

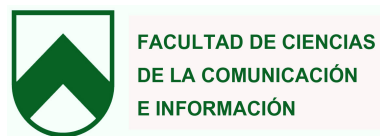


República Bolivariana de Venezuela
Universidad Monteávila
Facultad de ciencias de la Comunicación e Información
Escuela de Comunicación Social

**REPORTAJE ACERCA DE LA INFLUENCIA DE VARIABLES SOCIOCULTURALES
EN EL DESARROLLO DE ANOREXIA Y BULIMIA: “TRAS EL PESO DE LA
DELGADEZ”**

Proyecto Final de Carrera como requisito parcial para optar al Título de Licenciado de
Comunicación Social

Alumno: Marielisa Esteves Gómez
Profesor Coordinador: Jeanne Liendo
Caracas, marzo de 2012



Aprobación del Profesor Coordinador

Quien suscribe, Jeanne Liendo, profesor coordinador del Proyecto Final de Carrera **REPORTAJE ACERCA DE LA INFLUENCIA DE VARIABLES SOCIOCULTURALES EN EL DESARROLLO DE ANOREXIA Y BULIMIA: “TRAS EL PESO DE LA DELGADEZ”**, elaborado por Marielisa Esteves Gómez, para optar por el título de Licenciado en Comunicación Social, considera que el mismo reúne los requisitos exigidos por la Universidad Monteávila, y tiene méritos suficientes como para ser sometido a la presentación y evaluación por parte del jurado examinador que sea designado.

En la ciudad de Caracas, a los 9 días del mes de marzo de 2012.

Nombre: _____

Firma: _____

(Profesor Coordinador)

Autorización del autor

Yo, Marielisa Esteves Gómez, venezolana, mayor de edad y titular de la Cédula de Identidad No.19.692.426, por medio de la presente autorizo a la Universidad Monteávila, a publicar el Trabajo Final de Grado de mi autoría que se detalla a continuación, en la Biblioteca y en la página web de la Universidad, permitiendo sin límites la consulta de la misma por Internet.

Queda prohibida la reproducción de los textos de que se trate, en forma total o parcial y por cualquier medio.

Título del Proyecto Final de Carrera: Reportaje acerca de la influencia de variables socioculturales en el desarrollo de anorexia y bulimia: “Tras el peso de la delgadez”

Fecha del PFC: Marzo de 2012.

En Caracas, a los 9 días del mes de Marzo de 2012.

Firma: _____

Dedicatoria

A todas las “Lailas” que pelean con el espejo y, más de una vez, han perdido frente a él. Y a mis ángeles, Amía y Cheché, por creer en mí desde el día en que nací.

Agradecimientos

A mis incondicionales padres, quienes nunca me dejaron sola y estuvieron dispuestos a tomarme de la mano cuando tuve miedo: hacerlos sentir orgullosos ha sido la motivación para seguir adelante sin importar cuán duras han llegado a ser las dificultades. Esta es mi manera de darles las gracias. También a mi hermano Guillermo por ser un ejemplo y enseñarme que las metas se pueden cumplir sin necesidad de abandonar los principios. Ellos, como familia, han fortalecido y potenciado hasta el más mínimo destello de talento e inspiración para lograr hacerme quien soy hoy en día.

A todas las personas sin quienes la realización de este trabajo hubiese sido imposible: la profesora Jeanne Liendo por sus conocimientos, asesoría y apoyo; a la señora Ana María Gómez por guiar muchos de mis pasos. A las especialistas Carla Márquez y Beatriz Verdi, quienes ofrecieron su valioso tiempo para compartir sus conocimientos y experiencia, así como a Andreina Ramírez y todos los miembros de la Fundación Ayúdate por su esmerada colaboración e información y por ser un ejemplo de vocación y de que sí existen buenas acciones desinteresadas.

Un agradecimiento muy especial a la protagonista de mi historia, quien se armó valor y abrió su corazón para que juntas aprendiéramos una lección de vida y cada una tuviera la oportunidad de reconciliarse consigo misma. Y, sobre todo, gracias a su mamá. Ella sabe por qué.

Por último, a todos mis compañeros de las promociones VIII y IX y, por supuesto, a mis amigos y compañeros de vida que me han esperado pacientemente más de una vez sin reparos. A todos: ¡mil gracias!

Resumen

El presente proyecto final de carrera, titulado **Reportaje acerca de la influencia de variables socioculturales el desarrollo de anorexia y bulimia: “Tras el peso de la delgadez”**, demuestra la realización de un reportaje informativo de profundidad sobre las influencias de los estereotipos socioculturales en la incidencia de anorexia y bulimia en Venezuela. El trabajo detalla los pasos necesarios para desarrollar exitosamente un reportaje de este tipo, en él que se aborda, describe y precisa la realidad de estos trastornos de la conducta alimentaria presentes en la sociedad venezolana.

Mundialmente estas enfermedades afectan a un aproximado de 1% de la población, de las que 90% son mujeres. En Venezuela estos desórdenes no son considerados enfermedades de salud pública por lo que las cifras e información son muy limitadas, y la población en general no tiene conciencia de la importancia y riesgos a las que las jóvenes están expuestas, por lo que investigaciones del caso pueden ser el primer paso para establecer planes de prevención.

