

**Trastornos de la conducta alimentaria:  
Los gramos que pesan en la mente**

**Por: Mónica Castro Betancourt**

**Trabajo de grado para optar por el título de  
Comunicadora social y Periodista**

**Directora: Maryluz Vallejo Mejía**

**Pontificia Universidad Javeriana**

**Facultad de Comunicación y Lenguaje**

**Carrera de Comunicación Social**

**Bogotá 2008**

## **Tabla de contenido**

- 1. Marco conceptual**
  - 1.1 Orígenes de la anorexia**
  - 1.2 Anorexia y bulimia nerviosas, comportamientos psiquiatrizados**
  - 1.3 Criterios para diagnosticar Anorexia Nerviosa**
  - 1.4 Criterios para diagnosticar Bulimia Nerviosa**
  - 1.5 Otras vulnerabilidades, causas distintas a la vanidad**
  - 1.6 Cuando el fantasma se aparece**
  - 1.7 Ese cuerpo que se destruye**
  - 1.8 Dietas, ¿inocentes o culpables?**
  - 1.9 Exorcizar el *corpus* imaginado**
  
- 2. Dieta, unas para enfermos y otras para enfermar**
  - 2.1 Medidas universales de belleza**
  - 2.2 Normalización del estándar “saludable”**
  - 2.3 Ejercicio, dietas y pastillas “mágicas”, una fatal combinación!**
  
- 3. Zonas de alto riesgo**
  
- 4. Al otro lado de la Balanza**
  - 4.1 Cómo diagnosticar anorexia**
  
- 5. Anorexia y Bulimia, protagonistas de novela**
  - 5.1 La red que pesca anoréxicos y bulímicos**
  - 5.2 La belleza como factor negativo y el Sida como un regalo divino**
  
- 6. Serotonina, una misteriosa molécula**
  - 6.1 Ser o no ser bonita, ¿cuál es la cuestión?**

- 7. Eliana, la dieta se le salió de las manos**
  - 7.1 El precio de ser flaca**
  - 7.2 Quiere tu cuerpo, quiérete bien**
  
- 8. El peso de la propia experiencia**
  - 8.1 El fantasma que produce miedo a engordar**
  
- 9. Situación crónica de Eliana\***
- 10. Síndrome de realimentación, el peligro de volver a comer**
  
- 11. Obesidad, la enfermedad que más “pesa”**
  - 11.1 Espejito, espejito mágico, ¿quién es la más bella?**
  - 11.2 Belleza real VS. Belleza digital**
  
- 12. Los hombres también lloran**
- 13. Desde la otra orilla**
- 14. Lo que importa es la personalidad**
- 15. Con la comida no se juega**
  
- 16. Malos hábitos desde pequeños**
  - 16.1 Ni tanto que queme al santo y tan poco que no lo alumbre**
  
- 17. Cuando pesan los años**
  - 17.1 Por favor, sólo dime que soy bonita!**
  
- 18. Deportes de alto impacto**
- 19. El amor en los tiempos del colesterol**
- 20. Conclusiones**
- 21. Referencia Bibliográfica**
- 22. Anexo 1. Encuesta Comportamiento Alimentario**

## **Introducción**

Más allá de las cifras que representan el porcentaje de personas que padecen y fallecen de trastornos del comportamiento alimentario (TCA); más allá de las fórmulas creadas para adelgazar, de qué alimento es sano y qué es dañino, de cuáles dietas funcionan y cuáles fracasan; más allá del lenguaje médico de los textos científicos sobre la anorexia nerviosa (AN) y de la bulimia nerviosa (BN), he querido humanizar, sociabilizar y sensibilizar las estadísticas que hablan de estas enfermedades.

Me inquieté también por la formalización del estándar de un cuerpo “normal” o “saludable” dentro de los parámetros medidores del consumo de alimentos y la realización de ejercicio. La sociedad ha medicalizado el alimento como una cantidad, ha estandarizado cuántos kilos pesar, cuánto gramos comer y cuánto no; aún se desconoce la fórmula perfecta para prolongar la vida del cuerpo joven, para ser delgado o mantenerse en el “peso ideal” y con la eterna juventud. Lo cierto es que el mercado está invadido de un gran negocio lucrativo, cientos de fórmulas para adelgazar, pastillas para inhibir el apetito, mantenerse con energía o perder grasa; clínicas estéticas, gimnasios, etc.

Mi objetivo en esta investigación también es denunciar la falta de atención a la población que padece de trastornos del comportamiento alimentario. La necesidad de una campaña estrategia de comunicación que valore al cuerpo como ser humano y lo aleje del ideal de objeto de belleza; dar cuenta del papel que juegan los medios de comunicación en relación a los TCA.

Esta es una investigación que corresponde a un acercamiento a los TCA desde el periodismo científico, una aproximación al problema de la salud mental que repercute en enfermedades como la AN y la BN, las cuales son invisibles en las políticas de salud pública del Estado.

Hace unos años me preguntaba por qué la alimentación para muchos es un momento de placer, y para otros es una tortura, casi un castigo, observaba especialmente a las mujeres que aman pero también odian comer; me inquietaba saber por qué las emociones, los sentimientos y los problemas personales desembocaban en la comida y repercutían en la figura corporal; cuestionaba quién inventó ese ideal de la belleza delgada, cómo entender que una dieta se saliera de las manos y formara una guerra constante contra el cuerpo que busca escabullirse diluyéndose gramo a gramo. No entendía ese caprichoso de ser delgada, ni esa fuerte voluntad de negarse al alimento.

Comencé a indagar la belleza desde sus diferentes acepciones y percepciones en las diversas culturas, desde los griegos y hasta nuestra generación, observé que el cuerpo es tan relevante como el alma que lo habita, esa “apariencia” es tan válida como la misma esencia del *Ser*. Por eso centré mi investigación en los trastornos del comportamiento alimentario, porque comer no es sólo un mecanismo de defensa de sobre vivencia, sino también una manifestación de los estados emocionales.

En un comienzo creía intolerante esa actitud rebelde y caprichosa que protagonizaba la vanidad sobre aquellos que negaban el alimento a sus cuerpos, no entendía cómo el placer de comer y degustar los sabores fuera un momento tortuoso que encarcelaba el sentimiento de culpa y el miedo a engordar. ¿Por qué inhibir el alimento?, ¿por qué expulsarlo?, ¿por qué rechazarlo?, ¿qué historia antecedía y qué factores habían producido estos trastornos?

Es así como empiezo un acercamiento a los especialistas y pacientes de los centros clínicos dedicados a los TCA, con el fin de conocer las verdaderas causas y consecuencias de la AN y BN.

Igualmente, será de eje temático la asistencia al Congreso Internacional de TCA, en donde se dará a conocer los últimos estudios e investigaciones al respecto

## Trastornos de la Conducta Alimentaria:

### Los gramos que pesan en la mente

---

*El cuerpo habla desde un lenguaje simbólico y arcaico. En un plano más evolucionado y abstracto, el cuerpo utiliza la palabra como lenguaje; pero en un plano más regresivo, cuando la palabra no es posible o ha sido silenciada desde muchas formas de censura o represión, aparece el síntoma psicossomático —anoréxico, bulímico o automutilatorio—, como una forma más primitiva de lenguaje corporal, un estilo regresivo de comunicación en el cual la palabra parece no lograrse. (Rodríguez et al. 2007, p.241)*

#### **1. Marco conceptual.**

##### **1.1 Orígenes de la anorexia**

Según el Diccionario de la Real Academia Española, DRAE, el término anorexia viene del griego *apokartereo*, que significa inanición, inapetencia, falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes, y que puede ser muy grave. (DRAE, 2008).

El término anorexia nerviosa comenzó a visualizarse en el siglo XX en la década de los treinta con el auge del psicoanálisis y se consideró como una forma de histeria relacionada con causas psico-sexuales tratadas mediante electrochoques.

En la década de los sesenta, con la aparición de la famosa modelo Twiggy, representada en los medios de comunicación, admirada por un muchas mujeres que deseaban verse como ella: esquelética con sus minifaldas, empieza así un ciclo de transformaciones corporales, legitimadas por revistas y por la televisión que visualiza a una mujer moderna con trajes más ajustados, el mundo de la moda se imponen las flacas y las dietas.

A través de una ideologización de la anorexia que se reproduce mediática y clínicamente desde los setenta, no se legitima otra cosa que una política de patologización del deseo femenino o, para decirlo mejor, un modo de garantizar que la mujer sólo pueda emerger en tanto mujer como resultado o impugnación de la norma. *Ser mujer* es, en este sentido, expresión de la asimilación de un fantasma o fruto de su subversión. Para la mujer, la enfermedad radica en el deseo mismo por el cual ella se instituye como mujer. La histerización del cuerpo femenino implica que a través de procedimientos de medicalización la mujer sólo pueda ser viable socialmente como *síndrome*, como un entrecruzamiento de síntomas heterogéneos (Tamayo, 2007, p.67).

Sin embargo; desde la Edad Media muchos casos de inanición se conocían. El control del apetito no se basaba en lograr una apariencia física representativa del capitalismo o del reflejo de la delgadez como sinónimo de la belleza; al contrario, no comer tenía una connotación religiosa, de gran convicción, obediencia, castidad y pulcritud por parte de los penitentes que practicaban con rigurosidad el ayuno. Generalmente eran las monjas quienes hacían estas ofrendas a cambio de rechazar los placeres mundanos.

Los trances, las levitaciones, los ataques catatónicos u otras formas de rigidez corporal, el milagroso estiramiento o ensanchamiento del cuerpo, las inflamaciones de dulces mucosidades en la garganta (conocidas a veces como globos hystéricus). Y las hemorragias nasales extáticas raramente son referidas a santos varones, mientras que son bastante habituales en las vidas de las mujeres de los siglos XIII y XIV. La incapacidad para comer algo que no sea la hostia eucarística (lo que Rudolf Bell llama “anorexia santa”) sólo atañe a las mujeres durante la mayor parte de la Edad Media. (...)Estos relatos a menudo incluyen otras formas de final milagroso en lo que al cuerpo respecta: Las mujeres que no comen pasan supuestamente por no excretar y no menstruar- (Walker, 1990, p.167-168).

Fueron varias las monjas de la edad media canonizadas luego de ofrecer arduos sacrificios corporales y espirituales a Dios, entre ellas, Santa Catalina de Siena (1380), Santa Teresita de Jesús, Santa Mónica, (madre de San Agustín), que hicieron de sus cuerpos delgados y

desnutridos un sinónimo de santidad que correspondía a una mayor cercanía espiritual con Dios. Abandonar ese *corpus* es hacer más visible el alma, como si al ser más liviana permitiera tocar las puertas del cielo, elevar esa forma espiritual encarcelada en la figura física, símbolo de los placeres del mundo.

Sin embargo, al considerar el ayuno como una circunstancia de la época medieval, no podemos problematizarlo como un TCA, ya que la psiquiatría para ese entonces no tenía injerencia alguna sobre el comportamiento del ser humano. Tal como lo advierte la doctora Maritza Rodríguez: *“Vandereycken y van Deth han estudiado con detenimiento este tema, pero han hecho la salvedad de que la aproximación histórica a los TCA, debe ser muy cuidadosa; es decir, se debe considerar el análisis retrospectivo de comportamientos como el ayuno extremo auto-impuesto y el riesgo de ‘psiquiatrizar’ algo que para la época no representaba una enfermedad, sino actitudes dotadas de valor social positivo”* (Rodríguez, 2005, noviembre, pp. 542-543).

Para los griegos, según el filósofo posmodernista, Michel Foucault, la dietética también estaba sometida a una auto-regulación, algo digno de la verdad, del bien y de la belleza; la alimentación era un asunto de satisfacer necesidades humanas y representaba la valoración del cuerpo bello (estéticas de la existencia). La cultura actual obedece a un comportamiento similar en los estilos de vida, unas rutinas que dan pautas para el cuidado del cuerpo y para observar una conducta más placentera. El régimen alimentario también es parte de una formación sociocultural, como lo son la moda, las expresiones físicas y manifestaciones orales, que se van ejecutando de generación en generación (Foucault, 1984).

Si la anorexia y la bulimia son el resultado de una forma de manifestación sociocultural, resulta irónico que surjan estos comportamientos en un mundo donde abundan los alimentos; aún a pesar de la actual crisis mundial de alimentos, los trastornos del comportamiento alimentario se dan en el apogeo del mundo globalizado que lleva y trae productos alimenticios de todas partes y de todas clases, contrario a lo que se vivía en épocas de hambruna y posguerra, tal como lo relata la doctora. Maritza Rodríguez:



En épocas de hambruna es impensable y no aconsejable incurrir en conductas de dieta. Es más, en aquellas épocas, ligadas históricamente a las guerras, se demandaba que las mujeres garantizaran su fertilidad.

Sólo después del siglo XVIII, cuando una mayor parte de la sociedad tuvo acceso a más comida, se empezaron a observar cambios importantes. La mayor disponibilidad de comida marcó la posibilidad de la aristocracia de diferenciarse de la burguesía emergente por medio de la cantidad de comida que ingería. El gusto refinado se enfocó, entonces, en las cantidades más pequeñas y en la forma de preparación de los alimentos. (Rodríguez, 2005, noviembre, p. 544).

La investigación de la doctora Rodríguez menciona también las hipótesis de la psiquiatría darwiniana como posibles causas de los TCA, a pesar de las críticas que se le hacen a estas teorías por desconocer la evolución de las enfermedades mentales. *“Las hipótesis de la supresión reproductiva (...) según Voland y Voland sugirieron que la AN (anorexia nerviosa) puede ser una estrategia de emergencia que suprime la reproducción, debido a la reducción crítica de la grasa corporal por debajo de los índices que hacen posible la ovulación”*. Según este argumento, cabe preguntarse si las adolescentes en etapa de desarrollo acuden a prácticas bulímicas y anoréxicas con el propósito de evitar un embarazo no deseado.

En la *Hipótesis de competencia sexual*, Rodríguez se refiere a lo *adaptativo*, cuando la mujer se compara con otras mujeres y se siente motivada por el valor que se le da a la delgadez al tener un compañero sexual. *“Las emociones negativas producidas por no sentirse valiosas como compañeras, frente a otras mujeres, pueden generar, por selección natural, emociones como la culpa, la depresión y la ansiedad, que a su vez pueden llevarlas a hacer dieta, ejercicio o a tomar medidas más extremas para perder peso”* (Rodríguez, 2005. p. 549). Este comportamiento en diferentes etapas de la vida de la mujer puede significar el deseo de pertenecer a un grupo social de igual apariencia (en el caso de las adolescentes) o en el de volver a verse con un cuerpo joven (en el caso de las mujeres mayores).

## 1.2 Anorexia y bulimia nerviosas, comportamientos psiquiatrizados

Según el DRAE, Bulimia, viene del griego *Bous* que significa buey; y *limos* que quiere decir, muy hambriento, gana desmesurada de comer, que difícilmente se satisface.

Cuenta la historia que los romanos se auto-inducían el vómito luego de comer abundantes banquetes para demostrar abundancia en sus riquezas. Pero en el siglo XX, la anorexia es considerada como parte de la histeria que el psicoanálisis caracteriza por el comportamiento humano de un apetito voraz seguido del vómito.

Con el tiempo, la bulimia y la anorexia pasaron de ser manifestaciones socioculturales de los griegos, los romanos y sacrificios medievales ofrecidos a Dios, a ser enfermedades medicalizadas, analizadas y conceptualizadas por la psiquiatría y el psicoanálisis como parte de los trastornos mentales clasificados en el *Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM IV)*<sup>1</sup>. Incluso algunas actitudes frente a la comida son consideradas como TCA, o sea, trastornos del comportamiento alimentario no especificado, esto quiere decir que la sintomatología del paciente aún no es parte de un cuadro completo de anorexia o de bulimia. En otras palabras, la persona practica alguna de las técnicas típicas de los TCA, pero aún no ha desarrollado del todo la enfermedad.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas serias que incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los TCA no especificados. (...) Los TCA no especificados incluyen a los pacientes que no reúnen todos los requisitos de la AN y la BN. (...) es importante considerar, que la mayoría de los pacientes que buscan atención médica pertenecen al grupo de los TCA no especificados. (Abbott, 2008).

En dicho manual encontramos que los tipos de anorexia nerviosa son:

---

<sup>1</sup> DSM IV: Es la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatras (American Psychiatric Association.). Es algo así como *La Biblia* para consultar las características de los trastornos mentales. (DSM IV, 2002).

Anorexia Nerviosa Restrictiva: Quiere decir que la persona sólo se limita a dejar de comer y no se induce el vómito, ni toma laxantes o diuréticos.

Anorexia Nerviosa impulsiva o tipo purgativo: Significa que además de no comer, la persona se produce el vómito, aunque haya ingerido una mínima cantidad de alimentos.

Y los tipos de bulimia nerviosa hasta ahora conocidos son:

Bulimia Nerviosa tipo purgativo: Se refiere exclusivamente a la inducción de vómitos, uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas (lavado intestinal) en exceso. (DSM IV, 2002)

<b>1.3 Criterios para diagnosticar Anorexia Nerviosa:</b>
A. Rechazo a mantener el peso corporal ideal para la edad y la estructura (o un poco arriba del mínimo normal). - La pérdida lleva a menos de un 85% del peso esperado. - Fallas en la ganancia de peso durante los períodos de Crecimiento.
B. Miedo intenso a ganar peso o entrar en sobrepeso, aún cuando La paciente se encuentre con peso bajo.
C. Alteraciones en la manera como la paciente percibe su peso y su Forma corporal. - Auto evaluación indebida de su peso y forma corporal. - Negativa a aceptar la seriedad de la reciente y gran pérdida de Peso.
Amenorrea o pérdida de la menstruación (Se recupera luego con inducción de terapia hormonal)

(DSM IV, citado en Abbott, 2008)

<b>1.4 Criterios para diagnosticar Bulimia Nerviosa:</b>
<p>A. Episodios recurrentes de necesidad excesiva de comer caracterizados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ingestión de una cantidad de alimentos mayor de la que otra persona podría comer durante un periodo similar de tiempo y en las mismas circunstancias (por ejemplo en 1-2 horas).</li> <li>-Sensación de falta de control para comer durante el episodio.</li> </ul>
<p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para prevenir la ganancia de peso, tales como: Vómito inducido, Uso de laxantes, diuréticos y enemas, ayuno o ejercicio excesivo.</p>
<p>C. Los episodios de necesidad excesiva de comer y de comportamientos compensatorios se presentan al menos 2 veces Por semana durante 3 meses.</p>
<p>D. La auto evaluación es influenciada indebidamente por la forma y El peso corporal.</p>
<p>E. La alteración se presenta exclusivamente durante los períodos de Anorexia.</p>

(DSM IV, citado en Abbott, 2008).

### **1.5 Otras vulnerabilidades, causas distintas a la vanidad**

Ciertamente los TCA son enfermedades que obedecen a una gran preocupación por perder peso, ya que quienes la padecen suelen tener insatisfacción con su imagen corporal y baja autoestima, por lo que tienden a realizar rigurosas dietas o ayunos, ejercicios de gran intensidad como correr en bicicleta estática, inducción de vómito e ingestión de grandes cantidades de laxantes y diuréticos. El propósito de estas prácticas es la pregunta que me hago. Algunos consideran que estas personas lo hacen con el fin de lograr un físico deseado tanto por ellas como por la presión sociocultural, pues la delgadez representa “aparentemente” ser bello, sensual y exitoso.

Otros expertos, en cambio, vinculan el factor de la vanidad a otros factores. Según la doctora Victoria Pérez, médico psiquiatra del Centro Clic, dedicada al tratamiento de los TCA en Bogotá. *“existen muchas vulnerabilidades y emociones implicadas en los pacientes que se les convierten en enfermedades mentales y repercuten físicamente en la bulimia y la anorexia, las cuales son las enfermedades mentales actualmente con mayor mortalidad en el mundo”* (Pérez, 2007, 10 de octubre).

La anorexia, como se ha dicho, es en gran parte la obsesión por la delgadez a pesar de que la persona tenga un peso corporal por debajo de lo normal (18 por ciento según la OMS)<sup>2</sup>. Una persona normalmente tiene una representación de su propio cuerpo y al mismo tiempo tiene una distorsión de él, pero una persona anoréxica distorsiona su imagen corporal más allá de lo que realmente es. Suele observarse con sobrepeso y supone que come más allá de lo que debe.

Contrario a la anoréxica, la persona bulímica suele tener una ingesta grande de alimentos sin control –atración- que posteriormente suele generar un sentimiento de culpa, pero que será expulsado mediante el vómito o por la evacuación producida por los laxantes o enemas. *“Es la manera como sienten deshacerse de la culpa, la angustia y la ansiedad del atración”* (Pérez, 2007, mayo).

Un comportamiento típico de la bulimia es comer alimentos de una sola especie como paquetes de carbohidratos, fritos, dulces, chocolates, etc., con alto contenido calórico y casi nunca sienten voluntad de realizar algún ejercicio físico.

