



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**NUEVOS DESÓRDENES DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA: HERENCIA DE LA INFODEMIA**

PROTOTIPO PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

**PRESENTA:
GALVÁN GARCÍA BEATRIZ NICOLE**

CERVANTES GONZALES MARCO ANTONIO



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A mis dos familias. A ti, señora, por caminar tan lejos para que yo pudiera llegar hasta aquí. A mi primera familia papás, hermanas, pequeñín y a los mininos por darme su apoyo, sus consejos, su guía, su escucha, ronroneos y muchas tazas de café. Por hacerme saber lo lejos que se puede llegar con esfuerzo y convicción.

A mi segunda familia, gracias por ser mi otro refugio, por escucharme y enseñarme a despegar para volar, por confiar y creer en mí. Por lo que está destinado a ser.

A mi asesor; por ser parte fundamental del inicio de este camino, por alimentar la pasión hacia esta profesión con cada una de sus clases, con cada lectura realizada y lágrima derramada gracias a las emociones provocadas por estas mismas. Por darle un rostro a cada historia que me dio a conocer y guiarme para saber cómo contarlas.

ÍNDICE

Introducción

Capítulo I EL SALTO DE LAS REDES SOCIALES A LA INFODEMIA

Capítulo II ¿EN EL MUNDO DEL INTERNET CÓMO ME VEN A MÍ?

Capítulo III EL RECORRIDO DE CADA TRASTORNO

Capítulo IV EL ABC DE QUÉ ES UNA DIETA

Capítulo V EL EFECTO PIGMALIÓN Y LAS CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

Capítulo VI REDES SOCIALES DONDE SE ENTRETEJE LA INFODEMIA

**Capítulo VII LA INFODEMIA ES LA HERRAMIENTA; LAS REDES SOCIALES EL
DETONANTE**

Capítulo VIII ‘NO BASTA CON SER ESPECIALISTAS, SE NECESITA UN ENFOQUE’

Capítulo IX LOS TRASTORNOS VAN MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS

Capítulo X VIVIR EN LA MENTIRA CONSTANTE ES UN ESTRAGO DE LA INFODEMIA

Conclusiones

Introducción

Relatar historias tiene propósitos inciertos; escribir un relato, emitir un discurso o develar un acontecimiento es dar nuestra versión de los hechos. Es nombrarnos y situarnos en un tiempo y espacio desde nuestra concepción de uno o varios sucesos: es hacerse presente y construir en colectivo. Nuestra vida está construida de las memorias y relatos de todos; ese todo (como una imagen panorámica de una sola dimensión) se conforma de múltiples versiones de hechos con distintos detalles, matices genuinos y una perspectiva en tercera dimensión.

Es como si nuestra imagen de la realidad fuera una estampilla futurista con varias dimensiones. En el libro, *La realidad construida en el periodismo, reflexiones teóricas*, María de Lourdes Romero Álvarez (Doctora en Filología por la Universidad Complutense) determina que “el texto periodístico es el relato que el periodista hace de los hechos, en otras palabras, su versión” (Romero, L., 2006, p. 60).

Al convertir una historia en un relato, innegablemente, intervenimos con nuestra mirada. La “realidad” no puede trasladarse mediante las palabras como una imagen única e irrepetible, dicha intervención es nuestra construcción del hecho, aquello se vuelve en un relato y así se va formando un ciclo en el que nuestra realidad se convierte en discursos, en este caso, periodísticos. Para Lorenzo Gomis (teórico y periodista español), exponer el resultado del reportaje -la información obtenida- es un acto de interpretación, ya que se escribe desde la percepción de periodista: una nota informativa, crónica o reportaje son escritos desde los ojos únicos de un periodista que observa y escribe siempre interpretando el hecho noticioso.

Uno de los propósitos de presentar este trabajo en forma de reportaje es por la convicción periodística que le tengo al género que para mí posee una doble virtud: para los lectores escépticos se presentan datos verificables, estadísticas, informes: todo tipo de referencia rigurosa y verificable. Mientras que para las lectoras y lectores emotivos se encuentran los testimonios, las escenas trascendentes de un personaje, sus momentos agridulces y paradójicos que nos dejan las injusticias, la impunidad, el descaro, la indiferencia y la ignorancia. Desde esa doble condición, Gonzalo Martín Vivaldi define al reportaje como: “una narración informativa, de vuelo más o menos literario, concebida y realizada según la personalidad del autor”.

El reportaje es una forma periodística compleja. El periodista y novelista argentino, Tomás Eloy Martínez determinó en *El periodismo vuelve a contar historias* que “de todas las vocaciones del hombre, el periodismo es aquella en la que hay menos lugar para las verdades absolutas”. Con base en dicha afirmación, la propuesta de este trabajo tiene como base los siguientes verbos: preguntar, indagar, conocer, dudar y confirmar. Verbos fundamentales para la profesión; este género posee diversas cualidades: posee información: datos duros; la construcción de personajes y escenarios que, muchas veces, nos resultan significativas gracias al modo en el que se muestran, en el que se encuentran diferentes puntos de vista, voces y enfoques.

Dentro del abanico de posibilidades para contar historias, los tópicos filosóficos y científicos suelen ser a los que nunca se recurren por la carencia que tienen de interés hacia las y los lectores. ¡Qué mentira más grande! En el texto de Tomás Eloy Martínez aborda que es muy difícil olvidar la trama de un texto narrativo a comparación de los textos filosóficos o científicos.

Con base en esta idea, en este trabajo narro la historia de Noemí y evito tratarla como una cifra más de las estadísticas de trastornos de la conducta alimentaria de México. Trastornos que se presentaron en su vida de forma progresiva; uno tras de otro y sin aviso. La recurrencia con la que observaba su cuerpo en el espejo dio un salto enorme de la cultura de las dietas a la anorexia, y - en pocos y varios ingresos al psiquiátrico- vislumbró una recuperación anhelada que resultó en los inicios de otra obsesión, ahora por comer sano: un TCA agregado a su lista.

Por lo tanto, presentar este texto en forma de reportaje no fue una cuestión arbitraria. El reportaje me daba la posibilidad de explicar y exponer la historia de una sobreviviente a una cadena de trastornos de la conducta alimentaria: Noemí Moreno. Una joven de 16 años que se encontró en prácticas de salud riesgosas para que la vieran “bonita”, y con eso caber en un modelo o una talla para sentirse aceptada por una sociedad que ha internalizado ciertas unidades de medida como parámetros de la belleza.

Al contar esta historia me permito hablar de alimentación, psicología, medicina, psiquiatría y otras disciplinas, así como de los estereotipos hegemónicos que marchitan y mellan la salud mental. Con dicha encomienda de abarcar lo prudente y competente para el tema, se torna imprescindible la multidisciplinariedad del periodismo al abarcar distintas áreas de estudio para construir el relato.

Además, de proponer un trabajo que tuviera como sustento una investigación rigurosa, ¿cómo seducir a las y los lectores mediante un relato. ¿Cómo hacer leer a quien ha experimentado con la vista y con el oído muchas versiones del mismo acontecimiento, todas las complejidades de la vida, la intimidad, el gozo y la desgracia? Una posible respuesta a esas preguntas se puede encontrar en la tarea de escribir relatos atractivos. Narrar es un resultado de la paciencia y atención que se le pone a la escuchar y observar para construir algo que valga la pena decir.

En la década de 1960 podemos encontrar maneras que utilizó el periodismo para cambiar las formas convencionales de escritura y convocar a nuevos lectores. En Estados Unidos se abrió paso una corriente denominada “Nuevo Periodismo”, gracias a *A sangre fría*, una “novela sin ficción” escrita por Truman Capote. Los textos que se inscribieron en esa tendencia surgen como parte de los cambios socioculturales de la época.

Así, a partir de esa década el periodismo norteamericano publicó historias que proponían nuevas y variadas formas de escritura. Los periodistas inscritos en esa corriente apostaron por textos que se caracterizaron por una redacción más libre donde comienzan a priorizar un estilo más impactante donde se leían, por ejemplo, reconstrucciones completas de escenas y diálogos entre personajes.

Este tipo de redacciones alternativas (como productos periodísticos) no se concentraban únicamente en la ficción, fueron evolucionando al igual que el mundo. *I'll be gone in the dark* o en su traducción al español *Me iré en la obscuridad* por Michelle McNamara es uno de los ejemplos contemporáneos más impresionantes que se han leído en los últimos años del periodismo de no ficción en Estados Unidos.

McNamara tuvo un despertar prematuro por tres cosas, la escritura, la investigación y los crímenes reales. El asesinato de una vecina cercana marcó su adolescencia y creció en ella la necesidad de encontrar respuestas: ¿Quién la mató? y ¿Por qué? Aquellos intereses -y la profesión periodística- abrieron paso a compartir sus investigaciones sobre casos de asesinatos no resueltos, específicamente del asesino serial Golden State Killer.

Michelle nunca supo que el verdadero nombre del asesino era Joseph James DeAngelo. Ella murió antes de ver su obra publicada, pero su investigación y colaboración con el FBI pusieron sobre la mesa el sobrenombre que unificó lo que se creía que eran varios asesinos, el vistazo de lo que fue la vida de sus víctimas y sobrevivientes, y sobre todo su iniciativa por el rastreo de sospechosos mediante el fenotipado de pruebas de ADN lograron el arresto y sentencia de un asesino serial que estuvo prófugo por 40 años, y un relato periodístico inigualable.

En América Latina existen acontecimientos que parecen sacados de las tramas de la ciencia ficción. Ni las historias de las novelas de Ray Bradbury o Julio Verne pudieron imaginar que existirían tantas historias merecedoras de contarse. Marco Antonio Cervantes en su reportaje sobre la tortura en México, subrayó que esa tendencia con variedad de formas, le ha dado voz a mujeres y hombres cuyas historias individuales pueden pasar inadvertidas en la dinámica noticiosa de los medios; historias que representan a personas sin voz que en la mejor de las veces son representados únicamente por cifras.

Confieso que para quien esto escribe no hay nada comparado con la sensación de escribir un texto desde otras formas periodísticas, por ejemplo, desde la primera persona del singular: el “yo periodístico”; de tal forma hacernos presentes con nuestras propias palabras. La utilización de la primera persona no se torna invisible porque pese a la selección, investigación, reporte, contrastación, organización y redacción, el producto final es el resultado de una perspectiva particular.

Como ya lo referí el trabajo que presento tiene un personaje principal: Noemí. Ella será el personaje que nos explique la relación que existe entre la infodemia, es decir, el exceso de información (no asesorado por especialistas pertinentes) sobre conductas alimentarias restrictivas o compensatorias con el desarrollo de nuevos trastornos de la conducta alimentaria. La historia Noemí -una apasionada bailarina de danza árabe- está repleta de diagnósticos, exámenes clínicos, patologías, expedientes psiquiátricos, descompensaciones corporales, padecimientos varios que se exponen en el texto, niveles de glóbulos en la sangre muy por debajo del promedio, al igual que su índice de masa corporal. ¿Pero cómo explicar que el resultado de hoy no fue porque no *quisiera* comer, sino que su origen viene de una estructura sistemática? ¿Cómo contradecir una preconcepción que lleva décadas en esa radiografía del todo?

Las formas en las que Noemí dejó de comer y comenzó a despreciar la forma en la que simplemente existía, me remite al proceso de vida de una planta; desde la etapa de la semilla (infancia) en la cual pareciera que no ocurre gran cosa respecto a la evolución cognitiva de la autopercepción y la interiorización de discursos que rondan alrededor de nuestro contexto (el ambiente natural) y la salud mental, sin embargo, debajo de la tierra cada semilla se incorpora de nutrientes para comenzar el ciclo de crecimiento, estas etapas están descritas en el texto *El proceso de crecimiento de una flor*.

En el 2021, Wikipedia describiría el término *infodemia* como concepto que se emplea para referirse a la abundancia de información sobre un tema concreto. El término se deriva de la unión entre la palabra *información* y la palabra *epidemia*. Se relaciona con conceptos similares como *fake news* o *infoxicación*, en la medida que la cantidad y exposición de estos se intensifican.

Una búsqueda en internet fue para Noemí como entrar a un estadio, tímidamente, hacer una pregunta y recibir cientos de miles de respuestas a destiempo, con señas, instrucciones, en voz modulada y a gritos. Ella se quedó con las respuestas más repetidas y probablemente las que gritaron, metafóricamente, más fuerte. Este océano de respuestas provenientes de desconocidos fue su única herramienta para echar a andar su mundo de autopercepción, germinar y crecer en la vida.

Los trastornos de la conducta alimentaria no son un tema actual. He decidido trabajar el tema porque no se puede ignorarlos, el no hablar de ellos agudiza el problema. Por ejemplo, el mal tratamiento que se les da fue lo que creó un ambiente perfecto para crear un efecto dominó con los viejos TCAs sobre nuevas conductas de restricción alimentaria. Según cifras del Instituto Nacional de Psiquiatría, Juan Ramón de la Fuente Ortiz, un 10% de una población muestra de 20 mil personas padecen anorexia, un 17% padecen bulimia; 27% tuvieron al menos un intento de suicidio.

Por lo tanto, ¿no es oportuno investigar cómo el exceso de información está desencadenando una serie de trastornos de la conducta alimentaria? Ya no es un mandamiento periodístico la oportunidad y novedad, es una necesidad. No se cuentan las historias porque siempre sea un tema de interés; se escribe, relata y resuena porque las repercusiones, las secuelas y los frutos amargos

lo vuelven obligatorio de verse. Lo vuelven trascendente, aunque no sea lo más cómodo, pertinente en su contexto o, incluso, políticamente correcto.

Este texto pretende demostrar que la divulgación científica, a través de un relato periodístico, resulta es una tarea imprescindible de las y los comunicadores, tan importante y valiosa como develar y denunciar actos de corrupción e impunidad, tan necesaria como el acto de servicio en los periodistas. Las investigaciones de largo aliento no se concentran únicamente en narcotráfico, desvíos millonarios y políticos deshonestos, las alternativas en la forma de narrar (junto con una averiguación precisa) son la mancuerna perfecta para despertar el interés en detalles cotidianos tan pequeños como los relatos que puede revelar un simple plato de comida. La divulgación científica no tiene por qué representarse y solo ser entendida con gráficas, estadísticas, informes sosos y expedientes plagados de términos clínicos indescifrables. Detrás de todo ello, siempre hay caras, siempre hay historias como la que me permito presentar el día de hoy mediante este texto.

¿Cómo explicarle a alguien el pavor que se tiene por un solo bocado de cualquiera de los platos o cacerolas que están en la mesa, o el temor de no poder sentirse los huesos porque la grasa y los músculos de las piernas no lo permiten? ¿Cómo se explica que las reuniones con amigos y familia ya no se disfrutan igual porque no paran de hacer rodar el mundo directo a lo que alguien come, lo que pesa o la talla que es?

Nunca se lee la primera plana de un periódico con la noticia de que alguien más murió a causa de un trastorno de la conducta alimentaria el día de hoy, o que alrededor del mundo miles de mujeres despertaron odiando lo que veían en su espejo y deseando fervientemente ser de otro tamaño, peso y forma porque alguien más le dijo que así debía de ser la belleza. Hagamos la cuenta de las veces que se leen en primera plana las consecuencias de rechazar la imagen propia día con día o los estragos de la cultura de las dietas que poco a poco ponen en bandeja de plata las diferentes formas de evadir la comida o de vomitar -a tiempo- sin que en la mesa se den cuenta de que lo hiciste.

¿Cuándo alguien se entera por las coberturas principales de los medios del número de muertos a causa de los TCAs? El tiempo de ignorar al elefante en la habitación quedó atrás, el elefante se hizo más y más grande durante generaciones hasta que el hartazgo, de estas mismas, cimbró a los estereotipos hegemónicos.

Debemos ser reaccionarios ante el dictamen estructural de cómo debemos lucir y para quién. Abordarlo trastoca la discusión de la representación mediática y la siguiente pregunta: ¿Por qué deben incluirse diferentes rostros, tonos y corporalidades? Porque existen, importan y son igual de valiosas que aquellas que encajan con los estándares históricamente aceptados.

¿Por qué hay que hablar de los trastornos de la conducta alimentaria? Porque encajar en el molde literalmente está matando, está privando la diversidad de cuerpos, el libre desarrollo anatómico, la seguridad y confianza para el desenvolvimiento de la personalidad y socialización de cada habitante en cada rincón; porque inhibe nuestra misma naturaleza de ser seres sociales al limitar las habilidades psicosociales; y porque nadie, absolutamente nadie puede de tomarse la libertad de opinar sobre el aspecto, la alimentación y cuerpos ajenos. Las palabras resuenan y dejan huella.

En una sociedad patriarcal es frecuente romper vínculos y lazos con nosotras mismas, con nuestros cuerpos, la aceptación, la comodidad y la liviandad para habitarlo y disfrutarlo. Todo es tan frágil y fácil de romper cuando se vive bajo los estereotipos dominantes sobre la belleza femenina, los cuerpos estéticos y el ideal de tallas y tamaños.

En la industria audiovisual, existen múltiples referentes y mensajes claros sobre qué es gordo y qué no, pero ¿Cómo nos convencieron de que estas personas estaban increíblemente grandes y gordas, y para qué? Esto lo hicieron a través de la moda de la extrema delgadez durante los años dosmiles. Tomaron el estándar de lo que se concebía como delgado y lo cambiaron de lugar hacia algo aún más esbelto, como resultado las personas que antes eran consideradas flacas (con los estándares de las décadas de los 70 u 80) ahora eran de talla media. Algunas estrellas como Paris Hilton se popularizaron por un motivo claro: por su estética.

Si hoy se hace una comparación en retrospectiva de los estándares de las mujeres (especialmente) que se les creía gordas, es terrorífico pensarlo porque la realidad es que no lo eran. Las formas con las que iniciamos a violentar el cuerpo son tan sutiles que casi se vuelven imperceptibles. Comienza al aferrarnos a cierta cantidad de tela en la que *debemos* caber, con asfixiar nuestro abdomen dentro de pantalones ajustados (casi siempre son los principales enemigos en este tipo de trastornos) y se perpetúa la agresión cuando no nos permitimos rebasar hasta cierta talla porque al aumentar una es fácil seguir con la otra y con la otra. Cuando decidimos no sentirnos cómodas

y cómodos en nuestro propio cuerpo —sin importar el tamaño, la cantidad de abdomen abultado, el grosor de piernas y qué tanta papada sobra del mentón—prolongamos la agresión, y eso significaría aceptar el decreto universal (dictado por unanimidad de quién sabe quién) de la gordura.

La sobrecarga informativa -parte de lo que conforma la infodemia- ha sido una de las dificultades más arduas de apaciguar. ¿Cómo se combate la información con más información? El objetivo de este trabajo es exponer los alcances a nivel mental y físico del poder que puede poseer el exceso de datos no orientados por un especialista en la materia. Para desagrado de muchos, en esta historia la vida de Noemí pendió de un hilo múltiples ocasiones y -aún con el paso de los años- todavía no se puede cantar victoria. Su cuerpo no es el mismo que era cuando tenía 16, ya no tiene las energías suficientes como para estar un mes sin visitar el hospital. Se fueron consumiendo cada vez que corría al baño a vomitar la comida.

En el camino de la investigación y escritura he encontrado una analogía, que personalmente considero, la más cálida para entender la profesión periodística. La periodista, escritora y editora argentina, Leila Guerriero propone lo siguiente:

Hay que amasar el pan. Hay que amasar el pan con brío, con indiferencia, con ira, con ambición, pensando en otra cosa. [...] Hay que amasar el pan con rencor, con tristeza, con recuerdos, con el corazón hecho pedazos, con los muertos. [...] Hay que amasar el pan para vivir, porque se vive, para seguir viviendo. Escribir. Amasar el pan. No hay diferencia. (Guerriero L. 2016)

Cuando una analogía no se entiende a tropiezos, confiamos en que es una buena analogía. Cuando ambas ideas fluyen sin enredo se tiene la certeza que se transmitió lo que se buscaba, y en ese fragmento lleno de palabras dejamos huella de quiénes somos y cómo vemos el mundo. Sin menoscabo, me permito compartir mi propia percepción del relato, de la vida de Noemí y del transitar constante.

Mi forma de apropiarme de la metáfora es la siguiente: el crecimiento de una planta. En el proceso de germinación ocurren dos eventos simultáneamente, se echan raíces y se crece para liberarse de la superficie; cada brote requiere atención adecuada para florecer o marchitar. En la tercera etapa (de maduración) una vez que la planta se arraiga y comienza el crecimiento, ésta produce vástagos y yemas (cabe señalar que el vástago es la rama tierna que nace de la flora, y yema es una formación a partir de la cual se producirán tallos, hojas o flores) con estos brotes comienza a crecer la planta y es el punto crucial donde se debe volver lo suficientemente resistente para florecer o marchitar. La última etapa es la polinización, aquí la planta trata de propagarse y crecer, además de producir semillas para la próxima generación.

Si trasladamos esta analogía al proceso de escritura; tiene sentido la similitud entre ambos procedimientos; los nutrientes de las semillas es la información, y la semilla propia es el tema. La escritura es ver germinar, crecer y resonar un relato. Es un proceso que implica paciencia, incertidumbre, factores ajenos que lentifican o aceleran el desarrollo dentro de este crecimiento y búsqueda de caminos. Y como resultado hay hojas marchitas, yemas florecientes y un sinfín de transformaciones. En otras palabras: el contexto, el cual, es primordial para entender darle significado a las historias de vida con las que nos encontramos.

Ahora bien, si se traslada al plano de las memorias de Noemí, en la recuperación de un trastorno de la conducta alimentaria se vuelven palpables los eventos de prueba y error, la atención adecuada hacia la semilla -persona-, a los discursos que se adquieren y reproducen en ciertos escenarios, tal como en el proceso de maduración de la planta. Este entretejido de similitudes me resulta acertado y adecuado hacia ambas ideas, ya que, logramos apreciar la dicotomía sobre marchitar y florecer, sin embargo, lo que la sostiene es el proceso que se encuentra en medio y sin el cual no podrían existir estas polaridades.

La diversidad en la evolución de la maduración de cada planta depende de la especie y su contexto físico, al igual que cada ser individual que habita en esta tierra; lo que detona a algunos no es lo mismo que para quien se encuentra a la izquierda o a la derecha. El más mínimo detalle vuelve particular el curso de cada historia y cada texto.

I. EL SALTO DE LAS REDES SOCIALES A LA INFODEMIA

Cada mañana, sin falta, Noemí (una chica ya no tan alegre ni tan entusiasmada por la danza árabe) tomaba una foto, de cuerpo completo, en su espejo. Solo brasier y calzón, así podría apreciarse la mayor parte de su silueta. Podía observar qué huesos resaltaban más que los otros, en qué área debía concentrarse más para continuar con su ardua pérdida de peso. Si se colocaba de perfil podía ver si ya sobresalía su hueso coxal de la piel aún más que la semana anterior.

Mientras eso sucedía regularmente, más veces de las que se quisieran contar, en la pantalla del celular de Noemí se proyectaban imágenes de modelos de rasgos finos y largas piernas, puede que hayan sido de una estatura promedio, pero probablemente lucían más pequeñas por lo delgadas que eran, al igual que sus esbeltos y alargados brazos. Ciertamente la proporción de su cuerpo no correspondía con la edad que internet registraba, sin embargo, las imágenes para ella no tenían una pizca de extrañeza.

El mundo del internet desde su aparición no ha dejado de sorprendernos, de facilitarnos la vida y poner información a nuestro alcance con un solo *click*. Además de informarnos podemos establecer comunidades entre personas con intereses similares, aún sin conocer su rostro, su edad u origen. Noemí López Arce, como miles de usuarios más de la web, se unió a una comunidad en Twitter llamada “*Thinspo*”, sin trámites, sin solicitudes o algún otro requisito, lo único que necesitaba para estar dentro era querer ser delgada.

Para Rosalía Winocur en su texto “*Transformaciones en el espacio público y privado. La intimidad de los jóvenes en las redes sociales* “. *Estar conectado implica esencialmente estar visible*” (2012) y ser visible indicaba una existencia, un sentido de pertenencia y arraigo a un lugar. Noemí, como miles de usuarios de Twitter, Facebook, Pinterest, Instagram y otras aplicaciones, participan e interactúan en comunidades y colectivos específicos; establecen una socialización fuera de la línea de lo verdaderamente real. Dentro de estas redes, hoy en día llamadas sociodigitales, se construyen y afianzan identidades, creencias, y prácticas elaboradas desde pensamientos y opiniones diversas.

Toda esta comunicación surge fuera del mundo real por ello se enuncian como «sociodigitales» por el espacio en donde se llevan a cabo; que es en el mundo digital.

Redes sociodigitales: miles de desconocidos, una pantalla y un interés.

Se les llaman redes sociodigitales porque la interacción o comunidad gestada ahí sólo permanece dentro de esas fronteras y pocas veces pasa al mundo de lo tangible y de lo físico. Esto no significa que los pensamientos que se germinan ahí no sean hasta cierto punto reales, significa que son debatibles y cuestionables bajo distintas perspectivas y contextos, pero no se asientan de la misma forma que una red social, ésta entendida como las redes que se tejen entre integrantes de comunidades con las que se puede interactuar cara a cara como: la familia, los amigos, los compañeros de clase o de trabajo.

