en el que se encontraba.

¹⁰³ Raich, Rosa M^a. *Op. Cit.* P. 134-135

d) Terapia individual o de grupo

Una vez realizado el diagnóstico y el tipo de tratamiento a seguir, la paciente debe responsabilizarse de su salud y mejoría, de ella depende conservar y mejorar su calidad de vida y no de nadie más. La realimentación, el uso de algunos fármacos, si es necesario, las distintas terapias establecidas por el personal médico, forman un conjunto de estrategias para ayudar a la joven, aquejada por sus diferentes fantasmas emocionales, a verse y reconocerse detrás de esa imagen distorsionada por la cual vivía y moría simultáneamente.

Para casi todos los procedimientos psicoterapéuticos existe la modalidad de **terapia individual** y la de grupo. Comenzaré por la primera, la cual se trabaja ambulatoriamente bajo un enfoque cognitivo–conductual. En las primeras sesiones, conocidas como probatorias, se esclarece: la motivación de cambio de la paciente y su grado de cooperación, se hace un microanálisis de la conducta problemática y se aclaran los problemas asociados, se objetiva la conducta alimentaria a través de autorregistros alimentarios, se realiza un macroanálisis de la conducta problemática, se elaboran posibles hipótesis terapéuticas, se plantean los objetivos del paciente y su grado de realismo, se analizan los conflictos interpersonales y discusiones familiares creados a raíz del trastorno alimentario, se da una orientación terapéutica y se sigue un plan de trabajo

La terapia individual, como su nombre lo indica, se lleva a cabo entre paciente – terapeuta, el grado de intimidad y confianza entre ellos se fortalece y el vínculo que los une puede ser de utilidad para la recuperación exitosa de la anoréxica.

Las etapas que componen al tratamiento individual son las sesiones probatorias y las sesiones terapéuticas éstas últimas incluyen: a) objetivación del peso y alimentación (autorregistros), b) pautas nutricionales y psicoeducativas sobre alimentación y peso, c) pautas básicas a familiares para conseguir una reducción de factores mantenedores del trastorno (p. Ej. no realización de

menús especiales) d) introducción del modelo cognitivo, e) objetivación y reestructuración de pensamientos concernientes al peso, alimentación y autoestima, f) resolución de problemas, g) prevención de recaídas y análisis de factores de riesgo, h) sesiones de control.

El número de sesiones individuales variará de acuerdo al estado de salud de cada paciente. Una vez finalizado el tratamiento a este nivel se recomienda que la joven asista a sesiones control para valorar los aspectos nutricionales y alimentarios como: peso, hábitos alimentarios, presencia de dietas o conductas compensatorias, aparición de atracones, menstruación, entre otras; así como tener la capacidad de llevar a cabo conductas aprendidas en sesión, toma de decisiones y resolución de problemas desde diferente perspectiva.

La terapia individual y familiar demuestran grandes beneficios y mejoras en las pacientes en cuanto a la recuperación de peso y reparación del desarrollo, pero quedan rezagados los problemas psicológicos, sociales y sintomatológicos. A partir de lo anterior, estudios revelaron la importancia de un tratamiento **grupal**, como opción adicional válida; sin embargo, el número de instituciones que lo ofrecen son pocas a pesar de los grandes beneficios que esta conlleva.

Al clasificar a la **terapia grupal** de acuerdo al modelo cognitivo-conductual, en la modalidad no hospitalizada, se encuentran los siguientes cuatro grupos:

1. *Grupos cognitivo-conductuales*. Con procedimientos cognitivo-conductuales (técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, exposición con prevención de respuesta y control de estímulos) los participantes afrontan el aquí y el ahora. Dentro de este enfoque se encuentran los grupos centrados en el tratamiento del déficit en habilidades sociales.
2. *Grupos psicodinámicos o psicoterapéuticos*. El objetivo es producir un cambio en la personalidad y en la capacidad de introspección de los

participantes a través de la interacción con el resto de los miembros del grupo, la comunicación puede ser verbal, no verbal o ambas.

3. *Grupos centrados en el cliente.* Los pacientes aportan y discuten temas trascendentes.
4. *Grupos eclécticos.* Son la combinación de los modelos mencionados.

En teoría las sesiones grupales parecerían una excelente alternativa para tratar el aislamiento social en la que se mueven estas jóvenes, sin embargo algunos autores, y tal vez esa sea la causa por la que no muchos centros hospitalarios la aplican, argumentan que este tipo de terapia presenta desventajas considerables como: abandono de las pacientes, dificultad de objetivar resultados, no tener grupos homogéneos, las características propias de las anoréxicas como su intransigencia, manipulación, rigidez, excesiva preocupación por el peso e imagen corporal, poca participación con el grupo y a expresar sus sentimientos.

También cuenta con ciertas ventajas que la mantienen dentro de las opciones terapéuticas, en ella las pacientes obtienen información y evaluación a través de otros miembros del grupo, al identificarse entre ellas se da una mayor cohesión y soporte; su actitud menos defensiva y más colaboradora, aumenta la conciencia de la enfermedad y la necesidad de tratamiento; sirve de paso entre hospital y realidad social, facilita el seguimiento e involucra menos costos.

La multidisciplinaredad de las terapias que trabajan conjuntamente son pieza clave para la recuperación de la paciente. La terapia grupal ofrece la oportunidad ideal, a diferencia y como complemento de otras áreas de trabajo terapéutico, para tratar áreas especialmente problemáticas, tales como: imagen corporal (grupos de terapia psicomotora y video – confrontación), competencia social (grupos de habilidades sociales); peso, hábitos alimentarios y sicopatología

coadyuvante (grupos específicos de resolución de problemas), dinámica familiar (grupos de aconsejamiento de padres). Los grupos no deben de rebasar los diez participantes pues debe existir mayor integridad y confianza que facilite el trabajo terapéutico.

Con respecto a la modalidad hospitalaria, las terapias de grupos que se llevan a cabo persiguen la finalidad de cohesionar a las pacientes. Aquí se dividen en dos grupos primordiales: a) *los centrados en la sintomatología alimentaria* y b) *los no centrados en la sintomatología alimentaria*.

En el primer grupo, se encuentran:

- **Grupos de alimentación.** Se tratan semanalmente aspectos como peso, alimentación, autorregistros diarios, alimentos prohibidos, conducta de atracones, purga y dieta. Los pacientes se comprometen a conseguir metas y objetivos respecto a la alimentación y peso, sin tretas ni engaños que falseen la información a los médicos encargados de su progreso o retroceso.
- **Grupos nutricionales.** En este grupo, dirigido por nutriólogos, se educa a la paciente respecto a los alimentos, es decir, sobre las calorías que poseen, las necesidades nutricionales del cuerpo, la teoría del *set point*, el gasto energético, etc.; con esta información ellas pueden confrontarla con lo que creían verídico.
- **Grupos de cocina.** Aquí ellas tienen la oportunidad de aprender y realizar menús y dietas equilibradas y saludables, asesoradas por expertos; pero de manera semanal, son confrontadas con platos de comida normal.
- **Grupos temáticos.** Se abordan temas y problemas comunes de esta patología. Al seguir el modelo cognitivo-conductual, se utilizan los procedimientos propios de este método terapéutico.

En el segundo grupo, no menos importante, están:

- **Grupos de habilidades sociales.** En este grupo se abordan los temas de déficits de habilidades sociales en el ámbito laboral, familiar y social y las conductas de evitación y fobia social.
- **Grupos de imagen corporal.** Muy importante es este grupo, al dar en el talón de Aquiles de la *anorexia*. Las pacientes presentan una postura negativa y una seria distorsión de su imagen corporal, la labor de los especialistas es corregir y modificar esta actitud a una más positiva para que acepten su imagen y cuerpo tal como es. Las técnicas a utilizar: la relajación, la expresión corporal, la confrontación frente al espejo, vídeo imagen, etc.
- **Grupos de expresión artística y laborterapia.** El artista que todas llevan dentro se puede ver en este grupo, las actividades tienen la finalidad de expresar sentimientos, emociones y estados de ánimo, se recurre a la pintura, música, escultura, entre otras artes. Los diálogos, las conversaciones, opiniones y comentarios que aparezcan entre ellas desempeñan un papel y un paso muy importante hacia la socialización.

La terapia individual y la grupal ofrecen un abanico de posibilidades y opciones para la recuperación de la joven anoréxica, al trabajar conjuntamente con otras áreas especializadas como el médico, psiquiátrico y nutricional crean el clima idóneo para que la paciente salga adelante y vuelva nuevamente a la vida.

e) Terapia familiar

En los tratamientos utilizados en *anorexia nerviosa*, es frecuente la combinación de distintas terapias que trabajen unidas para una mejoría integral y eficaz en las pacientes; la familia, no puede quedar fuera y ser la excepción a la regla.