## **1.6 Cuando el fantasma aparece**

Un adolescente se enfrenta a cambios hormonales, físico-sociales que trascienden en la formación de su personalidad y su estructura corporal, convirtiéndose en un ser vulnerable ante la sociedad; es por ello que los TCA no son limitados sólo al mundo del modelaje o al

---

<sup>2</sup> Según la Organización Mundial de la Salud, el Índice de masa muscular para el caso de la mujer, debe estar entre 18 y 25 por ciento para el caso de Colombia.

género femenino, aunque sean las mujeres las que más los padezcan. A nivel mundial, las mujeres presentan un riesgo de sufrir AN entre 0,5 y 1 por ciento, de esas, un 10% muere al año y en el caso de la bulimia, el rango está entre un 2,5 y un 3%. En Colombia, las cifras son similares, la prevalencia en AN es de 0,55 por ciento; y 1,2 por ciento en BN. La frecuencia de trastornos no especificados, (TCANOES) es de 17,5 por ciento. (Abbott, 2008).

La posibilidad de padecer un TCA incide en las vulnerabilidades que la persona presente. Según la doctora Maritza Rodríguez, médico psiquiatra fundadora de Equilibrio, “*los medios de comunicación representan el gatillo que puede disparar cualquiera de las vulnerabilidades; genético-familiar, biológica, caracteriológica o de modelamiento socio-cultural*” (Rodríguez, M. 2008, 7 de febrero).



(Rodríguez, 2008, 7 de febrero).

Se necesita que una persona muestre un poco de alguna o todas de estas vulnerabilidades para convertirse en anoréxica o bulímica, ya que los factores

genéticos, biológicos o de personalidad demuestran que los trastornos alimenticios no son un mero capricho de vanidad, pues son enfermedades mentales tan graves que conllevan a que un diez por ciento de quienes las padecen, mueran por causas clínicas o terminen suicidándose- (Pérez, 2007, 10 de octubre).

Según la doctora Sandra Pineda, psicóloga de Horus, centro para el tratamiento de los TCA, más allá de perder peso, estas personas buscan tener el dominio de sí mismas, autonomía y posición sobre su cuerpo y sus vidas. *“Buscan sacar, expedir o votar todo aquello que les molesta, es decir, ser anoréxico o bulímico es tener autocontrol de sus vidas”* (Pineda, 2007, noviembre).

Otra población en riesgo de que el fantasma de la bulimia o la anorexia nerviosas se le aparezca, es la de aquellos niños y/o jóvenes a quienes sus padres exigen un nivel alto en el cumplimiento de sus responsabilidades. *“Suelen ser padres autoritarios y en la mayoría de los casos, no se sienten satisfechos con el resultados de sus hijos, los muchachos crecen con una tendencia a sobre exigirse consigo mismos, contrario a lo que muchos creen, estos jóvenes suelen ser los mejores en sus clases, pero toman el control de sus vidas a través de la alimentación”* (Rodríguez, 2007, 7 de febrero).

Igualmente, aquellas niñas que tienen un desarrollo precoz son sensibles a un TCA, ya que el cuerpo cambia morfológicamente a una temprana edad sin estar preparadas física o psicológicamente, por eso suelen ser niñas que expresan introversión, timidez, pena o vergüenza por el aumento de sus senos, caderas y glúteos; pueden también ser objeto de burlas por parte de otras niñas o niños y todo en conjunto puede ocasionar vulnerabilidad de una anorexia. *“Alimentarse es sinónimo de crecimiento y las niñas a esa edad dejan de comer para evitar ese desarrollo que les causa tanta vergüenza”* (Pérez, 2007, mayo).

### **1.7 Ese cuerpo que se destruye**

Los especialistas investigan la incidencia significativa de una patología manifestada en un TCA, o la inversa; aun se desconoce cuál aparece primero, si la enfermedad mental o el

TCA. Lo que sí se ha comprobado, es que existe una relación entre las experiencias traumáticas, como abuso sexual, maltrato infantil, secuestro, desplazamiento forzado, entre otros, que se caracterizan más en las bulímicas pues suelen manifestar el sufrimiento en comportamientos compulsivos, no sólo vomitar sino que llegan incluso a ocasionarse automutilaciones, cortarse, quemarse la piel compulsivamente, pegarse hasta sentir dolor o maltratarse hasta sangrar. Es por ello que cabe recalcar que los TCA no son un problema exclusivo de vanidosos.

Una investigación hecha por las doctoras Rodríguez y Guerrero, revela que entre 362 mujeres que padecían de anorexia nerviosa, 82 de ellas (22,6%) se maltrataban así mismas, es decir, no era suficiente el maltrato de la desnutrición y las otras prácticas, sino que además:

Se cortaban o quemaban la piel, se golpeaban la cabeza u otras partes del cuerpo hasta sentir dolor, se mutilaban dedos u otras partes del cuerpo hasta sangrar o presentaban varias conductas simultáneamente

(...) El comportamiento de auto daño según el tipo de trastorno, se detectó que la mayor proporción de autolesionadoras estaba en el grupo de las bulímicas (45,2%), seguido por las anoréxicas (34,5%) y por las pacientes con trastorno por atracones de alimentación (20,24%).

(...)El reporte de los contenidos cognoscitivos que acompañan al acto automutilatorio es generalmente muy difícil, está acompañado de perplejidad o es relatado como “placentero”, “liberador” o generador de “alivio” frente a un malestar interno no nominado. Otra manifestación frecuente en estas mujeres suele ser el intento de “sustituir” un dolor interno que no se logra descifrar, por un dolor externo visible, objetivable y susceptible de ser controlado a voluntad, con lo cual el síntoma cumple una función de alivio de la tensión y el sufrimiento internos.

(2005, p.341, 350 y 352)

Posteriormente, el equipo de investigadores del Centro Equilibrio reveló que de esas 82 pacientes con conducta automutiladora, *“catorce de ellas tenían historia de abuso sexual infantil y exposición a otros eventos traumáticos, como secuestro a ellas mismas o a sus familiares, extorsión y amenazas repetidas a la familia, desplazamientos forzados por*



*causas violentas, maltrato físico, así como homicidio o suicidio de algún familiar o persona cercana” (Rodríguez, et al, 2007, p.243).*

### **1.8 Dietas, ¿inocentes o culpables?**

Cuidar el cuerpo, ciertamente, es una tendencia de la postmodernidad. Mantenerse en el peso “ideal”, cumplir con ciertos cánones de belleza y de estética, estar sano, hacer ejercicio, beber los famosos ocho vasos de agua al día, tomar suplementos vitamínicos, hacer dietas o alimentarse con malteadas que supuestamente contienen todos los nutrientes necesarios para un cuerpo saludable y delgado; son parte de la demanda que exige el mundo de hoy, no sólo en el ámbito de la moda, sino también en el familiar, laboral y en cualquier profesión. Por eso es normal hablar de dietas para eliminar en corto tiempo grasa, perder calorías, toxinas o simplemente sentirse más livianos; pero estas tienen el peligro de ser el conducto para la formación de un TCA, mas no quiere decir que sea el factor determinante de estas enfermedades, pues como se ha dicho anteriormente, es necesario la presencia de otras vulnerabilidades genético-familiar, biológica, caracteriológica o de modelamiento socio-cultural.

*“El problema no radica en las dietas, el problema es cuando la persona no puede parar de hacerlas, se sale de control y cada vez las dietas son más exigentes, poco a poco va disminuyendo los alimentos hasta lograr una delgadez extrema, al punto de sentirse culpable cuando come algún alimento porque percibe erróneamente que con éste engordará fácilmente” (Pérez, 2007, mayo).*

Todo indica que quienes padecen de trastornos del comportamiento alimentario, suelen ser personas exigentes consigo mismas, buscan tener el control sobre sus propias vidas y cuando vomitan sienten gran satisfacción y recompensa *“vomitando sienten que expulsan el problema y creen que votan todo aquello que no les sirve o no necesitan” (Pineda, 2007, noviembre).*

Un TCA aparece incipientemente con una inocente dieta de piña, atún, o vegetales, o aquellas donde sólo se toman líquidos; poco a poco la persona va aprendiendo a medir el índice de calorías, carbohidratos, proteínas, vitaminas, etc., hasta el punto de convertirse en casi una nutricionista (*Honores causa*) con el conocimiento detallado sobre los alimentos. En la medida en que busca adelgazar mediante estrictas dietas, puede deshacerse no sólo de esas calorías de más, sino desencadenar una anorexia o una bulimia nerviosas, ya que va inhibiendo el apetito, vomita o toma laxantes para expulsar lo mucho o poco que haya ingerido.

Distinto a lo que se cree popularmente, una anoréxica sí pasa hambre, pues su inhibición obedece a la voluntad propia de no comer aunque tenga apetito, sienta dolor abdominal, debilidad o agotamiento físico-mental. El dominio que tiene sobre su cuerpo responde a una o varias vulnerabilidades.

Algunas herramientas como la balanza o las máquinas de hacer ejercicio usadas para la salud y la belleza se convierten en amigas o enemigas, las odian o las aman; tal es el caso de la balanza a la que temen subirse o con la que se obsesionan en pesarse, pues suelen creer estar pasadas de kilos y sentirse pesadas. El índice de la balanza puede ser traumático para una persona con anorexia o bulimia. Las máquinas para hacer ejercicio son parte de sus aliados con los que expresan las ganas de desaparecer el *corpus* indeseado, insatisfecho y “anormal”, según su propia auto-evaluación.

### **1.9 Exorcizar el *corpus* imaginado**

Quienes sufren de alguno de los TCA se convierten en personas obsesionadas por usar tallas de ropa pequeñas, para ello se fajan fuertemente el abdomen, corren los botones de los pantalones, compran ropa de talla menor a la suya, sus conversaciones giran en torno alimentación, y cuando comen consumen preferiblemente alimentos sanos, perciben un sobrepeso por encima de lo real y distorsionan con facilidad su imagen y su volumen corporal.

(...) La nutrición dejará de ser un problema ético y se convertirá en una cuestión tecnocientífica, esto es, biopolítica.

Pero las tácticas biopolíticas por medio de la alimentación asegurarían todavía un cerco más sobre la población. La doble invención de las tablas de peso y talla 'normales' por parte de la medicina con el ánimo de servir de herramienta estadística y científica en las campañas de salud pública, y la estandarización de las tallas de ropa a principios del siglo XX para racionalizar la producción, determinarán una sobrecodificación del cuerpo cuyos efectos todavía no alcanzamos a percibir, pero que se expresan de manera cruda en la anorexia. (Tamayo, 2007, p. 71).

Según Tamayo *“En este sentido, las “alteraciones preceptuales” llevan la marca de una segmentación institucional de la corporalidad y, de ninguna manera, son elecciones individuales”* (Tamayo, 2007, p.75). En cuanto a este efecto sobre la distorsión de la apariencia corporal, el DSM IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, lo clasifica entre los trastornos somatomorfos llamado trastorno dismórfico corporal:

Los trastornos somatomorfos son trastornos con síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero que, luego de la evaluación requerida, no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad física. Tampoco se explican por otro trastorno mental (por ejemplo, una depresión o un trastorno ansioso). Los síntomas ocasionan un malestar significativo en el individuo o interfieren en su vida cotidiana. (DSM IV, 2002)

Al respecto, la psicóloga Camila Pombo de la clínica Horus, dedicada al tratamiento de TCA explica que *“a mayor desnutrición en el cerebro mayor es la distorsión corporal”*. Y aclara que no es un problema ocular sino de percepción propia: *“Tú puedes ver el día de una forma, pero yo puedo verlo de otra forma muy diferente”*, y afirma que esta teoría es sustentada en una investigación realizada por el médico español Joseph Toro, en su libro *El cuerpo como delito* (Pombo, 2008, 14 de mayo).

## **2.0 Dieta, unas para enfermos y otras para enfermar**

Muchos son los medios de comunicación que la mencionan, pero ¿qué es dieta? De acuerdo con el DRAE, el término dieta en algunas de sus acepciones significa: Del latín *diaeta*, que proviene del griego *diaité*, régimen de vida. Régimen que se manda observar a los enfermos o convalecientes en el comer y beber (...) || Privación completa de comer. || Conjunto de sustancias que regularmente se ingieren como alimento.

Y es que la relación de la dieta como medio de curación nos la muestra Foucault en *“el uso de los placeres”*, al referirse a la teoría de Hipócrates por la importancia que daban los griegos a este régimen: *“La medicina se habría formado entonces como "dieta" propia de los enfermos y a partir de una interrogante sobre el régimen específico que les convenía”* (Foucault, 1984, p.93).

En la actualidad, la alimentación sigue siendo sinónimo de vitalidad para la existencia, el instinto con el que nacemos de nutrirnos es un reflejo natural de cualquier vida, sea vegetal, animal o humana, nos ata la necesidad de comer; por ello es necesario cuestionar a fondo el comportamiento de aquellas personas que en contra del deseo natural del cuerpo, niegan el alimento indispensable para la supervivencia.

(...) si para Platón la dietética no es un arte originario, no es porque el régimen, la *diaité*, carezca de importancia; la razón por la cual, en la época de Esculapio o de sus primeros sucesores, nadie se preocupaba por la dietética era que el "régimen" que realmente seguían los hombres, la forma en que se nutrían y hacían ejercicio, era conforme a la naturaleza. Ante esta perspectiva, la dietética fue claramente una inflexión de la medicina, pero sólo se convirtió en esa prolongación del arte de curar el día en que el régimen como forma de vida se separó de la naturaleza, y si constituye siempre el necesario acompañamiento de la medicina, lo es en la medida en que no se podría cuidar a nadie sin rectificar el género de vida que lo ha efectivamente puesto enfermo. (Foucault, 1984, p.94).

Me pregunto que diría Hipócrates en relación con aquellas dietas de los griegos especificadas para la cura de los enfermos, frente al uso de la dieta de esta época, usada para enfermar a los sanos.

## **2.1 Medidas universales de belleza**

En el mundo actual globalizado y mediatizado, las medidas corporales de la belleza son universales, como el reconocido 240, o mejor, 90-60-90, medidas creadas en el imaginario colectivo como “perfectas” para que la mujer participe en reinados de belleza. La televisión muestra el éxito de las mujeres delgadas y el fracaso de las obesas, pues estas suelen ser sólo dignas de una representación satírica, cómica o “tierna” en los medios; y los cuidados corporales se basan de una comercialización de productos para adelgazar o lucir delgada, que, entre otras cosas, ponen en riesgo la salud.

Se percibe un culto al cuerpo y al mismo tiempo surgen inquietudes por conocer cómo esto se ha convertido en un estilo de vida que ha posibilitado que el cuerpo sea el más representativo del ser humano, cómo se ve o cómo luce, pareciera trascender más allá de cómo se siente o cómo se es. En respuesta a esta inquietud podría aceptarse el texto en el *uso de los placeres*:

En resumen, la práctica del régimen como arte de vivir es bien distinta de un simple conjunto de precauciones destinadas a evitar las enfermedades o a acabar de curarlas. Es toda una forma de constituirse como un sujeto que tiene el cuidado justo, necesario y suficiente de su cuerpo. Cuidado que recorre la vida cotidiana; que hace de las actividades principales o corrientes de la existencia una postura a la vez de salud y de moral, que define entre el cuerpo y los elementos que lo rodean una estrategia circunstancial, y que busca finalmente armar al individuo mismo con una conducta racional. (Foucault, 1984, p. 102)

## **2.2 Normalización del estándar “saludable”**

En medio de un mundo que rinde homenaje a la imagen y al culto al cuerpo, ¿qué se considera normal? Para resolver esta inquietud, el doctor. John Duperly, médico deportólogo de la Universidad de los Andes, afirma que el ser humano viene programado genéticamente para comer bien, en buenas cantidades y que se siente violentado frente a la prohibición de comer aquellos alimentos que saben ricos, altos en calorías: fritos, grasas, carbohidratos, dulces, etc. Duperly compara la población rural que se desplaza a pie con la población urbana, una sociedad más tecnologizada con personas sedentaria, literalmente

pegadas al computador o a la televisión como consecuencia, las deficiencias físicas registradas en la civilización son, obesidad, infartos prematuros, insuficiencia cardíaca y, en general, la ciudad es una población menos sana que la del campo dedicada a labores agrícolas,; de hecho, en estas últimas, no existen registros de trastornos del comportamiento alimentario. (Duperly, 2008, 7 de febrero).

Está visto que parte del problema de la obesidad es la inactividad física de la población porque desde niños hasta adultos pasan gran parte del tiempo sentados frente a una pantalla, además del consumo de alimentos poco o nada nutritivos. La recomendación de Duperly no es nada distinta a la que mencionan cientos de revistas y noticieros: *“aumentar el ejercicio físico y el consumo de frutas y verduras”*. Sin embargo, la medicina reconoce que el soporte científico que existe sobre la alimentación “ideal” aún es muy pobre, *“realmente no se sabe con exactitud qué pasa si se toman más miligramos de vitamina A al día o cuál es la cantidad de calcio necesaria”*, afirma Duperly.

Lo cierto es que engordar es un temor no sólo infundado por los medios de comunicación, o por la imagen corporal deseada en la conciencia colectiva de los seres humanos, sino también sinónimo de epidemia, de enfermedad, de rechazo sociocultural, de baja autoestima, de falta de control de las emociones. Son múltiples las causas que se asocian a una persona obesa o pasada de kilos. Por lo mismo, se ha generado una cultura de adelgazamiento basada en la comercialización de productos para adelgazar, tonificar o quemar grasa. Vienen en todas sus formas, geles, cremas, ungüentos, aparatos con los que no toca hacer nada, inyecciones, pastillas, cirugías, liposucciones, etc. Todos atinan a un mismo objetivo: no importa cómo, la idea es adelgazar. *“Es bien interesante como la manipulación comercial llega a hacerle creer a un ser humano medianamente inteligente, que tomando una pepa puede quemar grasa”*, dice Duperly, y explica mediante diapositivas que, el único quemador de grasa es una bacteria que está en nuestro cuerpo llamada mitocondrias, la cual se activa sólo mediante el ejercicio físico o gasto calórico.

*“(…) Es mucho más importante mantener una actividad física que mantener un peso normal. El mito de cuántas calorías se pueden consumir está sujeto a cuántas calorías pierde cada persona según sea su actividad física, pues resulta obvio que si consume más cantidad de calorías que las que quema y además consume alimentos ricos en carbohidratos, grasas y dulces, aumentará de peso” . (Duperly, 2008, 7 de febrero).*

En conclusión, la formalización del estándar “normal” o “saludable” dentro de los parámetros del consumo de alimentos y la realización de ejercicio, dependerá del diagnóstico médico para cada caso; sin embargo, las personas suelen no acudir a consultas médicas, sino a automedicarse para bajar unos cuantos kilos, las consecuencias de esto pueden ser letales.

### **2.3 Ejercicio, dietas y pastillas “mágicas”, ¡una fatal combinación!**

En el mercado se consigue todo tipo de pastillas en venta libre, como los antidepresivos o la anfetamina, drogas estimulantes del sistema nervioso usadas por neurólogos y psiquiatras, pero popularmente se toman para adelgazar. Los neurólogos afirman que consumir estos medicamentos es de alto riesgo para la salud sin conocer las indicaciones médicas del caso; sin embargo, aún así se comercializan en venta libre y cada día se conocen más casos de muertes causadas por drogas para adelgazar.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), encargada de vigilar la aplicación de los tratados de la ONU en materia de control de drogas, acaba de hacer pública su preocupación por el incremento del uso indiscriminado de drogas para adelgazar.

Se trata de los llamados anorxígenos, unas sustancias que suprimen el apetito o la sensación de hambre y que suelen ser indicadas por médicos como parte del tratamiento de la obesidad, la narcolepsia y los trastornos de concentración. El uso sin control de estos medicamentos, que actúan sobre el sistema nervioso central, causa graves efectos; una sobredosis puede derivar en estados de pánico, comportamiento agresivo y violento, alucinaciones, depresión respiratoria, convulsiones, coma y hasta la muerte.

(...) No obstante, en el país se echa mano de otros anorexígenos, como la sobutramina, que debe expendirse con fórmula médica, pues tiene contraindicaciones, aunque no es secreto entre las jovencitas que puede conseguirse fácilmente. (*El Tiempo* 2008, 22 de marzo, p.1-14).

Poco antes de la publicación de ese editorial, se había conocido en Medellín la muerte de la reconocida modelo Marcela Posada en Medellín, de quien se dice padecía de anorexia nerviosa por la ansiedad que tenía de regresar al mundo del modelaje. Cuentan que Marcela realizaba con alta intensidad ejercicio físico, llevaba rigurosas dietas y consumía anfetaminas, combinación fatal que le causó la muerte luego de un derrame cerebral mientras bailaba en una fiesta. Según el parte médico, revelado por una fuente confidencial de esta investigación, Marcela habría venido tomando una mezcla de anfetaminas y antidepresivos, sumados a la falta de los alimentos y a muchas horas de ejercicio en el gimnasio, hecho que le causó muerte cerebral. La radiografía de Marcela mostraba un cerebro literalmente quemado.