Los jóvenes latinoamericanos -y de todo el mundo- se sumergen en internet para consumir y difundir información, para mirar, aprender, comparar, entretenerse y relacionarse entre sí mismos, mimetizando al mundo real de la forma más parecida posible.

La enseñanza de danza árabe es una de las pasiones de Noemí, compartir pequeños vídeos en sus redes sociales de lo que le apasiona hacer es una actividad constante en su día a día además de mostrar un poco de su realidad como cualquier usuario promedio, sin embargo, no todo el tiempo fue así; años atrás solía usar Twitter como medio para obtener información, para integrarse a una comunidad y para adelgazar.

Las redes sociales ya no eran para platicar con amigos y familiares, tampoco para subir fotos de sus pasatiempos, poco a poco pasaron de ser parte de sus formas de entretenimiento a ser fuentes de información imperdibles, eran pocas las publicaciones que podían pasar desapercibidas si de bajar de peso se trataba. Internet era indispensable para lograr su único objetivo que, por diez años, quizá más, ha sido un pensamiento constante: ser delgada.

Claudia Morlett es una nutrióloga que ha dedicado más de 15 años de su vida a atender pacientes con distintas necesidades alimenticias y objetivos variados entre ellos, sin embargo, la primera observación que ella realiza —y que identifica como común denominador— es que cuando se trata de hablar de nutrición y de jóvenes el origen de la información que éstos obtienen viene de fuentes poco verídicas.

Resulta que en Google y cualquier cuestión de internet, cualquiera puede hablar, escribir, hacer videos, cualquiera puede decir que es experto y que está súper informado y mal informarte. Entonces, para mí, y siempre lo he dicho, internet es la gran biblioteca de la mala información. (Morlett, C., 2019)

Según la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) publicada en el 2020 por El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en colaboración con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT) y el Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT), en México existen 80.6 millones de usuarios de internet, que representan 70.1% de la población de seis años o más.

De dichos 80.6 millones de usuarios de internet de seis años o más, 51.6% son mujeres y 48.4% son hombres, la mayoría de éstos se conecta mediante un celular inteligente (95.3%). En esta encuesta se encuentran ubicadas las tres principales actividades de los 80.6 millones de usuarios de internet: el primer lugar le corresponde al entretenimiento con un 91.5%, mientras que el 90.7% lo utiliza para informarse y un 90.6% para comunicarse.

En ocasiones ponerse a la par de la velocidad del internet es casi imposible, el contenido que se produce y se consume es actualizado en milésimas de segundos, y para Noemí este era un factor clave para empaparse de toda la información que pudiera y de dónde fuera. Antes de comenzar sus estudios en Nutrición, el lugar donde obtuviera información para bajar de peso o de cómo comer y seguir siendo delgada era lo de menos.

La idea sobre qué tan verídica era esa información no se cruzaba en su mente, los resultados parecían ser obvios, las fotos hablaban por sí solas al igual que las medidas que encontraba en algunos perfiles de redes sociales.

II. ¿EN EL MUNDO DEL INTERNET CÓMO ME VEN A MÍ?

Dentro de la esfera de decenas de sitios web, redes sociodigitales y perfiles de éstos, se encuentra contenido relacionado con distintas prácticas alimentarias, estas se entienden como el modo específico de proceder o conducirse, adquirido por la repetición de actos iguales o semejantes, que es originado por tendencias instintivas, según palabras de la nutrióloga Carolina Delbino. Durante la adolescencia la alimentación se presentan dos naturalezas, biológica y cultural: la primera se relaciona con el crecimiento y desarrollo biológico, mientras que en la segunda se conforma y afianzan creencias y prácticas cotidianas según las influencias sociales cercanas, es decir, de nuestras redes sociales de la vida real; familia, amigos, medios de comunicación, etc.

Tanto el proceso biológico como el cultural resultan fundamentales para la etapa de la vida actual y futura del adolescente, así como para definir sus prácticas alimentarias basándose en la calidad como la cantidad que ingieren de alimentos, y sobre todo las situaciones que se dan alrededor de la comida, las motivaciones y las aversiones. Todo ello se lleva a cabo en un contexto sociocultural moldeado por las influencias de las personas más cercanas.

De esta forma se entiende que todo alimento que ingerimos está influenciado por necesidades biológicas nutrimentales e influencias culturales. Anteriormente Noemí no tenía un concepto de práctica alimentaria o de dieta definidas clínica o culturalmente, ella disfrutaba de comer comida chatarra o antojitos que le llamaran tanto a la vista como a su apetito, fue hasta tiempo después cuando la palabra dieta cobró un sentido completamente distorsionado a lo que en realidad es.

Ella conoció al derecho y al revés la dieta de la luna, de la manzana, de la papaya y del ayuno, y aunque ella misma se trataba de convencer que solamente era una dieta para adelgazar para alguna fecha de sus presentaciones de danza, con el tiempo no podía pasar un día de su vida sin hacer ‘dieta’, sin saber que lo que ya comía antes de su incursión en este tipo de regímenes ya eran por sí solas una dieta.

La nutrióloga Claudia Morlett afirma que el concepto de dieta ha sido mal acuñado por un largo tiempo, ya que el término dieta refiere a todo alimento que se come desde el momento de nacer, por lo cual todo ser humano está en dieta desde su primer instante, pero la composición de esta depende de la patología, el organismo, la situación y el objetivo que la persona busque.

Sin embargo, está mal acuñado porque a lo que refiere es a régimen específico; en régimen de alimentación, y estar en éste es hablar de concentrarnos en ciertos alimentos que nos benefician e ir eliminando o bajando la cantidad de algunos alimentos que en ese paciente en específico en este momento perjudica.

Al tener una idea falsa del concepto de dieta, y sumado al bombardeo constante de ideas, que se quedaron en su imaginario, salidas de las comunidades formadas en sus redes sociales por querer ser delgada, fue más fácil alterar su régimen alimenticio sin aviso o consideraciones previas, sin consulta ni supervisión.

En una comunidad digital, la tecnología es la que facilita a las y los usuarios de internet desarrollar mecanismos de organización en grupos de interés, incluso si su ubicación está a kilómetros de diferencia. Este tipo de comunidades se definen como grupos de individuos unidos por un mismo interés en cierto tema o porque comparte una visión sobre algo particular, su objetivo es intercambiar conocimientos y capacidades para crear o debatir.

Según Mak Gutierrez, representante de Hackers & Founders para México en la edición Campus Party del Hackaton de 2016 “las comunidades generan valor en el aprendizaje colectivo” (Gutierrez, M. 2016) lo que permite encontrar personas consideradas como semejantes con pasiones similares y crear una cercanía con las y los individuos que tienen un conocimiento igual o mayor sobre determinado tema.

Comunidades para bajar de peso

Al navegar en el inicio de Twitter el algoritmo, o alguna desafortunada casualidad, le arrojó una publicación de una cuenta -o también llamado usuario- con frases que parecían ser inspiradoras ¿de qué? Aún no quedaba claro y lo que tenía más sentido era averiguar a qué se refería ese Tweet, tal vez había uno anterior a ese que explicara el que ella había leído, entonces decidió meterse al perfil y seguirlo porque estaba inundado de imágenes estéticas y lo que en un inicio parecían ser citas motivadoras, nada parecía extraño.

Años atrás Twitter formó un papel protagónico en la construcción de su ahora y su percepción física, ahí encontró con el *hashtag thinspo*, perfiles con nombres similares llamados “Ana y Mía” que constantemente publicaban fotos con estándares específicos: modelos en tendencia extremadamente delgadas.

Atrás de miles de pantallas y en diferentes lugares del mundo un hashtag, o etiqueta, formó una comunidad de jóvenes adolescentes en su mayoría. Esa red sociodigital había creado un espacio de discusión, retroalimentación y motivación para conseguir un objetivo específico. Motivación era la palabra que Noemí sentía como correcta en aquel tiempo porque sin conocer a aquellas personas siempre le llegaban *tips* o palabras para alentarla a comer menos, para eliminar alimentos de su dieta o para implementar una nueva rutina maravillosa con la que el peso iba disminuir semana tras semana.

Este tipo de comunidades se dividen en dos tipos de espacios en la internet: el primero es mediante las redes sociodigitales como Instagram, Pinterest, Reddit, Twitter, etc., en este último la mayoría de sus interacciones son por cuentas alternas, pocas son las que comparten contenido de este tipo en su cuenta personal o bajo su nombre real. El segundo espacio en la internet son los foros o blogs, sitios como Blogger, wordpress, y en su tiempo Hi5 o Metroflog, las interacciones en estas plataformas también eran anónimas, sin embargo, el tráfico era mayor por lo cual realizaban concursos entre la audiencia para ponerse a prueba sobre quién podía perder más peso.

Los primeros tres años del camino hacia los trastornos alimenticios fue vital la compañía de esta comunidad. A palabras de Noemí, ellas jugaban un papel muy importante en su vida para redefinir

sus prácticas alimentarias, para establecer un estándar de belleza específico como su objetivo y moldear, alrededor de éste, sus motivaciones y aversiones por todo aquello que le permitiera llegar a su meta.

Sin embargo, jamás pudo dimensionar el alcance de un puñado de personas que navegaban y compartían contenido en internet, que pudieran generar tanto impacto a lo largo de su vida, mucho menos pudo imaginar las secuelas psicológicas y físicas que la decisión de permanecer en esta comunidad traería consigo. Sobre todo, porque todas estas aversiones y conductas alimentarias las desarrolló con base en una especie de motivación coercitiva, Noemí se sentía en un ambiente negativo porque la motivación que encontraba ahí no eran palabras reconfortantes, simplemente comparaciones de todo a todo.

En el mundo real te dicen que eres flaca, y luego llegas a un lugar donde ves a una chava que está mucho más flaca que tú diciendo que es una gorda y tú dices: —Entonces yo también doy asco. — Si alguien piensa eso de ella que está más delgada que tú ¿qué eres tú entonces? ¿cómo me ven a mí? (Moreno, N. 2021)

A los 16 años Noemí consideraba importante la aprobación de las comunidades con las que interactuaba, ya fueran en el mundo real o digital, porque todo eso iba definiendo sus pensamientos y su alrededor, pero a palabras de ella; ahora reconoce que a esa edad no se está preparado mentalmente para distinguir entre lo verdadero y lo falso, entre juicios de terceros que no se basan bajo las mismas premisas que las que ella solía conocer.

Thinspo, su primer acercamiento

Al buscar información de *Thinspo* en internet se arrojan cerca de 1,400,000 resultados por segundo, el contenido que se encuentra ahí es distinto; desde el link de una novela que habla sobre la vida de una adolescente con trastornos alimenticios, hasta blogs ‘‘Pro-Ana y Mía’’. *Thinspo* es la contracción de *Thinspiration* un juego de palabras en inglés: *Thin* en su traducción al español es

“delgado” y la traducción al español de *Inspiration* es “inspiración”, lo que se podría traducir, de forma no literal, como: inspiración para ser delgada o delgado.

Este tipo de búsqueda no es diferente a cualquier otra, se teclea y se da click para que aparezca la desmotivación. Tablas y cuerpos en extremo delgados son los contenidos más frecuentes, sin embargo, a mitad de la búsqueda la incomodidad y la sensación extraña en el pecho son evidentes, una sensación de exclusión por no parecerse en lo mínimo, y otro sentimiento de profundo agobio por quienes se retratan en aquellas fotografías. El aire se hace poco y respira con más dificultad a medida que las imágenes siguen apareciendo, como si el aire que pareciera faltarles a ellas y ellos te faltara a ti.

Y dentro de la cantidad de publicaciones que tenía uno de esos perfiles Noemí encontró una tabla que aseguraba su peso como incorrecto y demandaba que ella debía ser más delgada.

“Yo pensaba: me siento bien, estoy bien, yo siento que estoy delgada. Yo pesaba 56 kg y decía la tabla que mi peso debería ser de 50 kilos, cuando en realidad mi peso saludable era estar en los 57-60 kilos más o menos”

La primera vez que vio la tabla ella aseguró que no era completamente lógico, pero la incertidumbre hizo volver a consultarla, sin saber que las tallas y los números de peso ideal eran tomados como referencia de las medidas impuestas en agencias modelos internacionales, modelos que Noemí admiraba, lo cual hacía que todo empezara a cobrar sentido, si a ellas la ropa de diseñador se les veía “bonita” era porque no pesaban tanto y por algo tenían un gran reconocimiento, entonces ser gorda no era una alternativa.

Darse cuenta que su percepción era equivocada fue uno de los factores detonantes para pensar que su peso era más del necesario, que éste nunca le iba permitir pertenecer a esa nueva comunidad, a ese lugar seguro que había encontrado en Twitter, que, a los 16 años, se sentía como un refugio, un sitio donde nadie le decía que estaba mal no ingerir alimentos, nadie le repetía que se estaba matando, ni le recordaba que todo lo que hacía era monstruoso como solía escuchar afuera en el mundo real.

El contenido de este tipo de inspiración para perder peso es variado, se encuentran fotografías de modelos que estén en tendencia, pero su particularidad principal es la delgadez extrema reflejada en lo que parecen ser cuerpos frágiles y pronunciados por las líneas de los huesos que se remarcan en la piel de diferentes partes de su figura. Las recomendaciones de aplicaciones fantasma también están presentes, éstas funcionan como una cubierta normal, pero al ingresar se introduce una contraseña que resguarda fotografías, dietas, registros de medidas y rutinas de ejercicio para quemar calorías. Contar las calorías de los alimentos que se permiten comer solamente bajo un calendario estricto es una actividad imprescindible.

Bajo la etiqueta de *Thinspo* se podían encontrar infinidad de cosas, todo menos un rostro que indicara a quién le pertenecían esos blogs o perfiles de Twitter. La interacción general que se llevaba a cabo era subir actualizaciones del peso, fotos de tobillos, brazos y piernas, era más fácil exponer los cuerpos flacos con tal de reafirmar la idea de la necesidad por perder peso que el rostro de quién lo hacía, y todas esas fotos a forma de evidencia acompañadas de las mismas frases: ‘‘hoy amanecí gordísima’’, ‘‘estoy a 10 kilos para alcanzar mi thinspo’’, ‘‘me acabo de encontrar con una nueva thinspo y estoy llorando de lo gorda que soy’’.

Para Noemí aquellas eran cuentas de escape donde ponían todo lo negativo que podían pensar para motivarlas a no ser gordas, todas las presiones las canalizaba ahí para agredirse por su físico unas a otras. Además de eso, era toda una travesía la navegación que ahí realizaba porque no sólo se dedicaba a comparar tallas, sino que también estaba ahí por una búsqueda constante de información sobre contenidos calóricos de alimentos, sobre estrategias para poder reducir la cantidad de alimentos sólidos que ingería, incluso consultar nombres de medicamentos que hicieran perder el apetito o grasa del cuerpo. Los perfiles creadores de contenido *Thinspo* o Pro-Ana y Mía eran su primera fuente de información cuando todo inició.

Ana y Mía, que también aparece en el buscador como Pro-Ana y Pro-Mía, es una denominación de personas con anorexia o bulimia, que dentro de su contexto digital se definen a sí mismas como una subcultura o comunidad que promueve y apoyan estas conductas alimentarias como un estilo de vida y no como lo que en realidad son: trastornos alimenticios. Dentro de este universo lleno de alusiones a la bulimia y la anorexia también se encuentra un diccionario general, o con pocas variaciones entre sitios, de conceptos relacionados con distintos trastornos alimenticios, fármacos

laxantes o inhibidores del apetito, nociones sobre nutrición y sobrenombres para encubrir las palabras reales en caso de ser supervisados por alguien más.

Entre consejos e imágenes para inspirarse también existen dinámicas o metas para motivarse entre usuarios a bajar de peso, una de ellas es lograr conseguir el ‘*Thigh gap*’ un espacio entre los muslos y piernas que se forma cuando se está de pie, incluso cuando se permanece sentado al mantener las rodillas y los pies juntos. La sensación de tener unas piernas grandes era constante para Noemí y conseguir ese arquito entre ellas era una necesidad que destacaba sobre cualquier otra como comer. Todos los días llegaban como bombardeos pensamientos sobre si ya había subido de peso o si su brazo se veía más grueso y la cadera más ancha, así que la opción más confiable era matar dos pájaros de un tiro, tomar sus medidas para cerciorarse de lo contrario y para poder compararlas con las otras que circulaban en los sitios que consumía.

Me llegaba el pensamiento de ‘estás bien gorda, mídete’. A veces me medía y era menos de lo que había medido un día anterior, pero algo en mi mente me decía que sí estaba engordando [...] yo me media todo desde el tobillo; o sea cuánto me engordaba el tobillo, la muñeca, las piernas, la cintura, tenía medidas de todo hasta del pecho, pero porque llegas a un punto en que estás en esos foros [De Ana y Mía] y todas se miden completamente todo, se comparan todo. Luego hacen concursos, yo nunca me metí a nada de eso, pero hacen concursos de: —Vamos a seguir esta dieta y la que más baje de peso, gana —.

El contenido de páginas, blogs, cuentas de redes sociales como Twitter, Instagram, Pinterest y Snapchat, por solo mencionar algunas, con el hashtag *Thisnpo o Thinspiration* es particularmente parecido al de ‘Ana y Mía’, este último varía en una presencia mayor de recomendaciones de dietas intercaladas entre días privados de cualquier alimento, consejos para provocarse el vómito o saltarse las comidas con justificaciones para cada situación social en la que se puedan encontrar, como comidas familiares, salidas con su círculo de amigos, o incluso si se encuentran bajo supervisión familiar.

Ir lento ya no era una opción, con un solo día para navegar en internet encontraba una inmensa cantidad de información, de pronto dejó la comida chatarra pese a que ésta formaba el mayor porcentaje de su dieta, después fueron las harinas y los carbohidratos. En un mes acondicionó a su cuerpo con cantidades minúsculas de comida y cajas de laxantes para advertirle que ingerir alimentos ya no era una alternativa porque estaba decidida a encajar en el mundo de la danza, el modelaje y en el mundo de Ana y Mía, aunque ella quisiera ir despacio ya no había algo que pudiera frenarla.

Trastornos de la conducta alimentaria que no discriminan a nadie

La Secretaría de Salud mexicana advierte que una de las múltiples características de la anorexia es la percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo. Ésta no distingue entre sexos, ya que se presenta tanto en mujeres como en hombres, y pese a que existe como centro de ayuda el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” en donde se encuentra la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, hasta los registros, que posee la secretaría anteriormente mencionada, de enero de 2017 en México se reconocen 20 mil casos de anorexia y bulimia anualmente, con una población entre 15 y 19 años que es la más afectada.

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría indica que un 10% de esa población identificada de 20 mil personas es de jóvenes que practican anorexia, un 17% de practicantes de bulimia; este 27% tuvieron al menos un intento de suicidio, y únicamente el 25% de la población recibió un tratamiento integral especializado. (Silva C. 2021)

La Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM define la anorexia como un trastorno de la conducta alimentaria, caracterizada por el miedo extremo a subir de peso, el cual no disminuye aún si este peso ya se ha disminuido. Una persona con anorexia posee una alteración de su imagen corporal lo que motiva a mantener medidas que no corresponden a su estatura, edad o complejión genética, eventualmente pierden aproximadamente el 25% del peso inicial que poseían. El rechazo persistente de los alimentos no significa que exista una pérdida del apetito, sino que la exclusión de alimentos se autoimpone gradualmente hasta que el deseo por comer desaparece realmente.

Mientras Noemí bajaba de peso su cuerpo poco a poco perdía masa muscular, nutrientes, minerales y sus defensas estaban tirando la toalla, después de un año completo de su vida de eliminar la mayor cantidad posible de alimentos en su dieta, su cuerpo ya no respondía igual; ya no se levantaba de la cama y las actividades físicas que podía hacer eran limitadas, pero la poca energía que le quedaba la utilizaba para hacer abdominales para poder quemar las calorías que obligadamente le hacían ingerir con alimentos sólidos porque su cuerpo ya no le pertenecía.

Según palabras de su padre, ella tenía el cuerpo de una niña de 12 años y no el de una joven de preparatoria, por lo que la supervisión en su ingesta de alimentos era mayor para cerciorarse de que ella pudiera consumir comida ocasionalmente. Sin embargo, esta no fue la solución a un trastorno que ella practicaba desde hacía más de un año, tiempo en el que poco a poco fue ‘‘haciéndose de valor’’ para poder vomitar más fácilmente e ir por el plan B.

Bajo su cama no había revistas, zapatos u objetos olvidados; había bolsas de emergencia por si la obligaban a comer ella pudiera llegar a vomitar debajo de su cama y echarlo en ellas para que llegada la noche escapara por la ventana y lograra tirarlas en el contenedor de basura. Para permitirse comer comida sólida ella llegaba a casa, donde a veces estaba su familia o se encontraba sola, y saciaba su apetito con atracones de comida, es decir; con cantidades desmesuradas de comida para después vomitarlas en su recámara y deshacerse de los desechos como si nada extraño hubiera ocurrido.

En la tarde comía un plato de algo y lo vomitaba, si no podía; hacía ejercicio y me laxaba, [...] pero como tú ya estás envuelta en esta red de que otras chavas lo hacen, los foros y luego te metes tanto en eso que tú ya lo ves tan normal [...] yo me llegué a meter hasta una caja de veintitantos laxantes en una noche y al día siguiente obviamente era correr al hospital. Imagínate yo tenía una panza como de diez meses de embarazo, estaba flaquita, flaquita y tenía una panza, así como la de una perra embarazada.

Permanecer por un tiempo internada en el psiquiatra era una de las opciones que su papá le había puesto sobre la mesa a Noemí para intentar que ella pudiera comer, pero eso ya no bastaba porque

ella estaba dispuesta a ser internada con tal de no hacerlo, así que su papá le ofreció cinco días, el tiempo necesario para reconsiderar su decisión, y con el agua hasta el cuello creyó que era mejor opción buscar ayuda por voluntad propia, otra vez de consultorio en consultorio con psicólogos y psiquiatras, así se enteró que no solo tenía anorexia nerviosa purgativa y bulimia, también la acompañaban la depresión, ansiedad, dismorfia corporal y trastorno límite de personalidad.

Aunque los diagnósticos estaban ahí frente a ella, el haber acudido a terapia era una prueba suficiente para hacerle saber a su familia que se estaba atendiendo, sabía perfectamente que no le importaba y tener tres comidas completas a diario en su mesa no estaba a discusión o debate de nadie porque no las iba a ingerir. Conocer los alcances, alteraciones en sus conductas y cómo le afectarían o beneficiarían esta variedad de trastornos tampoco le harían cambiar de opinión ni le interesaban.

III.EL RECORRIDO DE CADA TRASTORNO

¿Qué es un trastorno de la conducta alimentaria?

Cuando Noemí inició en el mundo de las dietas a sus 16 años nunca dimensionó cuánto más podían escalar una de la otra, poco a poco quitó harinas, chatarras, azúcares y demás alimentos. Así de una forma precipitada se envolvió en los trastornos de la conducta alimentaria que hasta hoy en día no dejan de repercutir en su cuerpo o en su entendimiento de sí misma, aunque ahora ha dejado de verse o percibirse asqueada de sí misma.

Es primordial resaltar la distinción entre trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la conducta alimenticia debido a la frecuencia con la que se confunden. Estos últimos son descritos por la investigadora Cecilia Silvia Gutiérrez como trastornos relacionados con el proceso nutricio como la anemia o a las fallas metabólicas.

Cuando hablamos de alimenticio hablamos de nutricio, y cuando hablamos de alimentario hablamos del comportamiento o de la conducta. Entonces son trastornos del comportamiento alimentario o trastornos de la conducta alimentaria. (Silva C. 2021)

Un trastorno de la conducta alimentaria está fundamentado en la necesidad de cambiar la figura corporal, de perder peso o ganar musculatura en tanto exista una insatisfacción por la propia imagen. También es entendido como el comportamiento relacionado con hábitos de la alimentación, selección de alimentos a consumir, preparaciones y cantidades ingeridas.

Dentro de la explicación de la doctora Cecilia, la conducta alimentaria patológica es dividida en: restrictivas y compensatorias. Estas últimas se dirigen a compensar el haber ingerido alimentos ya sea en grandes cantidades como los llamados ‘‘atracones’’ o en pequeñísimas porciones como es el caso de las personas con anorexia. Esta compensación busca quemar las calorías de cualquier forma ya sea al hacer ejercicio excesivamente, tomar diuréticos o laxantes.

Yo me despertaba y tomaba un litro de agua con limón. Se supone que lo saludable es una tacita con agua tibia y limón, pero yo me tomaba un litro con un chingo de limón, desayunaba a lo mejor una coca light y agua fría, porque el agua fría te hace quemar calorías. Luego de eso me comía uno o dos tacos, así como de papitas o algo así y lo vomitaba, si comía algo sólido o tomaba algo con calorías era vomitarlo. Yo vivía de coca, café, cigarros, chicles y laxantes, era lo que yo me podía comer, por así decirlo, sin vomitarlo o sin sentir culpa. (Moreno, N. 2021)

Noemí experimentó por primera vez las de tipo restrictivo aquellas en las que se restringen principalmente horas específicas y/o grupos de alimentos para poder ingerirlos. En caso de consumir algo de “la lista prohibida” al siguiente día se elimina cualquier alimento esté permitido o no. La Asociación Americana de Psiquiatría y la OMS consideran la anorexia y la bulimia como los Trastornos de la Conducta Alimentaria más definidos dentro del abanico existente de posibilidades.