En lo que concierne a la familia, los distintos tratamientos plantean la opción y necesidad de tratar también con ella a modo de resolver conflictos existentes en su interior y cómo es que estos han influido negativamente en la joven. A pesar de no estar demostrado el papel de la familia como causa principal para desencadenar este trastorno, sí esta verificada una problemática familiar generalizada consiguiente al establecimiento de este trastorno del comer.

La *anorexia* surge en familias que padecen el doble de incidencia psiquiátrica que las familias no anoréxicas, por ejemplo: trastornos en algunos de los miembros que la convierten en ‘una persona rara’, celos, depresión y síndrome maniaco – depresivo, neurosis obsesiva, toxicomanía (incluido el alcohol).

Cuando la familia está consciente del problema, el siguiente paso es asistir a terapia para que los especialistas les ayuden a dar un cause a todos sus conflictos, situaciones estresantes y rencillas que alteran la tranquilidad familiar. En la intervención terapéutica familiar se deben tratar los siguientes aspectos:

“La *participación activa de la familia en las decisiones terapéuticas*: los miembros de la familia deben asumir el papel de coterapeuta o copaciente, con el propósito de crear una alianza positiva entre la familia y el terapeuta que facilite el proceso de cambio. *La información exhaustiva sobre el tratamiento y el trastorno*: un método muy útil para esta cuestión son los grupos de padres, contribuyen a la discusión libre. *La valoración del funcionamiento familiar*: todos los miembros de la familia deben de estar de acuerdo en las prescripciones del tratamiento para que todos vayan en la misma dirección y evitar el fenómeno de la negación del trastorno”¹⁰⁴

¹⁰⁴ Fernández Aranda, Fernando. Turón, Gil, Vicente. *Op. Cit.* P. 131

Para un mejor trabajo terapéutico en las familias se ha diseñado un modelo de intervención multimodal, donde se utilizan abordajes terapéuticos que se jerarquizan de niveles básicos a los de dificultad superior. Todo tratamiento se inicia desde el primer nivel -diagnóstico o identificación del problema-.

En esta fase el objetivo es detectar tempranamente el trastorno alimenticio, hacer un diagnóstico acertado y enfatizar las consecuencias psicosociales. La negación del problema por parte de la paciente y de la familia sólo consigue agravar la situación. Las actitudes de los padres ante esta nueva experiencia se clasifican en: a) negación del trastorno -no admiten el trastorno en su hija y mucho menos su gravedad, al contrario, admiran su autocontrol, aspecto y rendimiento académico-; b) desconcierto o confrontación del fracaso -reconocen el problema pero no intervienen y esperan temen que la intervención agrave el problema o aumente los conflictos familiares-; c) impotencia o fracaso en la intervención -quieren resolver sus problemas pero fracasan al intentarlo, buscar ayuda profesional es admitir su fallo y optan por resguardarse de una interferencia externa-.

Cuando el problema es aceptado, el terapeuta tiene que proporcionar información clara de este mal; con ella se tranquiliza a los padres y se les devuelve la confianza en sus habilidades educativas, ya que al saber más del problema, los sentimientos de frustración se desvían hacia la búsqueda de estrategias y soluciones eficaces para salvar a quien más quieren: su propia hija.

En la intervención se recomienda un tratamiento orientado al comportamiento de la paciente y de la familia donde se enfatice la responsabilidad de ella en su curación, se provea a los padres con pautas concretas de manera que decrezca su ansiedad y desesperanza en las relaciones con su hija anoréxica, se eviten los sentimientos de desesperanza y derrota, y neutralicen el problema del rechazo de la comida o la amenaza de la pérdida de peso.

Las comidas familiares se recuperan a modo de reanudar los hábitos normales de alimentación evitándose menús especiales, las conversaciones sobre comida, peso, calorías e imagen se eliminan a la hora de sentarse a la mesa.

Algunos padres se sienten incomprendidos ante un problema que parece no tener fin. La terapia de grupos de padres les ofrece una alternativa para enfrentar estos sentimientos y pensamientos que los embargan, ahí encuentran a personas similares a ellos, con los mismos sentimientos de culpa.

Son distintos los abordajes terapéuticos que se utilizan para tratar los problemas de la familia en los trastornos de la alimentación:

- a) *Los de orientación psicoanalítica* para padres, dirigidos a facilitar el proceso de separación cuando la paciente está ingresada;
- b) *Los que se basan en los modelos psicoeducativos*, proveen las pautas psicoeducativas, las intervenciones minimizan el nivel de ansiedad en el grupo;
- c) La utilización de la terapia de *grupo de múltiples familias*, ayudan a las pacientes a negociar los temas que surgen en él: difusión de fronteras, estilos de comunicación indirecta, métodos de resolución de problemas y aspectos específicos del trastorno.

Los grupos de padres están diseñados para ayudar a afrontar el aislamiento, la desmoralización y contribuir al aumento de la autoestima de los padres. El grupo da pero también recibe, volviéndose una experiencia gratificante para todos sus miembros.

Según estudios realizados por especialistas, esta parte del tratamiento obtiene mejores resultados cuando las enfermas son menores de edad y viven en su hogar; a diferencia de las ya mayores, quienes muestran mejoría con terapia individual en comparación con la familiar.

- Tratamiento ambulatorio, semiestacionario o estacionario

Para elegir el régimen de tratamiento adecuado para la joven anoréxica, ya sea de modalidad ambulatoria, semiestacionaria o estacionaria, se deben de tener en cuenta la existencia de otros elementos relevantes. Algunas familias y muchos facultativos consideran más rápido y eficaz el régimen de ingreso hospitalario; sin embargo, una hospitalización precipitada o la elección de un centro no adecuado puede complicar o alargar el proceso de recuperación y en consecuencia el tratamiento.

A continuación se expondrán las tres modalidades que se contemplan para el tratamiento de la *anorexia nerviosa*: **ambulatorio**, **semiestacionario** (hospital de día) y **estacionario** (hospitalización).

El tratamiento **ambulatorio** se elige cuando la paciente inicia la consulta en una etapa precoz del proceso anoréxico. Esta modalidad puede ser eficaz en aquellas adolescentes que presentan una anorexia de menos de cuatro meses de duración, no manifiestan episodios bulímicos, ni vómitos y tengan padres dispuestos a cooperar y a participar en la terapia familiar.

La motivación, de la paciente y su familia, es pieza clave para la recuperación integral que involucra el programa terapéutico ambulatorio. Candidatas a este tipo de régimen son aquellas con pérdida de peso inferior al 20% de su peso normal, pues al no haberlo perdido tan bruscamente se encuentran con un metabolismo estable que garantiza un control sobre el estado físico.

En el protocolo a seguir se estructuran las tres áreas problemas a tratar: peso, figura y cogniciones. Es necesario un programa que monitorice las comidas con el fin de asegurar una dieta que revierta el proceso de malnutrición que vivía la anoréxica para que la intervención psicoterapéutica sea más sencilla y eficaz.

Con el tratamiento ambulatorio existen renunciaciones y sacrificios para recuperar la salud física, mental y emocional. Entre ellas están el que la paciente deba dejar temporalmente estudios y/o trabajo, la familia, al controlar las conductas relacionadas con los alimentos, debe reorganizarse. No se puede garantizar el éxito de un tratamiento sino se cuenta con la colaboración de la familia.

Muchos trastornos en general, y los trastornos del comer en particular, son muy difíciles de tratar si se hace de manera aislada, de ahí la importancia de tratarse multidisciplinariamente. En el caso de la *anorexia nerviosa* se ha abordado con frecuencia desde un ángulo multidimensional, es decir, para los casos menos graves existe el abordaje ambulatorio, mientras que en los casos más severos se recomienda la hospitalización, lo que conlleva mayor costo.

Dado el incremento de este trastorno en la actualidad, se han diversificado y ampliado las posibilidades de tratarse; de ahí que surgiera la modalidad **semiinternaria**, también llamada **hospitalización parcial u hospital de día**, que reduce costos e incrementa la oferta a la gran demanda existente.

Bajo el mismo concepto de hospitalización, esta modalidad utiliza enfoques multidisciplinarios en los que se consideran aspectos biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Los objetivos que persigue este programa son: la recuperación de pautas y hábitos alimentarios normales, el ofrecer medidas mínimas de control, permitir la prevención de respuesta (prevención de atracones y/o vómitos), romper con los círculos viciosos de control-descontrol, servir de puente entre un régimen hospitalario y uno ambulatorio, implicar de manera directa a pacientes y familiares en el tratamiento.

Ofrece múltiples ventajas para la paciente y para su familia encontrándose entre ellas la economía de costos al no ocupar una cama, el centro se abandona por la tarde/noche y porque se trata a un número mayor de pacientes simultáneamente; se reduce la necesidad de ingreso, es decir, puede tratar

pacientes que no tengan indicado el tratamiento ambulatorio y que debieran ser tratados bajo hospitalización, además reduce el número de recaídas.