Para la doctora Victoria Pérez, médico psiquiatra, Marcela pudo tener un TCA que no había sido reconocido, pues las modelos suelen entregarse al ejercicio físico y a prácticas extremas. Lo que Marcela seguramente no sabía era que probablemente padecía un trastorno psicológico de la personalidad ligado a su conducta obsesiva, quizás alguna vulnerabilidad más allá de la presión de los medios de comunicación y de sus metas personales, lo cierto es que Marcela se encontraba en circunstancias de alto riesgo. (Pérez, 2008, 2 de junio).

### **3.0 Zonas de alto riesgo**

Hablar de quienes padecen de TCA, implica reconocer no sólo a la población que más la padece, sino detectar en qué zonas se encuentra esa población con alto riesgo de vulnerabilidad. La muerte de Marcela Posada confirmó una vez más que Medellín es una plaza de modelos preocupadas por el peso, la figura, la moda y la búsqueda del protagonismo en los medios de comunicación; sin embargo, esto no quiere decir que la enfermedad sólo afecte a las modelos o presentadoras de televisión pues estas profesiones



pueden ser un mediador o un generador de anorexia o bulimia, que en principio comienza como una forma de vida que sin darse cuenta puede convertirse en una obsesión hasta llegar a ser un TCA.

Por lo anterior, Medellín ha sido pionera de campañas contra la anorexia y la bulimia, ya que es una ciudad que le rinde homenaje a sus textiles y culto a la moda y a la belleza, donde la mujer se siente obligada a verse bien y cuida su cuerpo mediante estrictas dietas, cirugías plásticas, liposucciones, aumento de senos, etc.

En un estudio realizado en el año 1998 a 972 estudiantes en Medellín, en el cual se practicó un cuestionario EAT (eating actitud test), que por sus siglas en inglés traduce al español *prueba del comportamiento alimentario*, concluyó que *“ser flaquita es ser bonita, por lo tanto es ser feliz, (...), también encontramos que simultáneamente el comportamiento de la mujer paisa era seguir el patrón de belleza de la mujer con senos grandes, de las cirugías plásticas, como las reconocidas modelos de la publicidad”* afirma una coinvestigadora de la doctora Lucrecia Ramírez (esposa del ex Alcalde de Medellín, Sergio Fajardo) (Ramírez, 2008, 7 de febrero).

Comprendiendo que la preocupación de las jóvenes adolescentes en Medellín era tener una delgadez extrema para ser “feliz”, se realizó un estudio con una muestra representativa de 475 adolescentes escolarizadas en colegios privados de esa ciudad a quienes les aplicaron el EDI, test para diagnosticar TCA, validado para Colombia por la Secretaría de Salud SDS de Medellín. Dicha prueba arrojó que un 30% de esa población presentaba un riesgo positivo en:

- La insatisfacción por la figura corporal
- Las conductas bulímicas y
- El impulso por la delgadez

Dados los resultados alarmantes, la Alcaldía de Medellín realizó una campaña de tercera generación en cuatro componentes: publicitario, educativo, responsabilidad social y

monitoreo de valoración. Es así como se creó una campaña de expectativa a través de los medios de comunicación, vallas, comerciales de televisión, medios impresos, donde se cuestionaba ¿A ti cómo te gusta ser? Y ¿a ti cómo te obligan a verte?, sin mencionar el tema de la anorexia-bulimia.

Después de la campaña publicitaria, se promovió la denuncia en contra de la delgadez como un proyecto económico, el cual genera presión en las mujeres por mantener el ideal de ser delgadas. Por último, la campaña de la Alcaldía de Medellín institucionalizó el concepto de la “diversidad” en los medios de comunicación en donde se afirmaba “yo valgo por lo que soy y no por lo que peso”. (Ramírez, 2008, 7 de febrero).

Para confirmar que hubiesen generado verdaderamente una corriente de opinión adversa hacia la delgadez extrema, la Alcaldía de Medellín contrató una empresa encuestadora con el fin de evaluar el impacto que la campaña había tenido. Fueron encuestadas 1357 personas representadas en todos los grupos de edad y en todos los estratos sociales. El resultado arrojó que un 91% de los entrevistados, había oído, visto o leído algo sobre el concepto anorexia-bulimia; Y, entre estos, el 75% tenía claro los postulados de la campaña. *“Sin embargo, dicho resultado arrojó también que las personas seguían pensando en la enfermedad, y esto para los encargados del proyecto de la campaña realizada por la Alcaldía de Medellín, significaba una apología a la misma enfermedad, por lo que replantearon algunas de las estrategias de la campaña”* (2008, 7 de febrero).

La campaña en contra de los trastornos del comportamiento alimentario se enfocó en varios sectores y entre ellos buscaron sensibilizar a la población adulta que presionaba para fomentar la delgadez extrema y se le hizo reflexionar sobre el tema. Para ello desarrollaron talleres en 337 instituciones donde participaron 3100 personas adultas. Así mismo, en el componente de Responsabilidad Social, invitaron a la industria de la moda, tanto industriales como gremios de las escuelas de modelaje, para que reflexionaran qué tanto estaban ellos motivando a la delgadez extrema, por ello se les pidió que su Responsabilidad Social con las mujeres fuera más de la mano con sus capacidades de trabajo, creatividad,

talento y al desarrollo del liderazgo. *“Con esto la Alcaldía pretendía poner el ideal de belleza en un segundo plano y a cambio resaltar los otros valores de la mujer. (Ramírez, 2008, 7 de febrero).*

En el año 2007 se aplicó nuevamente el test EDI2, (Eating Disorder Inventory 2) en adolescentes de Medellín. Esta vez se les practicó a 8367 estudiantes que habían terminado la secundaria y algunos ya habían iniciado la universidad. La muestra arrojó que de los riesgos que había evaluados en el estudio de prevalencia, es decir, la insatisfacción por la figura corporal, las conductas bulímicas o el impulso por la delgadez, un 41% tenían al menos uno de estos riesgos y el 59% no presentaron ningún riesgo.

Este resultado hizo que la Alcaldía de Medellín propusiera al sector de la moda un instrumento que ayudara a identificar la anorexia mediante la valoración del volumen de masa corporal en cada modelo, aunque en un comienzo, Inexmoda se opuso a esa prueba ya que su economía se vería afectada, luego de ver que las pasarelas internacionales estaban aplicando esta medición, decidieron realizar la prueba y como resultado algunas de las modelos que ya habían sido escogidas por los diseñadores para desfilan en pasarela, no desfilaron porque su índice de masa corporal estaba por debajo de lo normal (18%, mínimo en las mujeres). *“Madrid fue la primera capital europea en atacar el problema al prohibir, en septiembre de 2006, que las modelos con una masa corporal menor de 18 (el peso en kilos dividido por la altura al cuadrado) desfilaran en la Pasarela Cibeles, la gran cita de la moda de la capital española” (El Tiempo, 2008, 16 de abril).*

#### **4.0 Al otro lado de la Balanza**

Frente al caso de Medellín, algunos han sido fuertes críticos de la campaña promovida en el 2003 por la primera dama de esa ciudad, la doctora Lucrecia de Ramírez, de quien se dice haber convertido la anorexia y la bulimia en métodos de propaganda para visibilizarse en la política y adquirir recursos del Estado. Así lo expone Richard Tamayo, filósofo y profesor de la Pontificia Universidad Javeriana:

(...) una cosa es la Anorexia Nerviosa (tipificada en el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales DSM-IV) y otra muy distinta los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (tal y como los define el mismo manual). La diferencia no es tonta, pues significó que la Anorexia Nerviosa se constituyese en problema de salud pública en la ciudad de Medellín con la correspondiente movilización de recursos que ello conlleva. La doctora Lucrecia logró esta ‘hazaña’ en una ciudad de ‘machos’: convertir una enfermedad de mujeres en problema público, lo que no tiene nada de malo si ello no ocultase las interpretaciones falsas de un estudio científico realizado por ella misma gracias al cual se legitimó científicamente la distribución de recursos en el Concejo de Medellín. (Tamayo, 2007, p.2).

Lo que el profesor Tamayo quiere decir es que los TCA son producto de muchas otras causas, aparte de la vanidad y la moda, tal como el abuso sexual en la infancia, pero este fenómeno se hace invisible en el estudio hecho en Medellín ya que la campaña se dirige exclusivamente al mundo de las modelos, dejando por fuera múltiples antecedentes de los trastornos del comportamiento alimentario. Ciertamente, la doctora Lucrecia logró una campaña publicitaria en Medellín de gran reconocimiento por la población; sin embargo, la interpretación de los resultados también produjo algunas dudas sobre el porcentaje de personas que sufren de anorexia y bulimia en esa ciudad.

En esta investigación, y a partir de una muestra de 474 mujeres, se llegó a la conclusión de que en dicha población hay una prevalencia total del 17,7% en trastornos de la conducta alimenticia, con “una prevalencia de AN del 0,8%, de BN del 2,3% y de TCANOES del 14,6%”. Traduzco sin traicionar, fiel al estudio de la doctora, fiel a sus propios resultados: 0,8% de Anorexia, 2,3% de Bulimia y 14,6% de trastornos de la conducta alimenticia no especificados que, según el DSM-IV es una categoría que “se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que *no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica*”.

(...) Me indigna, doña Lucrecia, que su investigación haya encontrado que hay asociación estadística y causal entre la presencia de “exceso de peso, comentarios adversos, abuso sexual en general y abuso sexual en las formas de caricias indeseadas y coito no deseado” y la prevalencia de anorexia y bulimia y, lo que es peor, que el 21,9% de las mujeres de la misma muestra que usted estudió haya informado haber sufrido algún tipo de abuso sexual en el pasado. (Tamayo, 2007, p. 6).

Según la interpretación del estudio en Medellín, la anorexia y la bulimia son enfermedades de tipo epidemia convertida en un problema de salud pública. En contraste con esta teoría expuesta en diferentes artículos y en el Curso de Actualización en TCA en Bogotá, un médico psiquiatra, que pide no revelar su nombre, afirma que la interpretación del estudio hecho en Medellín obedece exclusivamente a la mujer que aspira a ser delgada para ser modelo: *“En diez años que llevo tratando los TCA tan sólo he visto el caso de una modelo con anorexia; ellas son una población vulnerable pero más allá de la vanidad, los TCA son un problema sin discriminación alguno, todos los estratos, todas las profesiones, mujeres bonitas y no bonitas, hombres y hasta niños”*.

Es entonces necesario la interpretación imparcial de los trastornos del comportamiento alimentario que muestre la totalidad de la población vulnerable, en riesgo o que ya padezca de anorexia o bulimia; reconociendo que también existen otras causales distintas a la vanidad, como el abuso sexual en la infancia, el maltrato en la niñez, el secuestro, desplazamiento forzado, pérdida de un ser querido, una tragedia familiar, etc.

#### **4.1 Cómo diagnosticar anorexia**

Según la enciclopedia médica Medlineplus diagnosticar anorexia va de la mano de la práctica de algunos exámenes médicos, pues no a toda persona delgada se le puede juzgar de anoréxica. Antes se deben descartar causas médicas como un cáncer o una anorexia clínica. (Pérdida del apetito no por su voluntad sino por una enfermedad).

El médico determinará si las anomalías endocrinas, metabólicas, digestivas y del sistema nervioso central pueden explicar dicha pérdida de peso. Por ejemplo, la pérdida extrema de peso podría deberse a enfermedad celíaca, enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Addison y muchas otras posibles afecciones. Se hacen exámenes para ayudar a determinar la causa de la pérdida de peso o qué tipo de daño ha causado dicha pérdida de peso. Estos exámenes abarcan: Chem-20,

análisis de orina, pruebas de la función tiroidea, ECG, respuesta de la LH y la Ngr. (MedLineplus.com, 2007).

Las complicaciones de la anorexia nerviosa suelen ser las mencionadas a continuación según la enciclopedia Medlineplus y confirmado por los doctores conferencistas del Curso de Actualización en TCA:

- Deshidratación severa que posiblemente lleva a *shock*
- Desequilibrio de electrolitos (como la insuficiencia de potasio)
- Arritmias cardíacas
- Desnutrición grave
- Deficiencia de la glándula tiroides que puede llevar a que se presente intolerancia al frío y estreñimiento
- Aparición de vello corporal fino similar al de los bebés (lanugo)
- Edema o distensión
- Disminución en el conteo de glóbulos blancos que lleva al aumento de la susceptibilidad a las infecciones
- Osteoporosis
- Erosión y caries dentales
- Convulsiones relacionadas con el cambio de líquidos debido a la diarrea o vómito excesivos. (MedLineplus.com, 2007)

Además de estas complicaciones, una persona anoréxica se ve afectada por la desnutrición; como dice la doctora. Rodríguez: “*una anorexia la diagnóstica hasta el portero*” pues es notoria la forma raquílica, la pérdida de pelo, la resequedad en la piel, inflamación en el abdomen y en las piernas debido a la falta de proteínas, por ello los niños del continente africano que padecen de hambre, no por voluntad propia sino por falta de recursos económicos, presentan estómagos grandes que no son llenos de alimentos sino de edemas (hinchazón de una parte del cuerpo).

En el caso de la bulimia nerviosa su manifestación es mucho más discreta, pues la persona suele inducir el vómito en la intimidad de un baño. Tampoco se ve delgada debido a que los atracones son grandes y el vomitar o tomar laxante no baja de peso, pues el organismo ya ha tomado los nutrientes necesarios mucho antes de que la persona expulse lo ingerido. Los problemas que se generan por bulimia suelen ser gastrointestinales e hipopotasemias (concentraciones bajas de potasio en la sangre); Sin embargo, para diagnosticar bulimia, algunos exámenes también son de ayuda:

El examen dental puede mostrar caries dental o infecciones de la encía (tal como gingivitis). El esmalte de los dientes puede estar erosionado o picado por la excesiva exposición a los ácidos del vómito. Un estudio ampliado de química sanguínea puede revelar un desequilibrio electrolítico (tal como hipocalemia) o deshidratación. Las complicaciones de la bulimia son:

- Pancreatitis
- Caries dental
- Inflamación de la garganta
- Anormalidades electrolíticas
- Deshidratación
- Estreñimiento
- Ruptura/rompimiento del esófago
- Hemorroides. (MedLineplus.com, 2007)

## **5.0 Anorexia y Bulimia, protagonistas de novela**

Para algunos psiquiatras y psicólogos dedicados al tratamiento de trastornos del comportamiento alimentario, la anorexia y la bulimia se han convertido en enfermedades protagonistas de novela que cobran cada día más vigencia en las páginas de revistas de farándula y en programas de televisión. Los médicos recomiendan a los medios de comunicación no dar ese protagonismo trascendental ya que esa es una forma de alimentar el mal entre jóvenes adolescentes y de fomentar el éxito de las personas delgadas,

anoréxicas o bulímicas, que figuran en los medios- no por sus talentos profesionales sino por sus prácticas de inanición de alimentos, vómitos, engaños a sus familias, dietas y ejercicios extremos, entre otros. Estas prácticas estarían enviando un mensaje de apología a favor de los trastornos del comportamiento alimentario en vez de una voz de alerta contra estas enfermedades.

Ese es el caso de la doctora Lucrecia Ramírez, ex primera dama de Medellín, promotora de la campaña contra los TCA en esa ciudad y quien, según fuentes confidenciales, le solicitó a un reconocido medio de comunicación no hacer entrevistas basadas en estas enfermedades sino con base en la solución de las mismas. *“Doña Lucrecia dice que ya se ha dicho mucho sobre la anorexia y la bulimia y que es hora de mandar un mensaje positivo, nos permitió entrevistar a los enfermos pero nos advirtió que no les preguntáramos nada sobre el trauma que han vivido con la anorexia o con la bulimia; eso a mi programa no nos sirvió porque necesitábamos dar a conocer los testimonios de la experiencia en la vida real”* (fuente reservada, 2008, 11 de julio).

La discusión de cuál debería ser el papel de los medios de comunicación frente a los TCA se ha convertido en tema global de las prácticas periodísticas. Ciertamente, las agendas mediáticas han ocupado gran parte de sus sesiones de salud, moda, belleza y farándula sobre estas enfermedades, pero en el tratamiento de cómo se dice, qué se dice y a quién lo dice, pareciera estar la diferencia entre una apología y una campaña contra la enfermedad.

### **5.1 La red que pesca anoréxicos y bulímicos**

La red que más pesca anoréxicos y bulímicos es sin duda Internet, pues así lo muestran algunas páginas que promueven la anorexia y la bulimia, como [www.proana.com](http://www.proana.com) y [www.promía.com](http://www.promía.com) que han suscitado gran debate entre los especialistas y los mismos jóvenes que padecen de algún TCA.



Al respecto, el periódico El Espectador publicó un reportaje sobre las jóvenes que preocupadas por su aspecto físico, obsesionadas por lograr adelgazar, comparten sus experiencias más íntimas en la web contando vivencias escalofrantes que pasan de boca en boca para promover la anorexia y la bulimia.

La doctora Juanita Gempeler, psicóloga especialista en TCA y directora científica de Equilibrio, habló así para El Espectador:

Lo grave, explica, “es que se están fomentando síntomas que son conductas patológicas. Como, por ejemplo, vomitar de manera autoinducida cuando se excede en la comida. Y aunque no todos los que se meten a estas páginas acaban enfermos, sí tienen la vulnerabilidad biológica para un trastorno de alimentación, la probabilidad de que lo hagan es mayor” (...) “Este es un acercamiento simplista a algo tan grave como un trastorno alimenticio, como si el problema fuera la comida. Cuando también tienen que ver las emociones, la forma como se piensa el mundo y se vive el cuerpo”. (Gempeler, citado en Suárez, 2008, 16 de marzo).

Y es que las conductas a las que la doctora hace referencia se muestran claramente en las páginas web *proana.com* y *promía.com* mediante consejos de cómo vomitar a escondidas o engañar a los padres haciéndoles creer que comen bien. El debate de los profesionales oscila entre prohibir la visita de estas páginas o prevenir en los colegios mediante charlas sobre cómo enfrentarse ante circunstancias de este tipo. Por ello, algunos psicólogos dicen estar de acuerdo en reforzar la autoestima de los jóvenes y darles claridad de la enfermedad antes que prohibirles lo que ya tienen a la mano en Internet.

Camila Pombo, psicóloga con entrenamiento en trastornos de alimentación del Centro Horus TCA, asegura que la situación es realmente alarmante. "Estas páginas -sostiene esta especialista con ocho años de experiencia en el tema- ejercen una fuerte influencia en personas con anorexia y bulimia. Lo peor del asunto es que les ayudan a reafirmar su trastorno. Sienten que no están solos y que hay alguien en el mundo que los entiende. Al final todo se reduce a una especie de hermandad negativa". (Pombo, citada en Fernández, 2008, 27 de marzo).

El mismo artículo señala que una investigación realizada por la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford y el Hospital de Niños Lucile Packard, publicada en la revista *Pediatrics*, indica que de cada tres personas con TCA, una de ellas ha aprendido por medio de Internet técnicas para vomitar, ocultar la delgadez, consumir pastillas adelgazantes, entre otros. Es así como se dan ánimo entre los enfermos de anorexia o bulimia; parecieran que descargarán todo su peso al sentirse identificados con otras personas que padecen en carne propia los mismos miedos, los mismos síntomas y traumas familiares; no es entonces del todo descabellado prohibir la apología a la delgadez, pues países como Francia tienen claro que publicar fotografías de modelos extremadamente delgadas es una forma de inducir y promover la anorexia. Por eso ahora penalizará con cárcel la incitación a esta enfermedad.

La norma, que está dirigida en particular contra los sitios de Internet y las revistas de moda que estimulen la “delgadez excesiva, va camino de convertirse en las más contundente del mundo frente a este problema. (..) Alentar a una persona a asumir “restricciones alimentarias prolongadas” para que se vea más delgada será castigado con dos años de prisión y una multa de 30 mil euros, según el proyecto de ley. Y en caso de que la incitación a la anorexia lleve a la muerte, el castigo se eleva a tres años de prisión y 45 mil euros de multa. (...) “Hemos notado -declaró Valery Boyer, autora del proyecto de ley en Francia- que el ambiente sociocultural y el de los medios de comunicación parecen favorecer una conducta nutricional problemática, y por ello creo que es necesario actuar”. (*El Tiempo*, 2008, 16 de abril, p.1-22).

Recientemente algunas publicaciones sobre anorexia y bulimia han desencadenado fuertes críticas frente a la divulgación de las prácticas en los TCA, tal es el caso de una valla ubicada en Roma, Italia, (2008, abril), que con una foto de Oliviero Toscani, una famosa modelo de ese país que aparece desnuda mostrando su figura esquelética. Es una foto escalofriante que muestra crudamente la realidad de una anoréxica; el texto de la valla dice: “No a la anorexia”. La campaña se realizó en vista de que Roma es cuna del prestigioso mundo de diseñadores y modelos extremadamente delgadas.