Con la intención de brindar un panorama general de las conductas alimentarias de México, se ha consultado la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-19, ya que en la edición siguiente se concentró en datos de salud relacionados a la pandemia de la Covid-19. En el informe de la encuesta se exponen las siguientes conductas de riesgo más frecuentes en la población adolescente mexicana: preocupación por engordar, por comer demasiado y perder el control sobre lo que se come.

De acuerdo con la ENSANUT, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 y los resultados nacionales del Instituto Nacional de Salud Pública, el porcentaje en hombres que respondieron frecuentemente a las conductas alimentarias de riesgo fue del 12.6%, mientras que en las mujeres resultó ser de 12.4%. Las opciones para elegir fueron las siguientes: nunca, algunas veces, a menudo y muy frecuentemente, en una proporción menor se encuentra el vómito inducido, ingesta de medicamentos, diuréticos y laxantes.

■ Cuadro 4.9.1

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos de 10 a 19 años. México, Ensanut 2018-19

	Nunca			Algunas veces			Frecuentemente			Muy frecuentemente		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Hombres												
¿Te ha preocupado engordar?	7 598.3	65.6	64,2,67.0	2 848.5	24.6	23,4,25.9	688.7	5.9	5,4,6.6	444.5	3.8	3,3,4.4
¿Has comido demasiado?	4 560.7	39.4	37,9,40.9	4 957.7	42.8	41,3,44.3	1 455.7	12.6	11,6,13.6	605.9	5.2	4,6,5.9
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	8 368.9	72.3	70,9,73.6	2 421	20.9	19,7,22.1	532.8	4.6	4,0,5.2	257.3	2.2	1,8,2.7
¿Has vomitado después de comer para bajar de peso?	11 214.5	96.8	96,2,97.4	336	2.9	2,4,3.5	20.8	0.2	0,1,0.3	8.8	0.1	0,0,0.2
¿Has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	10 871.3	93.9	93,1,94.6	628.3	5.4	4,8,6.1	55.8	0.5	0,3,0.7	24.6	0.2	0,1,0.4
¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	10 154.3	87.7	86,7,88.6	1 146.2	9.9	9,1,10.8	191.2	1.7	1,3,2.0	88.3	0.8	0,6,1.0
¿Has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?	9 781.1	84.5	83,4,85.5	1 340.6	11.6	10,7,12.5	306.7	2.6	2,2,3.2	151.6	1.3	1,0,1.7
¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso?	11 443.5	98.8	98,5,99.1	105.2	0.9	0,7,1.2	19.2	0.2	0,1,0.3	12.2	0.1	0,0,0.4
¿Has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?	11 468.6	99	98,7,99.3	102.2	0.9	0,6,1.2	6.3	0.1	0,0,0.2	2.9	0	0,0,0.1
¿Has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?	11 496.6	99.3	99,0,99.5	73.5	0.6	0,5,0.9	5.5	0	0,0,0.1	4.3	0	0,0,0.1
Mujeres												
¿Te ha preocupado engordar?	6 081.2	53.8	52,2,55.4	3 341.5	29.6	28,1,31.0	1 006.9	8.9	8,1,9.8	875.9	7.7	7,0,8.5
¿Has comido demasiado?	4 352.3	38.5	36,9,40.1	4 873.6	43.1	41,6,44.6	1 397.9	12.4	11,4,13.4	681.7	6	5,4,6.7
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	7 711.9	68.2	66,8,69.6	2 448	21.7	20,4,22.9	818.3	7.2	6,5,8.0	327.3	2.9	2,4,3.4
¿Has vomitado después de comer para bajar de peso?	10 961.1	97	96,5,97.4	298.7	2.6	2,2,3.1	29.5	0.3	0,2,0.4	16.1	0.1	0,1,0.2
¿Has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	10 513.9	93	92,2,93.7	637.5	5.6	5,0,6.4	115	1.0	0,7,1.4	39.1	0.3	0,2,0.6
¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	9 605	85	83,8,86.0	1 316.6	11.6	10,7,12.7	281.4	2.5	2,1,3.0	102.5	0.9	0,7,1.2
¿Has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?	9 891.9	87.5	86,5,88.4	1 105.4	9.8	9,0,10.7	184.8	1.6	1,3,2.0	123.4	1.1	0,8,1.4
¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso?	11 051.9	97.8	97,3,98.1	223.1	2	1,6,2.4	16	0.1	0,1,0.3	14.5	0.1	0,1,0.2
¿Has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?	11 057.1	97.8	97,2,98.3	219.3	1.9	1,5,2.5	8.6	0.1	0,0,0.1	20.5	0.2	0,1,0.4
¿Has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?	11 127.3	98.4	98,1,98.7	159	1.4	1,1,1.8	11.6	0.1	0,0,0.2	7.6	0.1	0,0,0.2

Tabla 1, obtenida del informe ENSANUT 2018-19

Cuando llegó la anorexia a la vida de Noemí

De acuerdo con la Secretaría de Salud, la anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria que le ocasiona a las personas la pérdida de peso de una forma no saludable según su edad y estatura. Según las voces de quienes se han enfrentado a ella en carne propia; es el temor por el peso actual o por su incremento. (Secretaría de Salud, enero 2017)

Los días buenos para Noemí siempre eran aquellos en los que no tenía que inventar excusas para evitar comer algo, eran en los que no tenía que escuchar qué tan bien o mal estaba haciendo al comer o no comer. Por un lado, estaban quienes la describían como un palillo o como una hoja que se la podía llevar el viento, y tan frágil que si alguien llegaba a abrazarla la harían trizas por completo.

Sin embargo, también estaban aquellas personas que le decían que no era suficiente, personas con rostro, voz y una posición jerárquica superior a la de ella; sus maestras de danza árabe. Absolutamente todos sus salones están rodeados de espejos gigantes, tan grandes que te hacen sentir pequeño y vulnerable porque no hay hueco o esquina para esconderse, para esconder los errores, los defectos, el estómago, las piernas ni las caras de reprobación ante algo.

En danza árabe siempre muestras el vientre y siempre te estás viendo en el espejo, también el mundo de la danza es muy tóxico en cuanto a que escuchas cosas como: --¡Mete la panzota! (sic) -- o --ya subiste un chingo de peso-- En danza árabe no es tanto como en ballet, pero también yo tenía maestra de ballet que me daba clases, entonces ellas llegaban y te veían la panza y te criticaban. (Moreno, N. 2021)

Con cada ensayo, cada presentación de danza, cada una de las sesiones fotográficas y absolutamente todos los vistazos en el espejo se alimentaba el miedo por subir de peso. Todo lo que lograba ver como estético en su mundo real y el virtual lo internalizaba para motivarse, de una forma tortuosa, para obligarse a bajar de peso.

Años después reconoce que el querer dedicarse a la danza y al modelaje fueron factores que contribuyeron a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria debido a la presión de lograr un estereotipo hegemónico que suele ser inalcanzable sin alguna consecuencia negativa en el cuerpo o salud mental y física.

La baja ponderal de peso se debe a la negativa a comer ciertos grupos de alimentos al restringirse de ingerirlos. Oficialmente los datos más aproximados a las cifras reales son los que se obtienen de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), no se tienen datos precisos acerca de la prevalencia de la anorexia. La prevalencia se entiende como una medida del número neto de personas en un grupo o muestra determinada que actualmente tienen o pudieran tener una enfermedad, afección, factor de riesgo o trastorno en un momento o periodo específico.

Sin embargo, de acuerdo con la especialista Cecilia Silva, la División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM tiene una propuesta para publicación de una recopilación de datos de 15 años respecto al tema, y según sus datos obtenidos, han encontrado una prevalencia del 7% aproximadamente, que es bastante congruente con lo que reporta la ENSANUT.

La bulimia era mucho más fácil de esconder

La bulimia es el rechazo a mantener el peso actual, el deseo por bajar de peso, pero a diferencia de la anorexia no se restringe la alimentación, al contrario, hay periodos de alimentación incontrolada o atracones, de acuerdo con la información obtenida por la investigadora Cecilia.

Un atracón se define como un periodo pequeño en el que se come muchísimo más de lo que cualquier persona podía comer en ese mismo lapso. La bulimia está caracterizada por atracones y después como me siento muy culpable por haber comido tanto porque voy a subir de peso, entonces viene el empleo de conductas compensatorias como el vómito

que es la más frecuente. Esa es la caracterización de la bulimia, que, a diferencia de la anorexia, generalmente que la gente está por debajo de su peso, en la bulimia están en su peso. (Silva C. 2021)

Noemí siempre sintió que la batuta de sus trastornos de la conducta alimentaria la llevó a la anorexia. Era más fácil suprimir el apetito lo más que se pudiera, saltarse horarios de comida, reducir porciones o alimentos, pero las situaciones sociales o donde era más complicado ocultar que no comía absolutamente nada la orillaron a sumergirse en otro trastorno: la bulimia.

A los 17 años es fácil sentirse juzgada o juzgado por cada acción que toman los adolescentes, ya sea que se sienten así porque su círculo cercano de adultos critica la inmadurez con la que toman las decisiones o porque alguien semejante a su edad subraya las cosas que hacen falta para encajar o no.

Para no sentirse aún más señalada Noemí decidía comer como una persona ‘normal’ alguien que en la escuela podía comer un sándwich, un desayuno rápido, frutas o lo que es común en su receso de clases, después disfrazado de la premura por ir al sanitario, para volver a tiempo a sus clases, se encerraba en los baños para vomitar todo lo que había consumido, eso sí, antes de que pasaran 30 minutos porque de lo contrario el vomitar ya no tendría efecto. Vomitar era su refugio seguro para disimular que ya no comía.

El psiquiatra me dijo que es anorexia nerviosa purgativa, están mezcladas las dos cosas, pero la que lleva la batuta era la anorexia, pero de repente flaqueas, comes y vomitas. Yo tenía que vomitarlo y laxarme. Nunca me quedaba con comida en el estómago. (Moreno, N. 2021)

Las afecciones que presentan cada uno de los TCA escalan a consecuencias severamente graves y en muchos casos irreparables. Para ella el panorama es distinto, si bien, tuvo muchas repercusiones físicas ella aún puede contar y compartir su historia para hacer conciencia bajo su experiencia. Muchas otras personas ya no pueden.

El contexto en que las personas que desarrollan TCAs suele estar sumergido de una atmósfera de estrés por la presión que se ejercen ellas mismas o quienes los rodean para encajar en estereotipos hegemónicos, sin embargo, hay otras circunstancias que también son factores de riesgo como las situaciones de trastorno de estrés post traumático o conocido como TEPT, ya que el trauma es un factor de riesgo latente debido a las experiencias individuales y el impacto que estas tienen en las personas.

Noemí considera que el recuerdo más impactante que tiene de aquellos años es que no recuerda una cantidad grande de cosas, esto debido a la condición física que tenía a consecuencia de la anorexia y la bulimia intercaladas por años.

Al encontrar fotos de momentos importantes en su vida como una de las presentaciones más grandes que tuvo de danza árabe; viajes con sus seres queridos o simples evidencias de instantes preciados, cayó en cuenta que en su memoria es como si jamás hubieran ocurrido.

Su recuerdo más vívido es la debilidad generalizada que tenía en su cuerpo, pero lo obstinada que estaba por no dejar que su cuerpo creciera, siquiera, un centímetro más. Vómito, sentadillas, abdominales y conteo de pasos en su cuarto era lo poco que su cuerpo podía hacer sin sentir que se desvanecía de inmediato.

El recuerdo más fuerte y vívido que tengo es que vomitaba y escondía todo abajo de mi cama. Cuando estaba grave estaba acostada o dormida porque no tenía fuerzas, las pocas que tenía me ponía a hacer abdominales, si comía algo lo vomitaba y me salía por la ventana en las noches y lo vomitaba. (Moreno, N. 2021)

Aquello lo aprendió en uno de los blogs que consultaba. Al navegar en sitios web recientes, porque no se sabe con exactitud los que ella consultaba, se encuentran los mismos consejos: vomitar con la regadera abierta, si se tiene un cuarto sola o solo es mejor vomitar cerrado ahí, y de paso ponerles doble o triple bolsa a los desechos del vómito.

Los detalles anteriormente mencionados se proporcionan con un fin únicamente informativo, con la intención de brindar pesquisas de conductas o señales de alarma en caso de que alguna persona cercana al lector o la lectora se encuentre atravesando una situación como la que se expone en esta investigación.

También te empiezas a agarrar tus propias mañas, yo para vomitar decía que te tomaras muchos litros de agua, lo que yo hacía era tomar *Coca light* por el mismo gas que te ayuda, pero la mayoría de las cosas que haces lo tomas de los blogs. (Moreno, N. 2021)

En cuanto a las conductas y patrones que se derivan por este tipo de trastornos y viceversa, tienen mucho que ver al resaltar la importancia para encontrar el por qué o las respuestas a lo que tanto se suele preguntar en el contexto de las personas inmersas en los trastornos de la conducta alimentaria ¿qué detona estos pensamientos sobre mi percepción? ¿Por qué es tan importante la validación y aprobación de mi apariencia frente a otras personas?

La flor de loto del trastorno límite de personalidad

Según datos de la Fundación UNAM, el trastorno límite de personalidad es una afección mental por la cual una persona posee patrones extendidos de emociones turbulentas o inestables, padecen de altibajos emocionales, ataques de ira y dudas constantes. Se encuentran los extremos de idealización y devaluación, es decir: son sumamente sensibles ante las emociones que experimentan, por tanto, la relación que establecen con otras personas entra en diversas dificultades.

Se llama *borderline* en inglés. Las personas con este trastorno solemos ser muy arrebatadas e impulsivas. Como somos muy impulsivas y perceptivas es muy parecido a la bipolaridad, solamente que en la bipolaridad te vas de un extremo a otro sin algún detonante, y con el TLP si hay algo que te va a hacer sentir poquito triste; te va a hacer

sentir muy triste, si hay algo que te haga sentir tantito feliz; te puede hacer muy muy feliz. Eso también hace que la aprobación de los demás sea tan importante para nosotros y, por ejemplo, este caso de que somos muy impulsivos y queremos todo rápido; no es tan fácil seguir una dieta para nosotros porque no vemos resultados instantáneos. Entonces también eso alentaba a que yo fuera tan autodestructiva y que pensara: —Ya, ya quiero todo—. (Moreno, N. 2021)

La académica Refugio de María González de la Vega y Ayala de la Facultad de Psicología de la UNAM afirmó que las personas con TLP tienen poca adherencia a los tratamientos médicos. Su conducta es como la de cualquier persona, solamente que es llevada al extremo y ocasionalmente debido a la desadaptación causada por el trastorno, son propensas a estar en situaciones de riesgo o consumir en exceso alguna sustancia.

La especialista subraya que el TLP posee un índice alto de comorbilidad, ya que al manifestarse comienzan a surgir otros más, de ahí se origina la complejidad del diagnóstico que puede confundirse con otros trastornos. La comorbilidad es un término clínico entendido como la presencia de uno o varios trastornos (o enfermedades según sea el caso) sumados al trastorno primario.

El origen del TLP a primera vista no es exacto ni completamente identificable, este puede tener diversas causas que son tanto internas como externas, ya sean por: el entorno de la o el paciente, por su historia de vida, genética parental o historia familiar, lo que significa que es una enfermedad multifactorial.

De acuerdo con la doctora y maestra en Psicología e investigadora nacional nivel 2 (perteneciente al Sistema Nacional de Investigadores, por sus siglas SNI) Cecilia Silvia Gutiérrez el TLP está asociado con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), además de ser una de las alteraciones que se encuentra en el borde de los trastornos por ansiedad y los psicóticos, y en la cual se entremezclan síntomas de ambos extremos.

Por otro lado, tienen conductas muy características de los trastornos por ansiedad como conductas obsesivo-compulsivas, entonces el *borderline* está todo el tiempo entre los de tipo ansioso y psicóticos sin decantarse por uno. (Silva C. 2021)

La investigadora subraya que las conductas de una persona con TLP son impulsivas, suelen querer obtener resultados de inmediato, poseen poca tolerancia, a menudo son manipuladoras e histriónicas. Una persona histriónica busca constantemente llamar la atención, habla y gesticula dramáticamente, tiene estados emocionales rápidamente cambiantes, se deja influenciar con facilidad y frecuentemente considera que sus relaciones personales son más íntimas de lo que realmente son.

En una visita al psicólogo, posteriormente al ultimátum que su papá le dió para conseguir ayuda profesional, Noemí fue diagnosticada con trastorno límite de personalidad, sin embargo, no fue hasta mucho tiempo después cuando para ella tuvo sentido y encontró la relación de cómo este trastorno influía en la latencia de los otros, especialmente si de alimentación se trataba.

Del TLP me hicieron una especie de gráfico que decían ‘este es el TLP y aquí alrededor están todos tus trastornos y se correlacionan entre sí completamente todos’, pero mi centro o núcleo es el trastorno límite de personalidad porque ayuda a que los demás se desarrollen y que de cierta manera ‘evolucionen’ exponencialmente. (Moreno, N. 2021)

Según información de las y los especialistas de la fundación AMAI TLP -dedicada al servicio y tratamiento de personas trastorno límite de personalidad- el TPL se asocia directamente con la bulimia nerviosa de tres formas distintas:

- a) El trastorno límite de personalidad predispone a la bulimia nerviosa
- b) El trastorno límite de personalidad es una consecuencia de la bulimia nerviosa
- c) Ambos cursan de forma simultánea (AMAI TLP 2021)

En cada uno de los tres casos un pronóstico terapéutico se vuelve complejo por los factores externos que rodean a cada trastorno, por ejemplo: el abuso del consumo (incluso un consumo moderado) de alcohol, tabaco y drogas que son formas de escape para intentar controlar los atracones que se presentan en la bulimia.

Sin embargo, la anorexia, la bulimia, la bulimia nerviosa purgativa y los cambios físicos que presentaba no eran suficientes para mantener a su cuerpo en un estado de bombardeo constante. Su psique se vio afectada con la progresividad de los anteriores trastornos con ayuda del TLP.

La llegada del Trastorno Dismórfico Corporal y el miedo de no reconocerse

Hace no mucho tiempo, creía que tenía un don especial que destacaba sobre cualquier otra habilidad en su mundo, ella podía notar de forma inmediata si su barriga crecía tan sólo un centímetro, si un kilo extra se incorporaba a su cadera o a sus piernas. El problema era que no lo notaba en los demás, sólo en ella.

El *síndrome del espejo* o mejor conocido como trastorno dismórfico corporal, por sus siglas TDC, encaja en la definición que la OMS proporciona como trastorno mental. Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. (OMS 2022)

Como primer acercamiento al TDC, es indispensable comprender que las personas que viven con él perciben su cuerpo de forma desmesurada y obsesionada por sus defectos, carencias o deformidades. Lo que ellos ven no es lo mismo que refleja su realidad, y pese a ello, sus afirmaciones las consideran como verdades incuestionables, aunque las personas que los rodean consideren que sus *defectos* son minúsculos.

Yo le comentaba a mis amigas, papás o familiares, yo les decía: —Mira, ¿no ves como que estoy más *piernona*, o sea como que estoy engordando de las piernas?, ¿no ves que mis brazos están más gruesos? — Y la gente siempre me decía que no era cierto, yo pensaba que me daban el avión o que sólo lo decían para no hacerme sentir mal. (N. Moreno, enero 2021).

Partiendo de una percepción distorsionada de su cuerpo, se estructura una forma irracional de pensamiento y rechazo constante que eventualmente deriva en conductas autodestructivas físicas y emocionales tales como acudir a cirugías radicales y agresivas por reiteradas ocasiones para resolver un defecto que sólo está en su percepción o en su procesamiento cognitivo.

Noemí tenía una libreta especial, y desde que se dio cuenta de su “virtud” ella anotaba sus tallas iniciales. Cuando sentía que había subido mucho de peso se volvía a medir; así fue durante mucho tiempo día a día. Su peso casi nunca aumentaba, aunque ella lo creía así, sus números le comprobaron que bajaba de medidas y de tallas. De esta forma descubrió que tenía dismorfia corporal, aunque no conoció ese nombre hasta después.

El trastorno dismórfico (TDC) o síndrome del espejo no es muy común, sólo entre un 1% y un 2% de la población es diagnosticada. El proceso cognitivo que elabora una persona con TDC es diferente al de la población restante, en dicho mecanismo, la imagen que percibe la retina se procesa por el cerebro y se reelabora según expectativas, creencias, miedos y deseos.

Yo llevaba mucho tiempo visitando varios psicólogos y algunos psiquiatras, pero todos me decían: lo que te pasa es común en la anorexia, tú te sientes de una manera, pero en realidad te ves de otra. En realidad, nadie me había comentado que tenía un nombre tal cual: dismorfia corporal. (Moreno, N. 2019)

El trastorno dismórfico corporal encaja en la categoría multigénica, clínicamente es difícil determinar cuál es su procedencia exacta, sin embargo, existen tres factores que se consideran como los principales influyentes del TDC:

- **Diferencias en el cerebro:** Las anomalías en la estructura o la neuroquímica del cerebro pueden influir de forma importante en la aparición del TDC.
- **Genes:** En algunos estudios realizados como indica Phillips K. en *Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder*, se indica que el TDC es más frecuente en las personas cuyos familiares de sangre también presentan esta afección o manifiestan un trastorno obsesivo compulsivo. (Phillips, 2005)
- **Biografía y entorno personal:** Las experiencias de vida en la infancia y adolescencia como situaciones de bullying o acoso escolar, los estándares culturales de belleza y físico, y la propensión a rechazarlos o apropiarse de estos según las presiones que ejercen sus círculos cercanos es lo que puede contribuir al TDC. La cultura de la imagen influye en la percepción e importancia que las personas le otorgan a su físico. (Phillips, 2021)

Yo llegué a un psicólogo, él fue el que me dio los detalles exactos de las enfermedades que tenía, cuáles eran los nombres, cómo se trataban y qué era lo que me hacían a mí. Una de esas enfermedades que se debían tratar diferente era la dismorfia corporal. De cierta forma yo sentí un pequeño alivio de saber que lo que yo sentía y percibía, existía. Pero también estaba preocupada porque decía: “pérate” ya tengo muchas enfermedades, entonces empecé a querer trabajar sobre mi dismorfia corporal. (Moreno, N. 2020)

No es posible identificar de forma directa y concisa en primera instancia cuando una persona sufre TDC, pero hay características individuales que podrían encajar a que una persona sea propensa al trastorno o que lo posea. Algunas de ellas son creer sólidamente que se tiene un defecto en la apariencia que la hace desagradable o deforme, intentar esconder los defectos percibidos a través del peinado, el maquillaje o la ropa, comparar constantemente su apariencia con la de los demás, evitar situaciones sociales y estar tan preocupado por la apariencia que ésta ocasiona angustia o problemas importantes en la vida social, la escuela u otras áreas de funcionamiento.

A veces después de comer, así fuera un taco o una ensalada sentía que había subido dos kilos y me sentía gorda. Muchas veces no quería salir, me aislaba de mis amigos, de salir a la calle, usaba ropa pants y sudaderas guangas para que me taparan. Había partes del cuerpo que no me permitía verlas. (Moreno, N. 2020)

Las grandes protagonistas de redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter o Snapchat son las fotos o “*Selfies*”, estas imágenes de famosos y famosas reiteran una y otra vez un modelo de “cuerpo perfecto”. Es normal que todas y todos al mirarse al espejo y recordar estos modelos de belleza, comiencen a cuestionarse si: ¿tienen el pecho demasiado pequeño? ¿la nariz es muy grande? ¿el vientre plano?

Cuestionarse sobre la apariencia física día a día suele ser común, sin embargo, para los individuos que viven con TDC, la exageración constante de tales cuestionamientos conlleva una preocupación en exceso, y la respuesta siempre los llevará al mismo lugar: una alteración de su percepción física real a la que ellos conciben de sí mismos.

Esto no quiere decir que las redes socio-digitales sean las causantes del TDC, no obstante, en una persona que es propensa a él o ya lo tiene, por supuesto, lo refuerzan o magnifican según sea la exposición o consumo del individuo de las redes sociales. Noemí dejó de frecuentar a su psicólogo cuando le diagnosticó TDC, sentía que, como lo mencionó en su blog, le habían cargado una piedra enorme a su costal llamado *enfermedades mentales* y sinceramente ya no quería más, la anorexia, la baja autoestima y otras 50 mil piedritas que ya llevaba cargando -como ella menciona- eran suficientes.

Rafael Peñaloza Gómez, doctor en Psicología de la UNAM, advierte que el desarrollo de trastornos alimenticios, anorexia, bulimia, cuestiones de baja autoestima y situaciones de ideación suicida o, en una situación ya muy grave, el suicidio son consecuencias del TDC. La baja autoestima puede ser una de las consecuencias del trastorno, sin embargo, también puede precederlo, no necesariamente son causa y efecto, hay múltiples factores que rodean los trastornos mentales por lo tanto los alcances del TDC no son iguales en cada individuo. (Peñaloza, R., 2019)

Gracias a las medidas de su libreta Noemí se dio cuenta de que no se estaba viendo tal cual era, así pudo seguir trabajando de la mano con su psicólogo porque su percepción podría estar alterada pero las medidas que había anotado a diario, y que en su mayoría iban disminuyendo, no le podían mentir.