En sus clínicas tratan a las pacientes desde el enfoque biológico– psicológico-social, permiten que lleven a cabo las tareas encomendadas en su entorno familiar, ayudan a la joven a reconocer los factores mantenedores de la conducta alimentaria, utilizan tratamientos grupales en todas sus variaciones con lo que se permite la interacción social.

Como la mayoría de las actividades son en común, unos grupos se dedican al tratamiento de la alimentación alterada y otros están orientados al control del peso, a la valoración y evaluación de la figura y a la reestructuración de las cogniciones; una tercera línea de terapia grupal se dedica al tratamiento de las relaciones personales o familiares, a la expresividad y al control del ejercicio.

Al ingresar en este tipo de programa, la paciente debe aceptar el compromiso de un tratamiento enérgico que atiende los aspectos de recuperación ponderal, mejora de los hábitos alimentarios, reestructuración cognitiva y reorganización de sus relaciones sociales, a la vez que superan progresivamente pensamientos alterados relativos al peso, los alimentos y la figura.

Este programa está diseñado para tratar intensivamente aspectos que inciden en la aparición y mantenimiento del trastorno alimentario. Por lo que se encuentra indicado en los siguientes casos: fracaso de un tratamiento ambulatorio previo (grupal y/o individual), tras haber sido dado de alta de un programa hospitalario, como paso intermedio previo a una hospitalización, en entornos familiares con conflictos continuos, que actúan como factor mantenedor del trastorno, cuando hay un mínimo soporte familiar, especialmente durante el periodo de recuperación nutricional.

Las contraindicaciones, según Kaplan y Olmsted (1997) investigadores del ramo, son: un estado físico y nutricional tan grave del paciente que exige un ingreso, razones psiquiátricas, como intencionalidad suicida y abuso de tóxicos que interfieran en la recuperación alimentaria y nutricional

Antes de tomar cualquier decisión es necesario hacer una valoración física, psicológica, nutricional y psiquiátrica para conocer la gravedad del problema. Una vez conocido el diagnóstico y haber desechado las dos anteriores modalidades de trabajo terapéutico – ambulatorio o semiestacionario-, resta la opción **hospitalaria o estacionaria**; esta decisión debió de ser bien pensada por médicos y por la familia, ya que ello significa un cambio drástico para la adolescente anoréxica.

“En la anorexia nerviosa las hospitalizaciones suelen ser prolongadas afectando... épocas trascendentales de sus vidas. A esas edades, la pérdida de contacto con el exterior, compañeros, centros de estudio, actividades deportivas y culturales... implica una merma de experiencias de todo orden que puede resultar negativa...”¹⁰⁵

La alternativa de hospitalizar tiene que seguir una serie de criterios de tipo biomédico, psicosocial o familiar y psicoterapéuticos, los cuales tienen que ser bien estudiados por los especialistas a favor de conservar la salud de la joven.

El **criterio médico – biológico** es el deterioro orgánico debido a la desnutrición, pérdida de peso en un veinticinco o treinta por ciento de acuerdo a su talla y altura, irregularidades electrolíticas, alteraciones en los signos vitales o infecciones en las pacientes gravemente desnutridas.

Los **criterios psicosociales o familiares** son el aislamiento exagerado, es decir, no mantiene ningún contacto interpersonal, no puede trabajar o estudiar, su situación familiar o social es muy conflictiva.

¹⁰⁵ Toro, Josep. Vilardell, Enric. *Op. Cit.* P. 192

Los **criterios psicoterapéuticos** engloban el fracaso en tratamientos previos, la falta de motivación, la negativa a hacer tratamiento ambulatorio, la imposibilidad de control, la imposibilidad de aplicar normas en casa, la depresión con ideas suicidas y cuando la persona no puede vislumbrar un cambio en su vida.

Cuando el médico observa uno o más de estas circunstancias debe procurar la hospitalización. La elección entre unidades psiquiátricas y medicina estará condicionada por el estado físico de la paciente, el tipo de complicaciones médicas y las disponibilidades asistenciales.

La intervención terapéutica sobre una paciente anoréxica en régimen hospitalario precisa de un programa de tratamiento minucioso y exigente compartido y aceptado por todos los participantes. Es necesario que el equipo sea multidisciplinario, formado por médicos, psicólogos, psiquiatras, endocrinólogos, nutriólogos, terapeutas y enfermeras.

Si a pesar de contar con los criterios de ingreso necesarios la paciente se muestra renuente y con una actitud negativa a aceptar ayuda, la alternativa sería pactar y negociar un compromiso a tiempo limitado, es decir, que se comprometa a ganar peso durante el tiempo que permanezca internada. Sin embargo, es un arma de doble filo, ya que muchas sólo lo recuperan para salir del centro y perderlo una vez fuera. En casos donde se amenaza la vida y la seguridad de la paciente se recurre a una intervención legal, sobre todo en aquellas que no están dispuestas a realizar un tratamiento. En esta situación es importante la colaboración de la familia.

Ser hospitalizada produce un gran impacto en la vida de la anoréxica, es una situación compleja en la que nunca antes había estado, lo cual le conlleva a tener cierto desconcierto ante las nuevas sensaciones que experimenta.

“Los ingresos hospitalarios se producen en momentos de crisis, en los que sus pensamientos, sentimientos y relaciones personales están muy desorganizados, el ingreso conlleva alivio al ver

que no debe tomar la decisión... En este medio puede analizar situaciones reales con un distanciamiento físico y emocional y queda al margen del bombardeo publicitario en pro de la delgadez... En el periodo de ingreso los esfuerzos están encaminados a restablecer el equilibrio biológico, pero rápidamente se sientan las bases del tratamiento cognitivo y conductual¹⁰⁶

El hospital ofrece múltiples ventajas para la paciente, entre ellas destacan la separación del ambiente familiar, mayor disciplina con control de tretas y artimañas, convivencia con otras chicas anoréxicas al formar grupos de autoayuda, rara vez se alimentan a través de sonda, se reponen líquidos y electrolitos con sueros intravenosos, en un principio se reposa en cama para que se le administren sueros intravenosos, se restrinja la actividad física, se disminuya la tentación de provocarse el vómito y/o diarreas, se pacte una mayor actividad y libertad a medida que recupere peso.

Las pacientes deben permanecer ingresadas hasta que hayan alcanzado un peso adecuado, ésto es para evitar que tengan menos probabilidades de recaídas. Pueden ser dadas de alta aquellas que tengan una buena cooperación terapéutica y que garanticen un seguimiento ambulatorio a pesar de no haber alcanzado el peso normal, cuando se haya estabilizado el estado somático, el peso y el control de la sintomatología. Antes del alta, se prevén soluciones para las situaciones que podrían impedir la evolución en la mejoría.

A pesar de los buenos pronósticos por parte de algunos médicos, no hay que olvidar que este trastorno es considerado como una adicción, por lo que la recuperación no será del todo completa o al menos no en todos los casos, recuérdese la *anorexia* no se cura, solo se trata.

Según Josep Toro y Enric Vilardell en su libro *Anorexia Nerviosa*, el nivel general de recuperación en las pacientes es el siguiente:

¹⁰⁶ Raich, Rosa M^a. *Op. Cit.* P. 120

- Pacientes totalmente recuperadas: 40%
- Pacientes mejoradas: 30%
- Pacientes crónicamente afectados o fallecidos a consecuencia de la enfermedad: 30%
- Pacientes con peso y menstruación normales: 50%
- Pacientes con ingesta no restrictiva: 50%
- Funcionamiento psicosexual e interpersonal: suele ser bueno quienes mantienen un peso normal.
- Adaptación académica u ocupacional: mayoritariamente correcta

Las cartas están puestas sobre la mesa, los tratamientos y las modalidades son múltiples y variados. La tarea que tienen los profesionales en sus manos no es sencilla ya que al cambiar mentalidades, falsas creencias, imágenes distorsionadas y pensamientos erróneos, también cambian el rumbo de sus vidas. Sin embargo, renunciar a lo que les ha costado obtener y dejar de lado su vida llena de rituales es algo que puede quedar en el pasado para comenzar de nuevo, iniciar una vida libre de ataduras y prejuicios sociales y estéticos.

- Alternativas para el tratamiento de la *anorexia*

La mayoría de las Instituciones privadas manejan el programa de los **12 pasos**, similar al que manejan en Alcohólicos Anónimos, éste no realiza ningún tipo de consideración nutricional, psicológica o conductual. Los centros que lo llevan a cabo lo argumentan como método adicional de espiritualidad.