Dicha valla ha sido centro de críticas de psicólogos y psiquiatras. Para la doctora Pérez, las campañas de ese tipo pueden ser contraproducentes en personas vulnerables a sufrir TCA.

A veces la información de los medios es tan directa que lo que hacen es despertarles una idea, pero eso solo no va a generar la enfermedad, a los medios de comunicación les han achacado mucho la enfermedad y contribuyen, pero no son los causantes. Si yo soy vulnerable y empiezo a tener todas esas ideas es probable que me convierta en anoréxica o bulímica; sin embargo, la anorexia sólo le da al 1% de la población y la bulimia al 3% o al 4%, y un 13% presenta trastornos por atracones o TCA no especificados, es decir, incompletos. Sin embargo, la gran mayoría de mujeres al ver el protagonismo de las anoréxicas en las revistas y la televisión desearían ser como ellas, a pesar de que saben lo que es esa enfermedad, pero de alguna manera dicen “qué rico ser así” (Pérez, 2007, 10 de octubre).

## **5.2 La belleza como factor negativo y el Sida como un regalo divino**

A los medios de comunicación también se suman los factores socioculturales. Es el caso de una persona que por su estado físico es señalada tanto positiva o negativamente. Esto quiere decir que no sólo aquellas víctimas de las críticas por su gordura son vulnerables a un TCA, pues también sucede con aquellas mujeres que desde niñas se les resalta su belleza, se les dice que son las reinas por su delgadez, que son únicas y les alaban cada parte de su cuerpo; ellas crecen con un símbolo de belleza propio y único que las hace cargar la responsabilidad de ser siempre bellas. A esto se suma, si en la familia hay antecedentes de alcoholismo, depresión, trastornos alimentarios u psicológicos.

*“Tuve el caso de una niña divina, reina de belleza, con dos hermanas común y corriente; para esta niña la belleza era un peso, ella se sentía culpable por ser bonita, porque eso le representaba una gran responsabilidad, además, en casa sólo la destacaban por su belleza, pero no por la inteligencia, nadie le reconocía sus logros escolares”* (Pérez, 2007, 10 de octubre).

La belleza se transforma poco a poco en un factor negativo por la búsqueda obsesiva de un estándar de estética que obedece a la delgadez, asociado muchas veces al éxito de las

modelos y presentadoras de televisión. *“Realmente la mujer dentro de su pensamiento quiere ser más delgada, pero lo asocia erradamente con ser anoréxica, en el fondo lo único que quieren es bajar de peso, por eso buscan métodos para adelgazar, masajes, cremas, pastillas, ejercicios, dietas, pero sin saber a dónde pueden ser conducidas”* afirma la doctora. Pérez.

La diferencia entre una persona que cuida su cuerpo y una obsesiva por cuidarse al precio que sea, radica en que la primera puede que al igual que la segunda, va al gimnasio, consume alimentos sanos y hace una que otra dieta; pero no se estresa si falta a alguna de estas rutinas de salud y belleza; mientras que la segunda, si deja de hacer ejercicio o come algo rico en grasas o carbohidratos, se deprime, se siente culpable, se obsesiona por no volverlo a hacer, se siente gorda, pesada y se llena, no sólo de alimentos sino de miedos, y para expulsarlos vomita o toma laxantes, practica intensamente ejercicio o simplemente deja de comer.

Cuenta la doctora Pérez que algunas personas convierten la obsesión por adelgazar en un deseo a cualquier precio. *“He visto casos en los que desean intensamente padecer de cáncer o sida, con tal de adelgazar, tal como una paciente que tenía sida y para ella esa enfermedad era un regalo divino con el que podía mantenerse delgada”* .

## **6.0 Serotonina, una misteriosa molécula**

En cuanto a la vulnerabilidad genética está en proceso de investigación qué tanta influencia tiene sobre los TCA. La serotonina es una molécula que actúa como un neurotransmisor, también se relaciona con el hambre, el sueño, los placeres y el deseo sexual. Hasta ahora, los estudios indican que las personas deprimidas, con baja autoestima u obsesivas, tienen una baja producción de esta molécula, pero lo que aún no está claro es cuál es primero, el trastorno alimentario o la inhibición de serotonina. El punto es que, parece ser, que a mayor desnutrición, menor es la capacidad en el cerebro de producirla y por lo tanto la persona se siente insatisfecha de los placeres.

Serotonina, neurotransmisor, es una molécula que interviene en la transmisión de mensajes. Actúa como vasoconstrictor, inhibe la producción de ácido clorhídrico en el tracto digestivo y estimula la contracción de la pared intestinal.

Muchas enfermedades, objeto de investigación, se han relacionado con una alteración de las concentraciones de serotonina a nivel cerebral. Se están utilizando, para tratar distintas enfermedades, fármacos que modifican los niveles de serotonina. (...) Este tipo de fármacos se utilizan en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas como la depresión, trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos del comportamiento. (Microsoft Student, 2008).

La pregunta entonces es: ¿pueden los TCA ser una conducta hereditaria? *“Hemos identificado que sí hay un componente biológico, hay una heredad, encontrada en el desarrollo del comportamiento alimentario, (...) La dieta puede ser causal de la alteración en los niveles de serotonina, pero se necesita de un ambiente social que afecte a la persona para activar algún trastorno del comportamiento alimentario”* afirma el doctor Howard Steiger durante su exposición en el Curso de Actualización en TCA. (2008, 9 de febrero).

### **6.1 Ser o no ser bonita, ¿cuál es la cuestión?**

A lo largo de este trabajo me he detenido en las causas de la vanidad y de los factores socioculturales, -como los medios de comunicación- como parte de las vulnerabilidades para producirse un trastorno del comportamiento alimentario, pero lo que he descubierto a raíz de algunas experiencias reportadas es que las personas con anorexia o bulimia, cuando llegan a ese supuesto deseo corporal cumplido, a ese peso ideal con el que sueñan, siguen manteniendo su baja autoestima, continúan sin comer, y con las típicas técnicas. Entonces, la pregunta es ¿dónde empieza el problema y por qué continúa a lo largo de la vida? He comprobado que, al contrario de lo que muchos creen, una mujer anoréxica se esconde ante la sociedad, no se siente bella de mostrar su cuerpo extremadamente delgado, viste ropa gruesa y prenda sobre prenda para disimular su estado esquelético y aguantar la hipotermia por falta de calorías, huye de las invitaciones a salir y más si son a comer, no consideran ni siquiera salir a hablar con los amigos porque creen que parte de un encuentro social es

comer, y eso es lo que menos quieren, comer. Por eso prefieren dedicar su tiempo a sus otras obsesiones por el perfeccionismo, sea el estudio, la limpieza, el ejercicio físico, o encerrarse en casa con su enfermedad.

Es una paradoja porque las mujeres con anorexia o con bulimia suelen huirle a la sexualidad, a tener novio o simplemente a salir. Aparentemente está la necesidad de ser más bonitas, pero ese hecho se pierde en la medida en que el control sobre los alimentos les gana. Supongamos que fuera una realidad el mito de que ser más delgadas las vuelva más bonitas, ¿cómo se explica entonces que cada vez que adelgazan más se encierran más? ¿Cómo se explica que el contacto social se vuelva prácticamente nulo? El control sobre sus pesos les gana tanto que se vuelven intransigentes, no hay novio, no hay plan de salir y nada que pueda suplir el ejercicio. Ir al gimnasio, vomitar o tomar laxantes son una disciplina inamovible, pero además lo hacen con un fin compensatorio, el de cómo gastar lo que se comieron. (Pérez, 2007, 10 de octubre).

## **7.0 Eliana, la dieta se le salió de las manos**

Eliana\* tiene 20 años, tres de ellos con anorexia nerviosa. Cuando niña mantuvo obesidad simple de unos 10 kilos de sobrepeso, “*Mi mamá siempre me decía come menos, cuídate más, pero nunca lo hice y siempre fui repuestita*”.

Eliana estudia séptimo semestre de diseño gráfico y para ayudar a pagar su carrera, trabaja como mesera de un restaurante italiano del centro de Bogotá. Así relata su proceso anoréxico:

Cuando entré a la universidad tenía clases de 7 de la mañana a 5 de la tarde, eso me mantenía ocupada todo el día, así empecé a buscar bajar de peso, dije, voy a bajar hasta cierto punto y luego, cuando me vea delgada paro, pero es algo que te va absorbiendo y después no puedes controlarlo. Poco a poco dejé de comer, la gente me decía “uuuy, cómo estás de delgada, te ves muy bien así, cómo estás de bonita”; la gente sin darse cuenta le va dando a uno impulso para que siga adelgazando.

Yo soy hija única, fui la mejor estudiante de mi colegio, tuve el mejor ICFES, pero de un momento para otro centré toda mi obsesión en la comida, poco a poco se

---

\* Nombre cambiado para proteger la identidad.

me fue saliendo de las manos, comencé a hacer un ritual en el que no comía absolutamente nada por tres días y el siguiente sí, así sucesivamente.

Empecé pesando 68 kilos y mido 1,66. Al principio, cuando dejas de comer te da hambre, te duele la cabeza pero después como que el cuerpo se acostumbra y no te dan ganas de comer y vives con el dolor de cabeza. La enfermedad te va llevando y no te das cuenta. Con el tiempo hasta comerse una pera produce una angustia insoportable, pues cuando pasaba con anorexia restrictiva por tres días, al siguiente día comía algo y me sentía súper culpable; empecé a vomitar y a tomar laxantes, se me convirtió en anorexia nerviosa tipo 2, o sea, purgativa.

Si tú me preguntas algo sobre nutrición, yo me las sé todas, hay páginas en Internet que si tu escribes cuánto mides y cuánto pesas, te da el índice de masa corporal adecuado. Yo estaba obsesionada con tener mi índice de masa corporal (ICM)<sup>3</sup> por debajo de lo normal, lo normal es estar entre el 15 y el 18 por ciento, yo estaba en 13 por ciento eso es un desfase total. Estudiaba las tablas nutricionales e ir al súper mercado era una tragedia, antes mi sección favorita eran los paquetes luego ni los miraba.

Pienso que mi problema radica en centrar mi problema en algo, pero nunca se me ha pasado por la cabeza ser como una modelo o imitar a una presentadora de televisión. Nunca tuve la obsesión por tener un cuerpo bonito.

Uno con esta enfermedad se deprime mucho, se vuelve muy irritable, el hecho de no comer te pone de mal genio, mi temperamento cambió muchísimo, me volví completamente asocial, antes tenía una vida social activa con la iglesia cristiana, pero yo me bloqueé porque lo primero que pensaba era que si salía con mis amigos iríamos a comer algo, así que inventaba excusas para no salir, que estaba enferma o que tenía que hacer un trabajo para la universidad, fue tanto mi rechazo hacia los amigos que se aburrieron de invitarme.

Si fuera por vanidad, yo hubiera querido mostrarme ante la gente y decirles ¡miren como estoy de delgada y de bonita! pero no, a mí no me pasó eso, al contrario, a uno le da pena mostrar su cuerpo, y a pesar de estar flaca y saber que estás flaca, es muy difícil dimensionar eso y comer porque el gran miedo es engordar. Uno cree que con comerse una galleta va a volver a engordar, y mi gran temor ha sido que si como después no pueda parar de comer y empiece otra vez a ser como antes.

---

<sup>3</sup> Índice de masa corporal que para la población de mujeres en Colombia se sitúa entre 18 y 25 por ciento), para el caso de Eliana\* su distorsión de imagen corporal se refleja en el pensamiento de que el índice debía tenerlo como máximo entre 15 y 18 por ciento.

Llegué a un punto en que me desmayé estando sola en casa, aún así negué por dos años la enfermedad; mi obsesión llegó a ser tan fuerte que tenía unos treinta tarros de magnesio en mi cuarto para atacar un atracón de comida, es decir, si sentía que comía de más de lo debido, ahí tenía el laxante para vomitarlo todo. Pero mis atracones consistían en comerme un sándwich y con eso ya sentía que me había comido medio planeta. Tenía atracones sugestivos, no reales como las bulímicas que se sientan a comer en cantidad.

Para cuando mi familia se dio cuenta de mi enfermedad, yo ya había bajado 28 kilos, pero todavía no lo aceptaba, hasta que me tocó ir a donde el médico porque me dolía el estómago, me descubrieron un quiste en el ovario izquierdo; así que mucha gente creyó que yo había bajado de peso porque tenía cáncer, pero a mí me daba vergüenza aceptar que tenía anorexia porque siempre fui la hija perfecta.

Con el tiempo me empezó el insomnio, pasaba la noche sin dormir, se me caía el cabello, era impresionante, parecía que me fuera a quedar calva, la piel se me reseco completamente, las uñas las empecé a tener débiles, me salió lanugo por todo el cuerpo y empezó a darme mucho frío, se me fue por completo el periodo, tengo dos años sin menstruación, o sea, no ovulo, porque como en mi cuerpo no hay suficientes nutrientes, entonces no puede darse el lujo de expulsar un óvulo; me empezó a dar mucho frío.

Un día, cerca de mis cumpleaños número veinte, mi madre me descubrió los tarros de laxantes, así fue como tuve que confesarle todo, le reconocí mi enfermedad y le pedí ayuda. Fuimos a la EPS, pero ahí primero te mandan a un médico general para que te remitan a una nutricionista, y cuando llegué a la cita, pesaba 33 kilos; a los quince días había bajado un kilo más, tenía el potasio en 2.4, eso ya es muy bajo, casi incompatible con la vida, con un potasio de dos puede darte un infarto cardiaco, así que me hospitalizaron, pero al cabo de cuatro días me sacaron obligada. Me fui para la casa, pero era un peligro porque el potasio se me subía y se me bajaba fácilmente. A las dos semanas, estaba en clase cuando de repente se me torcieron las manos, empecé a ver borroso, alcancé a llegar al hospital, tenía otra vez el potasio en 2.4; me mandaron antidepresivos, me volvieron a hospitalizar en Saludcoop<sup>4</sup> y esa noche murieron a mi lado dos personas, eso fue muy deprimente. Me trasladaron al Hospital San José Pediátrico, me conectaron un drum<sup>5</sup> pero ahí no tenían ni idea de cómo tratar a un paciente con anorexia, además,

---

<sup>4</sup> Entidad Promotora de Salud.

<sup>5</sup> Término en inglés que al español traduce contenedor cilíndrico, es un cable largo que se introduce vía intravenosa por donde se le aplica al paciente los nutrientes para realimentarlo.



el médico se equivocó y me mandó dieta líquida, así que mi mamá me sacó a la segunda noche porque prefirió darme comida sólida en la casa ya que con dieta líquida me iban a matar.

Cuando uno está tan desnutrido, no tiene cerebro para pensar, el potasio se descontrola fácilmente; otro día el potasio se me bajó a 2.1 pero no me hospitalizaron porque no había camillas. (...). (Eliana\*, 2008, 10 de enero).

### **7.1 El precio de ser flaca**

El tratamiento de Eliana\* o de un anoréxico puede costar cerca de dos millones de pesos mensuales, al no tener estos recursos económicos, los médicos de la clínica Equilibrio le obsequiaron a Eliana media beca para su tratamiento. El proceso de recuperación puede durar entre uno y cinco años, pues se requiere de la intervención de varios especialistas, entre ellos, gastroenterólogo, cardiólogo, nutricionista, psicólogo y psiquiatra. Además, es indispensable el chequeo físico con exámenes de laboratorio como la medición del potasio; y en caso de ser necesario la hospitalización, el costo de una habitación con cama y acompañamiento de enfermera es de casi un millón de pesos diarios. En Colombia, el Plan Obligatorio de Salud (POS) no contempla la anorexia como enfermedad porque la salud mental no la cubre el régimen de salud del Gobierno; sin embargo la Alcaldía de Bogotá recientemente lanzó una campaña con la que busca prevenir de los TCA.

Así mismo, el equipo de médicos entrevistados en esta investigación, coincide en que la primera necesidad es capacitar a los médicos generales que atienden el área de urgencias en clínicas y hospitales, e igualmente a psicólogos y psiquiatras que puedan diagnosticar en sus consultas una anorexia o bulimia nerviosa. Y por otra parte, urge mediatizar una campaña de prevención teniendo en cuenta que los trastornos del comportamiento alimentario abarcan indiscriminadamente a la población más vulnerable y más sensible.

Bogotá cuenta hoy con cuatro instituciones dedicadas especialmente al tratamiento del comportamiento alimentario, se trata de Equilibrio, Horus, Ámate y la recientemente fundada por la psiquiatra Pérez, Clic. Son instituciones privadas y el costo y el proceso de recuperación varía según el método utilizado.

En Horus, por mencionar un ejemplo, en siete años hasta la fecha han tratado 360 pacientes con TCA, 97% han sido mujeres y un 3% hombres. Cincuenta y cuatro mujeres han recibido tratamiento en el “programa día” en un periodo de recuperación entre uno y cinco años. Ellas asisten diariamente a la clínica donde son valoradas psicológica, médica y psiquiátricamente, realizan talleres de manualidades, charlas en grupo donde tocan temas de sus vidas particulares y también se les enseña a aumentar la autoestima, el valor y el amor por sí mismas. Se les da tres ingestas diarias de alimentos y se supervisa que lo coman. De las 54, tres de ellas han requerido de hospitalización por llegar a condiciones críticas inestables.

El resto de pacientes han recibido tratamiento en el programa ambulatorio creado especialmente para aquellos que tienen el riesgo de una AN o BN, también llamados TCA NOE (trastornos del comportamiento no especificados), en este caso la persona asiste una o dos hora por semana a su valoración y en la medida en que vaya progresando su salud física y mental, el paciente va distanciando su visita hasta que no presente más riesgo de padecer una AN o BN.

El porcentaje de pacientes que han recibido tratamiento en Horus es: un 56% con AN, 20% con BN, 22% con TCANOE y 2% con obesidad. De todos ellos, el paciente más joven fue un niño de 9 años; y el de mayor edad una mujer de 55 años.

## **7.2 Quiere tu cuerpo, quiérete bien**

La población afectada con TCA en Bogotá aún es un misterio. En marzo de 2008 la Secretaría de Salud del Distrito Capital (SDS), preocupada por la aparición de pacientes con síntomas de anorexia y bulimia en hospitales públicos de la ciudad, aplicó una prueba validada para Colombia, hecha por Horus, en la cual encuestaron 2.250 estudiantes entre los 12 y los 20 años de edad en siete colegios privados de Bogotá, de estratos 4, 5 y 6.

De las 40 preguntas del EAT, que por sus siglas en inglés traduce Prueba de Actitud en la Alimentación (Eating Actitud Test), 26 se hicieron a estos jóvenes de ambos sexos a los cuales se les interrogó por su actitud frente a la alimentación, se les indagó también su

opinión frente a la figura, la apariencia, el peso y la nutrición. La prueba arrojó como resultado que un 18 por ciento, es decir, 405 jóvenes de los encuestados, presentaron riesgo de padecer un TCA, en otras palabras, el cuadro clínico aún es incompleto para diagnosticar una anorexia o una bulimia nerviosa, pero la persona tiene una prevalencia y en caso de presentar alguna de las vulnerabilidades mencionadas, podría convertirse en un caso crítico de TCA. Las cifras de este estudio fueron dadas por el Centro Horus. (Pombo, 2008, 14 de mayo).

La noticia de dicho estudio fue registrada por los medios de comunicación; sin embargo, por un error de matemáticas del periódico *El Tiempo* no queda claro el panorama de los TCA en Bogotá y se advierte equivocadamente que ocho de cada diez estudiantes de la capital tienen algún riesgo de sufrir TCA. Si sacamos cuentas del estudio reportado por la doctora. Pombo, 2.250 estudiantes equivale al 100% de la muestra, y 405 equivale a un 18% del total de la muestra. Luego, quiere decir que por cada 10 estudiantes, 1,8 presentan riesgo o prevalencia de un TCA, más no es cierto que sean 8 de cada 10, como lo afirmó periódico *El Tiempo* en su edición del 28 de marzo de 2008. . El error, según la doctora Camila, fue una interpretación equivocada de la periodista Sonia Perilla Santamaría. Días después de la publicación, Pombo solicitó hacer la corrección al Defensor del Lector de ese diario. A la fecha no se conoce la rectificación de la Defensora. Parece que se hizo coincidencial que en Bogotá se hiciera la misma interpretación que se hizo en Medellín por la campaña de Lucrecia Ramírez, Primera Dama, a la hora de hablar de cifras de personas con TCA y personas con TCANOES. Como dice Richard Tamayo, “*una cosa es una cosa y otra cosa es otra cosa*” (Tamayo, R. 2007, p.2).