Rafael Peñaloza recomienda acudir con un profesional a terapia psicológica desde el momento en que el diagnóstico clínico es declarado positivo al TDC. Las terapias cognitivo-conductuales han reportado un funcionamiento óptimo, tampoco se descartan otros enfoques. En cuanto a la terapia racional emotiva, contribuye a cambiar su percepción, todo es desde la psicología enfocada a la reestructuración cognitiva.

La ortorexia es la prueba de que el diagnóstico no es suficiente; la recuperación necesita acompañamiento

La ortorexia es una patología que afecta a un sector amplio de la sociedad mexicana, desafortunadamente no existen cifras exactas del número de personas que atraviesan por este trastorno. Su abordaje ha sido tan minúsculo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) no la ha catalogado como enfermedad por falta de estudios que lo avalen, sin embargo, cada vez más

nutriólogos, psicólogos y psiquiatras se suman a la identificación y tratamiento de la **obsesión por comer sano**.

José Luis Duarte, Paula Rodríguez, Luz Alvarado, Ivana Molotla y Shoshana son jóvenes mexicanos, estudian en la Universidad Nacional Autónoma de México en tres de sus 14 Facultades, además de Noemi, pese a la distancia geográfica y los intereses que los separan, ellos cinco comparten una característica que los diferencian de la población; todos ellos tienen ortorexia.

Ortorexia es un término acuñado por Francisco Palandri en 1997 de origen griego compuesta por: *orthos* «correcto» y *ὄρεξις/orexis* «apetito». Su traducción literal es ‘‘apetito correcto’’. (Martínez, O. 2017)

Posteriormente, a partir del año 2000 el doctor Steven Bratman se dedicó a utilizar dicho concepto para definir la preocupación patológica por consumir alimentos sanos. Actualmente en el círculo médico sí es estimada como un trastorno alimenticio.

La preocupación por una alimentación correcta es una meta que eventualmente pasa por la cabeza de casi todos los seres humanos, pese a ello, conseguirla es una tarea complicada por el hecho de no saber cómo llevar a cabo una alimentación saludable y mucho menos correcta. Por lo tanto, es necesario definir en qué consiste una alimentación adecuada y, aunado a ello, es trascendente abordar el proceso de identificación y tratamiento de la ortorexia, esto con la finalidad de advertir algunas de las consecuencias de comenzar un régimen alimenticio estricto sin la instrucción y supervisión profesional.

El tema es imperdible por múltiples razones que se podrían enumerar y que a simple vista pueden verse ajenas a uno mismo o en el peor de los casos; normales, pero estos ‘‘hábitos’’ conllevan a graves consecuencias físicas y mentales, incluso hasta la muerte.

Brindar información y la ayuda sobre tratamientos médicos y psicológicos requiere de ética y profesionalismo, por ello es preciso advertir que toda la información que se brinda aquí fue obtenida de especialistas en materia de nutrición, psicología y medicina.

IV. EL ABC DE QUÉ ES UNA DIETA

¡Las mejores seis dietas para bajar de peso en menos de una semana! ¡La dieta de los licuados verdes para bajar la presión! ¡Elimina las carnes rojas de tu dieta para disminuir el ácido úrico! En una era donde el internet pone la información a un clic del ojo y se difunde por cualquier medio, la mala información está igual de cerca. Basta con poner en el buscador de *Google* “dieta milagrosa” para que el portal arroje 1,760,000 resultados en menos de un minuto.

Cada una de ellas proporciona un régimen alimenticio estricto, en el cual hay sustituciones de alimentos por otros, o simplemente se recomienda dejar de consumirlos sin una valoración médica pertinente. Así pues, emiten una dieta o un régimen general a sus lectores sin explicar la diferencia entre uno y otro.

El término “dieta” ha sido mal acuñado popularmente. Una dieta es de lo que se alimentan los seres vivos desde el nacimiento hasta la vejez, ya sea dieta vegetariana: enfocada a no consumir carnes rojas o blandas; dieta vegana: no consumir ningún alimento de origen animal; una dieta crudivegana: que busca ingerir vegetales únicamente crudos; una dieta baja en carbohidratos o alta en proteínas.

Pese a ello, está mal acuñado el término ya que a lo que refiere es a un régimen de alimentación específico que se concentra en solo manejar determinados alimentos y en cantidades por un tiempo establecido. La nutrióloga Claudia Morlett afirma que no existen alimentos que sean por sí solos completamente buenos o malos, sino que esta característica va a variar según la patología, el organismo y el objetivo que el paciente busque.

La primera observación que le haría a los jóvenes es que se informaran. Y con esto seguramente lo primero que se les viene a la mente es: ahhh pues voy a San *Google*. Pero resulta que en *Google* y cualquier cuestión de internet, cualquiera puede hablar, escribir, hacer videos y cualquiera puede decir que es experto y que está súper informado y mal informarte. Entonces, para mí, y siempre lo he dicho, internet es la gran biblioteca

de la mala información. ¿Quieres mal informarte de algo? Búscalo en internet. (Morlett, C., 2020)

¿Por qué con un profesional?

La búsqueda de una alimentación sana no es por sí misma un problema, sin embargo, introducirse en un régimen general a la población sin considerar que cada organismo tiene diversas necesidades nutrimentales es lo incorrecto. Por tanto, es indispensable recurrir con los expertos periódicamente para que un médico o un nutriólogo pueda indicar al paciente cómo se encuentra respecto a la nutrición que lleva.

El seguimiento de tratamientos en materia de salud requiere inversiones de tiempo, paciencia y dinero, por lo cual, continuar con el proceso se puede ver obstaculizado principalmente por la cuestión económica. Sin embargo, la Secretaría de Salud del Gobierno de México cuenta con programas de acompañamiento nutricional en las distintas dependencias que se encuentran en el país, en la CDMX se encuentra el Servicio de Nutrición del Hospital General de México.

La nutrióloga Claudia no recomienda comenzar un régimen alimenticio sin el asesoramiento de un profesional, esto se debe a la cantidad de información inexacta que se encuentra en internet, en “consultores” de gimnasios o dietistas que no se especializan en las necesidades individuales de los pacientes.

Definitivamente no, porque ¿Qué es sano, ¿qué es una alimentación saludable? Entonces lo lógico es que vas a internet a buscar y te encuentras que «un experto dijo, de la universidad *blabla*, en 1997, o en el 2007 o apenas ayer» y lo escriben en una página que tiene seguidores [...] Entonces alguien que me lea le va a parecer que soy la “chucha cuerera” de todo lo que tenga que ver con la alimentación saludable, y resulta que no es así, pero me lo van a creer”. La idea de

la otra persona es «informarse» y se va a ir con esa idea. (Morlett, C., 2020)

La ortorexia orilla a consumir alimentos exclusivamente sanos y con características especialmente estrictas, entre las cuales se encuentran; que sean de origen ecológico, libres de componentes transgénicos, sustancias artificiales, pesticidas o herbicidas; libres de condena o crueldad animal; sin ningún procesamiento industrial o que estén cocinados bajo procedimientos específicos, incluso con materiales no contaminantes.

Claudia Morlett afirma que en la ortorexia se obsesiona tanto con los alimentos «según» saludables que estamos todo el tiempo en la búsqueda de alimentos que no tengan grasas, carbohidratos simples -que son básicos para la alimentación- y que los alimentos no estén hechos con aditivos, con colorantes, o que los productos que estás consumiendo no hayan sufrido, incluso las lechugas.

A lo largo de 15 años de experiencia, la nutrióloga y *health coach* Claudia Morlett, ha recopilado información conductual y alimenticia para el diagnóstico oportuno de personas con ortorexia, en el cual fue clave ayudarse de la observación sobre sus hábitos alimenticios. La etapa temprana de la ortorexia comienza con la búsqueda de artículos sobre nutrición saludable en internet, redes sociales o páginas sin autoridad médica para proporcionar información.

Cuando en el plato dejan las cosas, son muy «picky». Están viendo el plato y: — ¿Qué le echaste, ¿cómo fue? Yo no voy a comer en ese lugar. — Ese tipo de comentarios que ya empiezan son los que yo abordo diciendo **¿Por qué?** —Es que yo no como carne. —¿Cuál es la razón? Quizá hay una razón fisiológica y me dicen: —No, es que por el sufrimiento de las vacas. — Entonces vamos a ver cómo lo puedo compensar con otros alimentos porque el hierro es muy importante. Entonces empiezo a abordar un poco el tema y a veces me dicen —¡No! — que es cuando ya es más avanzado. (Morlett, C., 2020)

Las rigurosas condiciones que los ortoréxicos han establecido en su régimen alimenticio conduce eventualmente al incorrecto reemplazo de proteínas (como todos los tipos de carnes debido al proceso de crueldad animal) por otras que puedan aportar los mismos complementos nutricionales. Además del reemplazo se puede suprimir el consumo de grasas, cereales, azúcares y otros alimentos indispensables para una correcta nutrición.

Los primeros alimentos que eliminan de su dieta son los que contienen colorantes, edulcorantes; como el *Splenda*, *Canderel*, *Stevia* y los que tengan algún tipo de químico, ya sea conservador o potencializador de sabor. Posteriormente los que tengan alto contenido de grasa.

José Luis tiene 25 años, es profesor adjunto en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, y hasta hace cinco años tomaba por lo menos un litro diario de *Coca-Cola*, el pan y las frituras también formaban parte de su dieta del día a día. Hasta que cumplió veinte aprendió a encontrar el placer en las verduras como la espinaca y el brócoli, ahora encuentra en ellos un valor nutritivo indispensable.

A sus veinte años Noemí considera que el valor nutritivo de los alimentos es su principal característica, más que el placer de disfrutarla. Conoce perfectamente las calorías de cada cosa que ingiere y si no las sabe siempre las busca antes de comer cualquier cosa.

Me pasó que una vez estaba con una amiga y ella me dijo: —¿Te imaginas cuántas calorías tendrá esto? — entonces yo le respondía cuántas tenía eso y me dijo: —¿Cómo sabes? — Y me di cuenta de que ya tengo en mi mente como una lista de alimentos y te puedo decir qué tienen y cuántas calorías. Todas estas cosas que yo creo que no cualquiera tendría en mente. (Moreno, N. 2020)

Una de las características principales y diferenciales de esta patología sobre otros Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) es que mientras en el caso de la anorexia y bulimia el problema se centraliza en la **cantidad** de comida, en la ortorexia el problema es la **calidad**.

Para una persona ortorexica su principal preocupación radica en mantener una dieta equilibrada y saludable. Esta patología suele comenzar con hábitos benéficos y graduales que, poco a poco, logran convertirse en una obsesión que puede provocar grandes consecuencias físicas y emocionales. No obstante, no está alejada de otros trastornos alimenticios como la bulimia.

Basándonos en que es un trastorno obsesivo, por supuesto que va de la mano con muchas otras obsesiones, dentro de esas está el ¿Cómo me veo? Es un trastorno entonces está completamente ligado con el trastorno de la apariencia física. Si estoy hablando que tengo ortorexia, estoy obsesionando por la alimentación saludable, también me voy a obsesionar por cómo me veo para los demás y va de la mano con “voy a comer menos para ser más flaca” porque también los estereotipos en internet, televisión, revistas nos muestran que, entre más flaca, más bella. (Silva C. 2021)

“Los que no comían bien eran unos irresponsables”

La clave para diagnosticar este trastorno de la conducta alimentaria suele ir por una línea difusa, ya que el cambio de hábitos en un inicio es gradual y constante que además requiere de disciplina, sin embargo, el primer indicador es el **daño físico y/o social** que pueda repercutir en el paciente.

Dicho daño puede ir desde actividades o actitudes que se consideran normales dentro de la rutina diaria, como el tiempo de planeación de la dieta, si pasa de las tres horas diarias es un síntoma de alerta, al igual que los siguientes: preocupación por la calidad de alimentos que por el placer de consumirlos, sentimientos de culpabilidad cuando no se cumplen las convicciones dietéticas, planificación excesiva por lo que se consumirá en días posteriores y eventualmente el aislamiento social provocado por el tipo de alimentación que se maneja.

Las personas ortorexicas son personas muy abiertas con sus normas de alimentación, por lo que no suelen abstenerse de mostrarse orgullosos de éstas frente a otras personas. En ocasiones, cuando la obsesión llega a grandes límites, pueden menospreciar a personas que no siguen reglas

dietéticas, incluso lugares que no contemplen sus necesidades por lo cual, se abocan al aislamiento social.

“Hubo un tiempo que más bien yo era quien criticaba a los otros, para mí los otros, los que no comían bien, eran unos irresponsables”

Este testimonio fue dado por Shoshana Hernández, quien, más frecuentemente de lo que hubiera deseado, evitó salir con sus amigos y familiares a lugares públicos porque siempre encontraba en las caras signos de extrañeza cuando preguntaba —¿Hay comida vegetariana? — Con el tiempo aprendió a manejar la situación y mentalmente ahora comienza a maquinar qué alimentos puede ingerir, sin descuidarse, en el restaurante para no perderse de esos momentos de convivencia.

Steven Bratman también fue una persona ortorexica, y debido a la dificultad para el diagnóstico elaboró un cuestionario para detectar esta patología: el cuestionario ORTO-15 que se basa en los hábitos de alimentación con atención en las opciones de alimentos que se consideran saludables y no saludables. Se encuentra publicado en su libro *Health Food Junkies: Overcoming the obsession with Healthful Eating*, y adjunto en el anexo del presente trabajo.

Tabla II. Cuestionario para el diagnóstico de la ortorexia nerviosa. (Traducido de Donini LM., y cols. 2005)⁶

	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
1.- ¿Cuándo come, presta atención a las calorías de la comida?				
2.- Cuando usted entra a una tienda de alimentos ¿se siente confundido?				
3.- ¿En los últimos 3 meses, la idea de la comida, le preocupa?				
4.- ¿Sus opciones de alimentación están condicionadas por la preocupación acerca de su estado de salud?				
5.- ¿El sabor de la comida es más importante que la calidad al evaluar los alimentos?				
6.- ¿Está usted dispuesto a gastar más dinero para tener comida saludable?				
7.- ¿El pensar acerca de la comida le preocupa por más de 3 horas al día?				
8.- ¿No se permite el incumplimiento de su régimen alimenticio?				
9.- ¿Cree que su estado de ánimo afecta su conducta alimentaria?				
10.- ¿Cree que comer solo alimentos saludables, aumenta su autoestima?				
11.- ¿Cree usted que el consumo de alimentos saludables cambia su estilo de vida (frecuencia al comer con los amigos fuera de casa)?				
12.- ¿Cree que consumir comida saludable puede mejorar su apariencia?				
13.- ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?				
14.- ¿Cree usted que en el mercado también hay alimentos poco saludables?				
15.- En la actualidad ¿usted ingiere sus alimentos sin compañía?				

Tabla 2 obtenida del cuestionario para la ortorexia nerviosa de Bratman

La aplicación del test, según el doctor Bratman, permite diagnosticar a un médico o nutriólogo los grados de ortorexia que una persona posee. Si el posible paciente contesta de forma afirmativa de cuatro a cinco preguntas, quiere decir que apenas comienza a obsesionarse más de la cuenta con su dieta, es decir que está en una etapa de la patología, por lo que es más fácil modificar los hábitos para prestar menos atención en lo que consume.

Si las respuestas son afirmativas a todas las preguntas es inevitable preocuparse, ya que indica que la sana alimentación es una obsesión verdadera para el paciente. También se consideran síntomas a algunas conductas relacionadas con la preparación de los alimentos: verduras cortadas de determinado tamaño y manera, y el tipo de materiales utilizados como la cerámica o madera, ya que todos estos elementos forman parte de su ritual.

Existe otro cuestionario propuesto en 2005 por el especialista en nutrición Lorenzo Maria Donini, en el cual se combina el ORTO-15 y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) por sus siglas en inglés: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Este cuestionario es uno de los más utilizados en el área de salud mental, enfocado a la identificación de detección de patologías y perfiles de personalidad.

Esta combinación de ambos cuestionarios fue fundamentada por Donini bajo el concepto que la ortorexia es un trastorno caracterizado por un acoplamiento de comportamientos fóbicos al momento de comer y de rasgos de personalidad obsesiva. Al presentarse ambos factores es posible diagnosticar ortorexia. (Donini, L. 2005)

¿Qué es lo que predispone?

Entre la identificación del trastorno con la prueba de Bratman, también se encuentran factores externos de predisposición en los pacientes. Comúnmente, quienes padecen ortorexia, son personas estrictas, disciplinadas y exigentes consigo y con los demás; poseen una tendencia a comportamientos obsesivo-compulsivos, y practican algún deporte o disciplina rigurosa.

Shoshana ha practicado natación desde los cuatro años, pero dejó de hacerlo por una larga temporada hasta hace cinco años. Ahora entrena con todo lo que implica: disciplina, horarios y buena alimentación.

Yo diría que fue a partir de que empecé a nadar y de hacer ejercicio que empecé a preocuparme por estas cosas de cuidarme, comer mejor y estar saludable, en buenas condiciones. Sí, fue a partir de natación.”
(Hernández, S., 2020)

José Luis, Paula, Ivana y Luz consideran que ser disciplinados con su dieta es clave para que se vuelva un hábito y eventualmente un estilo de vida. Los cuatro destinan como mínimo hora y media pensando en su dieta, preparan sus comidas con un día de antelación para sentir que las cosas están bajo control.

La ortorexia afecta a sectores de la sociedad altos, es decir, es estadísticamente poco probable que perjudique en sectores marginales porque el tipo de comida que procura consumir es de precios elevados y en ocasiones de difícil acceso. A nivel mundial, estadísticamente la OMS estima que el 28% de la población presenta este trastorno alimenticio. En México, de acuerdo con la cantidad de pacientes que atiende el Servicio de Nutrición del Hospital General de México, no es frecuente. Al menos hasta el 2013 no se tiene un registro estimado de pacientes con ortorexia, únicamente se brindaba información muy general, sobre en qué consiste esta patología, en la página web del gobierno de México en la sección de la Secretaría de Salud.

Esta ausencia de información a nivel nacional precisamente es un foco de alerta roja, ya que según Claudia Morlett el 30% de los jóvenes mexicanos, especialmente mujeres, están cayendo en la ortorexia. Sin embargo, no hay estudios contundentes que puedan decir que la ortorexia puede ser reconocida como un trastorno aislado.

Casi nada. En México prácticamente no encuentras, podrías acceder en E.E.U.U., es en los que nos estamos basando, los tomamos a lo mejor por la cercanía con el país, estamos ocupando todas las conductas de allá para acá, también aplicamos todos los abordajes de allá para acá, pero más que nada es el contacto con el paciente directo. (Morlett, C.,2020)

“ Ganarle a algo viral es más complicado, necesitamos información de expertos”

Como tal, no hay registros de causas específicas que orillen a una persona a desarrollar ortorexia en determinado tiempo de su vida, pero como ya se estableció, existen factores predisposicionales a ella. En otros casos, se ha observado que pacientes que anteriormente sufrieron de anorexia, en el tiempo de recuperación introducen en su dieta únicamente alimentos de origen natural, cultivados ecológicamente, sin grasas o sustancias artificiales que puedan repercutir en su salud.

Uno de los factores más importantes para que una persona sea propensa a desarrollar ortorexia es el exceso de información y de mala información. Existen diversas “fuentes” no oficiales que aseguran que cierto tipo de alimentación, que ellos proporcionan, es buena.

Aquello sin tener conocimientos necesarios para establecer una dieta a terceros. Es común que en los gimnasios los instructores modifiquen las dietas para consumir mucha proteína y eliminen los carbohidratos, pero no consideran los antecedentes clínicos y necesidades de cada organismo.

Ahora que hay tan mala información en internet y tan a la mano [...] Antes, a menos que tuvieras una situación en específico como diabetes o hipertensión, alguna situación que tuvieras que restringir ciertos alimentos y que no conoces cuáles son, entonces ibas con el especialista. (Morlett, C.,2020)

Debido a la gradualidad del trastorno, se comienza por ir eliminando ciertos alimentos de la dieta diaria, como el azúcar, las carnes, la grasa y los granos. De igual manera, la ortorexia también comienza a desarrollarse cuando una persona decide cambiar de régimen o hábitos alimenticios de forma radical y sin acompañamiento profesional.

Actualmente el veganismo o crudiveganismo, estilos de vida alimenticios, han ganado exposición de diferentes formas, principalmente por los medios de comunicación, sin embargo, hacerlo sin la ayuda de un experto en nutrición es el principal error y otro factor de predisposición para abocarse a la ortorexia.

Por ejemplo, en el caso de las dietas Keto, que son dietas súper peligrosísimas. Salen a la luz por una muy buena producción bien pagada, metieron muy buen dinero para ser famosos o tener muy buena publicidad en Facebook, y empieza a llegar a las demás personas, se hace viral. [...] Hasta que la pruebo, me siento mal, lo vivo en experiencia propia que me estoy sintiendo muy mal, me estoy enfermando, me estoy metiendo en problemas de salud, entonces es cuando ya digo: —No, no está bien. — Y ganarle a algo viral es más complicado, así que definitivamente necesitamos estar muy bien informados con alguien experto. (Morlett, C.,2020)

Las consecuencias nunca son pocas y mucho menos insignificantes

La ortorexia avanzada supone un gran riesgo para la salud. Tiene consecuencias físicas y psicológicas graves. Cuando una persona cambia por completo su dieta para implementar hábitos diferentes descontrola a su organismo y los nutrientes que necesita que el cuerpo para que funcione adecuadamente también se ven afectados.

La variedad de enfermedades que se derivan de la ortorexia es infinita. Depende del nutriente que dejen de consumir, y el tiempo, es la enfermedad que puede presentarse, según las variables. Cuando se deja de consumir grasas, eventualmente se dejarán todo tipo de carnes, por lo cual es muy propenso que lo primero que aparezca en el organismo sea la **anemia**, según el alimento que se elimine será el tipo de anemia que se presente.

Si el régimen alimenticio es vegetariano evidentemente se basan en la soya y espinaca, estos alimentos son altos en purina, la cual, ocasiona incremento en el nivel de ácido úrico en el cuerpo y éste a su vez puede ocasionar **hiperuricemia**. El Síndrome de Hiperuricemia (SHU) se

caracteriza por una elevación anormal del ácido úrico sérico (AUS), sobrepasando el límite normal de 7.0 mg/dL (420 μ mol/L).” (Wortmann. RL., 2005)

También dejan los lácteos por las hormonas de las vacas que se van por las mamas a la leche y nosotros las tragamos. Dejan la leche y empieza a bajar el consumo de calcio y con eso están más presentes la **osteopenia** (infección que se produce cuando el cuerpo no fabrica nuevo tejido óseo con la misma rapidez que lo reabsorbe, lo cual debilita los huesos) y consecuentemente la **osteoporosis**. Estamos a nada de llegar a ser el país número uno en osteoporosis. (Morlett, C.,2020)

A partir de las sustituciones de alimentos se identifican los síntomas que presenta cada paciente.

V. EL EFECTO PIGMALIÓN Y LAS CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

Del aislamiento social a la ideación suicida

En cuanto a las consecuencias psicológicas que puede presentar una persona con ortorexia es el aislamiento social. Esta persona puede comenzar a apartarse de su entorno porque se siente culpable, en situaciones similares a reuniones sociales, si rompe con la dieta que se autoimpuso. En otras circunstancias, su aislamiento también se origina por la dificultad de encontrar el tipo de alimentos que está acostumbrado a consumir al igual que la forma de preparación o los instrumentos que utilizan para hacerlo.

Según información obtenida del psicólogo Carlos Palomero, el aislamiento es una conducta repetitiva para evitar situaciones desagradables. Si a una persona le cuesta trabajo enfrentarlas, eso puede ser un foco rojo para identificar el aislamiento. Consecuentemente con el aislamiento se presentan signos de irritabilidad, ansiedad, tristeza, cambios de humor o la pérdida de empatía.

El aislamiento social se comienza a trasladar [...] inicia con aquella persona que no suele participar en lugares donde hay gente desconocida, es decir, parece que nos alejamos primero de gente más desconocida y va avanzando hasta que terminamos alejándonos de personas que son cercanas a nosotros. Todo ello ante ciertos pensamientos que parece que tenemos acerca de juicios que otros podrían emitir sobre nosotros. (Palomero, C., 2019)

En los desórdenes alimenticios existe una tendencia al aislamiento debido a los juicios que otros puedan emitir sobre la persona que atraviesa por éstos, juicios sobre el tipo de alimentación o la conducta que se realiza. Sin embargo, en ocasiones no son reales, sino que la persona con el desorden alimenticio incrementa el nivel de juicio al que es sometido, incluso la forma en cómo otros lo perciben. Dichas distorsiones de la autopercepción comienzan a partir de interpretaciones que se hacen del entorno que rodea al paciente.

Por ejemplo, alguien hace una mala señal cuando estamos hablando de que llevamos una buena alimentación o que se están logrando ciertos cambios en nuestra alimentación, entonces una persona con este trastorno puede interpretar como: —No, no le gustó, o no le parece, no está de acuerdo, no quieren que adelgace, no quieren que haga esto, no me quieren tener cerca. — A veces pueden tener otro tipo de pensamientos donde igual son evitativos, pero es: —No quiero causarles problemas—. (Palomero, C., 2019)

Carlos Palomero afirma que una de las consecuencias probables del aislamiento es un fenómeno llamado **el efecto Pigmalión o la profecía autocumplida**. La profecía autocumplida se refiere a que se obtienen ciertas expectativas respecto del resto, de las cuales se van acomodando una gran parte de las actividades y de todo el contexto que rodea al paciente para que esa creencia que tiene parezca que se vuelva realidad.