Los doce pasos que se incluyen en este programa, son los siguientes:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podrá devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos que se nos libere de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto con Dios, como lo concebimos, pidiéndole que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Cinco pasos de rehabilitación:

- a) Admisión de alcoholismo
- b) Análisis de la personalidad y catarsis
- c) Reajuste de las relaciones interpersonales
- d) Dependencia de un poder superior
- e) Trabajando con otros*

Con este programa se busca la conexión de cuerpo – mente- espíritu, elementos olvidados por la vanalidad, vanidad y egoísmo de querer obtener un cuerpo delgadísimo, sin alma, frágil y vacío. A través de las sesiones se llega a un trasfondo emocional, de carencias y de debilidades que desaparecerán conforme transcurra el tiempo, a la vez que se refuerzan aspectos de la personalidad que permanecían ocultos, como solidaridad, compañerismo, sensibilización por otros, amor propio y por los demás, entre otros.

* www.alcoholicosanonimos.org.mx

- Más sugerencias de los expertos para ayudar al paciente y prevenir los Trastornos de la Alimentación (ANOREXIA)

Después de haber cumplido con uno o varios criterios terapéuticos, los primero a considerar son las posibles y seguras recaídas que las pacientes experimentarán en determinado momento de su vida, ya sea por la angustia o por situaciones estresantes que les provoca confrontarse con la vida real. A pesar de considerarse personas recuperadas del trastorno, no se puede dejar de lado que en ciertas circunstancias puedan recurrir a viejas conductas anómalas.

Todos los especialistas entrevistados para este trabajo de investigación coinciden en que no se debe abandonar la ayuda psicológica que va de la mano con la recuperación física. La mejoría de la paciente se verá reafirmada conforme avance el trabajo terapéutico- según afirman.

Al salir del tratamiento, ellas se prepararon y aprendieron a lidiar con situaciones que las pusieran en encrucijada y que a la vez pudieran salir victoriosas de esa batalla. Las jóvenes tienen la responsabilidad de poner en práctica todas las herramientas y conocimientos que absorbieron durante las distintas terapias a las que asistieron.

Existen una serie de precauciones para prevenir la recaída, como las que señala Rosa M^a. Raich en su libro *“Anorexia y bulimia. Trastornos alimentarios”*:

1. Reflexiona sobre tu situación actual. Algunas técnicas terapéuticas te van bien y otras no, escoge las que te sean útiles.
2. Empieza de nuevo el autorregistro.
3. Haz cuatro o cinco comidas al día sin saltarte ninguna.
4. Planifica tu tiempo de manera que no te quede mucho tiempo libre. Decide qué y dónde vas a comer.

5. Identifica los momentos en que sea más fácil que puedas realizar atracones y busca actividades incompatibles como estar con amigos, bañarte o relajarte.
6. Si piensas mucho en el peso, vigila que no te peses más de una vez por semana. Recuerda lo que has aprendido sobre el peso, qué es un peso normal y las correcciones que puedes hacer sobre estos pensamientos.
7. Si comienzas a pensar mucho en tu peso o figura y empiezas a sentirte gorda, tal vez estés deprimida y ansiosa. Utiliza la técnica de resolución de problemas, puede ayudarte a identificar tu problema y escoger alternativas.
8. Si es posible, confíate a alguien.
9. Ponte metas reales y felicítate por cada progreso obtenido.

No es necesario atravesar por este mal para saber lo peligroso, mortal y degenerativo que resulta. Para evitar, en la manera de lo posible, la propagación de la ya famosa *anorexia*, existen programas preventivos, los cuales se pueden dividir en tres niveles:

1. La prevención primaria, que incide en aspectos que facilitan el desarrollo de la enfermedad, tiene por objetivo la reducción de la incidencia.
2. La prevención secundaria facilita las intervenciones encaminadas a reducir el tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el inicio de un tratamiento eficaz.
3. La prevención terciaria intenta eliminar o reducir algunos de los síntomas o complicaciones más graves de ese trastorno.¹⁰⁷

En la prevención primaria se encuentran los elementos claves para precipitar el trastorno alimentario. Los tópicos que se encuentran en este rubro son: la información, la modificación de conductas precursoras de la enfermedad, la identificación de los grupos de riesgo, la acción contra los estereotipos culturales y la educación escolar.

La información es muy importante para la prevención de este mal pero si está mal estructurada y con deficiencias en su contenido, los resultados podrían ser

¹⁰⁷ Fernández Aranda, Fernando. Turón Gil, Vicente. *Op. Cit.* P. 151

catastróficos. Ésta va dirigida, en primer lugar, a los grupos de riesgo y sus familias, y en segundo lugar a la población en general. Debe abarcar las causas y las consecuencias del trastorno, además de aspectos nutricionales capaces de corregir comportamientos alterados que tienen los adolescentes con respecto a la comida al realizar dietas innecesarias o consumir productos *light*.

Los estereotipos culturales han ejercido una influencia desmedida sobre la población, sobre todo femenina. Las intervenciones primarias están encaminadas a sensibilizar a la población del alto riesgo que conlleva la actual presión social a la que está expuesta, es decir, la extra valoración de los aspectos estéticos, la promoción y exigencia de una figura inalcanzable para la gran mayoría de las adolescentes y jóvenes, y la constante vinculación de belleza física con éxito profesional, social, amoroso, entre otros.

La prevención secundaria está encaminada a acortar el tiempo entre diagnóstico y tratamiento, es vital para que la vida y el cuerpo de la joven no arrastren consecuencias físicas y psicológicas graves. Al hacer la valoración, el diagnóstico tiene que ser rápido y eficaz para que el tratamiento – el indicado para la paciente - comience lo antes posible.

La prevención terciaria se enfoca a pacientes en estado de cronicidad y renuentes a cualquier tratamiento, existen cuidados mínimos pero suficientes para evitar complicaciones graves. La familia puede sentirse útil y tranquila al aceptar, controlar y mantener medidas mínimas para prevenir riesgos físicos y complicaciones psicológicas que este mal trae consigo.

A continuación se expondrán las sugerencias de cada uno de los profesionales que participaron en la elaboración de la presente tesis.

Para la doctora e investigadora Aurora Serralde Zúñiga, médico del Instituto Nacional de Nutrición, la información es lo ideal para que se detecte lo más

oportunamente posible el problema para tratarlo y romper con el círculo vicioso porque entre más tiempo haya pasado con el trastorno más difícil es tratarlo. La información va dirigida a los médicos para que la detecten a tiempo, a los profesores para que se percaten si algo anda mal y también a los padres para que observen la conducta de sus hijos. Y aclara que más que la cantidad de información, sería la calidad de ésta.

Como medidas preventivas propone cosas prácticas como enseñar a alimentarse, dar información a las autoridades de las escuelas, a profesores, a la familia y ve conveniente llevar a una paciente para que cuente su experiencia.

Ella opina respecto al trastorno: “Quizá comience como un juego que se sale de control y el final puede ser fatal, se llega al suicidio o la muerte. Ya dentro del problema no te das cuenta de su dimensión, se tiene distorsionada la imagen de la figura a un grado patológico, si tienes un infrapeso y todavía te veas gorda ahí está un grave problema”, concluye.

El doctor Alejandro Caballero Romo, psiquiatra y coordinador de la Clínica de Trastornos de la Alimentación en el Instituto Nacional de Psiquiatría, sostiene que la prevención es muy difícil, pero que sin duda alguna la información puede resultar clave para un mejor conocimiento del problema. Sugiere que maestros y padres aprendiesen los signos de alarma y a observar las conductas de las personas sensibles con relación a la alimentación, al cuerpo, al ejercicio y que no dejen pasar, en el caso de la *anorexia*, el padecimiento sin hacer caso de la desnutrición que se manifiesta y del adelgazamiento que empeora cada vez más. Una vez detectada la sospecha de que una persona en particular tenga este tipo de signos, llevarla lo antes posible al médico.

Por su parte, la nutrióloga Claudia Ramírez González, quien labora en el instituto privado “*Fundación Ellen West*”, dice que es necesario crear conciencia del problema sobre todo en el ámbito familiar, ahí se procuraría prevenir que a los

niños no se les diga nada respecto al cuerpo, los alimentos y sus mitos; y en el ámbito publicitario, que en los comerciales traten de modificar las estrategias de mercadotecnia y que las modelos no tengan tallas tan debajo de lo normal.

Enfatiza que la educación alimenticia en la familia, especialmente en los niños, es vital pues en últimas fechas ellos han sido el sector más vulnerable a la adquisición de los trastornos. En las familias no se les tiene que restringir los alimentos, es mejor que les traten de moderar las cantidades y se tiene que evitar premiarlos o castigarlos con la comida. Un llamado para las empresas de alimentos es que deberían hacer más pequeñas las porciones. Hay que recordar que entre los niños hay edades que no comen nada o comen mucho y es normal, pero los padres se asustan y los obligan a comer o a no hacerlo.