Cinco días después de la publicación de la noticia en *El Tiempo*, la Alcaldía Mayor de Bogotá lanzó una campaña para prevenir la bulimia y la anorexia, como se registró en el mismo diario y en otros medios de comunicación, como los noticieros de televisión RCN y CM&, Héctor Zambrano, Secretario de Salud Distrital, anuncia que:

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), informó que en los últimos dos años se viene registrando un promedio anual de 40 casos de bulimia y anorexia en distintos sectores de la ciudad.

Por este trastorno alimenticio, la última muerte que se registró en la capital ocurrió en 2005 y fue por anorexia padecida en una joven que fue atendida por el hospital El Tunal.

Una investigación realizada por el médico internista y nutriólogo de la Universidad Nacional, Luís Alberto Ángel había señalado que en el Distrito Capital, el 0,5 por ciento de la población estudiantil de 16 a 25 años, padece de anorexia y el 2,6 por ciento bulimia.

Los registros de estos trastornos alimenticios fueron dados a conocer a propósito de que ayer la Primera Dama de la ciudad, Cristina González, lanzó el programa de prevención contra la anorexia y la bulimia “Quiere tu cuerpo, quíete bien” (*El Tiempo*, 2008, 2 de abril, p.1-19).

La investigación al que el diario hace referencia fue realizada en el año 2000 por el doctor Ángel Vásquez en colaboración con sus colegas y fue publicado así por la Revista de Psiquiatría Colombiana:

(...) La frecuencia de estos trastornos en nuestro país es desconocida y sólo existen algunos informes de casos clínicos y sobre su frecuencia entre los estudiantes de la Universidad Nacional en quienes se validó la encuesta ECA, objetivo del presente estudio.

Aunque se han descrito numerosas encuestas para el diagnóstico de los TCA como el Eating Attitude Test (EAT), la Goldberg Anorectic Attitude Scale (GAAS), el Eating Disorders Inventory (EDI) en su versión inicial y modificado, entre otros, no se han hecho estudios de población en el país previos a los nuestros y por tanto ninguna de las encuestas han sido validadas en nuestro medio. Por otra parte, los cuestionarios anotados están dirigidos a establecer los trastornos en sí, considerando sus diversos componentes, pero ninguno permite el diagnóstico definitivo de AN y BN. En parte porque los criterios diagnósticos han evolucionado desde el momento en que fueron diseñados (1979 a 1983). (...) -Y concluye- (...) En términos generales podríamos decir que un puntaje superior a 35 obliga a una evaluación y casi asegura la presencia de AN o BN. La Encuesta de Comportamiento Alimentario (ECA) es un instrumento consistente, válido y fiable para la tamización de los TCA entre estudiantes universitarios. (...) también puede

ser útil para el diagnóstico de AN y BN mediante la aplicación en poblaciones en riesgo, inclusive en la práctica clínica. Ángel et al., 2000, p. 29-47).

Las preguntas de la Encuesta de Comportamiento Alimentario (ECA) se encuentran en el **anexo 1**. Para diagnosticar un TCA, los doctores validaron la encuesta como un resultado positivo de un TCA en caso de que la persona respondiera positivo a más de 23 de las 32 preguntas realizadas.

Como vemos, el mismo estudio del doctor Ángel afirma que en nuestro país se desconoce la prevalencia en la población de TCA y dicha encuesta se realizó con base en una muestra representada por estudiantes de la Universidad Nacional del año 2000 (hace casi 8 años) por lo tanto, dicha encuesta no que representa a un universo general ni está actualizada. Igualmente, la encuesta hecha recientemente por el Centro Horus representa a 2250 estudiantes de la capital, lo que definitivamente demuestra que es necesario indagar a una población más amplia y diversa, otras edades, otros estratos y diferentes focos de concentración distinta de estudiantes.

Pedro Arturo Aguilera, médico de la SDS y gerente del hospital La Estrella de la localidad Ciudad Bolívar, cuenta que a su hospital llegan personas de estratos uno y dos con síntomas crónicos de AN y BN. Esto es una muestra más de que estas enfermedades trascienden otros universos, prácticamente ignorados en los estudios.

“Tenemos unos casos que nos han llegado y han sido de difícil manejo porque el hospital es de primer nivel y yo no tengo cómo hospitalizar una niña que está en condiciones críticas de anorexia, entonces tenemos dificultades cuando la vamos a hospitalizar por el aseguramiento, porque hay cosas que el POS no cubre, como la salud mental. En mi hospital tengo veinte camas hospitalarias, y para conseguir un cupo a una niña con anorexia se requiere de tratamiento en un hospital de tercer nivel porque la tienen que evaluar el cardiólogo, el endocrinólogo, un nutricionista, psicólogo, psiquiatra, y aparte se le tienen que hacer una serie de exámenes de alta complejidad que esos especialistas le manden, y nosotros no contamos con esos análisis de laboratorios. Otra dificultad es que no tenemos un centro de referencia

para reconocer esos pacientes, el diagnóstico de ese problema aún no se evidencia con claridad y hay un subregistro de la enfermedad porque se trata simplemente como desnutrición, y no se le pone el nombre que es, por eso es necesario que los médicos aprendamos a diagnosticar una AN o BN” (Aguilera, 2008, 22 de julio).

Dada la incidencia de TCA en Bogotá, el Alcalde Mayor de Bogotá Luís Eduardo Garzón en el 2006 creó el programa Distrital de Prevención y Asistencia de la Bulimia y Anorexia cuyos artículos mencionan, entre otros:

**Artículo 2.-** El programa tiene como propósito contribuir a la prevención y al control de la anorexia y la bulimia, y dar prioridad a las acciones requeridas, a fin de contener el avance de las patologías y de los daños consecuentes.

**Artículo 3.-** La Secretaria Distrital de Salud será el organismo de aplicación y organismo rector encargado de planificar, ejecutar y fiscalizar las acciones del programa.

**Artículo 4.-** El órgano de aplicación establecerá mecanismos apropiados para la prevención y asistencia de los factores causantes de la bulimia y anorexia, en el que deberá tener en cuenta (...)

**Artículo 6.-** (...) se creará el día de prevención de bulimia y anorexia, el cual será el primer día del mes de abril, en coordinación con la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría de Educación y las Universidades, para el conocimiento y sensibilización de estas enfermedades, el cual se realizará en todos los planteles educativos de la ciudad capital. Colombia, El Concejo De Bogotá, D.C. (2006, 28 de junio), “Acuerdo No 221 de 2006, por medio del cual se crea e institucionaliza el programa Distrital de prevención de la anorexia y la bulimia”.

Para el cumplimiento de este proyecto, la Alcaldía Mayor de Bogotá contrató a la doctora. María Cecilia Vallejo, psicóloga fundadora de Ámate, clínica dedicada también al tratamiento de TCA en la que propone aumentar la autoestima de las pacientes. Ella misma ha sufrido de bulimia nerviosa desde su infancia hasta que un día renunció a su conducta autodestructiva a cambio de amar, aceptar y respetar su propio cuerpo a pesar de su sobrepeso, sin importar ese otro “Yo” que deseaba ser. María Cecilia acudía a todas las prácticas de BN, tomaba laxantes, se inducía el vómito, practicaba obsesivamente masajes,

liposucción y cirugías, hasta llegó a realizarse el *bypass*<sup>6</sup> gástrico, cirugía que en su caso no funcionó ya que volvió a aumentar de peso al retirarle el by pass. Comprobó entonces que su constitución es como es, por eso empezó simplemente a tener un régimen de alimentación más sano y tuvo conciencia de que hay personas que son como son y no como quieren ser. (Vallejo, M. C. 2008, 13 de junio).

## **8.0 El peso de la propia experiencia**

María Cecilia también estuvo en tratamiento en la clínica Equilibrio con la doctora. Rodríguez, quien le enseñó a manejar la ansiedad y la impulsividad. Hoy en día, por toda su experiencia quiere que otros también superen esta enfermedad bajo la filosofía de amarse a sí mismo. Por eso Vallejo está a cargo de la campaña que tratará la prevención de AN y BN.

Ámate, necesitas aprender a amarte. No te hagas daño y no te dejes hacer daño. Ámate te incentiva a aceptarte como eres, a valorarte, a buscar tu belleza interior y exterior. (...) Ámate te enseña a conocerte y a aceptarte tal como eres. Ámate te enseña a dejar atrás los complejos, vergüenzas y reservas. Te ayuda a aceptar que no somos perfectos y que no podemos serlo a costa de tu integridad moral y física. (Ámate, 2007).

A partir del 2007 comenzó a celebrarse, el 1º de abril, el día de la prevención de la bulimia y anorexia con el propósito de dar a conocer las gestiones realizadas por la SDS en su campaña, así mismo, se propone capacitar a médicos y profesionales de la salud para el diagnóstico de estas enfermedades.

Al igual que doctora Vallejo, son muchas las personas que después de padecer la enfermedad en su propio cuerpo, se dedican a promover la prevención y el tratamiento de la anorexia y bulimia. Tal es el caso de Eliana\* quien asegura que cuenta su historia para que otros no la repitan y manifiesta su deseo de ayudar a la población con su testimonio de vida.

---

<sup>6</sup> Bypass gástrico es la cirugía practicada en pacientes con obesidad para reducir la capacidad intestinal o del estómago.

## 8.1 El fantasma que produce miedo a engordar

Pero a pesar de la fuerza de voluntad de Eliana\* por recuperarse, su historia aún no termina felizmente, pues su condición física y estado mental están cada vez más deteriorados. Como periodista he seguido de cerca esta historia desde el 10 de octubre de 2007, cuando la doctora Pérez me puso en contacto por primera vez con su paciente. Desde entonces he visto de cerca a Eliana\* cayendo y superando crisis complicadas que la tienen hoy al borde de la muerte.

Al entrar al programa de Equilibrio la doctora Pérez me quitó la fluoxetina\* y me cambió el medicamento por olanzapina, otro neurotransmisor especial para manejar la depresión y el trastorno bipolar afectivo; ion k para subir el potasio, me hicieron test de temperamento donde descubrieron que soy obsesiva. La olanzapina me calma la ansiedad y me mantiene más tranquila para no sentirme tan culpable cuando como algo, pero esas pastillas valen unos 120 mil pesos, la caja trae 10 y se toma una por día.

La gente cree que uno no come por puro capricho y no se dan cuenta de que lo que uno tiene en el fondo es un trastorno emocional muy fuerte.

Yo quiero recuperarme, pero lucho constantemente con mi control mental porque mi gran miedo es engordar.

Un día, a comienzos de este año, empecé a sentirme mal, me fui al hospital, me revisaron el potasio, lo tenía bien, así que creyeron que tenía psicosis con la enfermedad, hasta que dos días después convulsioné, vomité baba y sangre, me mordí la lengua y me pegué fuertemente en la cabeza.

Después de la convulsión, me asusté mucho, tomé conciencia de lo grave que estoy y fui a donde un médico nefrólogo para trabajar el control del inconsciente. (...) Él me regresó en el tiempo y me hizo hablar de temas que me habían marcado en mi infancia para liberarme de esos traumas. Me dijo por ejemplo que uno de los hechos de mi infancia que marcó mucho mi forma de ser, era que mi papá siempre deseó tener otro hijo aparte de mí; al parecer eso hizo que yo fuera muy exigente conmigo misma porque tenía que complacer a mi papá en todo.

---

\* Medicamento, utilizado en el manejo de la ansiedad y la depresión. (...) pertenece al grupo de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). (...) El más conocido es la fluoxetina, sobre todo por su nombre comercial, Prozac. (Microsoft Corporation, 2007)



Otro trauma de mi infancia –según el nefrólogo- fue haber crecido con el lema “usted es una inútil”, que mi familia me recalaba cuando niña, eso me produjo temores y sentimientos de culpa de no hacer las cosas bien. A mis cinco años también me afectó mucho que mi profesora me pasara al frente de todos y me regañara injustamente por bobadas.

Hoy en día mis amigas de la universidad no saben nada de mi enfermedad, como te digo, lo he mantenido en secreto porque me da pena contarles, les digo simplemente que estoy en un tratamiento médico, pero no saben que es por anorexia nerviosa.

Ya estoy cansada de perder tanto tiempo en mi vida con esta enfermedad, aunque sé que esto en últimas ha fortalecido mi vida espiritual y mi relación con mi mamá; nadie sabe lo que uno pasa sin haber padecido esto. Yo quiero trabajar ayudando a la gente que sufre de estas enfermedades.

Yo no me quiero morir, el haber convulsionado me asustó mucho. Yo llegué a estar tan esquelética como la modelo que aparece en la valla en Italia. Yo no me veo tan gorda, pero sé que tengo una distorsión de mi imagen porque no reconozco que estoy tan delgada. Pienso que la lucha contra la anorexia es luchar por el control mental de reconocer y saber que es normal comer y tener un peso saludable. (Eliana\*, 2008, 10 de enero).

Cuatro meses después de la entrevista en un café al norte de Bogotá, Eliana\* sufrió una inesperada recaída. El día de la madre salió a celebrar con su mamá y sus abuelos a un restaurante, de regreso a casa Eliana se sintió culpable de lo que había comido y vomitó en medio de la sala de su casa. Su madre supo entonces que a Eliana aún la perseguía el fantasma del miedo a engordar. *“Realmente venía comiendo kellogs al desayuno y por las noches, al medio día almorzaba sólo verduras con atún o con pollo, pero de un momento a otro empecé a ver que había aumentado de peso, ya estaba pesando 43 kilos y me asustó mucho la idea de seguir subiendo”*.

Eliana nuevamente dejó de comer para no aumentar más de peso, hasta que el cuerpo no resistió más y al no tener proteínas en su organismo empezó a hincharse de líquidos, así, efectivamente, parecía pasada de kilos, pero no de nutrientes sino de líquidos. Fue a urgencias y en SaludCoop, pero el médico le recetó dieta líquida, así que la doctora Pérez

envió una carta a esta EPS solicitando la hospitalización inmediata de Eliana para recuperar el nivel de potasio y proteínas de manera intravenosa. La respuesta de SaludCoop fue que Eliana se encontraba en estado de desnutrición y para bajar el edema la única solución era comer proteína en su casa.

En vista del seguimiento que hago del caso, la doctora Pérez me informó del estado de gravedad de Eliana, fue entonces cuando contacté al equipo periodístico del programa de “Pirry” e informé a su director sobre el caso y se dispuso a realizar un programa de televisión sobre la situación en Bogotá de los TCA.

### **9.0 Situación crónica de Eliana\***

Días después, en Clic, Centro dedicado al tratamiento de TCA en Bogotá, nos reunimos María Alejandra Cardona, investigadora del programa de *Pirry*; las doctoras Pérez, (psiquiatra), Sandra R (psicóloga) quienes llevaban el caso de Eliana cuando trabajaban en Equilibrio, y yo, como periodista dispuesta a hacer conocer el caso de Eliana a los medios de comunicación con el propósito de que la AN y BN sean tenidas en cuenta como una enfermedad que ataca a nuestra población indiscriminadamente.

Durante la reunión, Eliana se quitó la ropa para mostrarnos sus piernas y su estómago, que tenía inflamados como los niños de Somalia que sufren de desnutrición; tenía en su mano derecha una llaga<sup>7</sup> que develaba la inducción constante del vómito. Se subió a la balanza, pesó 43 kilos, aparentemente había aumentado de peso, pero sólo estaba llena de agua. La doctora Pérez le recetó una malteada con alto contenido de proteínas para bajar el edema. Eliana prometió tomársela con el fin de recuperarse.

En la charla, Eliana también solicitó a la investigadora del programa de *Pirry* no hacer reconocible su rostro ni el de sus familiares, hecho que se tratará con el manejo de los planos de cámara y en la edición. Igualmente, pidió cambiar su nombre por uno ficticio. A la fecha, el programa de *Pirry* se encuentra en producción y saldrá al aire en el mes de agosto de 2008.

---

<sup>7</sup> Las llagas aparecen en los pacientes con TCA debido al ácido del vómito que quema la piel y produce una úlcera.

Días después, Eliana recayó por falta de alimentos, el potasio le bajó a dos puntos, así que en la noche del jueves 18 de julio fue internada en el hospital de Policarpo, al sur de la ciudad. Al día siguiente la madre de Eliana asistió a SaludCoop en compañía de la doctora Pérez y de la investigadora del programa de televisión “*Pirry*”; hecho que ocasionó gran disputa en la EPS, pues con agresividad prohibieron a la periodista la entrada de cámaras, micrófonos y grabadoras. El motivo de la visita a la EPS obedecía a que la familia y la doctora Vicky solicitaban trasladar a Eliana de la clínica Policarpa a la clínica Cardioinfantil para que tuviera mejores cuidados, ya que al tener el potasio en dos, un rango casi incompatible con la vida, en cualquier momento por falta de electrolitos podría sufrir un infarto al corazón, pues justo en ese punto se hacen los trasplantes de órganos cuando una persona está falleciendo o tiene muerte cerebral. Según la doctora Pérez, Eliana debe estar hospitalizada por lo menos dos meses para una retroalimentación que la recupere al menos parcialmente.

Al ver la presión de los medios de comunicación y el de la doctora Pérez, SaludCoop aceptó el traslado de Eliana al hospital psiquiátrico La Paz, ubicado también al sur de Bogotá. A pesar de la orden que le concedió la EPS, cuando Eliana llegó al hospital La Paz en la madrugada del lunes 21 de julio, sufrió una fuerte depresión y se opuso a la hospitalización ya que tendría que pasar la noche con otras personas que padecen de problemas psiquiátricos mucho más fuertes que los de ella. Así que en contra del consejo que le había dado la psiquiatra, Eliana firmó un acta voluntaria donde se hizo responsable de su vida y en caso de muerte, su familia no podría acusar ante la ley a la EPS. le había dado la remisión para su debida hospitalización aunque no fuera en la clínica CardioInfantil.

En estos últimos días Eliana bajó mucho más de peso, está en los puros huesitos, cuando la llevamos a la clínica Policarpa tenía una mano dormida, la lengua mordida, la vista paralizada y ahora mismo está muy mal porque no come nada y no se toma la malteada que nos prometió tomarse; el potasio se le ha bajado hasta dos puntos, realmente no sé cómo es que camina.

(...) Ella está muy grave y en la casa ni ella ni su familia saben manejar la enfermedad; más que medicamentos lo que necesita es ser hospitalizada inmediatamente con una enfermera que la cuide las veinticuatro horas, más todas las consultas con especialistas y exámenes de laboratorio que requieran ser tomados a cada rato. (Pérez, 2008, 22 de julio).

Según la doctora Pérez, el costo de hospitalización para Eliana podría llegar a superar el millón de pesos por noche. A la fecha 23 de julio de 2008, la EPS SaludCoop autorizó que Eliana fuera hospitalizada por dos noches en la clínica Cardioinfantil del norte de Bogotá. Ahí habló con la voz entrecortada y en condiciones muy tristes: *“Este fin de semana estuve hospitalizada en la clínica Policarpa porque tuve una crisis muy complicada, salí el lunes a las 3:30 de la mañana, y me trasladaron para el hospital de la Paz, pero yo allá no me quise quedar porque eso es horrible, así que firmé el acta voluntaria porque preferí irme a mi casa mientras me daban el traslado para que me realimenten”* (Eliana\*, 2008, 23 de julio).

#### **10. Síndrome de realimentación, el peligro de volver a comer**

Se cree que para que una persona con anorexia se recupere, simplemente debe comer, pero la realidad es que el peligro de la realimentación es tan grave como la misma desnutrición. Así lo explica el doctor Arturo Vergara: *Al realimentar a un paciente con anorexia nerviosa o con desnutrición, los médicos debemos tener mucho cuidado ya que al nutrirlo se altera la reacción de los electrolitos que están encargados del ritmo cardiaco y de mantener el nivel de agua en el cuerpo; muchas veces la familia del paciente pide que le demos vitaminas y cree que con sólo darles comida es suficiente, pero los especialistas sabemos que eso no es cierto”* (Vergara, 2008, 7 de febrero).

Según Vergara, el síndrome de realimentación también sucede en pacientes que llegan con problemas de desnutrición crónica causados por enfermedades como el cáncer, aquellos ancianos desnutridos, personas en programas de rehabilitación por adicción a sustancias, personas que hacen estrictas dietas donde por varios días tan sólo comen pepino, por dar un

ejemplo. También sucede en personas que se practican una cirugía bariátrica<sup>8</sup>, personas que hacen huelgas de hambre, entre otros casos. Las complicaciones de una realimentación pueden ocasionar hasta la muerte.

El síndrome de realimentación fue hallado en 1951 durante la posguerra cuando se definen los primeros síntomas sufridos por prisioneros judíos que estaban encadenados por los soldados rusos; al ver el estado de desnutrición de los prisioneros, les metieron en sus maletas golosinas como chocolates. Días después muchos de ellos empezaron a morir. Al ver esto, las ONG de la época creyeron que los judíos estaban siendo envenenados por los soldados rusos. Luego de varias investigaciones, observaron un experimento que había sido aplicado en 1950 con el que descubrieron que los prisioneros realmente estaban sufriendo síndrome de re-alimentación.