Siempre y cuando haya alguien que no comparta o que sea incompatible con mi conducta de cuidarme, comer saludable o hacer ejercicio, entonces no va a ser algo agradable o se va a convertir en algo aversivo para mí. Entonces esto me va a traer mayor preferencia por ciertas cosas que son saludables, y por otro lado voy a dejar lo que esté peleado con esto saludable, que muchas veces es la compañía social, lo que se vuelve como un círculo vicioso.

El aislamiento social, por sí mismo, no detona otros problemas de salud mental como la depresión, sino que genera un terreno fértil en el que eventualmente se pueden gestar otros problemas o incrementar su intensidad. Los seres humanos al ser seres sociales desarrollan vínculos con los individuos con quienes interactúan, estos lazos funcionan como un factor de protección, es decir: tener la compañía de un amigo o de la familia funciona como un factor protector para la salud mental.

El hecho de aislarnos reduce la cantidad de opciones que tenemos, entonces parece ser que nuestro panorama se cierra un poco y podemos desarrollar diferentes problemas de salud mental. No solo hablamos de depresión, sino de la alimentación. Esto puede llegar hasta el punto de tener ideas suicidas, una persona que puede tenerlas básicamente siente que es la única salida.

Las consecuencias del aislamiento se encuentran polarizadas, una persona puede atentar contra su vida o contra la de los demás por el hecho de sentir que no le importa a nadie y que está solo. Bajo esa lógica, si él no le importa a nadie, para él no hay motivos de que los demás le importen. A ello, Carlos Palomero lo denomina como **sociopatía**: el sentimiento de no pertenecer a ciertos grupos o instituciones sociales. Por ello es primordial guiar a los pacientes que presentan aislamiento social.

El tratamiento de un paciente con ortorexia debe combinar la ayuda profesional de un nutriólogo, la terapia psiquiátrica y, si es necesario, el uso de medicamentos, éstos últimos son recetados con la finalidad de volver a incorporar en su dieta los nutrientes de los que fue privado su cuerpo. La recomendación es que estos nutrientes, por medicamentos o mediante la alimentación, sean admitidos de forma gradual, que la dieta implementada sea saludable y supervisada para que las cantidades de los alimentos sean suficientes y éstos variados, según se necesite el caso.

El inicio del tratamiento requiere un diagnóstico médico o nutricional, una vez identificado el problema se debe informar al paciente. Claudia Morlett recomienda explicar al paciente la razón del porqué todos los alimentos son saludables, y ayudarlo a identificar toda la mala información que consumió. Posteriormente se implementan cambios pequeños en la dieta, no es recomendable que sean radicales por la respuesta que puede dar el organismo.

La mayoría conviene que sea mejor hacerlo de manera gradual. Vamos a introducir un alimento a ver cómo te sientes y luego otro. Estamos hablando de preguntarles a ver cómo se sienten sabiendo que esa persona va a crear en su cabeza un malestar, ahí vamos viendo qué tanta necesidad hay del abordaje psicológico o psiquiátrico. ((Morlett, C.,2020)

El tratamiento debe ser multidisciplinario y a la par, con ayuda de nutriólogo, psicólogo y psiquiatra si es necesario. El bombardeo de información del paciente fue algo latente y de tiempo prolongado. Así como esta información fue llegando por diferentes conductos se necesitan contrarrestar esos hábitos y pensamientos de la misma manera.

Una alternativa del tratamiento es el uso de multivitamínicos, complejo B inyectado o tomado, o complementar la dieta con ácido fólico. Depende de cada persona, pero de manera muy general sí va de la mano con un multivitamínico, afirmó la nutrióloga Morlett.

Todo lo que consumimos es bueno, pero depende del paciente. La fruta sí es buena, pero depende de si se tiene triglicéridos o diabetes entonces ya no es tan buena, ahí es donde empezaremos a medir. En estos casos cuando el paciente ya dejó, y depende del tiempo que dejó un alimento y qué tanta disposición tiene a la alimentación que le estamos dando” será el tratamiento que se implementará.

Acompañamiento integral y multidisciplinario

Respecto al abordaje psicológico, el tratamiento para pacientes con desórdenes alimenticios como bulimia, anorexia y ortorexia radica según las sugerencias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en tratamientos de corte cognitivo-conductual, según el psicólogo Carlos Palomero.

Estos, con base en evidencia científica, han resultado los más eficientes para poder trabajar este tipo de desórdenes. Dado que abordan estrategias muy puntuales que nos ayudan a trabajar en el manejo de los pensamientos erróneos que nos cambian la percepción de nosotros mismos y en el manejo de la ansiedad. (Palomero, C., 2019)

La orientación multidisciplinaria ayuda al paciente a tener un acompañamiento completo para recolectar y mostrar evidencia al paciente sobre su salud física y mental, es decir, qué es lo que le hace falta, qué necesita, qué le sobra. De la misma manera es importante contar con una red de

apoyo, ya sea proveniente de la familia o amigos para que éste permita reducir la brecha que se abrió en un inicio mediante el aislamiento.

Noemí ha atravesado no sólo por la ortorexia, también tuvo problemas con la bulimia, la anorexia, el trastorno dismórfico corporal, ansiedad y depresión. Recorrer ese camino la hizo consciente de que su relación con la comida no siempre ha sido “tan buena”, pero ella puede identificar que hasta ahorita su cuerpo no lo resiente físicamente, por el contrario, ella siente un desgaste mental y emocional.

Sí hay muchos conflictos emocionales. A veces veo a la gente que sale y que va de viaje, o en la universidad que están cansados y comen cualquier cosa. Yo, aunque esté súper cansada prefiero aguantarme un ratito comer hasta encontrar algo que sea sano. (Moreno, N., 2020)

El acompañamiento psicológico debe de establecer **metas primordiales**; trabajar con pensamientos erróneos sobre uno mismo; trabajar el manejo de la ansiedad; restablecimiento o acercamiento a las redes de apoyo; establecimiento de planes de acción para poder sobrellevar y superar las situaciones de riesgo. Éstas son posibles situaciones donde se evocan los pensamientos o circunstancias que regresan al problema inicial.

El acompañamiento de un familiar o amigo en medio del tratamiento psicológico también es indispensable, donde pueda haber un asesoramiento especializado para que estas personas se vuelvan cuidadores de apoyo hacia quien tiene el trastorno alimenticio. (Silva, C., 2021)

De los cinco testimonios consultados, solamente cuatro acudieron a un nutriólogo. José Luis asistió para bajar de peso hace cinco años y desde ahí ha seguido estrictamente su régimen alimenticio para lograr sus objetivos y reconciliarse consigo mismo.

Shoshana acudió al nutriólogo cuando tenía tres años, ella tiene resistencia a la insulina, visitó a cuatro nutriólogos, pero las consultas no fueron permanentes, temporalmente dejó de ir. En su adolescencia se acercó a la bulimia por lo que regresó al nutriólogo y al psicólogo. Actualmente su régimen alimenticio no está asistido por un especialista. Ella tiene un control calórico mental; un registro de su peso al día, el que obtiene pesándose diariamente en la báscula de su cuarto, y una disciplina deportiva desde que era pequeña.

Paula e Ivana asistieron al nutriólogo tiempo atrás. Diariamente tratan de comer lo más saludable posible sin un requerimiento calórico estipulado y, de vez en cuando, se dan permiso los fines de semana para comer algo que les guste. Luz es la única que no ha acudido al nutriólogo, la información que ha obtenido no ha sido por profesionales, sino por amigos, sitios web o videos. La inconformidad que sintió al hablar del tema fue evidente en el hermetismo que mostró al hacer la entrevista y la negativa de continuar con la segunda entrevista.

Cada uno de ellos interactúa en un contexto diferente: tres Facultades distintas y sus municipios son alejados, pero sus hábitos y dinámicas alimentarias son similares, están bajo su propia lupa en mayor o menor medida. Si bien, los cinco están obsesionados con alimentarse sanamente, ninguno sabe que los otros existen.

Ninguno de ellos imaginó que cambiar su régimen alimenticio sería la semilla que originaría consecuencias físicas y mentales en su vida, tampoco pensaron que era necesario acudir al nutriólogo para hacerlo. Sin embargo, la falta de información adecuada para realizar el cambio es aquello que enarbola el entramado sintomatológico y consecencial de la ortorexia.

VI. REDES SOCIALES DONDE SE ENTRETEJE LA INFODEMIA

Redes sociales: un refugio

El desarrollo de nuestra identidad transcurre primordialmente en la adolescencia. No hay un plazo ni una fecha exacta que indique que estamos listos, maduros y preparados para presentarle al mundo quiénes somos o cómo nos percibimos, por el contrario, este proceso depende estrictamente del contexto socioeconómico de las personas, así como sus condiciones y atenciones de su salud mental.

Si bien, la adolescencia es una etapa, usualmente, entendida como compleja, poco se suele alejar del adultocentrismo para cuestionarse por qué la entendemos de este modo si inevitablemente todo ser humano la atraviesa y la experimenta por completo. Reconocer la otredad desde la empatía es un ejercicio que poco se plantea cuando se mira a las y los más pequeños.

La identidad al desarrollarse en la adolescencia atraviesa por confecciones varias, se experimentan estilos, formas de pensar, de autopercepción y de reflejo al mundo ‘real’. Las identidades son fragmentos, incluso, de personas, de eventos, recuerdos y de hechos datos por sentado. Como individuos estamos completamente permeados de las otredades y nuestro contexto socioeconómico, por ello, también resultamos ser un poco de aquí y de allá.

En un ensayo de Armando Silva sobre los imaginarios urbanos se encuentra una metáfora muy acertada para acercarnos a la dinámica de las miradas desde las redes sociales, y no solo eso, también se aborda la resignificación de la convivencia, la indiferencia, el anonimato y la individualidad en el mundo tangible y en el sociodigital.

La vitrina es una ventana. En ella construimos un espacio para que los demás nos miren, pero también miramos a través de ella. Y, aún más, de la manera como nos miran podemos comprender cómo nos proyectamos y de la forma que la vitrina se proyecta podemos entender cómo dispone ser vista. De esta manera la vitrina se constituye en un juego de miradas, unos que muestran, otros

que ven, unos que miran como los ven, otros que se ven sin saber que son vistos. (Silva, A. 1992, pp. 63-64).

Las redes sociales hoy en día funcionan —la mayoría de las veces— como vitrinas. El internet es el acceso absoluto para ir de aparador en aparador y echar los vistazos que sean necesarios al día; para mostrarse y también ser observado, esta facilidad de sobreexposición también conforma un recurso para experimentar con la construcción del “yo”, la confección de las identidades.

Este recurso puede tener, o no, consecuencias decisivas sobre las relaciones afectivas y laborales, además de la autopercepción y el posicionamiento social. Frecuentemente esta dinámica promete oportunidades para experimentar y jugar a ser otras versiones de una o uno mismo, en las cuales, cualquier performatividad fuera de lo esperado de las normas sociales y del “deber ser” es censurada, sin embargo, en estos nuevos espacios digitales hay una permisividad infinita.

La noción que se tiene sobre la ausencia de consecuencias de los actos en espacios digitales es bastante cuestionable y refutable, para este trabajo es importante subrayar el impacto y las repercusiones que tiene la exposición y performatividad de conductas de trastornos del tipo alimentario.

Era el único lugar en el que yo estaba segura, en estos blogs o en estas cuentas de Twitter, era el único lugar donde yo decía — Aquí estoy bien porque aquí nadie me está regañando, nadie me está diciendo que estoy mal, que soy un monstruo o que me estoy matando. — Es como: estar secuestrada en este lugar que te está haciendo tanto daño, pero como estás acompañada con personas que no te están criticando ni haciendo sentir mal pues te sientes bien. Entonces éstas [plataformas] jugaban un papel muy importante sobre todo los primero dos o tres años. (Moreno, N., 2020)

El surgimiento de la Red creó un sitio para que cualquier persona, con acceso a internet, pueda comunicarse, consumir y producir contenido variado, incluso si se trata del sufrimiento propio o

ajeno. Aquí se encuentran experiencias del día a día, tal como el siguiente fragmento recuperado de Twitter.

Volví a tener ataques de crisis, volví a cortarme cuando lo necesito, tengo más aplicaciones de ayuno y conteo de calorías que de otras cosas, mi celular es puro thinspo y bc, hago que mi familia se enoje conmigo, me alejo de todos porque estoy cansada, y me vas a decir que ni con hambre, arruinándome a mí misma tanto psicológica como socialmente, dejando todo lo que me gusta y hace feliz, ni poniendo todo el esfuerzo que puedo, ¿no bajo de peso? a la final, estoy perdiendo más que ganando (sic). (Tweet obtenido del usuario @Andddd45kg, 2022)

La doctora Cecilia Gutiérrez afirma que las secuelas —a nivel psicológico— que siempre se presentan en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son: la ansiedad y la depresión, las cuales, aparecen en diferentes niveles según sea la gravedad y avance del TCA. Las huellas que éstos dejan siempre van a variar según el contexto y el trastorno que lleve la batuta, sin embargo, afirma que algunos pacientes que desarrollan anorexia y bulimia también presentan rasgos de identidad de trastorno límite de personalidad.

‘No se conoce la cifra exacta de mortandad’

En cuanto a nivel físico se habla, las consecuencias son altamente graves. No se puede diagnosticar tajantemente si son más o menos preocupantes que las secuelas psicológicas, ya que no hay un parámetro de comparación entre uno y otro, pero sí se puede enfatizar que ambos tipos desembocan en daños (muchas veces) irreversibles para la salud.

«La gran consecuencia», como ella la llama, de los trastornos de la conducta alimentaria es que eventualmente pueden llevarte a la muerte. Los TCA's tienen un índice de mortandad considerable.

Ahora bien ¿cuál es el índice? En México, las páginas oficiales de la Secretaría de Salud no tienen datos sobre la mortandad, ni mortalidad, de los TCA.

La mortandad es la cantidad de muertes causadas por una epidemia, enfermedad o padecimiento específico sin un lapso especificado, mientras que la mortalidad se refiere a la tasa de muertes en un tiempo determinado. Al tener en mente la diferencia entre estos conceptos, basta con un par de tecleos y clics para encontrarse con una pared en blanco sobre datos oficiales y actualizados.

Sin afán de especulación por parte de las fuentes especialistas, todas han puesto el dedo en el renglón de la falta de investigaciones y de datos precisos cuando se trata de TCA's, sobre todo de los que aún no se oficializan como trastornos *per se*; tal como la dismorfia y la ortorexia.

Las fuentes consultadas para este trabajo mencionan estudios clínicos extranjeros, en su mayoría, realizados en Estados Unidos, Reino Unido, y Europa, los cuales se utilizan como parámetros generales sobre el tema.

De acuerdo con Norma Cipatli Ayuzno del Valle y Joshue David Covarrubias Esquer en su artículo publicado en la *Revista mexicana de pediatría* los trastornos de la conducta alimentaria tienen la tasa más alta de mortalidad sobre todas las demás enfermedades psiquiátricas. Tienen un riesgo de seis a doce veces mayor de presentar una muerte prematura, en comparación con la población general.

Dicha afirmación está basada en artículo de *The American Journal of Psychiatry*. (Por su traducción al español, El diario americano de psiquiatría) titulado "*Mortality rates from a longitudinal assessment in one study of 1,885 persons. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders*" ("Tasas de mortalidad de una evaluación longitudinal en un estudio de 1.885 personas". Aumento de la mortalidad en la bulimia nerviosa y otros trastornos alimentarios) publicado en 2009.

Debido a la falta de información, y la poca que existe es desactualizada, queda por el momento esperar los resultados de la ENSANUT del presente año para lograr tener un aproximado de las

cifras oficiales, sin embargo, cabe resaltar que existe un porcentaje de personas que aún no se registran en los datos de incidencia, incluso los de actualización de prevalencia.

La diferencia entre un registro de incidencia y uno de prevalencia radica en que; el primero es el dato del número de personas que por primera vez desarrolla un TCA en cierto lapso, es decir, un registro de un “nuevo caso”, mientras que en segundo es considerado como la cifra total de pacientes que tienen de forma “activa” un TCA en un periodo específico. (Peñaloza, R. 2019)

A nivel psicológico, el deterioro mental y emocional que deja un TCA suele ser complejo de desvanecer —porque la verdad es que el rastro nunca desaparece por completo — pero con una atención integral y las terapias adecuadas es un camino (largo), pero posible por recorrer. Físicamente es posible observar las secuelas de una forma medible y tangible, aún, al no ser la persona que lo padece.

Lastimosamente se tiene la oportunidad de encarar a los TCA's al escuchar, leer o presenciar cuando la falta de nutrientes adelgaza tanto la sangre al punto crítico de los problemas cardiacos (sin especificar solo uno, debido a la particularidad de los diagnósticos) hasta que falla el corazón; es posible dimensionar la gravedad de un trastorno de la conducta alimentaria cuando se sabe que aquella persona, esa que se levantaba de inmediato del comedor para ir al baño antes de que los alimentos comenzaran a hacer digestión, le salieron úlceras gigantescas por la corrosión de los más de cinco vómitos diarios, y eventualmente terminó en estallamiento de vísceras. En este punto es cuando se sabe que era un problema real y no era una acción tan sencilla como decidir “comer bien”.

La megalocardia es otra de las formas de encararles, esta consiste en el agrandamiento del corazón, también se le conoce como “enfermedad del corazón grande” pese a que ésta no es una enfermedad. Sin embargo, debido al crecimiento del órgano, el bombeo de sangre hacia todo el cuerpo se puede complicar, esto ocasiona un cansancio intenso y la falta de aire.

En el caso del trastorno dismórfico muscular, puede haber megalocardia entonces sí son trastornos con consecuencias físicas importantes

algunas de las consecuencias son permanentes y pueden llevar a la muerte. (Silva, C., 2021)

La megalocardia es una condición severa que puede ocasionar la muerte súbita, sin embargo, es posible tratarse mediante medicamentos, sistemas de auxilio como el marcapasos o con cirugía cuando el diagnóstico es temprano. Cuando se inicia paulatinamente con los trastornos de la conducta alimentaria nunca se considera si se agrandará el corazón, si la anemia adelgaza la sangre hasta la muerte o si las úlceras terminarán estallando.

VII. LA INFODEMIA ES LA HERRAMIENTA, LAS REDES SOCIALES EL DETONANTE

Para Noemí, las redes sociales, los blogs y foros inundados de contenido pro TCA jugaron una clave muy importante en su percepción, su crecimiento, su madurez como individuo y sobre todo en el desarrollo de su estructura cerebral y corporal. De sus 16 a los 19 años son pocas las fotografías que tiene, ella no quería compartir fotos de sus pasatiempos, sus amigos o familia porque su autoestima se había marchado desde el primer click que la acercó a los trastornos de la conducta alimentaria.

Frente al espejo de su baño solo estaba ella, su inmensidad y todos los kilos que no podían desaparecer, aunque la báscula y la cinta métrica marcaran lo contrario. Frente al espejo del salón de danza su inmensidad crecía un poco más, sus compañeras bailaban en el viento como plumas ligeras, no había dificultades para ellas. Sin embargo, Noemí con cada sutil vuelta, flexión de torso y movimiento de caderas notaba como sus rollitos se pronunciaban cada vez más.

Las cuentillas del pareo de danza gritaban a todo el mundo ‘vean estos gordos, son inevitables’ y en lugar de sentir que el ritmo de la música, acompañado del ruido de las cuentas, la conducían a lo largo del salón para interpretar su más grande pasión, solamente denotaban más y más como crecía su inmensidad frente a todas sus compañeras, frente a su maestra. Esta inmensidad la despojó de todo lo que ella creía que estaba bien en su cuerpo, era como si la dejara completamente desnuda, ya no solo en el salón de danza — sino en todo sitio; incluso en internet — y todo el mundo podía observarla.

Aunque fuera una ermitaña digital (por disparatado que pueda creerse) esto no la mantuvo lo suficientemente alejada como para salvarla de las consecuencias físicas y mentales que estos perfiles le dejarían a lo largo del tiempo. Ella jamás fue una participante ‘activa’ como los demás usuarios, no interactuaba del todo, aunque sí llegó a utilizar perfiles falsos para consumir este contenido.

Era como un diario por así decirlo, pero de anorexia. Pero en foros nunca llegué a participar porque siempre he sido una persona que no le

gusta mucho hacer amigos o interactuar con desconocidos. (Moreno, N.,2020).

Pero no hay que malentender, esto no significa que fuera del internet no existan trastornos de la conducta alimentaria o celebridades que promueven cuerpos hegemónicos estereotipados. Los TCA siempre estuvieron en los reflectores: con modelos, celebridades y hasta con princesas británicas, aunque el contexto que las y los deriva frente a los trastornos siempre es una mezcla extraña.

Creo que quizá si no hubiera tenido el acceso a esa cuenta de Twitter y a esos blogs probablemente me hubiera pasado por la cabeza, pero no hubiera estado reafirmando todo. Eso sirvió como detonante. Conocí chavas que después me confesaron que tenían anorexia o bulimia, pero si solamente hubieran sido ellas, pues equis, pero lo estaba viendo todo el tiempo [contenido de Twitter] y eran muchas personas. Sí fue un factor muy determinante. (Moreno, N.,2020).

Ser el estereotipo, deseo de todas las edades

La investigadora Cecilia afirma que todas las personas que tienen trastornos de la conducta alimentaria funcionan muy similares, accedan o no a estos grupos. Sin embargo, sería erróneo dejar de lado el papel que juegan las redes sociales en años previos, sobre todo en la actualidad.

En una sociedad que se distingue por la abundancia de la información, el consumo y la imagen puede resultar poco evidente la influencia de los medios de comunicación masiva y la importancia que adquieren en la construcción social de la “imagen” de una mujer, utilizando una sola palabra para englobar toda edificación del “deber ser” físico, emocional, profesional, económico y estético que recae en la asignación sexo-genérica de una persona.

Los contenidos publicitarios buscan influir en los hábitos de quienes los consumen, desean influenciar su performatividad y/o coartarla, esto mediante las imágenes e ideas que se propagan

por redes socio digitales, televisión, medios impresos y la radio, además de vender productos se venden estereotipos que se insertan en el imaginario colectivo.

Sin embargo, sería erróneo señalar que los estereotipos siempre fueron los mismos a lo largo de la historia. Tanto los masculinos como los femeninos no son construidos por una conspiración mediática, como en primera instancia puede suponerse, sino por el contexto histórico, social, cultural, político, religioso y económico de cada momento.

Existe una infinidad de análisis de estereotipos de la mujer en los medios de comunicación, desde revistas sociológicas hasta test de revistas dominicales: J. ESTRUCH, F. MERCADÉ y J. ROMEU, «*El papel de la dona a la publicitat: la manipulació d'una imatge*». Papers: Revista de Sociología, vol. 10 (1978), pp. 95-113; J. GALLEGRO, *Mujeres de papel: de ¡Hola! a Vogue, estudio sobre la prensa femenina en la actualidad*. Barcelona, Icaria Ediciones, 1990; R. PASTOR CARBALLO, «*Realidad, símbolo y discriminación: la violencia en la construcción de una imagen de mujer*». Asparkia, vol. 4 (1994), pp. 67-77; E. DEL POZO, «*La mujer y los medios de comunicación de masas*». Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada, vol. 105 (1996), pp. 205-227; J.M. DOMÍNGUEZ, «*Prensa femenina y reproducción social*». Telos, vol. 14 (1998), pp. 52-56; A. GUIL BOZAL, «*El papel de los arquetipos en los actuales estereotipos sobre la mujer*». Comunicar, vol. 11 (1998), pp. 95-100.

Marta Ruíz García y Joaquina Rubio Algarra elaboraron una clasificación de los estereotipos más comunes que se encuentran en la prensa y en la televisión, según datos obtenidos de su investigación cualitativa.

Estos son: la mujer ama de casa, la mujer compañera, la mujer madre, la mujer cuidadora, la mujer rival, la mujer bella, la mujer objeto de seducción y reclamo publicitario, la mujer que trabaja fuera de casa, la mujer abuelita y suegra previsoras, la mujer joven, y por último la mujer-niña.

Sabemos que los medios de comunicación en general sí han tenido influencia como factor desencadenante en los trastornos de la conducta alimentaria, por esta cuestión de que se presentan estos ideales de belleza (de pronto inalcanzables) y la promesa de que en la medida de

que tu tengas cierto físico vas a ser muy feliz, vas a conseguir al amor de tu vida, además vas a ser súper exitoso y vas a vivir eternamente feliz. (Silva, C., 2021)

El estereotipo de “la mujer bella” está estrechamente relacionado con los discursos publicitarios y los productos que se anuncian. Dependiendo de la segmentación y la marca es su target determinado, sin embargo, el mensaje de “alcanzar” la belleza se lanza a todas las mujeres según sea su clase social, edad, preferencias y todo lo que compone un perfil de venta, pero a ninguna deja de llegarle el ambicioso mensaje.