Como experta en su ramo, sugiere no comentarles nada sobre su aspecto regordete porque eso les afecta aunque no digan nada, se les queda tan grabado que después buscan la figura opuesta. Una vez que el problema se ha observado, lo primero es buscar ayuda e información de inmediato, porque muchas niñas piensan que ellas pueden solas y se ha comprobado que nunca pueden solas, lo que pueden solas es llegar a la muerte.

Un llamado que hace a los medios de comunicación es que no anuncien productos con el fin de vender al utilizar a la figura de la mujer y a su peso, aconseja manejar promociones de otra forma que no sean referidas a esos rubros y que se tenga un poco más de ética al lanzar campañas que no persigan enfatizar el peso, el alimento y la mujer.

“Las dietas por sí solas no funcionan, en realidad son malas, alguien que te diga que tienes que hacer una dieta está mal porque no sabe que te puede fomentar de alguna forma a un trastorno de alimentación. Una dieta no es buena si no te permite comer de todo, si no te enseña a comer; no te hace dependiente. Es necesario aprender a aceptar nuestro cuerpo y de tener un ligero sobrepeso

acudir a un profesional que realmente lo sea para que te enseñe a comer de forma balanceada y que contenga todos grupos de los alimentos”- concluye.

En cuanto a la labor de los medios por otorgar información sobre este mal la psicóloga Verónica Vázquez, del Instituto Nacional de Nutrición, declara que ésta tiene que manejarse con mucho cuidado por los riesgos que corre para ser malinterpretada. La primera vez que se hable de trastornos de la alimentación se tiene que hacer énfasis a una alimentación sana, a la comunicación entre padres e hijos, a la autoestima, es decir, se tiene que hablar de las armas de las que puede valerse para defenderse o luchar contra esa presión.

Propone a los responsables de los medios de comunicación que hablen de todas las alternativas y de todas las posibilidades del cuerpo que hay, sobre gente real, hablar de lo que una persona requiere para tener éxito sin que esto involucre un cuerpo extremadamente delgado.

La estima de las personas varía en la medida en que uno se conoce y esto es necesario para saber qué gusta y qué no del cuerpo; sin embargo, la mayoría de la gente no puede ver más allá de lo que ofrece una revista o un programa de televisión, o de lo que puedan decir el novio, la familia o amigos.

“Es necesario conocerse a uno mismo, saber que el peso no da la felicidad porque nunca llega el peso ideal ya que siempre se va para abajo, por lo que la felicidad no tiene momento de presentarse. Hay que valorarse a sí mismos, pero sobre todo quererse tal cual” –puntualiza.

Diversos autores han dedicado páginas completas a explicar las causas y las consecuencias de este mal así como la mejor forma de tratarlo; los profesionales han invertido horas en terapias con pacientes para llevar a cabo los tratamientos más eficaces para erradicar el problema de las mentes de aquellas aquejadas por este mal. Profesores en escuelas han dedicado horas de clase para explicar

los riesgos que conlleva una mala alimentación. La familia, preocupada por cada uno de sus miembros, trata de satisfacer sus necesidades básicas (alimentar, por ejemplo) a pesar de su rechazo o aceptación. Los amigos, capaces de dar un buen consejo en los momentos de debilidad, tristeza, enojo o felicidad, son los que permanecen a lado cuando más se les necesita.

Todos estos actores se entrelazan para la mejoría de la paciente y ayudan a facilitar su pronta salida del círculo vicioso en el cual se movía o, en el mejor de los casos, evitan que entre a un territorio en el cual muchas personas suelen caminar bajo el absurdo pensamiento de que han encontrado la llave de la felicidad; sin embargo, pocas son las valientes y capaces que se atreven y logran salir victoriosas de esa batalla infernal que han librado por tanto tiempo.

En este trabajo de investigación se pudo observar como la *anorexia nerviosa* tiene su génesis, desarrollo y cronicidad, así como también su posible salida hacia una vida libre. Las anoréxicas son cautivas de su propio cuerpo, viven atadas a una falsa idea estética que las orilla poco a poco a la muerte.

Afortunadamente la ciencia avanza a pasos agigantados, los tratamientos nuevos y mejorados atacan al problema de raíz y ofrecen una mejor calidad de vida. Por desgracia no todas las jóvenes tienen la posibilidad de tener un tratamiento que les salve la vida. Falta mucho por hacer, el camino por recorrer es amplio y extenso, sin perder de vista todas las opciones de trabajo sobre este tema, ya que de esto dependerá el futuro de muchas jovencitas que caminan cegadas bajo una mentira que les han hecho creer: la delgadez es lo perfecto, lo exitoso y lo ideal.

Lo que sin duda es cierto es que el cuerpo delgado no es necesariamente el perfecto, la perfección la tiene cada persona en su propio ser y en su propio cuerpo al ser único, especial y diferente al de todos los demás.

Cierre momentáneo...

En la actualidad las transformaciones se encuentran a la orden del día, cambios ocurren en todas las esferas en donde el individuo se desarrolle. Sin duda alguna, los cambios en el ámbito cultural y social son los que más han trastocado a la sociedad.

Las concepciones, ideologías, costumbres y hábitos son solo algunos elementos, grupales e individuales, que han sido sustituidos por algunos más novedosos y que se adaptan a las exigencias sociales modernas. Uno de estos mandatos es la aceptación e imitación de determinadas dimensiones corporales, y para lograrlas, la alimentación tuvo que modificarse.

Los hábitos alimenticios, gravemente alterados, han jugado un papel imprescindible para el desarrollo de conductas anómalas alrededor de los alimentos. En nuestros días, el modelo alimenticio se ha tenido que adaptar al cambio vertiginoso de la alimentación moderna; por una parte, por el cambio de roles en la madre, y por otra, por la introducción de nuevas comidas 'sanas y nutritivas' o las también conocidas 'comidas rápidas'.

Conforme cambió la alimentación, asimismo lo hicieron sus consumidores, ahora bajo el estandarte de comida *Light*, los cuerpos asimismo pretenden serlo. Tras un cambio alimenticio, le siguió uno corporal. La belleza ya no sería la misma a partir de ese momento.

En cada época, de muy distinta manera, la belleza se ha transformado en un anhelo profundo y en una constante búsqueda de bienestar. Sin embargo, en un grado exagerado por lograrlo, ha llevado al deterioro de la salud misma e incluso a un desenlace mortal.

En pleno siglo XXI ha tomado por sorpresa, aunque para algunos no tanto, la presencia de un problema de gran magnitud a nivel social. Preparados o no, hemos tenido que sucumbir ante la llamada 'enfermedad de moda' o 'enfermedad social' mejor conocida como *anorexia nerviosa*.

La *anorexia* se caracteriza por una pérdida superior al 15% del peso corporal fruto de la voluntad propia de adelgazar, se suprimen o reducen los alimentos que 'engordan', se recurre a los vómitos, diuréticos, laxantes y ejercicio físico desmesurado. Las jóvenes anoréxicas experimentan episodios de hambre intensa que deciden restringir, son capaces de soportar altos grados de inanición; por lo que el término *anorexia* 'hambre de nada' es equívoco.

Las manifestaciones de que estamos ante un problema de esta magnitud son fácilmente detectables, sobre todo si se observan los comportamientos de la persona con este trastorno alimenticio, tales como: falta de peso, caída del cabello, piel reseca, amenorrea o ausencia de menstruación, pérdida de concentración, ejercicio físico desmesurado, ideas obsesivas respecto a la alimentación, actos obsesivos con la comida: la trocean, esconden, tiran y evaden, depresión.

Éstos son sólo algunos de los síntomas que se presentan al inicio de la enfermedad, y es necesario conocerlos para que sirvan de referencia en caso de estar frente a una posible anoréxica/o y llevarlo con un médico antes de que la situación de agrave.

Esta enfermedad hizo su entrada "triumfal" cerca de los años sesenta, sin embargo su crecimiento se ha acelerado en las últimas décadas al grado de alcanzar tintes de epidemia, como bien lo afirma la información que proporciona la *Fundación Ellen West*, principal organismo social privado que realiza campañas a nivel nacional e internacional para prevenir los Trastornos Alimenticios:

- ✓ Aunque afectan más a las mujeres, también se da en hombres en una proporción del 5%. El número de hombres que la sufren se ha duplicado en los últimos 10 años.
- ✓ 90% de los que padecen algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) son mujeres.
- ✓ 86% la iniciaron a los 20 años.
- ✓ 11% de los estudiantes de secundaria tienen un trastorno alimenticio diagnosticable.
- ✓ 62% de las mujeres que realizan deporte de apariencia (gimnasia, ballet, patinaje, etc.) tienen un trastorno alimenticio.
- ✓ En países europeos, la edad promedio de inicio de la enfermedad es cada vez menor: 12 años.
- ✓ 10% de las personas con un TCA mueren por desnutrición, infarto o suicidio.