Al introducir alimentos a los pacientes mediante sonda intravenosa, el paciente puede sufrir una serie de trastornos metabólicos por la administración de nutrientes, se alteran funciones linfáticas, la forma de los glóbulos rojos empieza a cambiar, se rompen y el paciente empieza a sufrir de hemorragias y disfunciones cefálicas; a nivel neuro-muscular puede convulsionar, también presenta intolerancia a la glucosa, entre otros problemas, todo este tipo de alteraciones nos van a causar problemas en el momento de realimentar un paciente con problemas de anorexia o desnutrición porque pueden ocasionarle la muerte súbita. (Vergara, 2008, 7 de febrero).

Pero ¿cómo puede decidir un médico que un paciente necesite ser realimentado? “*Por medio del test AIS, Alto Índice de Sospecha*”, señala con humor en su charla el doctor Vergara, también hace énfasis en que el diagnóstico debe ser dictado “*antes de*” iniciar un soporte nutricional al paciente. Incluso, advierte que se debe medir el suministro de fósforo, potasio, magnesio y glicemia cuando se realimenta vía oral.

---

<sup>8</sup> Cirugía bariátrica, cirugía en la que introducen en el estómago del paciente un balón de silicona para reducir el tamaño del intestino o el estómago. El fin es lograr que el paciente se llene con menor cantidad de alimentos.

En el caso de Eliana, con un índice de masa muscular de 12 por ciento; y dos de potasio, requiere de una realimentación intravenosa con urgencia y con sumo cuidado, ya que su organismo ha tenido graves alteraciones de electrolitos, ha retenido líquido y podría sufrir del síndrome de realimentación con las complicaciones mencionadas. *“Ese es mi gran temor, por eso ella no puede estar en casa simplemente comiendo, la EPS por lo menos autorizó un par de noches, espero que con los exámenes que le hagan, los médicos decidan dejarla un tiempo más hasta acabar con esa enfermedad”* (Pérez, 2008, 23 de julio).

Una vez que el médico haya confirmado la sospecha de que, efectivamente, es un paciente con anorexia o desnutrición -cualquiera que sea su causa- y una vez se le haya practicado el examen de potasio, los especialistas deben comenzar el proceso de realimentarlo mediante el suministro de una tercera parte de la cantidad de nutrientes que consideren. Resulta paradójico que realimentar a una persona anoréxica se haga a base de dietas bajas en calorías, bajas en proteínas, bajas en grasas y bajas en azúcar; pero de lo contrario la persona podría morir súbitamente.

Otra ironía del síndrome de realimentación es que también puede darse en pacientes obesos, aquellos que han hecho dietas restrictivas por varios días y al finalizar del sacrificio empiezan a comer compulsivamente alimentos ricos en proteínas y calorías.

## **11. Obesidad, la enfermedad que más “pesa”**

Esta investigación está dedicada a pacientes con TCA en los que se incluyen AN, BN y TCANOES, pero es necesario reconocer que la obesidad es una enfermedad que, literalmente, pesa en los TCA.

El problema más importante en el mundo es la obesidad, eso está confirmado (...) tanto que ahora se habla de *globesidad* porque el problema toca al mundo entero. (...); Sin embargo, en Colombia, al igual que la salud mental, el Plan Obligatorio de Salud -POS- tampoco cubre su tratamiento. (...) la rehabilitación de una persona con obesidad requiere al igual que en el caso de los TCA, la intervención de médico psiquiatra, endocrinólogo y nutricionista”. (Yupanki, 2008, 7 de febrero).

Alrededor de la obesidad se han creado gran número de mitos y realidades, en ella también “pesa” el factor cultural y las presiones sociales. Por ejemplo, desde el punto de vista clínico, se ha comprobado que el sólo hecho de tener sobrepeso no necesariamente es exceso de grasa. El doctor Yupanqui, de México, advierte que se debe tener en cuenta que no toda persona “gruesa” padece de obesidad, *“algunas personas, por ejemplo, tienen fallas clínicas como problemas renales con los que padecen de edemas que les hace retener líquidos y aparentar ser gordos, así que hablar de obesidad es hablar única y exclusivamente de exceso de grasa en la persona”*, aclara.

Esto quiere decir que existen casos en que la persona presenta una composición gruesa donde hay mayor masa muscular y no necesariamente es grasa, es lo que llamamos constitución corporal, o sea que un paciente puede lucir físicamente igual de “pesado” a otro, pero al practicarle exámenes de colesterol y grasas, sus niveles pueden estar normales, mientras que los del otro sí pueden representar exceso de grasa. Lo que demuestra que es un mito creer que ser grueso es ser obeso. Dice Yupanki: *“Lo que vemos con frecuencia que sucede en pacientes con obesidad es que comen más allá de lo debido y hacen poco gasto calórico, (...) también hemos comprobado que al ser obeso, aumenta directamente la posibilidad de muerte cardiovascular”*. (2008, febrero).

La relación que hago frente a los trastornos del comportamiento alimentario con el problema de obesidad es que estas personas son una población en potencia de desarrollar una AN o BN, pues muchos de ellos, debido al trauma que les genera la gordura en cualquier momento pueden empezar a inducirse el vómito creyendo que así bajarán de peso, otros podrán un día simplemente dejar de comer, como el caso de Eliana\* y sin darse cuenta pierden el control hasta sufrir un TCA. Por esto es necesario que el mensaje de la campaña contra la bulimia y la anorexia que creó la Alcaldía Mayor de Bogotá, incluya también a la población con problemas de obesidad, reafirmar los hábitos saludables de vida como comer sano y hacer ejercicio, y resaltar la autoestima de las personas, a propósito las doctoras Eva y Derba médicos psiquiatras estadounidenses, cuentan que hace un tiempo

pasaban vacaciones en Jamaica cuando observaron que muchas mujeres manifestaban baja autoestima frente a la percepción de sus propios cuerpos, así que realizaron una investigación publicada en el libro *“La receta para la belleza (2008)”* donde afirman que la mujer está impedida a mantenerse bella para ser atraída por el hombre que la busca con fines reproductivos, y aseguran que una mujer es un veinte por ciento más bonita de lo que ella misma se percibe. El objetivo del libro es aumentar el amor propio de las mujeres por su apariencia física y rescatar la belleza interior de ellas mismas. (Eva y Derba, 2008, 22 de julio).

### **11.1 Espejito, espejito mágico, ¿quién es la más bella?**

La importancia que la sociedad ha dado a la belleza de la mujer se debe en gran medida a la publicidad, que enfatiza la belleza como objeto de venta; mientras que al hombre lo realza como símbolo masculino de vitalidad, fortaleza, talento, éxito laboral e inteligencia.

No intento presentar una visión maquiavélica de lo bueno y lo malo de la publicidad, simplemente de lo que es, pues indudablemente una manera de llamar la atención de los consumidores es mediante la belleza de una mujer estilizada, con rostro llamativo, ropa de moda, y una sonrisa perfecta. Con esto no estoy diciendo que la publicidad sea culpable de un TCA (recordemos que para que se forme un TCA, es necesario contar con las vulnerabilidades mencionadas antes).

Sin embargo, al universo de la publicidad le falta una representación de cuerpos comunes, de amas de casa, madres, mujeres de la tercera edad que jueguen un papel distinto al de abuela, jóvenes universitarias de condiciones físicas normales, etc. es decir, no sólo modelos, reinas o presentadoras. Si bien es cierto que la publicidad busca “una imagen que busca la estética porque una imagen habla más que mil palabras” considero que la inclusión de mujeres de cuerpos con curvas y redondeles podría ser la representación de la imagen que muchas desearían tener para reflejarse ellas mismas su espejo interior.

### **11.2 Belleza real v.s. Belleza digital**



En vista de la saturación en la publicidad con mujeres de belleza perfecta, Dove, una marca americana de productos de higiene y de belleza como jabones, cremas, desodorantes, entre otros, ha dedicado su campaña a resaltar las curvas de las mujeres reales.

En uno de los comerciales más vistos en Internet se muestra a una mujer de unos treinta años que llega a un estudio de fotografía donde su apariencia es visiblemente transformada. Ella es de piel blanca, con pecas, ojos claros, cejas delgadas, pelo rubio y rostro femenino con una belleza tipo americana. El equipo de producción empieza a trasformarla, depilan sus cejas, la maquillan y le arreglan el pelo; hasta ahí, nada distinto a lo que una mujer se hace en un salón de belleza. La real transformación empieza en el computador mediante photoshop, un programa digital utilizado para perfeccionar las fotos con el que los labios y los ojos de esta mujer se aumentan de tamaño, sus pómulos se estilizan, las cejas se arquean, el pelo se alarga con ondulaciones y mechas doradas, y el cuello se prolonga y adelgaza. Finalmente vemos a una hermosa mujer en una valla publicitaria. El mensaje de esta campaña da cuenta de la manipulación de la imagen que muchas veces se aleja de la belleza real. El comercial puede ser visto en la página de YouTube.com y mediante el buscador se anota *comercial Dove*.

Los programas computarizados se convierten en la herramienta que reemplaza al ejercicio, cremas, dietas, masajes y cirugías, con las que los diseñadores gráficos logran la apariencia deseada, pero no la belleza real. La silueta delgada, el vientre plano, piernas largas, se generan con un Mouse y algo de creatividad.

Son pocos los medios que se han atrevido a mostrar curvas reales en sus publicaciones. SoHo, una revista colombiana *dedicada sólo para hombres* en la que se publican crónicas de vida y muchas fotografías de mujeres atractivas con poca ropa y cuerpos perfectos, trajo en su edición número 99 el desnudo de la ex congresista Yidis Medina, quien recientemente fue juzgada por corrupción en el proceso de la parapolítica, es una mujer de apariencia corpulenta que se atrevió a posar con orgullo su cuerpo grueso y todavía más orgullosa

después de una severa dieta que la llevó a perder muchos kilos. Fue tanto el éxito de la revista que se imprimieron quince mil ejemplares adicionales.

En otra oportunidad la misma revista también agotó su impresión con el desnudo de Marbelle, actriz y cantante colombiana, famosa por muchos escándalos de su vida íntima, entre ellos por su apariencia física, algo gruesa para los medios y poco común para las cantantes, hecho que la ha llevado a practicarse numerosas cirugías estéticas, liposucciones, aumento de labios, etc. Sin embargo, sus fotos en SoHo mostraron que estas prácticas en la vida real poco funcionan. Ella misma ha confesado en entrevistas que la única manera de bajar de peso ha sido cuando come sano y practica ejercicio.

Parece que el éxito de la publicidad que muestra mujeres con curvas reales obedece a que llaman tanto la atención como las mismas modelos y reinas de belleza.

## **12. Los hombres también lloran**

Hablar de trastornos del comportamiento alimentario no es hablar sólo de mujeres, pues por cada seis mujeres, un hombre sufre de TCA. El hecho de que las cifras sean mucho menor en las mujeres, obedece a factores biológicos y socioculturales. Está visto que al hombre su constitución física le permite comer más y moverse menos, esto debido a la hormona de la testosterona que les da mayor vello y cantidad de masa muscular (por mencionar un ejemplo); contrario a la mujer que presenta una sensibilidad mayor al tejido graso y aumenta de peso con facilidad.

(...)Evidentemente, existe una presión sociocultural menor sobre el género masculino respecto a los comportamientos de hacer dieta y buscar adelgazar. Esto podría explicar cómo el sobrepeso percibido podría desempeñar un papel mucho menos importante que el sobrepeso real en ellos. La preocupación masculina parece sesgarse al tema de la forma, mientras que la femenina va a la forma y al peso, con un gran énfasis en el segundo

(...) Parece que la gran mayoría de las mujeres con TCA, cuando hacen dieta se *sienten* en sobrepeso, mientras que los hombres con TCA que hacen dieta

generalmente *están* en sobrepeso y, muy a menudo, tienen historia de obesidad previa. Así, mientras las mujeres buscan la delgadez, los hombres parecen buscar un cuerpo musculoso, sin grasa. (Gempeler, 2006, p.359).

La investigación de la doctora Juanita Gempeler, se hizo con una muestra representativa de 21 hombres acogidos por el programa en el Centro Equilibrio, la llevó a plantear la hipótesis de que existen cuatro subtipos de hombres con TCA: restrictivo, impulsivo, evitativo y secundario a otras psicopatologías.

Cuando el individuo se ubica en el extremo obsesivo, la dieta puede ser exitosa, la restricción se mantiene y aparecen los cuadros de AN restrictiva.

(...) Cuando el individuo está ubicado más en el extremo impulsivo del espectro, la restricción parece ser menos exitosa y se quiebra con sobreconsumos que pueden o no ser compensados (con purgas autoinducidas o con ejercicio).

(...) en los individuos que presentan rasgos evitativos (...) aparece un cuadro de fobia a la comida, donde no hay preocupaciones sobre la forma ni por el peso del cuerpo, pero sí por el contenido de la comida.

En el cuarto subtipo, los sujetos con rasgos obsesivos marcados, la preocupación por la forma desencadena una alteración de su ingesta alimentaria (dietas hiperproteicas), la realización de ejercicio exagerada, en busca del consumo muscular y el consumo de esteroides. (Gempeler, 2006, p.359).

En el caso de los hombres aún quedan muchas preguntas por resolver. El estudio con ellos requiere una muestra mayor que de cuenta de los comportamientos masculinos frente a su imagen corporal y su actitud sobre la alimentación. Lo que hasta el momento está comprobado es que los hombres son mucho más reservados a la hora de hablar sobre su conducta alimenticia. Y los que hablan de la enfermedad reconocen sentirse solos y diferentes ante la sociedad. En el Centro Horus, por ejemplo, en siete años, un 3% de los pacientes ha sido hombres.

El caso de David Gwynfor, estudiante británico de último año de medicina, muestra que la debilidad de un TCA también puede ser sufrida por los hombres.

(...) Lamentablemente este régimen que empecé por salud, se convirtió poco a poco en una pelea frontal contra los alimentos y la hora de comer, al igual que una batalla contra mi autoimagen y mi cuerpo. (...) mi temor de aumentar de peso convirtió mi vida en una existencia dominada por el ejercicio obsesivo y excesivo, el conteo de calorías y el trabajo. (...) Admitir que tenía una enfermedad mental era la parte más difícil (...) (*El Tiempo*, 2008, 27 de abril).

Que los hombres manifiesten menor preocupación por la apariencia física se debe en parte a que el ciclo evolutivo de la mujer tiene un límite que acaba con la posibilidad de ser mamá, contrario al caso del hombre, que mantiene la posibilidad de ser padre a lo largo de toda su vida. Para la mujer, a partir de los 35 años, el embarazo empieza a ser riesgoso, mientras que el hombre antes de los 35 aún es un padre joven y puede serlo hasta los 70, o más.

Ella\* actriz judía, profesora de actuación de un reconocido teatro en Bogotá, me comparte la historia de un pianista de su comunidad judía que padece de anorexia nerviosa.

No te puedo decir el nombre, pero sé que él empezó cuando por medio del vegetarianismo se obsesionó por comer alimentos sanos; no sólo cumplía con la dieta que la religión judía dictamina, sino que le dio por eliminar todo producto de origen animal y lo que come es muy poco, uno ve que se sube a los buses con la ayuda de otras personas porque no tiene casi fuerzas. Su estado de anorexia es muy notorio, pero tan pronto se le insinúa que necesita ayuda psicológica se enfurece, dice que no lo hace por vanidad sino por salud, se niega rotundamente a recibir tratamiento y no reconoce la enfermedad. (Ella, 2007, septiembre).

### **13. Desde la otra orilla**

Desde la otra orilla de la realimentación existe el derecho del paciente a recibir tratamiento sólo bajo su propia voluntad, pues son muchos los que enfrentan un gran miedo a engordar y se niegan rotundamente a ser realimentados. Así lo manifiesta el doctor Hernán Santacruz, médico psiquiatra, ex director del área de psiquiatría del hospital San Ignacio, quien dice que a este hospital de tercer nivel llegan entre una y dos personas al mes con

---

\* Nombre Judío.

anorexia nerviosa. Es el caso de Ángela, una joven de quien no puedo dar mayores detalles para proteger su identidad, y quien fue tratada en ese hospital.

Ángela\* entró al hospital San Ignacio muchas veces en un estado avanzado de anorexia nerviosa y, en tres oportunidades consecutivas se realimentó por autorización del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, Ella no estaba psicótica<sup>9</sup>, pero su familia luchó hasta el cansancio para convencerla de que recibiera tratamiento. Yo pienso que la gente tiene derecho a rechazar un tratamiento, si está enferma de cáncer –por ejemplo- tiene derecho a rechazar una quimioterapia; nadie puede forzar a una persona a que se hospitalice para recibir un tratamiento. Lo que se debe hacer es hablar con el paciente y asegurarse de que este conoce todas las consecuencias de su enfermedad en caso de no someterse al tratamiento médico. (Santacruz, 2008, 28 de julio).

Luego de siete años con anorexia nerviosa, las condiciones de extrema desnutrición de Ángela la llevaron a padecer una neumonía que finalmente le causó la muerte. Un diez por ciento de las personas con anorexia nerviosa fallecen, sea por complicaciones médicas debido a la inanición, o ya sea porque la depresión las lleva a suicidarse; lo cierto es que los TCA son la enfermedad mental con mayor índice de mortalidad en el mundo. (Gempeler, y Rodríguez, 2008, p.26).

Volviendo al caso de Eliana, hasta ahora completa una semana de hospitalización. Según la doctora Pérez, Eliana atraviesa una etapa crítica depresiva “*Tiene miedo, está paniqueada, su gran temor es que la realimentación la engorde, pero todos los días entre su familia y los médicos le damos fuerzas para que no desista del tratamiento*” (Pérez, 2008, 28 de julio).

---

\* Ángela, nombre ficticio para proteger la identidad.

<sup>9</sup> Psicótico: Que padece psicosis/ **psicosis**. (De *psico-* y *-sis*). **maníaco-depresiva**. f. *Med.* Trastorno afectivo caracterizado por la alternancia de excitación y depresión del ánimo y, en general, de todas las actividades orgánicas. (DRAE, 2008)

Finalmente, Saludcoop EPS ha aceptado la recuperación de Eliana en la clínica Cardioinfantil con un parte médico de desnutrición, masa muscular de 12, electrolitos de 2,6, entre otras consecuencias clínicas de su anorexia nerviosa.

Por ahora, la madre de Eliana debe asistir cada tercer día a la EPS para renovar la autorización de la hospitalización; mientras tanto, María Alejandra Cardona, investigadora del programa de *Pirry*, graba con cámara –literalmente- paso a paso, o mejor, gramo a gramo, la recuperación de Eliana. Esta historia pronto lo conocerá el país a través de la pantalla de televisión.

Realimentar a una persona anoréxica es un tema de debate. En la mesa redonda del curso de actualización de TCA en la Universidad de los Andes, la doctora Maritza Rodríguez refutó la teoría del doctor Santacruz en estos términos: “*un cerebro desnutrido no está en capacidad de pensar*” por lo tanto debe recibir tratamiento aunque sea en contra de su voluntad, pues se requiere salvarle la vida. Frente a esto el doctor Santacruz responde:

(...) Yo no creo que pretender estar delgada sea una cosa psicótica para mí no es cierto que un paciente con cerebro desnutrido esté en incapacidad de pensar, yo he tenido pacientes que han hecho su tesis de doctorado estando hospitalizadas pesando prácticamente cero y hasta han salido con tesis laureada de la Universidad Nacional (...). Estas personas logran equilibrarse en un punto de enorme fragilidad pero finalmente se adaptan. (...) Creo que realimentar a un paciente forzosamente es ir en contra de sus derechos, a menos que sean realmente enfermos psicóticos. Si decimos que adelgazar es psicótico, entonces estaríamos en el lado de la patología, creo que las mujeres que he visto con anorexia lo que tienen es una idea sobrevalorada de la delgadez.

(...) Cuando la obsesión por adelgazar se convierte en una patología potencialmente letal, generalmente lo que hay es un trastorno de la personalidad grave. (Santacruz, 2008, 28 de julio).

Los trastornos de personalidad a los que se refiere el doctor Santacruz, son los catalogados por la psiquiatría como trastornos de personalidad del tipo B. Según el DSM IV, entre éstos

se encuentran el trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad y trastorno histriónico de la personalidad.

#### **14. Lo que importa es la personalidad**

Así que en los TCA “pesa” mucho la personalidad, pues muchas de las personas bulímicas presentan en comorbilidad un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, En otras palabras y para efectos de nuestro caso, quiere decir que manifiestan ansiedad a través de la alimentación, como grandes atracones de comida, enemas o lavados intestinales, inducción constante de vómito, uso de laxantes, ayunos o ejercicio en exceso. Según el DSMIV, para que estas conductas se clasifiquen dentro de un cuadro de bulimia nerviosa, la persona las realiza unas dos veces por semana durante tres meses.