El propósito de esta difusión es buscar la identificación con algún elemento del mensaje, ya sea quién lo enuncia o lo que anuncian: ropa, alimentos, cosméticos, artículos deportivos, productos médicos y farmacéuticos, etc., para que por cualquier vía se logre la idealización o identificación del cuadro que se ofrece.

La cultura de la belleza es, sin duda, reforzada por los medios de comunicación, por el momento se dejará de lado la nueva performatividad de la diversidad de cuerpos, se tomará en cuenta el estereotipo tradicional que se desarrolla a lo largo de este trabajo. La belleza históricamente ha sido entendida con la proyección de la delgadez y cuerpos perfectos. Lo que sistémicamente es aprovechado por el mercado mediático para la difusión y bombardeo de productos, dietas milagrosas y técnicas de adelgazamiento que, la mayoría de las veces, no sirven más que para subyugar colectivamente a la mujer de forma física y mental. Lo que propicia la carrera interminable de buscar «tener un cuerpo diez».

Se presenta un deseo poco realista, inalcanzable —al menos para la mayoría de nosotros— y se empieza a generar una gran insatisfacción. Esta publicidad, estos espacios hacen depender todas estas promesas del físico, entonces funciona o se erige como factor desencadenante en el momento en que yo supongo que al tener cierto físico voy a obtener todo aquello que se me promete, eso es claro. (Silva, C., 2021)

La percepción de cómo debe ser una mujer se ha ido moldeando con los años, desde inicios del siglo XX hay pocos indicios que relacionen la belleza con algo distinto a la delgadez (con excepción de la década de los cincuentas a sesentas), este discurso ponderado desde los medios de comunicación y representado por las figuras públicas en turno, exige, además, un cuerpo firme, sin celulitis, joven, deseable y consumible por la heteronorma: es decir, “proporcionalmente” voluptuoso.

En la investigación cualitativa realizada por Marta Ruíz García y Joaquina Rubio Algarra los grupos de discusión que se analizaron tienen en cuenta que para ser bella se debe estar delgada, lo que evidencia la estrecha relación que perciben entre delgadez y belleza, no obstante, reconocen que este estereotipo es inalcanzable o que en su mayoría requiere de procedimientos, intervenciones o técnicas de embellecimiento corporal.

Aún con el advertimiento sobre la dificultad de alcanzar estos estereotipos de belleza, en la mayoría de los casos se toman los riesgos necesarios para obtener la delgadez anhelada. Según los datos de la investigación mencionada, “todas manifiestan que desean conseguir esta delgadez, deseo expresado en todas las edades, situación social y laboral” (Ruiz, M., Rubio, J. 2004).

A lo largo de la historia se ha encontrado que, en determinadas etapas de su vida, la mujer (hoy en día los hombres han incrementado sus estadísticas) son mucho más influenciables ante este modelo de delgadez, siendo el momento más crítico la adolescencia. La explicación se ha precisado anteriormente, debido a que la adolescencia es la etapa en la que los trastornos de la conducta alimentaria se hacen presentes en sus vidas, según la Secretaría de Salud de México:

Se estima que las personas que padecen anorexia y bulimia iniciaron entre los 12 y 18 años de edad”. [sic] (Secretaría de Salud, enero 2017)

Sin embargo, las edades se desdoblaron desde la infancia hasta la edad adulta, lo que presenta nuevas variantes o problemáticas que repercuten en la salud alimentaria a largo plazo, y eventualmente a la física y psicológica. Los trastornos de la conducta alimentaria se relacionan, o no, con trastornos como la vigorexia, dismorfia y ortorexia; profundizados anteriormente.

A partir de este punto comienza a exponerse la relación entre los TCAs ‘‘tradicionales’’ como la anorexia y bulimia, con la dismorfia y la ortorexia. En el contexto clínico actual, es imprescindible subrayar la escasez de información, estudios, casos y tratamientos clínicos respecto a la ortorexia. Esta puede definirse brevemente como una obsesión patológica por ingerir, preparar y cultivar comida sana a niveles insanos, comienzan a suprimir elementos de su dieta como carbohidratos, azúcares, carnes, alimentos de origen animal.

La ortorexia desemboca en diferentes variantes de ‘‘dietas’’, el concepto fue explicado en capítulos anteriores, gradualmente suprimen alimentos y las dietas se tornan en vegetarianas, veganas, crudiveganas, pescetariana, frugivorismo o frutarianismo que se basa principalmente en el consumo de frutas crudas, frutos secos y semillas. Progresivamente se elimina todo que sea intervenido de forma procesada, con aditivos, conservadores y que no sea orgánico.

Marta Ruíz García y Joaquina Rubio Algarra advierten, dentro de la poca información que existe en la comunidad que la ortorexia:

Esta enfermedad suele manifestarse en pacientes que se recuperan de la anorexia y la bulimia, y en los que siguen dietas de adelgazamiento. (Ruiz, M., Rubio, J. 2004)

Cecilia Gutiérrez afirma que las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria tienen secuelas y rasgos similares como se mencionaba anteriormente. En ciertos casos el primer trastorno que aparece es la ansiedad o depresión, y para mitigar la sintomatología se puede recurrir a los atracones alimenticios —elemento importante de la bulimia— lo que desarrolla TCAs. En otros tantos casos los trastornos de la conducta alimentaria son los primeros en aparecer y desembocan en trastorno de ansiedad y depresión.

Algo que los caracteriza definitivamente son los niveles de ansiedad y depresión. Eso es en todos aparece a diferentes niveles, pero en todos aparece. (Palomero, C.,2019).

Un mal diagnóstico desemboca en una diversidad de dificultades, tiempo perdido, dinero invertido, vidas poco plenas y ciertamente tormentosas, culmina también en vidas perdidas. Noemí antes de

ser diagnosticada con dismorfia tuvo múltiples valoraciones donde le informaron que ‘‘solo’’ se trataba de anorexia y bulimia. ¿La solución? Solamente se trataba de comer y no vomitar. Sencillo.

VIII. “NO BASTA CON SER ESPECIALISTAS, SE NECESITA UN ENFOQUE”

Tras recorrer los consultorios de los mejores terapeutas (recomendados) de Aguascalientes, encontró una ligera esperanza por iniciativa propia, y un poco por el ultimátum de su padre. Esa esperanza, o al menos así era como lo veían sus familiares y amigos, fue un arma de dos filos en aquel sitio supo que además de su anorexia y bulimia también tenía dismorfia corporal y trastorno límite de personalidad.

Cuando me hicieron todo esto fue ahí cuando me di cuenta de todo lo que me pasaba, pero no seguí las indicaciones, fue como de —Ahh ya sé que me pasa, pero no me importa—. (Moreno, N.,2021)

Las personas con trastorno límite de personalidad o TLP tienen una personalidad muy histriónica y detonante. El diagnóstico de cinco trastornos distintos que convergían como en una flor de loto letal, no fueron fáciles de procesar en días, semanas y tampoco lo sería en meses porque si algo le quedaba claro a Noemí era que el tiempo había transcurrido, los especialistas nunca le ‘’atinaron’’ a lo que ella tanto le padecía día con día. Estaba segura de que por más ayuda que buscó eso nunca fue suficiente para desprenderse de esta flor letal.

La paciencia la cultivó demasiado en tantos años con TCAs, y aunque su trastorno límite de personalidad le hizo saltar de dieta en dieta, ejercicio en ejercicio y trastorno alimenticio en trastorno alimenticio como jardín, no había recurrido a medidas drásticas anteriormente.

Los cinco diagnósticos la acorralaron y de inmediato supo que todo el esfuerzo no resultó suficiente para su bienestar, ella quería cambios inmediatos, quería recuperar su vida como la conocía, quería volver atrás cuando las dietas eran ocasionales para eventos de danza especiales e importantes.

A la semana siguiente de que fuimos al psiquiatra me intenté suicidar, no despertaba, yo ya estaba muy mal, me desintoxicaron y me internaron en el psiquiátrico. Yo ya no me podía salir, aunque yo era mayor de edad, habían dado la orden de que no estaba bien de mis facultades mentales para estar fuera. Ahí fue la primera vez que sí le

hice caso al psicólogo, pero he pasado por muchísimos psicólogos y psiquiatras sin resultados. (Moreno, N., 2021)

La recuperación de la vida tal y cómo se conoce es de las pocas esperanzas que se tienen cuando se lidia con este “paquete” de trastornos, se vive un aislamiento, una segregación del mundo “normal” y comienza a sentirse la vida como un objeto perdido dentro de los pliegues del sofá, pero el fondo de este hundimiento es algo que no se ve cercano.

Lo que se suele conocer como tocar fondo aún está distante de la recuperación y puede ser que parezca que está cercano a la desesperanza, pero este cúmulo de sensaciones solo es conocido por supervivientes de trastornos de la conducta alimentaria, depresión, ansiedad, trastorno límite de personalidad, víctimas de violencia sexual y muchos otros trastornos más que no se tocaron en este reportaje, esa desolación aunque esté cubierta de tanta obscuridad también se resignifica (en diferentes etapas de cada proceso) como una chispa de luz.

Este destello se siente como acercarse al rinconcito donde pega el sol durante una mañana helada, y por mucha desesperación que se quiera transmitir y comunicar al círculo de apoyo, no basta ni es suficiente. Incluso tampoco llega a ser suficiente aun cuando se tiene ayuda de las y los expertos porque nadie lo vive como en su propia piel.

Si existen tantos especialistas, médicos, nutriólogos, médicos, dietistas, psicólogos y psiquiatras ¿por qué no bajan las cifras de personas con trastornos de la conducta alimentaria? ¿por qué siempre hay alguien cercano que evita comer ciertos alimentos, se restringe en horarios y tipos de comida? ¿por qué no solo comen o se ponen a dieta y ya?

“No basta con ser especialista, se necesita conocer sobre TCAs”

Aún con la recurrencia, las estadísticas y las evidencias tangibles, la gente conoce muy poco sobre este tipo de trastornos, aunque históricamente han logrado mellar gran parte de nuestra socialización en todas las culturas del mundo, no conoce y no identifican con TCAs. Ahora bien. El desconocimiento tampoco es una herramienta ni una puerta para la justificación o para la acribillación moralina.

Es sabido —poco o mucho, pero sabido— que se toma acción con las herramientas y conocimientos que se tienen, o como bien se conoce “*se hace lo que se puede con lo que se tiene*”. Cuando las secuelas de los trastornos encaran a todo el círculo de quién los padece ocurre que todos desean ayudar, pero la mayoría de las veces no se sabe cómo o por dónde empezar.

Es muy común que de entrada los lleven al nutriólogo y si el nutriólogo tampoco conoce de estos trastornos pasa que “—Te voy a engordar en dos meses 10 kilos—”. Entonces eso, por un lado; que no buscan la ayuda que se requiere, que no es de entrada la del nutriólogo y que buscan ayuda ya muy tarde. Incluso los papás dicen “—Bueno, que tiene de raro, todos hacen dieta a esta edad, a todos les preocupa su figura—”. Es difícil y también para los papás detectar cuando también empieza a ser un problema.

Así lo precisa la investigadora especialista Cecilia Gutiérrez. Por otro lado, uno de los mayores problemas a los que se enfrentan pacientes y las personas que se encuentran en su sistema de apoyo es que existen muy pocos especialistas que sepan cómo trabajar con esos trastornos. No basta con ser psicólogo, no basta con ser psiquiatra o no basta con ser nutriólogo, se tiene que saber trabajar con las personas con trastornos de la conducta alimentaria por el siempre hecho de la complejidad que implican.

¿Qué comprende saber trabajar con pacientes con trastornos y específicamente con trastornos de la conducta alimentaria? ¿Acaso se trata de requisitos de la academia y del gremio clínico? A primera instancia suena lógico que se trate de certificaciones, especialidades y demás grados académicos para tratar a este tipo de consultantes, sobre todo por el factor fisiológico y neurológico que se involucra en el proceso.

Zoraida Meléndez Zermeño es licenciada en Psicología, académica de la Universidad Nacional Autónoma de México de la Facultad de Psicología, actualmente psicoterapeuta especialista en estrés postraumático y trauma complejo, así como en violencias sexuales, es una de las fuentes especialistas consultadas para el presente trabajo.

Como se ha precisado anteriormente, la sintomatología física y mental son el mecanismo de defensa del cuerpo para indicar que algo no está funcionando correctamente, que existen

deficiencias o daños que no se logran ver en primera instancia. Pero cuando se trata de trastornos de la conducta alimentaria ¿A qué se le debe poner primero atención cuando son tan fáciles de ocultar?

Está demostrado que las manifestaciones físicas se encuentran en una etapa avanzada de cada trastorno y no podría considerarse como una señal de alerta de primer orden. Por opción de descarte queda el aspecto psicológico; posiblemente un monitoreo y una gestión adecuada de comunicación, emociones y, principalmente, el monitoreo del consumo de contenidos en redes socio digitales ayuden a disipar las probabilidades de padecer un trastorno de la conducta alimentaria ¿cierto? A menor bombardeo de mensajes y discursos en pro de estereotipos de belleza hegemónicos, menores índices de TCAs. Suena a una ecuación nada complicada.

Sin embargo, por mucho que se desee y se aferre a esta hipótesis, es mucho más complejo desvanecer un problema con una raíz enorme que se arraiga a las estructuras diseñadas para el desarrollo de los trastornos mentales y de la conducta alimentaria, es necesario ir más a fondo debido a que los niveles de socialización y de influencia son profundos y diversos según las variantes de cada paciente. Como ya se vio en capítulos anteriores, la susceptibilidad que existe en las y los adolescentes para adueñarse de cierto discurso varía según el contexto en el que se encuentre ya sea cultural, económico, psicológico y emocional.

Yo creo que es un tema de fondo que nos toca porque existe una serie de estereotipos que «debemos» cumplir y que de alguna manera hay toda una cultura y una serie de mandatos para que eso ocurra. [...] creo que el asunto de fondo tiene que ver con esta exacerbación de una estructura física, que se convierte en un mandato de género y una exigencia, [...] Aquí creo que de fondo hay una cultura de maltrato al cuerpo y de exigencia a un cuerpo determinado, que hace que las mujeres nos vivamos siempre mal, y ahora también los jóvenes. (Meléndez, Z.,2022)

A partir de estas exigencias y el sentimiento de pertenencia, inherente por el hecho de ser seres sociales, comienza a gestarse una industria por y para pertenecer y competir primeramente al

estereotipo cultural y —en este caso— a las comunidades Pro-Ana y Mía, *Thinspo* o a todas aquellas que se encuentran a favor de las restricciones alimentarias y conductas restrictivas.

Arraigo estructural del estereotipo

En la génesis de un trastorno de la conducta alimentaria entran en juego el sentido de pertenencia y la competencia por demostrar “quién más”, lo que eventualmente la psique lo traduce en obsesiones graduales según los parámetros medibles con los que se comparan los individuos del grupo o comunidad.

Un tema ahí que es importante es la manipulación que se hace a través de la autoestima. La autoestima ya se convirtió en una herramienta para ello. (Meléndez, Z.,2022)

¿La frecuencia de estos mensajes y discursos del estereotipo hegemónico puede ser un factor de desarrollo de estos trastornos? La frecuencia es un factor que interviene, pero algo que se debe dejar por sentado y lo más claro posible es que, según la información obtenida de las y los expertos consultados para el presente trabajo: de acuerdo con los factores y situaciones contextuales de cada individuo es lo que le detona dichos trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo si se acompañan de los trastornos mentales, anteriormente mencionados, como la depresión, ansiedad y TLP.

Zoraida Meléndez apuesta por ver la susceptibilidad a internalizar estos mensajes como una dialéctica, es un razonamiento que viene de afuera hacia dentro (el bombardeo de mensajes o el mensaje *perse*) y de dentro hacia afuera (la reafirmación de los estereotipos mediante el manejo de la autoestima), ya que hay factores que predisponen el quedarse atrapado en la dinámica de las conductas restrictivas y compensatorias con tal de pertenecer a algo.

La identidad en la adolescencia y la autoestima son elementos sumamente frágiles, fungen como una torre de naipes que en ocasiones puede ser más grande que otras, pero todas endeble, y así con esa delicadeza puede derrumbarse con una ráfaga de viento (aunque esta sea muy pequeña) y

el proceso de construcción del reconocimiento de sí mismo es como un niño pequeño intentando reconstruir su torre naípe por naípe, con unos intentos más tropezados que otros.

Según las especialistas en psicología que se consultaron, una tarea o deber imprescindible cuando se está en una edad temprana pero consciente es: asumírnos como nosotros mismos: la construcción de un yo, de un sí mismo, pero a veces eso queda colgado de la valoración externa. No es algo que tú logres por ti, sino que se ancla a partir de la valoración externa o a partir de que tú te cubras de una identidad.

Un rasgo característico de las y los consultantes con trastornos de la conducta alimentaria es que son más susceptibles de apropiarse de estos discursos de belleza hegemónica y valoración mediante ellos porque no lograron construir una identidad yoica fuerte y sólida. Por lo tanto, se definen a sí mismo a partir de una serie de valores, los estándares de belleza, para pertenecer.

Es algo que a todas y todos nos pasa, pero conforme maduras construyes tu identidad, pero hay entornos familiares que no nos permiten hacer ese trabajo y quedamos a merced y nos autodefinimos según la valoración del otro y construimos esto que se llama autoestima o nos desvalorizamos.

IX. LOS TRASTORNOS VAN MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS

Noemí siempre ha dicho que todo su proceso fue un evento aparte y ajeno a la aprobación y pertenencia de este tipo de comunidades digitales, sin embargo, la aprobación es algo distinto a la correspondencia. Ésta la tenía, aunque no existiera un acto cívico simbólico para hacérselo saber a todos los que la rodeaban, eso no era suficiente, porque aún con la ausencia de ello, todo su círculo cercano próximo sabía que ella era parte de “algo” y este algo siempre fueron los trastornos de la conducta alimentaria, pero como no se conocen, no se les nombra.

A ese “algo” prefiere dárselos nombres más cortos, más reduccionistas de un problema complejo ¿por qué preferimos sustituir el nombre completo de trastornos de la conducta alimentaria por algo más? Desde la evocación de la palabra trastorno se entiende la connotación negativa ¿Pero en verdad es algo de “locos”? Reducir un TCA a alguien que *no quiere comer o alguien que vomita, el o la que está mal de la cabeza o un monstruo* —como le dijeron a Noemí— es una acción más rápida que responsabilizarnos del desconocimiento de los trastornos y la perpetuación de estructuras capitalistas hegemónicas.

En México de lo que más se habla es de la diversidad de culturas y de su gastronomía, lo ricas que son, lo características que son, los ingredientes más exquisitos, las sensaciones en el cuerpo y el paladar al dar un bocado, y las emociones ni se diga. No por nada se tiene en el país uno de los libros estrella *Como agua para chocolate* de Laura Esquivel, en donde la comida y las emociones están estrechamente relacionadas; esta última condimenta y sazona a la primera.

Somos culturas que hemos construido rigurosamente la relación afectiva a través de la comida, entonces llegan expertos en Psicología y trastornos de la conducta alimentaria con enfoques diversos, ya no solo tratan la sintomatología física, sino que, cuando aún se está a buen tiempo se logran ir más a fondo y comienzan a observar la relación de las y los consultantes con la comida, qué les representa, qué les provoca.

Muchas de las personas que tienen este tipo de trastornos hacen una relación afectiva con la comida de rechazo o aceptación, donde además sus emociones están fluctuando todo el tiempo y la forma de resolver las cosas es a través de comer [...] cuando algo me pasa a nivel afectivo y emocional inmediatamente lo asocio con la comida y establecer todo un comportamiento relacionado restrictivo o compensatorio. (Meléndez, Z.,2022)

De acuerdo con el enfoque que se presentó en el Primer Congreso Internacional de Psiconutrición del 2022, y lo que presenta en escena la psicóloga Zoraida Meléndez respecto a la psiconutrición y las emociones, los pacientes de TCA son personas que tienen una fragilidad emocional considerable, y por ello se relacionan con una alta frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria con los trastornos mentales como la depresión y ansiedad. Ambos se encuentran entrecruzados.

Al tener en cuenta las consideraciones físicas como manifestación secundaria o terciaria, y las consideraciones psicológicas, es imprescindible subrayar lo imperativo que resulta ser tener una atención mental adecuada y acompañada de forma integral. Sin embargo, no hay una fecha o evento determinado que detone por sí mismos los trastornos de la conducta alimentaria, ya que, como fue establecido anteriormente; el contexto de cada individuo es el que detona las conductas referentes a este tipo de trastornos, y estas pueden ser graduales o inmediatas.

A este tipo de situaciones contextuales se les otorga el nombre clínico de desarrollo, son aquellos que alimentan o incrementan las posibilidades de producir un TCA. Este tipo de factores tiene un amplio espectro, no se concentra en un solo elemento, aquí se encuentran: etapas de crecimiento y desenvolvimiento, la vida cotidiana, factores de crisis (específicos para cada individuo) e historia de vida. Conforme se habita y persiste en las sociedades, se van adquiriendo mensajes positivos o negativos que refuerzan y anclan a una gran diversidad de trastornos por la imperiosa necesidad de encajar en los estándares.

Cuando una persona se enfrenta a heridas en el cuerpo, en el imaginario o en la psique (de índole estético, físico, o sexual), dicha persona se desconecta simbólicamente de su cuerpo o de alguna parte concreta, y comienza a verlo como algo indeseable, algo en lo que no vale la pena estar.

No puedo generar procesos de regulación porque no quiero estar en mi cuerpo porque lo veo como un espacio de dolor, un espacio del que quiero huir. Ahí estamos hablando de cuestiones de la historia de vida.
(Meléndez, Z.,2022)

Otra de las cuestiones contextuales de la vida cotidiana es que, ocurren cosas que van instruyendo a cada individuo para sumergirse en determinado discurso, por ejemplo, para Noemí inició como solo hacer dietas cada que tenía una presentación de danza árabe porque quería que se le viera un vientre plano, porque sus instructoras se lo exigían, porque cada ensayo era un recordatorio constante de «lo gordas que se ven en el espejo».

Posteriormente las dietas se hicieron parte del día a día porque ya no bastaba ser delgada en cada presentación y ella ‘necesitaba’ reflejarse de una forma determinada y esta idea fue reafirmada por cada cuenta en las redes sociodigitales que señalaban su peso o sus medidas.

Esa idea también la reafirmaba su psique cada que se miraba al espejo y se tomaba fotos en aquel baño blanco, y, por más que se remarcaba su columna o sus huesos pélvicos, ella se seguía viendo con sobrepeso, incluso consideraba que estaba cerca de la obesidad mórbida.

¿Entonces a quién se debe acudir primero? Se hará mención las veces que sean necesarias que cada proceso es distinto entre cada individuo consultante, más que el especialista, lo importante es tener acceso a un tratamiento integral que esté formado por psicólogos, doctores, nutriólogos, trabajadores sociales, neurólogos y psiquiatras si es necesario, pero necesita conocerse de fondo el problema, qué representa para quién consulta el hacerlo o no cuando se habla de TCAs, debido a que el síntoma es la punta del iceberg de algo mucho más profundo, no nada más tiene que ver con que haya muchas personas atendiendo.

Se necesitan a todos los especialistas, pero finalmente en el fondo hay obsesión y eso cuando se encuentran en grados muy altos, son necesarias las intervenciones especializadas. Es imperativo que la persona vaya teniendo procesos de regulación, y que cada uno de ellos vea a la persona de forma más profunda y que vaya más allá del síntoma. Ninguno importa más que otro por su profesión.

Esos trastornos y obsesiones tienen un origen en algo que va más allá del síntoma y que se ancla en la vida de la persona y necesitamos descubrir qué es. (Meléndez, Z.,2022)

Cuando los trastornos de las y los consultantes no se tratan con un enfoque humano, precavido, cuidadoso e informado es como si se sumergiera en un cuarto donde se encuentran todas sus más grandes fobias. Para Noemí su cuarto de fobias se encontraba en el consultorio de una nutrióloga que no estaba especializada en TCAs y al escuchar “te voy a hacer engordar” detonó algo en ella, que, por desgracia, funcionó con el efecto contrario a una recuperación adecuada.

Salir corriendo fue la mejor opción. El trabajo de años vomitando, ayunando, ejercitándose y privándose de una vida de alimentos ¿Cómo se atrevía ella a tirarlo por la borda? ¿Qué le daba el derecho para hacerlo? Pero, por algo ella pidió ayuda, aunque no es lo que ella quería ¿Era mejor seguir con trastornos de la conducta alimentaria? Ya no podía, su cuerpo ya no aguantaba, las cirugías cada vez eran más tardadas de recuperarse, aunque no involucrara “nada” referente a los alimentos, la vida se estaba tornando cansada. La energía se estaba apagando como una vela a punto de dar su último aliento.

Lo más razonable fue hacerlo por su cuenta, comer saludable. Fue integrando poco a poco las proteínas animales, carbohidratos, azúcares y harinas, pero todo esto no fue de golpe, tampoco gradual. Con las semanas que pasaban y con ayuda de su psicólogo fue estructurando un plan alimenticio, él fue su salvavidas y su luz al final del túnel, ella así lo vio.

Sin embargo ¿Cuántas veces hemos escuchado a un profesional recomendar iniciar un régimen alimentario sin la supervisión adecuada? Exacto. ¿Cuántas veces las personas toman la iniciativa de hacerlo solas y solos? Así es. Existe una discordancia impresionante, una fascinación por llevar la contraria ante toda regla establecida o imaginaria.