Las cifras hablan por sí mismas, el mundo en general y la sociedad en particular se enfrentan ante una problemática cada día más común, con adoradoras de la delgadez cada vez más populares y popularizadas que encuentran en su nuevo estilo de vida la llave de la felicidad que las conduce al camino más rápido para encontrar a la muerte.

Desafortunadamente la *anorexia nerviosa* es mucho más que eso, en ella se encuentran involucrados un conjunto de factores que hacen posible su presencia, sus promesas reales y sus consecuencias. El principal factor en este mal es el desequilibrio emocional y afectivo del que son presas las jóvenes, el cual muchas de las veces puede culminar con un desenlace fatal. El peligro de perder la vida se intensifica cuando la enfermedad se cronifica, volviéndose mucho más difícil que la anoréxica reconozca su problema y acepte ayuda.

No cualquier persona puede sufrir *anorexia*, hay quienes son más sensibles a padecerlo que otros. Ésta aparece en la vida de una persona cuando en ella se

presentan una serie de factores o causas, de ahí su descripción de ‘enfermedad multicausal’.

Denominada como tal, ha provocado estragos y pérdidas significativas en varios sectores de la población, por lo que resulta preocupante su rápido incremento y propagación; la razón es aparentemente sencilla: muchos niños, adolescentes y jóvenes se han enrolado en la excesiva preocupación por su peso y su imagen, fruto de las constantes presiones que reciben a su alrededor.

El deseo colectivo de poseer un cuerpo delgado es “lo de hoy”, según se nos dice en el seno familiar, escuela, trabajo, amigos o medios de comunicación, son precisamente todos estos actores sociales los que se encuentran inmiscuidos en el “ojo del huracán” del denominado también ‘mal de las princesas’.

La *anorexia* es una enfermedad devastadora que ha cobrado la vida de muchas víctimas por la simple obsesión de verse más delgadas. Este mal no conoce fronteras al no distinguir raza, género, edad o clase social; han caído desde famosas (actrices, cantantes, modelos, bailarinas) hasta las que soñaban con serlo algún día.

Después de indagar sobre este mal, se observa que la población más afectada es la compuesta por adolescentes y jóvenes, y que por desgracia, cada vez más son los infantes y adultos mayores de treinta años de edad los que se enlistan a las largas filas de la *anorexia*. Las estadísticas y la realidad coinciden en que son más las mujeres que presentan y están propensas a caer en este trastorno, ya sea por su condición sexual o social.

Los motivos para adelgazar pueden ser muchos, la decisión es ¿libre? para aquellas que desearon iniciar con un nuevo régimen alimenticio. Sin embargo muchas de ellas se perdieron en el camino y se adentraron en un mundo que ni ellas mismas sabían que existía. La felicidad que prometía la enfermedad en un

principio se esfuma conforme los kilos se desvanecen, pues ser anoréxica es un infierno tanto para la persona que la padece como para los seres queridos que la rodean, quienes se sienten impotentes y no saben cómo ayudar a la enferma.

Ellas viven una vida rutinaria, esclavizadas a la 'maldita comida y sus calorías', a como evitarla, con el pánico de aumentar tan sólo unos gramos y con un enemigo al acecho constante: el hambre. El espejo les refleja una realidad distorsionada que les impide abandonar cada una de sus conductas obsesivas y patológicas.

¿Pero cuál es su verdadero origen? ¿Acaso comenzar con una simple dieta puede desencadenar un problema de tal magnitud? Las causas son variadas, los elementos principales que se conjugan para su aparición son de carácter individual, familiar y social.

En los individuales se destacan los elementos de origen personal relacionados con la forma de ser, la preocupación por la imagen, sensibilidad extrema y la orientación al perfeccionismo, la adolescencia y juventud, la genética, sin olvidar los posibles accidentes que traen consigo cambios corporales. Todos estos elementos desencadenan una serie de complejos que predisponen a la persona que los presenta –uno o varios- a un trastorno de la percepción y una pérdida de la autoestima.

La familia no causa el trastorno, pero sí puede generar un ambiente protagonizado por unas costumbres de todo tipo como hábitos alimentarios incorrectos, una determinada educación y unas presiones de lo más variadas que se ejercen a veces desde la mejor voluntad, que desencadenan en los hijos una rebeldía manifestada a través de su propio cuerpo.

Los factores sociales no causan directamente la enfermedad pero si se unen a una situación familiar determinada 'pueden' generar sensibilidad hacia este mal.

Se incluyen la influencia de la información dirigida a jóvenes en la edad de mayor virulencia, las relaciones con los amigos, el éxito con las personas del otro sexo, la influencia de la moda, las relaciones y exigencias profesionales y la publicidad.

La información da a los adolescentes unos modelos de vida, comunica patrones de conducta entre ellos, reproduce dietas para mantenerse en forma como si eso fuera lo más importante para triunfar en la vida; a la par, está el interés de gustar y de comenzar a relacionarse con el sexo opuesto. Si a estos cambios de expectativas se les anexa la preocupación por el físico, entonces los deseos y aspiraciones de éxito se tamizan a través de un filtro y se orientan hacia el pensamiento: 'si no tengo un cuerpo delgado, no le gustaré a los demás'.

Las exigencias aspiracionales hacia un trabajo o estudio ocasionan un dilema de personalidad al ser la respuesta a la superación individual y a la autorrealización, que de no conseguirse, se convierten en fracaso para los jóvenes; unido a la necesidad de tener una buena presencia para triunfar, generan conflictos interiores poco saludables para la sensibilidad de estas personas.

Y si a todo eso se le une la presión mediática, indirecta, que muestra en cada segmento televisivo, en cada página y en cada imagen la presencia de cuerpos delgados que irradian felicidad, éxito y aceptación. La idea es clara, pues una imagen dice más que mil palabras.

La moda aporta su granito de arena al problema y aunque ella no sea la total dueña de las culpas, por su inherente adoración a la delgadez, se le acusa de ejercer una presión insalvable para las chicas que no pueden someterse a la tiranía de la imitación y de los cuerpos ceñidos. Sin embargo, la alta costura no es tan influyente como la ropa de calle, las tiendas a las que todos accedemos, donde está la ropa que nos probamos y que llena nuestros armarios; tal vez la

culpa sea de aquellos que generan las modas y que responden a esta demanda con prendas minúsculas que hay que vestir si se quiere estar en la línea.

Se definieron las causas, pero las consecuencias que experimentan estas chicas anoréxicas, están por mencionarse: infrapeso, frío constante, mareos o vértigos, cansancio, caída del cabello, dentadura dañada, aparición de vello muy fino (lanugo) en cuerpo y cara, piel reseca, uñas frágiles, circulación deficiente en manos y pies, cambios cardiológicos: bradicardia/taquicardia, cefaleas, edemas, ausencia de menstruación (amenorrea), trastornos del sueño, pérdida de concentración, molestias gastrointestinales, enlentecimiento metabólico, debilidad muscular, deshidratación, etc.

Definidas y sintetizadas las posibles causas que generan una enfermedad devastadora y sus consecuencias, ahora es necesario voltear a ver lo que sucede a nuestro alrededor, al mundo real, donde miles de adolescentes y jóvenes se suman a las filas de este mal – socialmente aceptado- para buscar la felicidad perdida y el cuerpo perfecto.

Los primeros en ser señalados como culpables y principales promotores de la *anorexia* son los medios audiovisuales de comunicación, en ellos se transmiten y propagan estilos de vida atractivos para el espectador: la delgadez es claro ejemplo. Se observan anuncios infestados de cuerpos delgados, millares de dietas escritas a base de *test* y con la novedosa tecnología, en nuestra sociedad, de recibir dietas en el teléfono celular; sin olvidar los miles de productos ‘milagrosos’ que reducen tallas, bajan de peso y dan la felicidad casi instantánea.

Si este bombardeo no fuera suficiente, entonces hay que sumarles una nueva ayuda a los televidentes susceptibles a través de la catarsis/testimonio de los ‘famosos’ que sirven de ‘gancho’ entre producto y comprador.

No se puede crucificar a los medios de comunicación, pues aunque formen parte de los agentes precipitantes para adquirir el trastorno, la *anorexia nerviosa* es multicausal. A diferencia de la información bibliográfica/hemerográfica y de entrevistas con profesionales, en la información vivida en carne propia por la anoréxica en recuperación, deja en claro que la presencia de estos medios y sus mensajes fueron definitivos para la apropiación del trastorno.

Del lado de los especialistas se argumenta que en estas personas hay una serie de elementos que las hacen más vulnerables a los mensajes e imágenes que reciben diariamente por televisión, páginas de revistas, *Internet* o cualquier otro medio de comunicación.