El trastorno narcisista de la personalidad es aquel donde la persona cuida minuciosamente su imagen, demanda una constante atención sobre su cuerpo, practica cirugías estéticas repetidamente.

Se hacen operar pero nunca quedan contentos, son insaciables, no aceptan su cuerpo, siempre desean ser como otro, o sea que ahí existe un trastorno de personalidad porque si una mujer colombiana quiere ser como twiggi pues está muy equivocada porque el estereotipo de la mujer colombiana es de caderas anchas. (...) si uno pretende ayudar a una persona con TCA, lo que realmente hay que tratar es el trastorno de personalidad.

(...)Creo que para la solución se requiere de un cambio cultural, así como pusieron de moda la delgadez, creo que puede ocurrir al inverso, o sea que unos sujetos diseñadores (que además son hombres en su mayoría) decidan que la mujer curvilínea vuelva a ser moda y quizás a la vuelta de unos años tendremos mujeres que se esfuercen por estar como la moda lo dictamina.

(Santacruz, 2008, 28 de julio).

#### **15. Con la comida no se juega**

*-No juegues con la comida-* suelen decir las madres frente al comportamiento de los niños a la hora de comer. Ellos suelen rechazar las verduras y preferir los dulces, no pretendo

medicalizar cada conducta frente a la comida, pero es un hecho comprobado que los niños que crecen con malos hábitos de alimentación son una población en riesgo de ser obesos. “*Acá en Colombia aún no vemos las personas obesas que vemos en Estados Unidos, pero sí está visto que hay un 40% de la población con sobrepeso y los más vulnerables son los niños que se alimentan mal*”, dice la doctora Pérez. (2008, 28 de julio).

Aunque la cifra en niños con TCA aún es desconocida, lo cierto es que el comportamiento de los niños frente a la comida no parece tener el objetivo de adelgazar, estar a la moda o ser bonito (a), pues ellos manifiestan sus emociones a través del placer que les da el alimento. El dulce, por ejemplo, los hace sentirse felices y activos. “*En el caso de los niños son las madres las que tienen el problema del trastorno, no los niños*”, dice el doctor Santacruz. Y el citado DSM IV afirma que:

Es muy importante conocer cómo la madre alimenta a su hijo. Las hay muy responsables, exigentes, rígidas (suelen ser primerizas), que se olvidan de escuchar las necesidades del niño, si tiene verdaderamente hambre o no; si tiene, cómo se lo proporciona y si es gratificante. Importante la interacción con la madre; sensaciones de tranquilidad, relajación, nerviosismo,... el niño lo registra asociado a esa ingesta, así el resultado será satisfactorio, insatisfactorio, desasosiego,... De ahí la importancia en que esa interacción haya sido la adecuada.

Todo esto nos explica muchas de las conductas que encontramos en los niños cuando hay trastornos de ingesta y es cuando debemos preguntar a la madre cómo han sido esas relaciones de apego. Tampoco hay que dudar de que las madres lo hacen mal, ellas lo hacen lo mejor que saben. (2002).

## **16. Malos hábitos desde pequeños**

*Malos hábitos*, una película mexicana dirigida por Simón Bross, cuenta la historia paralela de tres casos de TCA. Un caso es el de una monja que está al borde de la muerte por rigurosos ayunos que ofrece a Dios a cambio de que cesen las inundaciones en su país. Paralela a esta se entrelaza la historia de una madre obsesionada por el sobrepeso de su hija de nueve años, a quien somete a diversos tratamientos médicos, dietas y ejercicios, mientras que la niña se esconde en el baño con su canguro en cuya bolsa guarda sus golosinas. Ella



sacia su necesidad de comer dulces, postres y helados, entre tanto su madre tan sólo come un cuarto de manzana al día, practica cada noche rigurosos ejercicios, toma constantemente agua y se induce el vómito en el momento en que come algo. Sí, la madre padece de anorexia nerviosa purgativa y refleja su trastorno en su hija.

Durante el tratamiento en uno de los centros clínicos, la niña conoce a otro niño de su edad también con sobrepeso, quien le enseña el “truco” para perder peso. La lleva al ático de su casa donde se esconden y le manifiesta que puede bajar de peso si mastica y mastica por mucho tiempo la comida y luego la escupe. Ella intenta repetir esta conducta mediante un ponqué de chocolate pero su voluntad la rinde y termina pasándolo. El niño le insiste que debe hacerlo hasta lograrlo.

Un mes después de empezar el tratamiento, la nutricionista encuentra que en vez de bajar, la niña ha aumentado de peso, hecho que la avergüenza frente a la mirada de las personas que reciben tratamiento, mientras que el niño es premiado con un helado dietético por haber bajado unos kilos.

Posteriormente, la madre encuentra un médico que le asegura que su hija tiene el sobrepeso normal de una niña de nueve años, le aconseja simplemente darle una alimentación sana con buenos hábitos y le pide que sea ella quien se someta a tratamiento psiquiátrico ya que el trastorno lo tiene la madre y no la niña.

### **16.1 Ni tanto que queme al santo y tan poco que no lo alumbre**

A pesar de que el filme no está basado en la vida real de los personajes, este caso puede ser más normal de lo que parece, pues son muchos los niños en los que se proyectan malos hábitos de alimentación, sea obesidad y/o desnutrición. Es necesario entonces no sólo conocer las estadísticas del comportamiento alimentario en los niños, sino enfatizar a las madres la enseñanza de buenos hábitos de alimentación para el crecimiento. *“Necesitamos hacer énfasis en el problema de la obesidad en los niños, pues muchas madres al ver a sus hijos gorditos creen que están sanos, pero muchos de esos niños lo que están es mal*

*nutridos, a punta de harinas y dulces”* asegura la doctora María Cecilia Vallejo sobre la campaña que promueve. (2008, 28 de julio).

Podemos concluir entonces que la relación madre e hijo es crucial en la alimentación; que si la madre obliga a su hijo a comer alimentos exclusivamente sanos, probablemente cuando crezca desarrolle una anorexia o bulimia nerviosa; y si por el contrario, la madre es excesivamente permisiva en que su hijo consuma grasas, dulces y harinas, lo que puede suceder es una obesidad y una personita que crece con malos hábitos de alimentación, como quien dice, ni mucho que queme al santo, ni tampoco que no lo alumbre.

### **17. Cuando pesan los años**

Generalmente un TCA suele presentarse antes de los 25 años; un 86% inician antes de los 20 años, sin embargo, según la psiquiatra del programa equilibrio

En la paciente adulta que consulta por sintomatología alimentaria, uno puede encontrar tres opciones; una, que se haya pronosticado un cuadro de TCA durante la adolescencia; otra, que se haya presentado una recurrencia del TCA durante la edad adulta, o tercero, que sea un caso que se presenta primera vez. En esta última población con TCA aún suele haber muchos vacíos de conocimiento y sobre todo mucha dificultad para enfocar el tratamiento de la mujer adulta, ya que el protocolo del tratamiento generalmente está diseñado para tratar a la mujer joven. (Rodríguez, 2008, 9 de febrero).

A pesar de que son pocos los estudios sobre los TCA en mujeres adultas, los investigadores han encontrado que la anorexia nerviosa de origen tardío, se manifiesta con mayor prevalencia cuando la mujer presenta pérdida de la sexualidad, separación, la muerte de un ser querido, la ida de los hijos del hogar, periodo de post parto, embarazo, entre otras. *“Mediante estos estudios hemos querido conocer el comportamiento alimentario de las mujeres mayores de 25 años, algunas de ellas creen que la solución a sus problemas matrimoniales es adelgazando, ellas suelen mantener un patrón muy dependiente de sus*

*parejas. Otras han tenido experiencias traumáticas como abuso sexual o maltrato de sus maridos” afirma Rodríguez durante su charla. (2008, 7 de febrero)*

Se requiere entonces que dentro del programa de prevención y tratamiento de TCA el mensaje llegue también a mujeres mayores de 25 años que son separadas, divorciadas, abandonadas, en circunstancias depresivas, o en periodo de menopausia. En este grupo de mujeres suele haber un gran temor por perder el atractivo físico, pues el 70% de mil mujeres entre 30 y 60 años de edad, encuestadas en Austria dijeron sentirse insatisfechas con su figura, a pesar de que una tercera parte de ellas tenían el peso normal para su estatura. Mientras que el temor en las adolescentes es un embarazo no deseado o la iniciación temprana de la sexualidad.

#### **17.1. ¡Por favor, sólo dime que soy bonita!**

*Diez años menos*, es un programa de la BBC de Londres, que trata en cada capítulo la historia de una persona (hombre o mujer) que meten a una cabina de cristal puesta en la mitad de una calle para ser evaluada por los transeúntes, el presentador escoge al azar personas para preguntarles *¿Cuántos años cree que tiene esa mujer que está en la cabina?*, la gente da su dictamen según su juicio. Quien está adentro, no escucha nada de las críticas que la gente hace con mucha crudeza.

Al cabo de unos minutos, la persona es retirada de la cabina, el presentador le advierte que lo que escuchará puede ser muy fuerte para su autoestima, una vez la persona acepte las consecuencias, le muestran en un pequeño dvd las críticas que la gente hizo sobre su imagen corporal. *“tiene el pelo acabado, desarreglado, sus dientes son muy amarillos, mal cuidados, se ve triste, etc.”* Son algunas de las frases que la gente hace sobre la imagen corporal de Elizabeth, una participante puesta a dentro de la cabina de cristal. Ella tiene 26 años, pero el público le dio un promedio de 44. *“He bajado veinte kilos con la idea de ser más bonita para mi marido, él es militar y temo que al no ser delgada ni atractiva él me deje por alguien más, realmente creí que bajar de peso sería suficiente”*, dice notoriamente afectada ante las cámaras.

Una vez que Elizabeth escucha las críticas, es sometida a un proceso de rejuvenecimiento donde el objetivo es quitarle al menos diez años de su apariencia física. *¡Sólo hazme bonita!* Le dice Elizabeth al presentador. “*Ya eres hermosa, sólo vamos a relucir tu belleza interior*”, contesta el presentador con un abrazo.

El equipo de personas interconectadas en este programa va desde un médico nutricionista hasta un estilista. El primero le enseña hábitos de vida saludable, le revisa la alacena y la nevera de su casa y le indica los productos de los cuales debe prescindir en su alimentación, le enseña una que otra receta y le da un menú de comidas sanas, económicas y prácticas de preparar de acuerdo a su caso, al igual que le muestra una rutina corta para hacer ejercicios. La llenan pero de motivaciones para que realce su autoestima. Un odontólogo atiende el caso de su dentadura, los estilistas le enseñan a maquillarse y a peinarse, y un especialista en diseño le muestra la ropa que va con su figura corporal.

Una vez ha pasado por el proceso metamórfico, Elizabeth regresa a la cabina de cristal, el presentador nuevamente pregunta a los transeúntes ¿Cuántos años cree que tiene la mujer que está dentro de la cabina? Esta vez, el promedio que le dan es de 30 años. “*se ve hermosa, parece modelo, se ve feliz, tiene una sonrisa muy bonita*” son algunas de las respuestas que esta vez recibe Elizabeth. *Diez años menos* (2008, 26 de julio), [emisión por televisión], Londres, People and Arts, BBC de Londres.

### **18. Deportes de alto impacto**

Parece paradójico que un trastorno del comportamiento alimentario pueda también darse en deportistas de competencia, pues ellos gozan de una disciplina que uno supondría que su preocupación es por su rendimiento en el deporte más allá de su imagen. Sin embargo, algunos estudios señalan lo contrario. Tal es el resultado de la investigación publicada por la Revista Colombiana de Psiquiatría (1997)

Un total de 58 personas participaron en el estudio: 21 mujeres y 37 hombres que entrenaban Karate-do de forma regular en el club deportivo de la Universidad Nacional de Colombia, sede Santafé de Bogotá. (...) La totalidad de los sujetos pertenecían a la clase media. (...) Cerca del 60% de los entrevistados estaban inconformes con su figura corporal. Las mujeres se quejaban de tener mucho peso y los hombres de tener poco peso, lo cual corresponde a una exageración del ideal actual de belleza que es de mujeres delgadas y hombres musculosos.

(...)En este grupo, la mayoría de los que tenían TCA se incluían dentro del espectro bulímico: mostraban tendencia a comer grandes cantidades de comida en corto tiempo, con sentimientos de culpa secundarios a estos atracones y una equivalencia entre comida, ansiedad e inquietud. Con este hallazgo se puede pensar que el deporte es una forma socialmente aceptada de perder peso, para compensar así el efecto de las comidas abundantes en personas de apetito episódicamente incontrolado y con una valoración negativa de su atractivo físico. (Vásquez, et al. 1997, pp. 119, 123-124).

Lo que no se logró identificar en dicho estudio es si el TCA había surgido antes, durante o después de haberse formado como deportista de competencia. Once años después, La Organización Internacional Save the Children (Salven a los Niños) revela que la presión que ejercen los padres y entrenadores sobre los niños deportistas es tal que, interfiere con el desarrollo normal del juego en la infancia de los niños.

Un informe alerta sobre lesiones físicas y trastornos como la anorexia. Presión psicológica y entrenamientos extremos son las causas.

(...)De acuerdo con el estudio de Save the Children, solo en el Reino Unido 2.600 gimnastas menores de 16 años acuden cada año al hospital con lesiones provocadas por el ejercicio. El 15 por ciento de las niñas corre el riesgo de sufrir trastornos alimenticios como anorexia, ocasionados por las estrictas dietas.

También, de padecer otros problemas de crecimiento (...) Las otras implicaciones, no menos graves, son las psicológicas. Muchos de estos niños reciben maltrato tanto de sus padres como de sus entrenadores, que los presionan para que alcancen mayores logros. (*El Tiempo*, 2008, 27 de abril, p.2).

## **19. El amor en los tiempos del colesterol**

Mucho se ha dicho de las consecuencias del amor, unos que engorda, otros que adelgaza, otros que hace feliz y en ocasiones no tanto. El punto es que el ser humano manifiesta sus sentimientos a través de una pareja con la que refleja su estado emocional y en ocasiones se manifiesta en su comportamiento alimentario.

Sara\* a sus diecinueve años ya tiene una historia de amor que la marcó en su adolescencia, hace tres años. Cuando estaba en cuarto bachillerato tenía 16 años, se enamoró de su profesor de matemáticas, que le llevaba 28 años; salieron, se enamoraron y sostuvieron una relación clandestina, hasta ahí, es un caso que ocurre con cierta frecuencia. Pero la historia de Sara se complicó cuando ella empezó a manifestar sus miedos frente a la comida. *“Yo era gruesita, un poco pasadita de kilos, me enamoré de este profe y me propuse bajar de peso, empecé a dejar de comer y en la medida que bajaba de peso, él me decía uuuuy - cómo estás de linda- yo me sentía muy halagada hasta que perdí el control, medida 1,72Cms y llegué a pesar 33 kilos, se me fue el periodo, estaba tan grave que me tuvieron que hospitalizar en la clínica Palermo para realimentarme (...)*”. (Sara, 2008, mayo).

Hoy en día Sara dice haber superado el problema de la anorexia nerviosa; estudia Comunicación Social y Periodismo en la Universidad Javeriana; sin embargo, cada vez que rompe una relación sentimental, Sara dice tener largos periodos de inanición.

Sofía\* quien cuenta su caso para la revista Aló, tiene 20 años y durante diez ha sido bulímica, pero apenas hace unos meses reconoció su enfermedad. Para sus quince años pidió a sus padres de regalo la cirugía del bypass gástrico, con la que logró reducir un 70 por ciento de la capacidad de su estómago, antes de la cirugía pesaba 100 kilos. Lo que Sofía no contó a los especialistas que practicaron su cirugía era que tenía antecedentes de bulímica. Luego de haber bajado 12 kilos, Sofía conoce a un joven con el que empieza una relación sentimental.

---

\* Sara, estudiante universitaria que pide no revelar su identidad.

\* Sofía, Nombre cambiado por la revista Aló para proteger la identidad de la fuente.

(...) Y ahí resurgió mi problema, porque él veía a alguna mujer bonita y me decía: “Mira esa niña tan linda, ¿Tú vas a quedar así, cierto?” otra vez dejé de comer, duré una semana en ayuno y mi estómago se cerró, al punto de no recibir ni agua. Ni siquiera el endoscopio me pasó y me hicieron dos dilataciones para volver el estómago al tamaño normal y ahí sí pude comer. Recaí, volví con las pastillas, los diuréticos y el vómito”. Sofía cuenta que su novio la abandonó al sentir temor de ella. (Espitia, 2008, julio, p.77).

El amor es entonces un posible detonante de un TCA, como el caso sucedido en Venezuela a María Cristina Ginestra quien según la revista *Marcapasos*, luego de una ruptura sentimental con su novio durante la navidad del 2001, se sumió en una profunda depresión que le quitó las ganas de vivir y perdió el apetito durante seis meses. *“En ese tiempo sólo comía una vez al día un sándwich, una granola, una manzana verde o un yogurt. Perdí diez kilos en ocho semanas. A los veinticinco años y con 1,67 de altura, sólo pesaba cuarenta y dos kilos. En esa etapa de su vida supo lo que era la depresión, más allá de las viscerales ganas de morir que se sienten con un despecho”* (Boon, 2008).

Está visto con los casos que aquí expongo, que los TCA no son enfermedades de manifestaciones meramente caprichosas de la vanidad, pues al parecer el alimento influye tanto en nuestros sentimientos como en nuestros cuerpos. Cada historia aquí contada representa a las diferentes personas, de diferentes estilos de vida, edad, sexo, profesión, que han sufrido de anorexia o bulimia nerviosas. Una enfermedad mental que poco se atiende y que urge tomar medidas de prevención. El mensaje debe tener la inclusión de toda la población en riesgo de padecer un TCA, al igual que destacar la autoestima de las personas valiosas tanto por Ser como su apariencia, resaltar sus formas corporales e incitar al cuidado del cuerpo mediante la práctica de ejercicio físico y una alimentación saludable.

## 20. Conclusiones

*Los trastornos de la conducta alimentaria: los gramos que pesan en la mente*, es el miedo que se apodera de las personas que padecen un trastorno del comportamiento alimentario, un fantasma que se nutre del temor a engordar, hace gala de su habilidad para lograr el rechazo a la comida, se siente fuerte y orgulloso de su voluntad que está por encima de la razón, es poderoso, es misterioso.

Es un fantasma que atormenta más a ellas que a ellos, pero también a ellos, a los niños, a los adolescentes, a las mujeres cansadas y agotadas de intentar ser delgadas, a las que el ideal de belleza de la sociedad las ha subvalorado, a los que simplemente quisieron con una dieta ser “normales”, a los más pequeños que apenas empiezan su desarrollo, a aquellos que en silencio padecen frustraciones, depresiones, abusos, maltrato.

Un trastorno de la conducta alimentaria es un peso que carga con toda su fuerza, es agotador, es controlador, es un manipulador. Aún no se entiende cuándo aparece ni a quién se le aparece, sólo se hace visible cuando ya ha daño, cuando ha carcomido los kilos indeseados, cuando ha consumido la fuerza de la voluntad, cuando ha tomado el control mental y corporal.

¿Quién exorcizará este fantasma? La misma sociedad lo ha creado en la consciencia colectiva, ella misma tendrá el poder de destruirlo, el culto al cuerpo es, quizás para muchos, una necesidad, mas no puede convertirse en una enfermedad. Qué comer y qué no, cuánto es mucho y cuánto es poco, no puede seguir siendo un problema distinto al que se atiende por desnutrición o por pobreza. Nutrir el cuerpo y la mente deberá ser prioridad, así como evitar el estado de desnutrición cuando hay comida.

Mediante esta investigación, me di cuenta de la necesidad de una estrategia de comunicación la cual propuse a la doctora María Cecilia Vallejo de la Secretaría de Salud, con quien trabajaré en el diseño de una campaña donde se incluya a toda la población en



riesgo de padecer un TCA. Es indispensable informar a la opinión pública de los riesgos que se corren al tener malos hábitos de alimentación y de vida no saludable, se debe hacer énfasis en los rituales de belleza sanos que no desborden los límites del cuidado corporal evitando que se conviertan en trastornos mentales fuera de control.

Es irónico vivir en un mundo globalizado lleno de abundancia de alimentos pero también del temor a engordar. Una vida tan ocupada parece ser la falta principal de ejercitar el cuerpo, comer por comer, o simplemente no comer. Me pregunto que diría Hipócrates en relación con aquellas dietas que para los griegos significaban la cura de los enfermos, frente al uso actual de las dietas, usadas para enfermar a los sanos.

Así mismo, se debe reconocer que la población infantil requiere de tener hábitos saludables de vida, por lo tanto, son las madres a quienes se les debe llevar el mensaje de inculcar a sus hijos, las formas sanas de comer, de ejercitarse y de percibirse así mismos.