La nutrióloga Claudia Morlett subraya la importancia de no hacerlo por consideraciones que van desde la resignificación de conceptos, hasta padecimientos físicos sin reparo. En primera instancia ¿Qué quiere decir *alimentación saludable*? Seguro es algo que me haga “bien”, *Google* puede ayudarme porque es una vitrina de acceso libre, y voy a encontrar recetas fáciles, bajas en calorías, para adelgazar o compensar, libres de gluten, con alimentos orgánicos, incluso con los alimentos del futuro.

¿Alimentos del futuro? Por qué esperar a que se acaben los vegetales para empezar a consumir leguminosas como la lenteja y el garbanzo, mejor comienzo a sustituir cereales, carnes, carbohidratos por todo en versión garbanzo. Es un alimento del futuro ¿Qué puede salir mal? También sustituir la leche animal por vegetal ¿leche de coco, avena o de arroz? Luego sigo con las cremas y quesos. Adiós lácteos porque son malos para los triglicéridos, pero en un par de años la descompensación de la lactosa en el cuerpo puede provocar o exacerbar la hipocalcemia (deficiencia de calcio), un factor que no se sabía que tenía que considerarse.

Si como vegetales suficientes y carnes rojas ¿se balancea? Evidentemente el consumo de agua es importante, mantenerse hidratado es esencial para activarse en el día, mínimo son dos litros, pero si me tomo tres o cuatro no pasa nada. Nadie ha muerto por tomar agua ¿no? Lo cierto es que ninguna opción es la adecuada, ya que ingerir tres o cuatro litros de agua al día no significa que el cuerpo y los órganos sean saludables. No sirve de nada tomar una cantidad exorbitante (y molesta para la vejiga) de agua cuando se tiene problemas renales. Una mujer joven adulta puede tomarse más de tres litros de agua al día y aun así estar cerca de comenzar diálisis porque sus órganos no están siendo atendidos con las propiedades y nutrientes adecuados de los alimentos.

Entrar en el imaginario de un paciente con trastornos de la conducta alimentaria se hace con el propósito de saber qué hay detrás, lo que le representan los alimentos o las conductas de restricción o compensación, esto se hace para poder comprender cuál es el camino adecuado a sus necesidades para modificar sus patrones, y esto se logra con todos los especialistas que se requieren (según sea el caso) para que el cuerpo atraviese la situación de la forma más humana y menos compleja posible.

El objetivo de un tratamiento integral de corto, mediano y largo plazo es con el objetivo de recuperar la salud física y mental de las y los pacientes, de revertir los efectos que los trastornos ocasionaron o pueden desencadenar en ellos. Como se mencionó anteriormente cada cuerpo reacciona distinto al tiempo y prácticas a las que se le ve sometido, pero a largo plazo los trastornos y obsesiones dejan huellas en todos lados.

Los trastornos dejan ecos de las conductas, porque nadie se recupera con ‘solo comer’, dejar de contar calorías no es inmediato, incluso, tragar un bocado es un logro de dimensiones indescriptibles para quien lo atraviesa. Comúnmente es descrito como ingerir veneno, saborear una masa asquerosa, grasosa o viscosa que la única respuesta inmediata que logra obtener son las lágrimas de impotencia, el asco interminable y la impotencia que jamás se desaparece porque nadie ha vivido todo eso como las y los pacientes en su propia piel.

Para Noemí, sentir un bocado no fue distinto, y aunque la sensación de deshacer un bocado entre su paladar, saborear lo dulce y distinguir la variedad de lo salado eran cosas que por años disfrutó sentada alrededor de una mesa, una banca o parada junto a su familia y amigos, después de tantos años con anorexia, bulimia, dismorfia y ahora ortorexia, no se hacía más fácil tragar bocado, por más familiar que fuera esa sensación.

Esta extrañeza se fue controlando más y más con ayuda de su psicólogo. Él le ayudó a implementar un plan alimenticio improvisado que pudiera ayudar a su recuperación, porque lo cierto era, que ya no estaba dispuesta a correr más riesgos con más especialistas que ‘la vieran muy flaquita’ y quisieran engordarla de inmediato, incluso, su internamiento en el psiquiatra no le aseguró un tratamiento adaptado a las necesidades que le generaron sus trastornos, ni a su estilo alimentario fuera de los TCAs.

Fue completamente diferente a lo que yo esperaba, a mí me llevó mi tía a la nutrióloga y le dije: —Primero que nada, soy vegetariana—, justo iba saliendo del hospital psiquiátrico porque ahí por mucho que sean psiquiatras están pésimo. Yo tenía anorexia y bulimia, y me llevaban la

misma comida que a los demás, sabían que yo no comía carne y me llevaban mi pedazo de carne, yo se la cambiaba a mi amiga, le decía: —te doy mi pedazo de carne y tú me das tus vegetales—. Entonces, no estás bien acompañado ni, aunque estés ahí internado, es horrible el tratamiento que le dan a los trastornos alimenticios. (Moreno, N., 2021)

Las dificultades económicas fueron un elemento considerable para que Noemí no pudiera tener acceso a un tratamiento apropiado, ya no se habla de lo oportuno, sino de lo apropiado, por lo que su psicólogo la asesoró con los alimentos que le gustaba consumir, los que no eran de su preferencia, pero, sobre todo, consideraba el presupuesto de una joven adulta sin empleo ni ingresos fijos.

Él fue el que me ayudó, yo creo que él ni siquiera estaba preparado para eso, pero él se preocupaba muchísimo por mí. Con el tiempo me fui sintiendo más cómoda de que estaba subiendo más de peso y más cómoda al comer, porque hay veces que la misma comida te da tanto asco, aunque esté tan rica... para ti ya es anormal. Creo que, hasta el día de hoy, para mí, comer es algo muy extraño.

La ausencia de una rutina de desayuno, comida y cena contribuyó a que cada vez fuera más fácil dejar de comer, ¿Por qué? Porque nadie lo nota, nadie sabe a qué hora se come, es fácil mentir y cubrir cualquier omisión de comidas. Además, cuando estos hábitos se establecen desde el núcleo familiar, todas las conductas de trastornos alimentarios pasan desapercibidas hasta que se establecen interacciones con más personas que tienen hábitos distintos.

Fue inclusive más fácil para ella en el momento en el que se independizó de la casa de sus padres. La supervisión por escasa que fuera anteriormente ahora no existía en el mapa. Y aquello, a palabras de Noemí, fue lo que hizo que ella sola se obligara a salir adelante de eso mismo en lo que se había metido.

Es fácil pensar que se puede salir de un trastorno de la conducta alimentaria, así como fue iniciarlo. No hay afirmación más equivocada que ésta. Se necesita de una dirección, un sistema de apoyo y

más voluntad de la que alguien puede imaginar ¿Por qué? porque la obsesión va cambiando de un comportamiento a otro, aunque este se enmascare como una conducta “sana” adecuada o algo que a simple vista no se percibe como destructivo.

Claudia Morlett ha logrado recopilar información conductual y alimentaria de los pacientes que han acudido con ella a lo largo de casi 20 años. Las historias se repiten vez tras vez; los objetivos más comunes que le solicitan es la pérdida de peso, en algunos casos la consultan para tratamientos específicos de malestares en órganos internos, y a medida que se desarrollan los tratamientos individuales, a través de la interacción en las sesiones de nutrición, el acercamiento con los pacientes y de la mano con la psico nutrición ha obtenido datos sobre patrones que desvían los planes alimentarios de pacientes estables (pacientes sin urgencias médicas inmediatas) por un camino más direccionado a los trastornos de la conducta alimentaria.

Todo inicia con una fórmula en la que se combinan los factores de **información** (fidedigna o no), **ausencia de especialistas** para el acompañamiento, **falta de asesoramiento** oportuno y adecuado. Lo que culmina en la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, como son los “tradicionales” o más comunes, y últimamente —con datos obtenidos de las fuentes consultadas, debido a la ausencia de cifras e investigaciones oficiales en México, — se han registrado casos de ortorexia en diversos grados.

Uno de los más grandes dilemas subrayados dentro del gremio psicológico, médico y nutricio es la ausencia de la información, de datos, de estudios clínicos, de información y difusión oportuna. Al ser escasa la pesquisa es complejo identificar las señales de alerta en los hábitos alimentarios.

La desviación como resultado de los factores anteriormente mencionados, también es escalable, se manifiesta con comportamientos de preferencias o gustos dentro de los alimentos, se comienzan a suprimir alimentos que “han leído que son malos para la salud” como es el caso de los edulcorantes, lácteos, carnes rojas, carbohidratos y una infinidad más, que si bien, no están del todo equivocados, se debe recordar y mantener presente que cada cuerpo es distinto en necesidades nutricias y procesos metabólicos; por tanto, la experiencia individual no la hace colectiva.

No deberían comenzar a suprimirse, cancelar o de exponenciar los beneficios de cualquier alimento porque los cuerpos no responden a los mismos factores y detonadores a los que se les induzca. Incluso por razones fisiológicas, como la presencia de triglicéridos altos, no debe de eliminarse el consumo de todas las carnes posibles o carnes rojas sin la consulta de un profesional, de igual manera con las razones éticas sobre el maltrato animal o el daño ambiental, ya siempre existen riesgos de descompensaciones si los nutrientes de la carne no se sustituyen con otros alimentos en la proporción adecuada.

En los procesos adecuados es necesaria la presencia de alternativas con las que las personas consultantes se sientan cómodos para implementar en la dieta, además de que puedan ser lo más accesibles en la medida de lo posible, para así evitar que salgan del consultorio con ganas de jamás volver y con el pensamiento de tener que arreglar las cosas por cuenta propia. Si existen los recursos, la disposición, el sistema de apoyo y la voluntad ¿Por qué desaprovechar la oportunidad de un buen tratamiento, de la ayuda con una perspectiva humana?

Claudia Morlett afirma que al momento de que se presentan alternativas de sustitución de alimentos, siendo nutriólogo, y se recibe una rotunda negativa como respuesta, es el momento adecuado para comenzar a tratar a los consultantes con una perspectiva de prevención o procedimiento ortoréxico. Sin embargo, la poca información existente del tema y, por ende, el poco conocimiento de cómo proceder en estos casos, hace que síntomas “pequeños” pasen desapercibidos hasta que se manifiestan como incomodidades para las personas cercanas a quién padece ortorexia.

Ahora, la obsesión que se tenía por la cantidad de alimentos pasa a un segundo plano, no deja de ser importante —porque lo cierto es que nunca deja de serlo, aunque sí disminuye considerablemente el nivel de atención sobre la cantidad— sino que se centra en la calidad de éstos, el proceso de cultivo, riego, todo lo que involucra su crecimiento, su modo de preparación y herramientas o utensilios para su elaboración.

Ya establecidas las pautas de los trastornos de la conducta alimentaria tradicionales como la anorexia y bulimia, con las variaciones que éstas pueden presentar, es más factible encontrar el hilo conductor del tema central del presente reportaje. En el momento considerado como

“culminante” de la recuperación de un TCA se encuentra controlada la obsesión por la cantidad de comida con apoyo de especialistas cognitivo-conductuales, ya que es la corriente que ha mostrado resultados de avances favorables en este tipo de trastornos. En dicha etapa el escenario de riesgo físico se ha disminuido y se considera que la vida ya no corre peligro -en ciertos casos-, aquí interviene uno de los factores manifestados anteriormente: la accesibilidad a tratamientos adecuados.

Históricamente en México la cultura de la prevención ha quedado rezagada sino es que desestimada casi en su totalidad. De acuerdo con un artículo titulado: *El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional*, publicado en la revista de psicología del Instituto Nacional de Psiquiatría en conjunto con la Universidad Nacional Autónoma de México, y la Universidad Autónoma de Puebla, documentaron el seguimiento de la permanencia en tratamiento de pacientes del instituto psiquiátrico “Ramón de la Fuente” INP.

Dicho seguimiento fue estructurado metodológicamente: se analizaron 314 expedientes, lograron contactar solo a 64 de ellos, y dentro del análisis en retrospectiva de siete años obtuvieron diversos motivos de abandono de tratamiento.

Los resultados revelaron un porcentaje acumulativo de abandono del tratamiento superior a 70% sin tendencias atribuibles a edad, sexo o residencia. La categoría diagnóstica *orgánico* mostró un abandono ligeramente superior, aunque inconsistente de año a año. Los motivos de abandono más frecuentes incluyeron: sentirse mejor (19.6%), atenderse en otra institución (17.4%), falta de recursos (10.9%), motivos varios (7.6%), efectos colaterales de medicamentos (6.5%) y maltrato del tratante (6.5%). (Velázquez, A, Et. Al., 2000)

Los datos obtenidos del artículo datan del año 2000. Hoy en día no se encuentran actualizaciones sobre la adherencia médica después de 22 años, las “cifras” de la Secretaría de Salud estiman que cuatro de cada 10 pacientes abandonan tratamientos clínicos, sin especificaciones de la rama o los motivos. Pero ¿Qué es la adherencia terapéutica? Esta se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el nivel de comportamiento de una persona, como:

Tomar un medicamento o tratamiento, seguir un régimen alimentario y ejecutar modos de vida. Que corresponde con las indicaciones acordadas con un profesional de asistencia sanitaria o de salud. (Ortega, C., Et. Al., 2018, 226-232).

¿Esto quiere decir que los pacientes son los únicos que abandonan el barco de los tratamientos? Definitivamente no. Noemí es uno de los múltiples casos que ejemplifican el abandono de un tratamiento por factores externos como la falta especificidad de la o él especialista que la trató y sobre todo del conocimiento de cómo estructurar el seguimiento.

En primera instancia debe diferenciarse ‘‘cumplimiento’’ *versus* ‘‘adherencia’’. El primero proyecta una conducta pasiva —de las y los pacientes— o una conducta activa —de las y los médicos o personales sanitarios—, lo que en algún momento subraya el buen trabajo o repartiendo culpas a uno solo de estos participantes. Sin embargo, la adherencia terapéutica compromete diversas conductas, considera múltiples (y complejos) fenómenos y se refiere al grado o nivel de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con las recomendaciones del profesional. (Ortega, C., Et. Al., 2018, 226-232).

Por lo tanto, este último concepto hace que la responsabilidad sea repartida entre ambos factores y se subraya la participación activa de éstos. Para que la relación y el tratamiento sea favorable, debe de existir una comunicación adecuada y adaptada a cada contexto o condición. La retroalimentación sobre la adherencia y cumplimiento de los tratamientos sanitarios es primordial para que éste obtenga los resultados esperados, sobre todo en trastornos de la conducta alimentaria, debido a que fisiológicamente el cuerpo responde a los progresos y retrocesos de forma tangible y observable en la mayoría de los casos.

Sin embargo, a nivel de la psique es menos evidente un progreso, incluso un retroceso disfrazado de un avance. En momentos de fragilidad, cuando se encuentra en proceso de recuperación de eventos traumáticos, es posible que el camino se encuentre difuso y muy probable que las recaídas sean más profundas que las caídas.

Un tratamiento de recuperación de trastornos de la conducta alimentaria, al contrario de toda creencia, no es tan sencillo como solo comer. Se debe reaprender a comer, a sanar la relación con

la comida, a reconectar con sensaciones positivas mientras se lleva a cabo el proceso. Es levantarse a diario y evitar el espejo por el terror a reconocer un cuerpo que no te gusta; unas caderas anchas, unas piernas rechonchas, una panza enorme, que es el foco de todo y lo que todos notan, además de una cara regordeta. No hay mucha motivación de levantarse para comer porque nadie te percibe así, solo tú misma.

La importancia de acudir con las y los profesionales tiene origen desde la no prevención y la no difusión oportuna. Si se habla de una prevención desde el síntoma (conductas alimentarias como la privación de alimentos, el vómito inducido, ingesta de laxantes, entre muchas otras) o la problemática (los trastornos de la conducta alimentaria) ya estamos hablando de una prevención en tercer orden.

Entonces, ¿dónde queda la prevención primaria? La psicóloga Zoraida, recomienda subrayar constantemente la prevención primaria, ya que en ésta es donde se tiene más efecto en un momento oportuno. ¿Cómo? Esta prevención es de forma y fondo sobre todo en la estructura social en la que establecemos dinámicas todos y todas. Como cultura, tenemos que cuestionarnos absolutamente todas y todos, los aprendizajes y exigencias que les hacemos a las infancias para que tengan ciertos estándares de belleza.

Para Noemí fue contundente encontrar la respuesta a una pregunta que le dolía tanto: ¿"Por qué odio tanto mi cuerpo y cómo me veo"? La respuesta ocasionó rabia y conmoción, pero por desgracia, no ha dejado de tener estragos todo lo que atravesó por empaparse de estos estereotipos.

Ella comenta que la sociedad la hizo odiarse; creció viendo en la tele a modelos delgadas, actrices con tallas perfectas, con estándares imposibles, y no había lado alguno al que ella pudiera voltear que viera a alguien con una talla mayor a la cinco. De pequeña todo esto le rodeaba, de adolescente la presión fue mucho mayor porque tenía que encajar en algo para ser delgada, bonita y apreciada.

Desde este punto (la infancia y los discursos que se reproducen en medios masivos y redes socio-digitales) se puede notar que la exigencia de los estándares tiene estragos, y que la representación siempre importó. Actualmente podemos ver en grandes empresas representación de razas, de

diversidad sexual, de tipos de cuerpos y es este tipo de actos e inclusiones a los que se refiere la prevención primaria.

Sin embargo, cuando los síntomas y los trastornos se encuentran ahí, lo más importante es el tiempo para retroceder en todo aquello (lo más que se pueda) que llevó a obtener esos resultados. La evidencia que han aportado las y los especialistas en psicología al momento de diagnosticar un trastorno de la conducta alimentaria es que los diagnósticos no se establecen con facilidad debido a que se sobreestiman o desvalorizan. ¿Qué dimensión tienen las patologías como la dismorfia y la ortorexia que aún no se consideran TCA, no hay investigaciones ni información a nivel nacional?

A veces empezamos a ver conductas de las chicas, chicos y chiques, y no les damos importancia o pasa, el efecto contrario, que estamos sobre las personas todo el tiempo y eso también lo hace complicado. Me parece que sí es importante que vayamos logrando que las personas se puedan escuchar y hagan una autocrítica de sí mismas y a partir de ahí se pueda ir ayudando, es complejo, pero creo que hay que ir regresándole a la persona la responsabilidad de su autocuidado. (Melendez, Z., 2022)

Cuando las y los pacientes enfrentan sus trastornos de la conducta alimentaria -incluso los trastornos mentales- suelen encontrar salidas rápidas, atajos o conductas que se disfrazan de avances. A simple vista no es del todo sencillo encontrar una conexión entre una cosa y otra, sin embargo, hay información de instituciones que alertan sobre la conexión entre los TCAs que se han marcado como tradicionales en este trabajo (anorexia y bulimia) con los TCAs venideros (dismorfia y ortorexia). ¿Cómo, quién dijo?

La Secretaría de Salud del Gobierno de México tiene una publicación en su portal web sobre trastornos de la conducta alimentaria en la que enuncia que la obsesión por comer sano tiene una relación estrecha con la recuperación de la anorexia y/o bulimia. Mientras tanto, en datos y cifras no oficiales de las y los expertos consultados (nutriólogos y psicoterapeutas) registran la presencia de comportamientos pertenecientes a la patología de la ortorexia en el proceso de recuperación de trastornos alimentarios. Desafortunadamente, el desentendimiento de estudios necesarios de este

rubro ha obligado el andar y actuar a tientas de los pacientes y expertos, y a solo voltear a ver la poca información que se obtiene de los países europeos.

¿Cómo? A nivel de la psique ocurre lo mismo que con los trastornos de la conducta alimentaria tradicionales; se establecen distorsiones cognitivas sobre lo que se observa y lo que se proyecta, las obsesiones se suplen por otras, es decir, en lugar de preponderar la cantidad de comida, se superpone la calidad por el miedo a una recaída (pequeña o grande) hacia el trastorno principal, que, gradualmente está ligado a los aportes nutritivos de los alimentos.

Recordemos los ejemplos que se establecieron anteriormente. La preocupación y obsesión por alimentarse sanamente viene de la calidad de los alimentos, cómo se cultivaron, se procesaron en cadenas frías o no, y el modo de preparación, todo este proceso para que hasta el último bocado del platillo logre compensar la prohibición de cualquier alimento que el cuerpo pudo sufrir.

El día a día de Noemí ha cambiado múltiples veces, su estilo de vida, sus hábitos y la apreciación que le tiene a su salud. Por las mañanas -la mayoría de las veces- hay un plato en la mesa con alimentos. Al inicio de su recuperación se podían encontrar platillos, que, aunque fueran de su poco agrado, era necesario que comiera en pequeñas cantidades: tal vez sopas, caldos, ensaladas, algún guisado, incluso carnes rojas y blancas, —¡qué locura! — lo cierto es que no lo recuerda con exactitud, incluso los pantallazos de los recuerdos que describe son titubeantes porque una de las huellas que dejaron en ella sus trastornos principales fue la pérdida de la memoria.

Impresionantemente esta es una de las secuelas que más se ignoran en los procesos de recuperación. La Facultad de Psicología y el Instituto de Neurociencias de la Universidad de Barcelona, afirmaron que estos **trastornos de la conducta alimentaria** causan en los enfermos jóvenes síntomas de daño en las capacidades cognitivas similares a los que padece una persona de 70 años.

El Instituto de Neurociencias de la Universidad de Barcelona sometió, a un grupo de 82 pacientes, a pruebas de memoria, atención, flexibilidad cognitiva, lenguaje, capacidad de resolución de problemas y percepción visual. La mitad de ellos (41) —con una edad media de 30 años— padecía algún trastorno de la conducta alimentaria desde hacía más de diez años, y la otra mitad, menos de

dos. Dichos resultados fueron comparados con los obtenidos por otro grupo de control sano formado por pacientes de edades similares. Los detalles del estudio se encuentran publicados en *Neuropsychiatric Disease and Treatment*.

¿Qué tan sana sería la comida? ¿La haría recaer en la bulimia?

Hace un par de años, cuando el cuerpo había sanado la relación con la comida y el peligro de muerte ya era lejano de su vida, comenzó con pequeñas recaídas que nadie tomó —ni siquiera ella— en cuenta. Ahora en ninguno de sus días le hacía falta un plato de comida, esa ya no era la preocupación, sino qué tan bueno era para que ella ya no pudiera recaer. Incluso, después de toda la tormenta que atravesó en sus trastornos de la conducta alimentaria, cuando inició el proceso de recuperación de su relación con la comida, ella inició con la carrera de nutriología para poder ayudarse en cuanto a qué comer, cuánto y cuando.

Con unos cuantos cuatrimestres aprobados y la sensación de competencia, dejó su carrera sin terminar y comenzó a poner en marcha su propio tratamiento, bajo su misma supervisión. El veganismo fue el primer estilo de vida saludable al que se acercó para poder configurar su alimentación correcta.

Era vegetariana desde los 18 luego fui vegana a los 21 y me ayudó mucho el veganismo en realidad porque me ayudaba en esta parte en que ya no me siento tan pesada, pero estoy comiendo, entonces esa fue la salida que más me gustó. (Moreno, N., 2021)

Las y los expertos en Psicología e investigadores afirman que las obsesiones que se tienen en la anorexia y bulimia se transmutan en psicopatías ‘nuevas’. Para ella fue un proceso aún tedioso, esa metamorfosis de la que se habla no ocurre de la noche a la mañana. En un principio lo que más trabajo costó fue el simple hecho de comer, pero cuando los bocados dejaron de sentirse como masas vomitivas, su estilo de vida escalonó de lo vegetariano a lo vegano. Galletas sin gluten, sopas sin sazónadores, nada de carnes.

Empecé a comer comida vegana, yo sentía obviamente que no era tanto que fuera vegana, sino que ya estaba comiendo, pero yo sentía mi piel mejor y como yo me sentía tan a gusto siendo vegetariana que dije, voy a seguir ahora siendo vegana. Sentía que hackeaba yo a mi cerebro diciéndole «qué rica comida, no te va a pasar nada porque es super saludable» pero al mismo tiempo trataba de comer muchísimo para aprovechar mejor los nutrientes.

Nunca se dimensiona lo peligroso de este tipo de afirmaciones, asegurar que una leyenda en el empaque o un modo de consumir alimentos jamás será perjudicial para el cuerpo. No se considera la posibilidad del aislamiento venidero por el hecho de no saber cómo, cuándo o qué tipo de alimentos preparan en un restaurante al que se planea ir con amigos o familia. Y el asombro de ver la tranquilidad con la que cualquier persona se coma lo que hay en el plato que está al frente suyo ¡Sin titubeos! Sin pensar cómo se cocinó, de dónde vino, qué nutrientes le aporta. Como parte de lo que nutre y alimenta al cuerpo de forma literal y retórica, cada alimento, ejercicio y aditamentos debe ser monitoreado con la ayuda de un profesional de la salud.

¿Entonces qué queda? Culturalmente en el núcleo familiar el prohibicionismo de estos temas de conversación es más frecuente que una conversación informativa y preventiva. Aún con toda la información que existe sobre TCA, hasta hace no muchos años se tiene en el imaginario colectivo la asociación sobre la enunciación y la existencia; si se da por notificado la existencia de algo, éste se hará presente en el círculo nuclear, tal como se pensaba hace 20 años del sexo.