Es verdad que estas herramientas comunicacionales conforman un factor de peso entre las causales de esta mal, porque la joven se encuentra expuesta a sus imágenes, mandatos corporales y productos para lograrlo, todos ellos le sirven de motor para no abandonar su búsqueda del cuerpo “perfecto”.

Hay que recordar que la información transmitida por cualquier medio comunicativo responde a ciertos intereses, el fin que persigue cualquier actor económico es vender -directamente- servicios y productos que satisfagan las necesidades de sus consumidores, y con ellos se venden –indirectamente- estilos de vida, hábitos, *estatus*, felicidad, prestigio y aceptación.

Nuestra sociedad ha sido contagiada por ideología y hábitos ajenos, en un intento por imitar estilos de vida, se han trasgredido los límites entre lo sano y lo enfermo, entre lo bello y lo grotesco. Es ella, de acuerdo a sus parámetros, quien decide qué es estético, agradable e imitable, y qué no lo es.

A partir de la consideración anterior, los distintos medios comunicativos, en especial los audiovisuales, son un escaparate abierto imitador de la realidad social puesto que por una parte, las imágenes llegan a unos sujetos que las

observan a veces con más interés que otros, en ocasiones las admiran y otras las desechan; por otra parte, sobre todo los publicitarios escogen los modelos socialmente aceptados y estereotipados por la sociedad para representar sus anuncios por propio interés económico, lo que quiere decir que si los patrones sociales fueran diferentes, la publicidad sería diferente por ser un espejo social.

Las figuras *modélicas* que se presentan en los espacios publicitarios sirven de guía para miles de adolescentes, quienes ven en ellos sus modelos (corporales) a seguir además de imitar sus conductas y comportamientos lo más fielmente posible tales como su moda, música y hábitos alimentarios, estos últimos, casi siempre, con una clara tendencia a presentar un trastorno de la alimentación.

Lo alarmante de la situación, incluido el peligro que corren sus vidas, es que dicho trastorno se ponga 'de moda' y que miles de mujeres traten de seguir el patrón de conducta de aquellas a quienes admiran sin tener conciencia de las trágicas consecuencias que puede traer consigo.

Internet también se ha unido a la propagación de este mal llamado *anorexia*, en la red ya es posible encontrar todo tipo de dietas, productos y grupos en donde se proporcionan técnicas y *tips* para bajar de peso. Pero no sólo existen este tipo de portales cuyo fin es el negocio 'de moda', sino que igualmente lo ocupan personas que no desean ocultar su enfermedad. Ahí, en el anonimato, la liberan y transmiten a través de consejos y artimañas para hacer más fácil la apropiación del trastorno. Las llamadas "*how to become an anorexic*" (cómo convertirse en anoréxica) y "*proana*" son páginas que han crecido sin restricción por lo que es cada vez más sencillo recurrir a ellas, tan sólo el número de visitas por día marca la diferencia.

La pregunta que queda al aire es si realmente las imágenes, por una parte en su contexto de espacios televisivos de veinte segundos o de páginas bien cuidadas

pasadas con desgano en las revistas, son artífices de tan grandes destrozos en las mentes juveniles.

Es necesario hacer conciencia de que la publicidad en televisión, revistas y espectaculares y ciertos programas sólo transmiten mensajes e imágenes con la finalidad de vender; dependerá del individuo si se los apropia o no a su vida cotidiana al entrar en juego sus principios, valores, nivel cultural y autoestima.

A lo largo de esta investigación se dieron a conocer los distintos factores que entran en juego para que una enfermedad de esta magnitud hiciera acto de presencia en la mente de aquellas personas incautas que cayeron rendidos ante la seducción de la delgadez que prometía múltiples beneficios en su vida.

Individuo, familia y sociedad –y todas sus manifestaciones culturales y comunicacionales- han sido los principales actores en la predisposición, desencadene y mantenimiento de los trastornos del comer. La *anorexia nerviosa* es el precio a pagar por jóvenes que modificaron su estructura corporal en busca de una mejor que les asegurara éxito, reconocimiento, aceptación y estima.

Hay muchos caminos para entrar en ese mundo de la autodestrucción física, mental y emocional, donde cualquier factor pudo ser el desencadenante; por fortuna, hay soluciones para salir de ese ‘infierno’ como muchos acertadamente osan en describir. Los tratamientos son largos pero valen la pena porque rescatan, la mayoría de las veces, a jóvenes que tienen una vida por delante.

Aceptar la enfermedad es sinónimo de recuperación, pero hay quienes se niegan a abandonar el círculo vicioso enfermizo en el que se mueven por temor a salir de un mundo y un estilo de vida que ya conocen, hay otras que no están dispuestas a abandonar su delgadísimo cuerpo fruto de años de sacrificios.

El apoyo de familiares y amigos puede ser pieza clave para la aceptación y pronta recuperación de la enferma; para ello existen alternativas terapéuticas que sólo pueden ser indicadas por especialistas en la materia. Con un trabajo en conjunto de las distintas disciplinas que se ven involucradas en este mal, la recuperación resulta ser mucho más óptima y con excelentes resultados.

Las soluciones están puestas sobre la mesa, la decisión de cambiar estigmas, estereotipos, conductas y estilos le corresponde a la joven que decidió apropiarse de un mal habito alimenticio sin saber hacia dónde la llevaría; lamentablemente en sus intentos por salir de éste, sus miedos y temores fueron mucho más grandes que lograron retenerla en algo muy cercano al infierno.

Desde el principio de este trabajo me encomendé la tarea de buscar las causas, a los posibles culpables y conocer a fondo este mal desde diversos ángulos. Por un lado la información bibliográfica y hemerográfica referente al tema, por otro los datos proporcionados por profesionales en el tema de los trastornos alimenticios, y un último, que considero importante, pieza clave y corazón de esta investigación, la experiencia vivida por una persona anoréxica.

Al intercalarse todos elementos en los apartados de esta tesis se pudo obtener información veraz, precisa pero sobretodo vivida en carne propia. Fue así como pudimos internarnos en el sorprendente y tenebroso mundo de la *anorexia nerviosa*.

En cada sección se pretendió mostrar al trastorno alimenticio mas acercado a la realidad, con personajes y momentos reales vividos por ellos. Se intentó dejar a un poco la rígida estructura de la investigación meramente documental, sustituyéndolo por un relato periodístico que le diera vida a un problema. Por medio de esta modalidad periodística se le otorga al lector la posibilidad de que adopte una posición crítica ante la seriedad del problema, al presentarle toda la gama de información necesaria para su comprensión.

Cabe aclarar que el relato de ANA es el resultado de entrevistas y, principalmente, su testimonio, el cual está presente en cada palabra y cada letra que ella aportó para que su experiencia se transmitiera lo más fielmente posible.

Como profesional en la materia de la investigación social la labor de realizar un trabajo lo más objetivo posible, sin dejar de lado la realidad muy subjetiva a veces, fue ardua y muy restringida debido a las trabas que en muchas instituciones, de carácter público y privado, se presentaron a lo largo de la búsqueda de información.

De problemática actual, este mal tiene y debe ser del conocimiento general de la población por lo que considero que las instituciones que las manejan, y que además la conocen y cuentan con datos necesarios e importantes, deberían de permanecer abiertas para aquellas personas interesadas en el tema y que aclaren todo tipo de dudas, pero que sobre todo abran espacios y alternativas de información para los profesionales que deseamos hacer algo al respecto para alertar a la sociedad.

A pesar de escucharse y verse en los distintos medios de comunicación y de alguna que otra estrategia por parte de los centros hospitalarios por dar a conocer a la *anorexia*, todavía con desconocimiento de ella total o parcial. De ahí la importancia de realizar y sacar a la luz mucha más información del tema de una forma sencilla pero de gran contenido.

El periodismo interpretativo cumple con la función de que el periodista le otorga al lector información verídica, con posibles soluciones a los problemas, busca atacar sus focos de infección, satisface las exigencias del receptor y aquí se le permite captar con profundidad la realidad, que muchas veces va más allá de lo que se ve a simple vista, y que además cuenta con antecedentes, causas y consecuencias.

Una muestra del periodismo interpretativo es el relato periodístico, en él se involucra la realidad de los sucesos y la interpretación de quien los realiza, es decir, tiene la libertad de expresar sus puntos de vista y proponer alternativas para solucionar el problema.

Este trabajo de investigación no lo considero del todo concluido, en el sentido de que éste y otros trastornos crecen vertiginosamente en nuestra sociedad. Por lo que siempre habrá mas investigaciones por hacerse, darles un seguimiento e informar cada vez con mayor precisión.