Al comienzo me enfrenté con los mitos y realidades que existen alrededor de estas enfermedades, deshice los prejuicios para desnudar un espíritu periodístico que se aproximara a develar las razones de estas enfermedades. Dichas razones podemos decir que aún están en camino de hallarse, así como está en camino la cura para cientos de enfermedades, pero por ahora puedo afirmar que es necesario no sólo observar y analizar el panorama de los TCA sino tomar medidas preventivas, al igual que tratarlos no sólo en hospitales de tercer nivel, sino hacerlos parte de las políticas de Salud pública.

Ese acercamiento me hizo reconocer que la realidad de los trastornos del comportamiento alimentario no es mera manifestación de la vanidad, ni exclusividad de las mujeres, ni que los deportistas estén a salvo, y lamentablemente, que los niños tampoco están exentos de padecerlos, pues en ellos radican los hábitos de una alimentación sana. Es entonces necesario más investigaciones que den cuenta de la población en riesgo de padecer un TCA.

Es indispensable que los medios de comunicación ayuden a generar un factor de belleza de curvas reales, que se incluyan todas las formas de los cuerpos y se destaque el Ser humano tanto como se destaca el cuerpo. Mediante este trabajo se percibe la necesidad de investigar más a fondo el problema de los TCA, no sólo sus causas y consecuencias sino dar a conocer que son un problema de salud mental que repercute en la distorsión que la persona hace de su propia imagen.

Debo reconocer que ese acercamiento a las fuentes fue conquistado poco a poco, el acceso a los pacientes fue un tanto difícil por parte de ellos como por parte de los médicos a cargo de sus tratamientos. Esto es notorio a la hora de identificar los casos, pues los nombres han sido cambiados, ya que la misma persona solicita proteger su identidad.

Es claro que los medios de comunicación juegan un papel importante a la hora de transmitir el mensaje de belleza, aunque no son los causantes de los TCA, estos pueden ser mediadores de enfermedades que llevan un diez por ciento de la población a la muerte. Por tanto, se requiere cuidar la imagen que los medios muestra, mostrar que las personas vienen también en diferentes formas, altos, bajos, flacos, gruesos, blancos, morenos, etc. Que esa forma corporal es tan diversa como la misma forma de Ser, y que seguir patrones estandarizados de belleza no obedece a la percepción propia sino del Otro.

Finalmente la propuesta que queda abierta ante esta rigurosa investigación es la de ejercer un trabajo científico en los medios de comunicación a la hora de hacer periodismo de salud, en donde más allá de la inmediatez que obedece a las rutinas periodísticas, se realicen trabajos más profundos, se hable en un lenguaje sencillo que llegue a las masas no sólo científicas sino las del lenguaje común, y se entrelacen los conocimientos de unos con otros para dar paso al hallazgo de posibles curas, soluciones médicas o gubernamentales sobre la salud de una población que sufra de determinada enfermedad. Esa es parte de la misión de un periodista, no sólo la de informar sino la de cumplir con un compromiso social.

## 21. Referencia Bibliográfica

- *Abbott*, (2008, 7 de febrero). “Trastornos de la conducta alimentaria” p. 02.
- \_\_\_\_\_ (2008, 7 de febrero). “Trastornos de la conducta alimentaria”, pp. 04-05.
- \_\_\_\_\_ (2008, 7 de febrero). “Trastornos de la conducta alimentaria” , p. 08
  
- Aguilera, C. A (2008, 22 de julio), entrevista telefónica con Castro, M. Bogotá
- *Ámate*, (2007), [folleto publicado en Bogotá]
  
- Ángel, L. A. *et al.* (2000), “Comportamiento Alimentario. Desarrollo, validez Y fiabilidad fe una encuesta”, en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXIX, núm. 1. 2000, pp. 29-47.
  
- Boon, L. (2008), “Me muero por ser flaca”, en *Revista Marcapasos*. (Venezuela).
  
- *Diario Panorama.com*, (2007, 2 de junio), “La anorexia infantil se debe a desórdenes psicológicos” [en línea], disponible en: <http://www.panorama.com>
  
- Duperly, J. (2008, 7 de febrero), “El papel del ejercicio en la regulación del peso corporal” [conferencia], Curso de Actualización en Trastornos del Comportamiento Alimentario, Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, Bogotá D.C
  
- Ella, (2007, septiembre), entrevistada por Castro, M
- *El Tiempo* (2007), “La anorexia mató a una joven y afectó a otras 41”, Bogotá, p. 1.
- \_\_\_\_\_ (2008, 22 de marzo), “Píldoras peligrosas” [editorial], Bogotá, p.1-14.
- \_\_\_\_\_ (2008, 2 de abril) “40 casos al año de bulimia y anorexia”, Bogotá, pp. 1-19.
- \_\_\_\_\_ (2008, 27 de abril), “ ‘ Soy un anoréxico recuperado`”, Bogotá, p. 3-10.
- \_\_\_\_\_ (2008, 16 de abril), “Francia penalizará con cárcel la incitación a la anorexia”, Bogotá, pp.1-22.
- \_\_\_\_\_(2008, 22 de julio), “Niños deportistas, en grave riesgo”, Bogotá, p. 2
  
- Eliana, (2008, 10 de enero) entrevistada por Castro, M., Bogotá.
- Eliana, (2008, 23 de julio), entrevista telefónica con Castro, M.
- Enciclopedia Microsoft Student, (2008). [DVD]. Microsoft Corporation.

- Espitia, C. (2008, julio), “Después de diez años supe que era bulímica” en *Aló*, núm.509, p.77.
- Eva y Derba (2008, 22 de julio), entrevistadas por Vicky Dávila y su equipo de periodistas., “la FM”, en Radio Cadena Nacional de Colombia (RCN), Bogotá.
- Fernández, C., F, y Perilla, S., S., (2008, 27 de marzo), “La anorexia se alimenta en la red”, en *El Tiempo*, Bogotá.
- Foucoult, M. (1984), *Historia de la sexualidad II: El uso de los placeres*, Barcelona: Paidós.
- Gempeler, R. J. (2006), “Trastorno de la alimentación en hombres, cuatro subtipos clínicos”, en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXV, núm. 6. pp. 359.
- Gempeler, J. y Rodríguez, M. (2008, 7 de febrero), “Mitos y realidades sobre la anorexia y la bulimia nerviosa. [conferencia], Curso de Actualización en Trastornos del Comportamiento Alimentario, Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, Bogotá D.C
- López, J., et al. (2002), “*DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*” Barcelona, Masson.
- MedLineplus.com, recuperado: dic. 02 de 2007 [en línea]. “Enciclopedia médica, MedLineplus” Disponible en:<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000362.htm>
- Pérez, V. (2007, 10 de octubre) entrevistada por Castro, M., Bogotá.
- \_\_\_\_\_ (2007, 10 de octubre) entrevistada por Castro, M., Bogotá.
- \_\_\_\_\_(2007, mayo), “Mitos y realidades de los trastornos alimenticios” [conferencia], Colegio Liceo Francés, Bogotá.
- \_\_\_\_\_ (2008, 2 de junio), entrevistada por Castro, M. Bogotá.
- \_\_\_\_\_ (2008, 22 de julio), entrevista telefónica por Castro, M.
- \_\_\_\_\_Pérez, V. (2008, 28 de julio), entrevistada por Castro, M.
- Perilla Quintero, M. del M. (2005), *La anorexia nerviosa en la adolescencia* [trabajo de grado], Bogotá, Universidad de La Sabana, programa de psicología.
- Pineda, S. (2007, noviembre) entrevistada por Castro, M., Bogotá.
- Pombo, C. (2008, 14 de mayo), entrevistada por Castro, M. Bogotá.

- Ramírez, L. (2008, 7 de febrero), “Experiencias en prevención de TCA en Medellín y el área metropolitana”. [conferencia], Congreso Internacional de Trastornos del Comportamiento Alimentario, Universidad de los Andes, Bogotá D.C.
- Real Academia de la lengua Española (2008) *DRAE*, Microsoft Encarta 2008.
- Rodríguez, M. (2005, noviembre), “Cultura, genes y epidemiología evolutiva de los trastornos del comportamiento alimentario: una polémica interesante”, en *Revista colombiana de psiquiatría*, vol. XXXIV, núm. 4, pp. 541-555.
- Rodríguez, M., Guerrero, S, (2005) “Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombiana con trastornos del comportamiento alimentario” en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV, núm. 3, pp. 341-345.
- \_\_\_\_\_ (2007), “Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones”, en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXVI, núm. p.241.
- \_\_\_\_\_ (2008, 7 de febrero), “Los trastornos afectivos y de ansiedad en el paciente con TCA: su impacto y el pronóstico” [conferencia] Curso de Actualización en Trastornos del Comportamiento Alimentario, Universidad de los Andes, Bogotá D.C.
- \_\_\_\_\_ (2008, 9 de febrero), “Los TCA en la mujer adulta: ¿Un perfil de riesgo distinto?” [conferencia], Curso de Actualización en Trastornos del Comportamiento Alimentario, Universidad de los Andes, Bogotá D.C.
- Rueda-Jaimes, G. E., *et al.* (2005, mayo-junio) “Validación de la encuesta de comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia”, en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV, núm. 3, pp. 375-385.
- Vásquez, R., *et al.* Ángel, Luís A., García, J., Martínez, Luz, M., Chavarro, K. (1997) “Trastornos de la conducta alimentaria en deportistas”, en *Revista colombiana de psiquiatría*, vol. XXVI, núm. 2. 1997, pp. 119, 123-124.
- Vallejo, M. C (2008, 13 de junio), entrevistada por Castro, M. en Bogotá.
- Vallejo Mejía, M. (2008, enero-marzo), “Traumas ocultos de los desórdenes alimentarios”, en *Pesquisa*, (diario *El Espectador*), núm. 5, p.11.
- Vallejo, M. (2008, 28 de julio) entrevista telefónica por Castro, M., Bogotá.
- Sara, (2008, mayo) entrevistada por Castro, M., Bogotá.

- Santacruz, H. (2008, 28 de julio) entrevistado por Castro, M., Bogotá.
- Steiger, H. (2008, 9 de febrero), “Genes y ambiente en anorexia y bulimia nerviosas: el papel de los factores del desarrollo, lo social y lo hereditario” [conferencia], Curso de Actualización en Trastornos del Comportamiento Alimentario, Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, Bogotá D.C.
- Suárez, R. M. (2008, 16 de marzo), “Expertas en anorexia y bulimia”, en *El Espectador*, Bogotá, P. 8A.
- Tamayo, R. (2007) *Elevar el ancla de la forma* [tesis de maestría], Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Filosofía.
- \_\_\_\_\_ (2007) *La anorexia hecha propaganda* [artículo] Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Filosofía. P.2
- Vergara, A. (2008, 7 de febrero), “Síndrome de re-Alimentación en el paciente con anorexia” [conferencia] Curso de Actualización de Trastornos del Comportamiento Alimentario, Universidad de los Andes, Bogotá D.C.
- Walker Bynym, C. (comp.), (1990), *Fragmentos para una historia del cuerpo humano. El cuerpo femenino y la práctica religiosa en la Baja Edad Media*, Madrid, Tauros
- Yupanki, H. (2008, 7 de febrero), “La obesidad visceral abdominal alimenta al síndrome metabólico” [conferencia] Curso de Actualización de Trastornos del Comportamiento Alimentario, Universidad de los Andes, Bogotá D.C.

## 22. ANEXO 1

### **ENCUESTA EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (ECA)**

FECHA //

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO F [ ] M [ ] EDAD \_\_\_\_\_ años

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

Peso Actual \_\_\_\_\_ Kilos Estatura Actual \_\_\_\_\_ centímetros

CUAL CREE USTED DEBE SER EL PESO DE SU CUERPO? \_\_\_\_\_ kilos

CUAL HA SIDO SU PESO DURANTE EL ULTIMO AÑO? \_\_\_\_\_ kilos.

1.- *Cuando pasa frente a una venta de alimentos:*

- a) entra siempre
- b) frecuentemente entra
- c) Siente grandes deseos de entrar pero se resiste
- d) Le es indiferente

2.- *Si respondió (a) o (b) en la anterior, que tipo de alimentos consume?. (Su respuesta puede incluir uno o más tipos de alimentos y subraye el ó los alimentos correspondientes)*

- a) Dulcería (bocadillos, arequipa, dulces, chocolatinas)
- b) Pastelería (bizcochos, tortas, croissant, pan, etc.)
- c) Tipo cafetería (empanadas, papas fritas, besitos, buñuelos, almojábanas, etc.)
- d) Heladería (helados, conos, cremas, malteadas, etc.)
- e) Bebidas no dietéticas (gaseosas, jugos, yogurt, tinto, té o café con leche endulzados)

3.- *Su hábito de alimentación consiste en:*

- a) Tres comidas tradicionales
- b) Tres comidas tradicionales y entremeses (media mañana y media tarde)
- c) Salta frecuentemente las comidas tradicionales sin un orden establecido
- d) No existe un patrón ordenado de alimentación
- e) Tres comidas tradicionales y galguitar o picar todo el día.
- f) Tres comidas tradicionales, entremeses {media mañana y/o media tarde}y galguitar o picar todo el día.

4.- *Reconstruya sus hábitos alimentarios en el esquema que sigue*

# de DESAYUNOS por semana [ ] # de ALMUERZOS por semana [ ]

# de COMIDAS por semana [ ]

# de ENTREMESSES por semana (media mañana, media tarde, etc.):

MAÑANA [ ] TARDE [ ] NOCHE [ ]

GALGUEA ó PICA [ ] veces/semana y describa lo que come.

BEBIDAS DULCES: [ ] por día  
# TINTOS al día [ ] AZÚCAR # cubos o cuch.[ ] c/u  
# AROMÁTICAS ó TES al día [ ] « « « [ ] c/u  
PAQ. CIGARRILLOS \_\_\_ día  
No. CERVEZAS\_\_\_ por día/sem/mes No. TRAGOS: VINOS\_\_\_ d/s/m  
OTROS LICORES: No. \_\_\_ d/s/m

5.- *Durante sus comidas:*

- a) Come a la par con los demás comensales
- b) Es variable o come sin fijarse en eso
- c) Come más rápido [ ] o más lento [ ] que ellos
- d) Come mucho más rápido [ ] o mucho más lento [ ] que ellos

6.- *Usted considera que la cantidad que come usualmente es:*

- a) Igual a la de los demás
- b) Menor que la de los demás
- c) Mayor que la de los demás
- d) Excesivamente grande [ ] o pequeña [ ]

7.- *Durante sus comidas:*

- a) Degusta todos los alimentos
- b) Degusta sólo ciertos alimentos
- c) Ocasionalmente se fija en lo que come
- d) Generalmente los consume automáticamente

8.- *Usted se sienta a la mesa a comer:*

- a) Cuando es la hora determinada para ello
- b) Sólo cuando tiene hambre
- c) Cada que tiene la oportunidad de hacerlo
- d) Frecuentemente sin habérselo propuesto

9.- *Come Usted cuando realiza otras actividades como:*

- a) Leer o estudiar
- b) Durante el trabajo
- c) Mirando TV, videos, cine, fútbol, etc.
- d) Ocasionalmente o nunca.

Nota: Su respuesta puede incluir más de una opción; subraye o adicione las situaciones correspondientes.

10.- *Piensa o siente grandes deseos de comer en situaciones especiales: reuniones de trabajo, momentos difíciles, cuando tiene que tomar decisiones, después de una comida, exámenes, conferencias?.*

- a) Siempre



- b) Frecuentemente
- c) Sólo a veces
- d) Nunca

11.- *Respecto a su peso corporal:*

- a) Piensa en él siempre que come algo
- b) Es algo que le preocupa permanentemente
- c) Le tiene sin cuidado y casi nunca lo verifica.
- d) Ocasionalmente se interesa en su valor

12.- *En las reuniones donde se ofrece comida en abundancia: banquetes, fiestas, navidad, bufet-tes, etc.*

- a) Se siente culpable cuando come lo que no debería
- b) Come hasta el límite de su capacidad
- c) Tiene que luchar constantemente para no comer
- d) Come lo normal sin tener que fijarse en la cantidad

13.- *El peso que Usted presenta es el fruto de:*

- a) Dieta constante gracias al consejo de un profesional
- b) Su alimentación habitual o de costumbre
- c) El cuidado constante que Ud. pone en lo que come
- d) Dietas frecuentes y cortas realizadas sin orden médica

14.- *Cuando usted toma sus alimentos:*

- a) Consume siempre la totalidad de los alimentos
- b) A veces Deja [ ] o repite [ ] parte de uno o varios alimentos
- c) Con gran frecuencia deja [ ] o repite [ ] de uno o varios alimentos
- d) Siempre consume sólo una parte de lo que le sirven o exige que le sirvan menos que a los demás
- e) Siempre consume una cantidad adicional de uno o varios alimentos o exige que le sirvan mayor cantidad

15.- *Su forma de comer y su peso corporal son producto de:*

- a) Falta completa de voluntad para controlarlos
- b) Falta de control en situaciones especiales
- c) Su voluntad y control de sí mismo
- d) Su forma de ser, no tiene que controlarlos

16.- *Cuando Usted observa su propio cuerpo:*

- a) Le desagrada la forma del mismo o de una parte de él
- b) Se considera obeso o con exceso de grasa
- c) Cree podría ser mejorado con algunos cambios en su alimentación
- d) Lo considera adecuado o normal

17.- *Usted cree que el peso de su cuerpo*

- a) Se mantiene normal a pesar de su desinterés por él
- b) Lo controla con gran dificultad
- c) Debe ser controlado pero es incapaz de hacerlo
- d) Es el producto de la atención que pone en él

18.- *Cuando Usted está comiendo:*

- a) Con frecuencia lo hace en forma automática o inconsciente
- b) Degusta siempre los alimentos y establece su calidad
- c) Realiza cálculos y cuentas sobre su valor y las posibles consecuencias en Usted
- d) Piensa está haciendo «algo malo» [ ] ó «algo bueno» [ ] según el tipo de alimentos que esté tomando.

19.- *Respecto a sus hábitos de alimentación:*

- a) Han sido siempre los mismos desde la infancia
- b) Han cambiado según la época de su vida
- c) Hubo algunas dificultades durante la infancia [ ] o adolescencia [ ]
- d) Siempre han sido un problema o no están definidos

20.- *Su forma actual de alimentación:*

- a) Es completamente opuesta a la de uno de sus padres: P- [ ] M- [ ]
- b) Es idéntica a la de uno de sus padres: P- [ ] M- [ ]
- c) Es similar a la de los demás
- d) Es algo muy propio de Usted

21.- *Se ha provocado Usted el vómito para controlar su forma de comer y su peso en algún momento de su vida:*

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente por período menor de un mes
- d) Dos o más veces por semana por más de un mes

22.- *Ha usado laxantes:*

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente en forma irregular
- d) De rutina dos o más veces por semana

23.- *Ha tomado medicamentos que aumentan la orina (diuréticos):*

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente en forma irregular
- d) De rutina dos o más veces por semana

24.- *Cuando Usted por cualquier razón come demasiado:*

- a) Lo considera como algo inevitable

- b) Intenta corregir el exceso de alguna manera
- c) No le da importancia dado que es ocasional
- d) Se siente culpable de haberlo hecho

25.- *Cuando Usted consume sus alimentos:*

- a) La presencia de otras personas le es agradable
- b) Necesita estar acompañado o compartir con alguien
- c) Frecuentemente le desagrada como comen otras personas
- d) Con frecuencia lo prefiere a solas

26.- *La evolución de su peso en épocas recientes:*

- a) Se ha mantenido siempre estable
- b) Ha oscilado de 2 a 5 kilos pero se ha mantenido estable
- c) Ha cambiado más de 5 kilos y no ha regresado al anterior
- d) Ha venido cambiando sin parar y alejándose del anterior

27.- *Usted controla su comida o hace dieta para controlar su peso:*

- a) Raramente o nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

28.- *Sufre Usted de Vómito con frecuencia? Si [ ] No [ ] En caso afirmativo, con qué frecuencia?*

\_\_\_\_\_a veces x Día [ ] Sem [ ]

29.- *Sufre Usted de estreñimiento? Si [ ] No [ ]*

30.- *Sus ciclos menstruales:*

- a) Son normales
- b) Presentan alteraciones frecuentes
- c) Frecuentemente son de dos o tres meses
- d) No menstrua hace más de tres meses

31.- *Ha usado durante el último año alguno de los siguientes medicamentos? (Puede indicar más de una opción)*

- a) Anfetaminas
- b) Hormonas para el tiroides
- c) Medicamentos para quitar el apetito
- d) Tranquilizantes
- e) Antidepresivos
- d) Anticonceptivos

32.- *Le ocurre a Ud. comer grandes cantidades hasta sentirse mal o a sabiendas de que se va a sentir mal:*

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Con frecuencia: una a cuatro veces al mes
- d) Dos o más veces por semana

Si desea hacer alguna observación o agregar algo con respecto a sus hábitos alimenticios, su cuerpo, su peso, etc., puede anotarlos a continuación.