Sin embargo, la cultura prohibitiva no es la alternativa que va a disminuir el incremento de trastornos de la conducta alimentaria en las y los jóvenes en México, Latinoamérica o el mundo. La solución tampoco será la censura o el veto de todo contenido alimentario en cada red social, es imposible —ni siquiera imaginable— porque como sociedad inmersa en nuevas tecnologías, el cambio y la adaptación es la única constante, por inadecuado que resuene este juego de palabras: el cambio es la única cosa que no cambia, y siempre habrá opciones para ocultar y difundir malas prácticas sanitarias y alimentarias.

La especialista e investigadora Cecilia Gutiérrez advierte que las investigaciones y datos son esenciales para saber abordar cada patología. Actualmente la única vía que recomienda es acudir con psicólogos y psiquiatras, aunque considera poco probable que esto ocurra, ya que, si un profesional tiene poco acceso a este tipo de informes, un paciente ¿cómo lo sabría, y cómo sabría cuándo es oportuno?

Zoraida Meléndez aboga por la posibilidad de una reestructuración del diálogo, el discurso y el ángulo que se le otorga a la visibilidad de los trastornos de la conducta alimentaria. No se trata de satanizar todo aquello a lo que no se conoce ni se sabe cómo enfrentar, no se trata de tornar las inquietudes y los miedos en algo prohibido e impensable.

Hablar del tema desde la prohibición o la enfermedad no ayuda, pero si hablamos de esta preocupación o de otras formas de relacionarnos con el cuerpo —de generar otras formas de relacionarnos con la salud—, podría tener mucho mayor impacto y además reduciría el riesgo que ocurre que a veces al estar señalando el síntoma o señalando lo malo, de alguna forma estamos activando la intriga.

No obstante, al modificar este tipo de patrones no quiere decir que sea la clave de todo, incluso que sea la cura del TCA, porque una de las consideraciones más importantes a tomar en este tipo de casos es la presencia de las recaídas, y como fue anteriormente mencionado, una recaída puede ir desde una conducta restrictiva o compensatoria hasta una nueva patología del tipo alimentario como la ortorexia que se encara como un conjunto de hábitos saludables.

La posibilidad de sanar y construir un proceso auto regulativo no desaparece, pero es importante considerar que requiere de tiempo y grandes esfuerzos para poder reconstruir patrones más gentiles con las inquietudes que se generan en los trastornos de la conducta alimentaria. Aún con todos los esfuerzos de las y los pacientes, especialistas y personas de sus círculos cercanos, aun así habrán recaídas, situaciones detonadoras que pueden arrastrar al mecanismo adaptativo anterior, lo que hace reconectar con formas, hábitos y prácticas dañinas.

Por otro lado, se debe retomar la responsabilidad no solo de las y los pacientes, sino del personal sanitario y clínico a quienes se acude. Existen pocos especialistas que saben cómo trabajar este tipo de trastornos. La investigadora Cecilia afirma:

No basta con ser psicólogo, no basta con ser psiquiatra o no basta con ser nutriólogo. Tienes que saber trabajar con las personas con trastornos de la conducta alimentaria porque son difíciles, no es fácil trabajar con ellos.

Incluso en instituciones públicas o privadas se presenta dicha problemática sobre grados de especialización, tratamiento y posibilidad adquisitiva para acceder a estos tratamientos de recuperación. Noemí fue parte de estas cifras inexactas en las que requirió múltiples visitas a las clínicas del Seguro Social de Aguascalientes para que la recibieran con un ‘‘No está el psiquiatra, regresa en 15 días’’. Y es bien sabido que la burocracia en instituciones de salud en muchos países de Latinoamérica es otra de las consideraciones para abandonar tratamientos clínicos.

Lo cierto es que evaluar la eficiencia de los tratamientos y centros de recuperación de TCAs requeriría de metodologías complejas cualitativas y cuantitativas que, por desgracia, ni los aparatos gubernamentales o sanitarios poseen. La especialista Cecilia acotó al respecto lo siguiente.

Hay institutos nacionales muy buenos en donde se tratan como nutrición o en el Instituto Nacional de Psiquiatría, creo que el problema puede estar más en la práctica privada. Además del costo, son costos porque son tratamientos largos y en otros países hay protocolos mejor desarrollados.

El acceso a *la cura* es limitado

En el sur de la Ciudad de México se encuentra una de las instituciones más grandes especialistas en trastornos mentales y alimentarios: el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que cuenta con psiquiatras y médicos especializados en trastornos de la conducta alimentaria.

El INP cuenta con una Clínica de la Conducta Alimentaria en la que atienden a pacientes con este tipo de trastornos y patologías, pero es una institución extremadamente solicitada en todas sus áreas y realmente hay escasa información en su portal web sobre cómo abordan sus programas de recuperación.

Para el propósito informativo de este reportaje se solicitó en reiteradas ocasiones una entrevista con trabajadores sociales, investigadoras del instituto o con un representante de la Clínica de la Conducta Alimentaria, sin embargo, pese a realizar las solicitudes en los departamentos indicados no se obtuvo una respuesta satisfactoria presencial o electrónicamente para contrastar los datos que hay en su portal de internet.

Por tanto, solo se cuenta con los datos obtenidos de su sitio. El INP cuenta con los siguientes procedimientos en su Clínica de la Conducta Alimentaria al público:

Ofrece un modelo de tratamiento interdisciplinario para la anorexia nervosa, la bulimia nervosa, y los trastornos no especificados de la conducta alimentaria. Este modelo incluye la intervención concertada de psiquiatras especializados en este campo, psicoterapeutas cognitivo-conductuales, nutriólogos y terapeutas familiares. Contamos con estrategias individuales y grupales que contemplan la psicoeducación y la orientación a familiares además de la terapia cognitivo-conductual específica para el manejo de estos trastornos. Nuestro tratamiento es básicamente ambulatorio con rutas de tratamiento específicas de acuerdo a las características de cada paciente. [sic] (Unikel, C., Caballero, A. 2010)

Afortunada o desafortunadamente no se encuentran publicados los programas que siguen en estos tratamientos, afortunado por el hecho de que nadie podrá auto diagnosticarse ni tratarse porque tuvo acceso a información de internet —una de las herramientas que en primera instancia condujo al TCA— y desafortunado porque entra dentro de esta área gris de la ausencia de la información para saber cómo actuar ante el inicio de la sintomatología de estas patologías. Este tipo de claroscuros son los que ponen en jaque tanto al sistema como a las y los consultantes.

Noemí era una joven que recién se estaba convirtiendo en adulta y estaba aprendiendo a lidiar con sus trastornos, intentaba salvarse la vida, deshacerse de hábitos que jamás imaginó que le dejarían marcas hasta sus días de hoy. A los 18 años, poco antes de su segundo internamiento psiquiátrico, buscó información sobre *qué pasaría si se salía de control el asunto*, y en 2014 encontró un centro de rehabilitación privado en el que su internamiento de un mes le costaría 70 mil pesos mexicanos; ella no iba a poder costearlo, ni con ayuda de sus padres. La clínica del gobierno no tuvo psiquiatras para atenderla por meses, y la ayuda cada vez era más lejana. Lo más fácil era continuar con su vida como la venía llevando.

En otro intento (años después) por pedir ayuda para recuperarse, acudió nuevamente al sector salud público, en el cual solo la canalizaron con un médico general.

Me tocó ir a un doctor general y te dicen «Ay, no, es que estás en los huesos» y yo les decía, —yo sé porque yo he visto cómo se tratan estas cosas en otros países. — No le tienes que decir esto a un paciente con anorexia, no puedes, y yo me enojaba y me salía. No se le da la seriedad que deberían. La cosa era salir con lo que se tiene y ya, por eso entiendo que es muy difícil recuperarse aquí en México de esos trastornos porque la atención gratuita está horrible.

Cuando una serie de factores externos -como no acceder a tratamientos de recuperación, la poca especialidad que existe en el campo, psicopatologías activas y detonadores de los TCA- se mezclan con mala o inadecuada praxis, la recuperación se ve cada vez más entorpecida y los trastornos recientes de la conducta alimentaria aumentan sus posibilidades de aparecer en escena como comorbilidades de los trastornos tradicionales. Aún sin estadísticas oficiales, rigor de datos, estudios e investigaciones cualitativas y cuantitativas —tan solo en este continente— la huella de este tipo de trastornos, en las y los pacientes, y en la sociedad, es profunda y en su mayoría nunca se pueden dejar atrás por completo.

La investigadora Cecilia compara los TCAs con las adicciones como el alcoholismo o el tabaquismo. También hay recaídas estas pueden llegar a agravar el trastorno principal.

Es un poco como las adicciones, siempre tienen que considerarse enfermos. Aunque yo tenga 20 años sin beber me tengo que seguir reconociendo como alcohólica para no empezar a beber, en el caso de los TCA también, tengo que estar consciente de que tengo esta tendencia y que entonces si empiezo a tener unos síntomas, mi ansiedad se empieza a elevar y me siento tentada a vomitar o a no comer, enseguida tengo que buscar ayuda.

Como paciente resulta complejo reconocer que se encuentra dentro de una recaída porque como sobreviviente de este tipo de trastornos se tiene la creencia de que se posee la suficiente fortaleza como para volver a salir adelante, incluso sin ayuda alguna, por ello, en cada proceso se requiere de un sistema de apoyo integral no solo profesional, sino afectivo. Ese tipo de apoyo que te acerca un plato de sopa, verdura o licuado, ese apoyo que se queda ahí, cuando se derraman lágrimas al tragar cada bocado, ese soporte que se queda aún después de que el cuerpo ha vomitado lo que con mucho esfuerzo acababa de tragar, porque simplemente así lo aprendió tantos años, esa persona que decide quedarse sentado, y que incluso se disfruta de esa inmutable presencia porque ya no juzga, solo acompaña.

XI. VIVIR EN LA MENTIRA CONSTANTE ES UN ESTRAGO DE LA INFODEMIA

Vivir en la piel de una persona con un trastorno de la conducta alimentaria es como vivir en una mentira y en una paranoia constante. Aunque las pruebas indiquen todo lo contrario, la báscula, las medidas, las tallas, la ropa, y la energía delatan que el cuerpo no va a resistir muchos esfuerzos más, hay algo en mente que grita que es mentira. El cerebro te obliga a agachar la cabeza hacia los dígitos de la báscula, las manos desbordan piel y grasa de la panza, las piernas y brazos, solo se ve piel y más piel. O al menos eso es lo que hace creer.

Ni la vida, la escuela o los blogs le enseñaron un instructivo a Noemí para que pesarse dejara de ser una tortura. Nada de eso la preparó para dejar de llorar antes de que sus pies tocaran la fría superficie de la báscula por el horror que le causaba ver los números que ésta iba a arrojar.

No me quiero pesar, no me quiero pesar, no me quiero pesar” yo sé que voy a pesar tanto, era una batalla super de llorar antes de pesarme y cuando me pesaba veía que había bajado tres kilos. En el momento sientes un alivio tan grande, pero ya después dices ¿por qué si yo me siento de tal manera? y a veces le empiezas a echar la culpa a la báscula.

Para apaciguar la tortura, el único consuelo que quedaba era ponerse a prueba en básculas diferentes, en todas las que se cruzaban en su camino, de hecho. Eso dejó de bastar porque el enjambre que habitaba en su cabeza no la dejaba ver quién era o cómo se veía. ¿La realidad era lo que ella veía o como la visualizaban los demás? Noemí podría jurar ante todas las religiones, con pactos y rituales de cualquier tipo que ella era obesa, estaba completamente convencida de eso hasta que comenzaba a recorrer su cuerpo con los dedos y sólo podía sentirse los huesos, sólo piel y huesos.

Se siente como si vivieras en una mentira y dices ¿A quién le hago caso? sientes que te estás quedando loca ¿Qué está pasando conmigo, por qué yo me veo de tal manera y la realidad parece ser otra? Te sientes

atrapado en una mentira, pero obviamente tu mente está dentro de ti y te dice ¿Qué no ves el espejo? tu misma mente te dice «yo te digo la verdad, vete, ahí está el espejo» entonces te sientes atrapada en una mentira de no saber lo que es cierto, no saber lo que no es cierto.

Actualmente el internet pone a la mano miles de datos verificados y no verificados en diversos sitios web, plataformas digitales, redes sociodigitales y muchas otras alternativas modernas, y pese a todo ello, aún se tiene una creencia muy arraigada sobre la validez de los trastornos de la conducta alimentaria; se sigue pensando que es cuestión de voluntad o que son etapas pasajeras porque “todos los adolescentes atraviesan eso”. La desvalorización y subestimación dejan de lado conductas que son síntomas de alerta de nivel secundario — incluso primario—, achican la dinámica en cómo se relaciona con el propio cuerpo y sus sentires, minimizan el trabajo de la piel, los huesos, los músculos y la grasa de mantenerse al pie del cañón todos los días, además, da por hecho la salud física y mental.

La historia de Noemí no se presentó por casualidad. Decidí buscarla para poder traer a la mesa una conversación absolutamente necesaria: la infodemia y el deterioro de la salud mental. Aún en el 2017 eran temas que se hablaban —ya no entre susurros— pero no entablados con los brazos abiertos. Este relato periodístico (nos) sirvió como una catarsis; se le otorgó una cara a una cifra, se reabrieron heridas antiguas de Noemí (y aunque desearía que no fuera de este modo: también fueron mis heridas), fue la ocasión adecuada para el entendimiento de la aceptación propia y ajena, para no dejar pasar la coyuntura nuevamente.

Esta investigación ha ratificado que no nacimos odiando la forma en que nos vemos, aprendimos a hacerlo, y el texto resultante pretende dimensionar todo aquello que damos por sentado al no cuestionarnos la ligereza de nuestras palabras hacia las y los otros. ¿Qué impacto puede tener decirle a alguien “te ves más rellenito”?

La primera vez que se vio a un espejo, pellizcó su abdomen abultado, sus piernas rechonchas que le permitieron caminar y bailar, sus brazos que la dejan proyectar su pasión por la danza; la primera vez que maldijo sus cachetes sonrojados del llanto de conocerse tan gorda; todas las primeras veces

que agredió su cuerpo, su integridad y su autoestima, ni por un segundo le pasó por la mente en lo pesados que se convertiría su vida.

Ella aún baila, pero con dolor crónico de huesos por la descalcificación. Se mueve, ocasionalmente brinca y sale de paseo con sus perros, pero a paso lento porque el corazón no le permite agitarse demasiado, un recuerdo de la miocarditis. Cada vez que sale de casa debe extremar precauciones con cualquier enfermedad porque su sistema inmunológico es considerablemente débil —y según su médico de cabecera, es probable que jamás vuelva a trabajar al 100%— por ello, el personal de urgencias de su clínica del Seguro Social la conoce como si fuera parte de la plantilla porque al menos una vez al mes va de visita a causa de resfriados, malestares estomacales, fiebres, tos, y recientemente problemas de la vesícula y el agravamiento que le dejó contagiarse de la covid-19.

Su contagio de covid-19 lo vivió como las y los pacientes geriátricos, con pocas probabilidades y esperanzas, muchos cuidados y complicaciones, oxígeno y reposo en casa por semanas. Y sí, ya contaba con su vacuna, sin embargo, su cuerpo no tiene la misma capacidad de recuperarse como hace más de 10 años.

Si yo pudiera regresar el tiempo, me diría: no vale la pena que el resto de tu vida vayas cargando con una pendejada que inició en Twitter.

Ante la duda, es importante anticiparse. No es saludable dejar de ingerir grupos de alimentos sin ayuda de especialistas. Si la comida suele ser tema de discusión con la familia o amigos, la atención psicológica debe ser el primer acercamiento de información. Privarse o restringirse cantidades de alimentos para una ‘‘ocasión especial’’, para entrar en un vestido, para pertenecer a algo no debe ser aplaudido. Todos los cuerpos son válidos por el hecho de ser cuerpos, porque permiten respirar, caminar, ver, sentir, saborear y escuchar el mundo que se habita. Grandes, chicos, medianos, panzones, flacos, chaparros, altos, morenos, negros, claros, con grasa, sin grasa, ningún cuerpo merece ser violentado, invalidado o segregado por el simple hecho de existir.

Sin el periodismo no hubiera tenido la oportunidad de ver esta historia. La metodología de investigación periodística y su ejercicio fueron los instrumentos que permitieron reconstruir la realidad de una joven adulta (una de tantas que existen entre millones de personas). Investigar, organizar datos, interpretarlos y relatarlos de forma precisa es nuestro pan de cada día para poder contar historias.

El aporte que pretendo hacia las y los lectores con este texto, es dejar en su imaginario la historia de una persona, una entre tantas cifras que encontramos allá afuera. Hacer de su conocimiento que el exceso de información no verificada que abunda en redes sociales y plataformas que están en auge tiene un nombre claro: infodemia, y que ésta es capaz de arrebatar vidas y no solo de confundir definiciones. Esta investigación periodística aporta la reivindicación de dos conceptos: los trastornos de la conducta alimentaria y la infodemia.

De acuerdo con la información obtenida de las y los expertos consultados para el presente texto: **según sean los factores y situaciones contextuales de cada individuo es lo que le detona dichos trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo si se acompañan de los trastornos mentales, anteriormente mencionados, como la depresión, ansiedad y TLP.**

Este viaje que emprendí para poder retratar una historia tan vieja, olvidada y más frecuente de lo que se quisiera, fue una experiencia que me dejó un sabor de boca agrídulce; por una parte, pude ver de forma tangible mediante la praxis todos los conocimientos de los que me fui armando a lo largo de la licenciatura, vi como aterrizaron en papel mis conocimientos de la teoría periodística, y el reporte es una experiencia que deja con ansias de más. Si el primer reporte deja más dudas que respuestas, se va por buen camino y eso es algo que los estudiantes de periodismo están muy cerca de conocer con cada palabra que plasman en sus hojas, con cada pregunta que anotan en, la bien conocida, libreta y con cada dilema que las ciencias sociales nos permiten observar.

REFERENCIAS

- AMAI TLP (enero 2021) *Hablando del Trastorno de la Personalidad Límite y la Bulimia Nerviosa*. Fundación AMAI TLP. <https://www.amaitlp.org/comorbilidad-tlp-y-bulimia/>
- Ayuzo-del Valle, N. Et. Al.. (2019). *Trastornos de la conducta alimentaria*. *Revista mexicana de pediatría*, 86(2), 80-86. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&tlng=es
- Bake, R., y Edwin O. Haroldsen (1984) *Taxonomía de conceptos de la comunicación*. México. Nuevomar
- Bratman, S., Knitght, D. (2000) *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*, Broadway Books. Original publicado en 2000
- Cervantes, M. (2001) *La tortura en México: el caso de Enrique y Adrián Aranda Ochoa* [Tesis de Licenciatura] Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM (s/f) *¿Qué es el Trastorno Límite de la Personalidad?* Fundación UNAM. <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/la-unam-te-explica-que-es-el-trastorno-limite-de-la-personalidad/>
- Donini, LM. et. al. (2005) *Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire*. *Eating Weight Disord.* Pp.28-32.
- Eloy, T., (2001) *El periodismo y la narración*, en *Cambio*, México, p. 66.
- Fucik, J. (1996) *Reportaje al pie de la horca.*, s/t. México: ASBE/Cartago,
- Gomis, L., (1989) *Teoría del periodismo*, Madrid, Paidós, p. 102.
- Guerriero L. (2016, junio 8) *Escribir*. El País. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2016/06/07/opinion/1465310501_943283.html?fbclid=IwAR2PEarvhDKoSDviY9hEHBgKScFYnKe5WwCJECFwvMr0Qm5nVs-2T82vgQ
- Ibarrola, J. (1990) *El reportaje*, México, Gernika. 220 pp.

- INEGI (2020) *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares, ENDUTIH*. (Informe de encuesta) <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2020/#Microdatos>
- Infodemia. (2021). Recuperado el 1/09/2022, de Wikipedia. Sitio web: <https://es.wikipedia.org/wiki/Infodemia>
- J. Duarte (comunicación personal, 12 de noviembre de 2019)
- L. Alvarado (comunicación personal, 15 de noviembre de 2019)
- Martín, G., (1973) *Géneros Periodísticos*, Madrid, Paraninfo, p.65.
- Martínez, O. et. al. (septiembre 2017) *Nuevos desafíos para el diagnóstico en salud mental: diagnóstico diferencial, comorbilidad y abordaje integral en ortorexia nerviosa*. Revista Portales Médicos. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/diagnostico-diferencial-abordaje-ortorexia-nerviosa/>
- Meléndez, Z. (comunicación personal, marzo 16 de 2022)
- Mora, R. (1994) *El periodismo es el mejor oficio del mundo. Gabriel García Márquez impartió una clase a los alumnos de El País*, El País Madrid. Pp. 33
- Moreno, N. (comunicación personal, 7 de diciembre de 2020)
- Moreno, N. (comunicación personal, 31 de enero de 2021)
- Morlett, C. (comunicación personal, 14 de noviembre de 2019)
- Morlett, C.(comunicación personal, septiembre de 2020)
- Organización Mundial de la Salud (2022) *Trastornos mentales*. Who.int <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Ortega, C., Et. Al. (2018). *Adherencia terapéutica: un problema de atención médica*. Acta médica Grupo Ángeles, 16(3), 226-232. Consultado el 14 de enero de 2022. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es.
- Palomero, C. (comunicación personal, 22 de noviembre de 2019)

- Palomero, C. (comunicación personal, 23 de noviembre de 2019)
- Peñaloza, R. (comunicación personal, 22 de mayo de 2019)
- Phillips, K. (2021) *Trastorno por conductas repetitivas centradas en el cuerpo*. Manual MSD <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-obsesivo-compulsivo-y-trastornos-relacionados/trastorno-por-conductas-repetitivas-centradas-en-el-cuerpo>
- Phillips, K. et al. (2005) *Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1351257/>
- Rodríguez, P. (comunicación personal, 12 de noviembre de 2019)
- Romero, L. (1998) “*El futuro del periodismo en el mundo globalizado. Tendencias actuales*”, en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, núm. 171, año XLIII, enero-marzo, México, UNAM, pp.158.
- Romero, M., (2006) *La realidad construida en el periodismo*. México: UNAM/Miguel Ángel Porrua,
- Ruiz, M., Rubio, J. (2004) *LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LAS IMÁGENES FEMENINAS. ACTITUDES, HÁBITOS Y COMPORTAMIENTOS DE LAS MUJERES CON RESPECTO A LA BELLEZA Y EL CUERPO*. CLEPSYDR Universidad de Huelva. Pp. 89-107
- S. Hernández (comunicación personal, 4 de noviembre 2020)
- S.J. Taylor y R. Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós, 1996, p. 20.
- S/A (2022) *Anorexia y bulimia pueden causar un grave deterioro cognitivo precoz*. Consultado el 23 de enero de 2022. <https://www.adamedtv.com/>
- S/A (2016, julio 10) *El proceso de crecimiento de una flor*. Kukyflor. Recuperado de: <https://www.kukyflor.com/blog/novedades/el-proceso-de-crecimiento-de-una-flor/>

- Scott, J. Et. Al. (2009) *Mortality rates from a longitudinal assessment in one study of 1,885 persons. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders*” The American Journal of Psychiatry. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2009.09020247>
- Secretaría de Salud (enero 2017) *Anorexia un trastorno de la conducta alimentaria*. <https://www.gob.mx/salud/articulos/29920#:~:text=Se%20caracteriza%20por%3A&text=Comienzan%20con%20una%20disminuci%C3%B3n%20progresiva,puede%20llevar%20a%20la%20muerte>.
- Secretaría de Salud. (2013) *Ortorexia, trastorno de tipo alimentario*. GOB.MX Consultado el 23 de septiembre de 2021. <https://www.gob.mx/salud/prensa/ortorexia-trastorno-de-tipo-alimentario>
- Shamah-Levy T, Et. Al.. (2020) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 202
- Silva, A. (2006) *Imaginario urbanos*. Arango Editores. (Original publicado en 1992).
- Silva, C. (comunicación personal, 2 de febrero de 2021)
- Simpson, M. (1976-1977) “*Reportaje, objetividad y crítica social. El presente como historia*”, en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, año XXII, 86-87, p. 146.
- Solórzano, A. (, 2000) ‘*Las formas expresivas del reportaje: una exploración narratológica*’. Tesis. FCPS-UNAM, México
- UNAM-DGCS (mayo 2003) *ANOREXIA Y BULIMIA: TRASTORNOS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE A LOS ADOLESCENTES* Boletín UNAM-DGCS-334 https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2003/2003_334rrr.html
- Unikel, C., Caballero, A. (2010) *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. INPRF. Consultado el 14 de mayo de 2022) http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf
- Velázquez, A. Et. Al. (2000). *El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional*. *Revista de Psicología*, 315-340.
- Villafranco, G. (2016) *Hackatón del Campus Party 2016 rompe récord Guinness*. Forbes.
- Wincour, R. (2012) *Transformaciones en el espacio público y privado. La intimidad de los jóvenes en las redes sociales*. *Revista TELOS*

<https://telos.fundaciontelefonica.com/archivo/numero091/la-intimidacion-de-los-jovenes-en-las-redes-sociales/?output=pdf>

- Wortmann RL (2005) *Disorders of purine and pyrimidinemetabolism*. En: Harrison's: Principles of internal. McGraw-Hill, pp: 2308-2813.