Bajo esta nueva modalidad periodística se presentó a la *anorexia* como una problemática actual que a pesar de saberse como secreto a voces, no existían información suficiente capaz de atraer la atención del lector o curioso en el tema. Muy lejos de considerarse trillado, es más bien un asunto que nos debería mover a dar y crear alternativas a nivel social, cultural, académico y familiar.

Los casos cada vez son mayores al haber gente joven que los sufre, la enfermedad crece, pero también lo hacen las alternativas y herramientas para tratarla por lo que se espera que este tema se explote al máximo, porque siempre habrá algo nuevo que decir y siempre existirán más voces que quieran denunciar y declarar a un mal que las atormentaba sin permitirles vivir.

Como lo indicamos en la introducción, esta investigación pretende ser un parteaguas para todos aquellos trabajos que se puedan desprender o incluso salir a la par de éste.

Al abordar un tema muy común entre la juventud, se desea que aquellos interesados en el tema –profesionales, familia, amigos- encuentren información necesaria para ayudar u orientar a aquellas personas que presentan uno o varios rasgos del trastorno.

Con la realización de este relato periodístico se prevé que quienes lo lean tomen conciencia del problema, el cual crece aceleradamente, y que se lleven a cabo muchas más investigaciones relacionadas al tema de los Trastornos Alimentarios; con ésto tal vez se logre una mayor apertura de sitios de ayuda -de carácter público o mucho más accesibles- para la gran demanda que ya existe hoy por hoy y, no dudo, se duplicará en años posteriores.

ANA nos ayuda a darle fin a este trabajo de investigación acerca de un problema que ella conoce mejor que todos nosotros:

- *“Yo creo que el día que ya quieres salir es cuando sientes en tu cuerpo la muerte encima, cuando ya no te puedes mover y no sólo porque tengas un peso muy bajo, sino también porque tu mente se defiende de todas las cosas que te estás diciendo y te dices ¡ya qué me falta para morirme! Pienso que el cuerpo perfecto está en la tumba, pero sólo dura 2 días y luego se empieza a descomponer”*

“El cuerpo perfecto es aquel que ya no puede conseguir bajar ni un gramo mas: el principal objetivo de la anorexia. Sin embargo, el final del cuerpo que la padece es la muerte”

“DIETA MORTAL. La modelo brasileña Ana Carolina Restón murió a los 21 años por anorexia, se alimentaba solo de manzanas y tomates”
El Universal, Jueves 16 de Noviembre de 2006.

Fuentes de información

Bibliográficas

- ALCEDO, Miren. Alimentación y cultura. Actas del Congreso Internacional. 1998. Museo Nacional de Antropología. La Val de Onsera. Vol I. España. 1999.
- ALSINA, Rodrigo Miquel. La construcción de la noticia. Paidós. España. 1989.
- CAMPBELL, Federico. Periodismo escrito. Ariel Comunicación. México. 1994.
- CHINCHILLA Moreno, A. Anorexia y Bulimia Nerviosa. Criterios y diagnósticos terapéuticos en atención primaria. Alcalá de Henares. Madrid. 1995.
- CRISPO, Rosina. FIGUEROA, Eduardo. GUEJAR, Diana. Anorexia y Bulimia, lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Gedisa. España. 1996.
- DE La Mota, Ignacio, H. Función social de la información. Paraninfo. Madrid. 1988.
- DEL TORO, Josep. El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Ediciones Ariel. Barcelona. 1999.
- ECO, Humberto. Cómo se hace una tesis. Gedisa. Barcelona. 2000
- FERGUSON, Donald. L. PATTEN, Jim. El periodismo en la actualidad. EDAMEX. México. 1988.
- FERNÁNDEZ Aranda, Fernando. TURÓN Gil, Vicente. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia. Masson. España. 1998.
- GALICIA, Alejandra. SÁNCHEZ, Delia. Determinación y análisis de los hábitos alimenticios del obeso. Tesis de Licenciatura en Psicología Campus Iztacala. México. UNAM. 1994.
- GARCÍA Córdoba, Fernando. La tesis. Limusa. México. 2000.

- GARCÍA Rodríguez, Fernando. Las adoradoras de la delgadez. Anorexia Nerviosa. Madrid. 1993.
- GERLINGHOFF, Monika. BACKMUND, Herbert. Anorexia y Bulimia. Entender y superar los trastornos alimentarios. Grijalbo. España. 2004.
- GONZÁLEZ Reina, Susana. Manual de investigación documental y redacción. Trillas. México. 2005.
- GUAJARDO, Horacio. Elementos de periodismo. Gernika. México. 1998.
- HERNÁNDEZ Carballido, Elina. El relato periodístico en México. Tesis de Maestría en Comunicación de la FCPYS. México. UNAM. 1998.
- LEÑERO, Vicente. MARÍN, Carlos. Manual de Periodismo. Grijalbo. México. 1986.
- MARTÍN Vivaldi, Santiago. Géneros Periodísticos. Ediciones Prisma. México.
- MARTÍNEZ Albertos, José Luis. La noticia y los comunicadores públicos. Pirámide, S.A. Madrid. 1978.
- MARTÍNEZ-FORNÉS, Santiago. La obsesión por adelgazar. Anorexia y Bulimia. Espasa-Calpe. México. 1995.
- PUERTAS Tejedor, Pilar. Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud. "El ascetismo del hambre, una militancia actual". Jornadas del 13 al 24 de Noviembre del 2000. Itxaropena, S.A. Bilbao.
- RAICH, Rosa M^a. Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios. Pirámide. Madrid. 1998.
- ROBLES, Francisca. La entrevista periodística como relato. Una secuencia de evocaciones. Tesis de Maestría de la FCPYS. México. UNAM. 1998.
- ROMA Ferri, M^a. Teresa. MONTESINOS Sánchez, Nieves. Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia). Publicaciones de la Universidad de Alicante. 2001.
- SALDAÑA García, Carmina. Trastornos del Comportamiento Alimentario. Groupe Donograph. Madrid. 1991.
- SCHUTZE, Gerd. Anorexia mental. Herder. Barcelona. 1983.

- SOBREMONTÉ, Emma. PEREZ, Ana Isabel. JON, Leonardo. Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud. “*La anorexia nerviosa: ¿un suicidio estético?*”. Jornadas del 13 al 24 de Noviembre del 2000. Itxaropena, S.A. Bilbao.
- TORO, Josep. VILARDELL, Enric. Anorexia Nerviosa. Ediciones Martínez – Roca. España. 1987.
- TUCHMAN, G. La producción de la noticia. Estudio sobre la construcción de la realidad. G. Gili, S.A. Barcelona. 1983.
- URRESTI, Begoña. Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud. “*Aspectos clínicos de los trastornos de la alimentación*”. Jornadas del 13 al 24 de Noviembre del 2000. Itxaropena, S.A. Bilbao.
- VARELA Huerta, Janik Amarela. El jaramillismo a través de sus protagonistas. Un relato periodístico. Tesis de Licenciatura en Comunicación de la FCPYS. México. UNAM. 2002.
- VERA, Celia. Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario. “*Genero, cultura e imagen del cuerpo*”. Publicaciones de la Universidad de Alicante. 2001.
- WOLFE, Tom. El nuevo periodismo. Anagrama. Barcelona. 1981.

Hemerográficas

- ROMERO, Maria de Lourdes. “*El futuro del periodismo en el mundo globalizado*”. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. México. FCPYS. UNAM. Año XLIII. Enero-Marzo de 1998. No. 171
- SCHERER Ibarra, Maria. “*Anorexia*”. Proceso. No. 1330. México. 28 de Abril, 2002.

Internet

- www.adolescentexlvida.com
- www.alcoholinformate.org.mx
- www.bulimarexia.com
- www.mexicoglobal.com
- www.ondasalud.com

Entrevistas

- A la doctora e investigadora Aurora Serralde Zúñiga, médico general del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán. El día 9 de Enero del 2006.
- La licenciada Verónica Vázquez, psicóloga y terapeuta del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán. El día 9 de Enero del 2006.
- El doctor Alejandro Caballero Romo, psiquiatra y experto en los Trastornos de la Alimentación, quien funge como coordinador de la Clínica de estos trastornos en el Instituto Nacional de Psiquiatría. El día 15 de Mayo del 2006.
- La licenciada Claudia Ramírez González, nutrióloga y experta en casos de trastornos alimentarios al pertenecer a las filas de trabajo de la Fundación *Ellen West*. El día 1 de Julio del 2006.
- A ANA, una joven en recuperación que padeció anorexia aproximadamente 2 años. Los días 7 y 8 de Julio del 2006.
- A doña Susana y don Sebastián, padres de ANA. En agosto del 2006.
- A Carolina, Sebastián y José, hermanos de ANA en Agosto del 2006.
- A doña Maria, abuela de ANA, en Agosto del 2006.