Índice

Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Resumen	vi
Introducción	1
I. El Problema	3
1. Planteamiento del problema	5
2. Objetivos	5
II. Sustento Teórico	6
1. Periodismo y reportaje	6
1.1 Periodismo de investigación	6
1.2 Periodismo de profundidad	6
1.3 Reportaje	7
2. Desórdenes alimenticios	9
2.1 Anorexia y Bulimia	10
2.2 Tipos y categorías de la anorexia y bulimia	11
2.3 Factores desencadenantes de la anorexia y la bulimia	11
2.4 Criterios de diagnóstico	12
2.5 Prevalencia y epidemiología	13
2.6 Complicaciones médicas y mortalidad	13
3. Estereotipos	14
3.1 Estereotipos socioculturales modernos de la imagen corporal	15
3.2 Influencia de los medios de comunicación en los estereotipos	16
3.3 Imagen de la mujer presentada en los medios	17
4. Antecedentes de la investigación	18
III. Marco Metodológico	20
1. Elección del tema	20
2. Planeamiento de la historia	20

3. Selección de fuentes	21
3.1 Protagonistas	22
3.2 Expertos	22
4. Investigación de la historia	23
5. Armado de la historia	24
5.1 Esquema básico	24
5.2 Respaldo del esquema básico	25
6. Elementos de la historia	27
6.1 Lead anecdótico	27
6.2 Cierre	28
6.3 Título	28
IV. Análisis de resultados: Reportaje “Tras el peso de la delgadez”	29
La pesada sociedad	30
Enemiga en el espejo	35
El nocivo velo del conocimiento	39
Enjaulada por una obsesión	41
Ayúdate, que allí te ayudarán	47
Caer y levantarse, una y otra vez	52
V. Conclusiones	57
Lista de referencias	60
Anexos	65

Introducción

A lo largo de la historia la mujer se ha sometido a rituales de sacrificio y dolor para adecuarse a los estereotipos considerados como bellos que han imperado en las diversas sociedades. Durante las últimas décadas, de la mano con la globalización y la difusión comunicacional y publicitaria, esos estereotipos se han orientado hacia imágenes de mujeres delgadas.

Coincidentalmente, los índices de incidencia de trastornos como la bulimia y la anorexia se ha visto triplicada en países desarrollados de Europa, así como en muchos de Latinoamérica en donde incluso se ha quintuplicado. Venezuela, al no contar con cifras oficiales que informen de la existencia de dichos trastornos, parece no ser parte del problema. Sin embargo, es posible evidenciar a través de un trabajo cómo este hecho se presenta en el país.

El proyecto final de carrera presentado a continuación es una investigación cuyos resultados se reflejan a través de un reportaje periodístico, el cual tiene por objetivo evaluar la influencia de los estereotipos socioculturales en la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia, así como informar sus características, conductas, consecuencias, tratamiento e indagar en los planes adecuados para la prevención y disminución de su incidencia.

La labor de un periodista es comparada por Reyes (1999) con el armado de un rompecabezas, en donde su misión fundamental es recolectar piezas que al engranarse muestren la realidad de un tema, generalmente, no muy conocido por la sociedad y que quedaría oculto si no fuera por el olfato del comunicador.

El género a utilizar para presentar los resultados del proyecto final de carrera es el reportaje. Ulibarri, citado por Lizano (2009), considera que el reportaje engloba todas las formas periodísticas al incluir noticia, crónica,

entrevista, análisis e incluso roza con el editorial, por lo que representa fielmente lo que ha de ser el periodismo más completo y profundo.

El trabajo está dividido en cinco capítulos. En el primero se plantea el problema de la anorexia y la bulimia en diversos países del mundo y luego se delimita a las variables propias de la situación en Venezuela que justifican y destacan la importancia de llevar a cabo la investigación y, posteriormente, se ofrecen los objetivos del proyecto.

En el segundo capítulo se presenta un marco teórico con definiciones e información referente a nociones de periodismo, trastornos de la conducta alimentaria, específicamente de la anorexia y la bulimia, estereotipos y por último antecedentes de la investigación.

En el tercer capítulo se describe paso a paso la realización del cuerpo del reportaje según la metodología ofrecida por Ronderos, León, Sáez, Grillo y García (2002). Se detalla cada etapa de la investigación: desde la elección del tema a trabajar, la selección de fuentes, la estructura utilizada y principales elementos de la historia como lo son la entrada o “lead”, el título y el cierre.

Posteriormente, en el cuarto capítulo se presenta el análisis de los resultados mediante la presentación de cuerpo del reportaje, “Tras el peso de la delgadez”. Por último se recogen detalladamente las conclusiones y ofrecen recomendaciones arrojadas por la investigación, en las que se precisa el alcance de los objetivos propuestos al inicio de la investigación.

I. El Problema

1. Planteamiento del problema

En la actualidad es cada vez más notoria entre mujeres jóvenes la preocupación por alcanzar y mantener un peso que se adapte a la imagen corporal establecida por parámetros sociales. Este aspecto muchas veces puede llegar a desencadenar desórdenes conductuales referentes a hábitos de alimentación y ejercicio, como lo son la anorexia y la bulimia: una amenaza frecuente y dañina, cuyos efectos pueden ser tanto físicos como psicológicos.

En el año 2000 el Instituto Nacional de la Salud de España informó acerca del incremento de la prevalencia de anorexia y bulimia en el mundo, triplicada durante los últimos diez años. Según el informe, dichos trastornos han llegado a alcanzar entre 1% y 1,3% de la población española, siendo similares las cifras en otros países desarrollados.

Sin embargo, la presencia de estos desórdenes no parece estar limitada únicamente a dichos países: Para el año 2008 la Fundación para el Tratamiento de la Bulimia y la Anorexia CBA reportó que, de mil jóvenes mexicanas, 12% presentó bulimia y 1% demostró tener conductas de anorexia. La investigación calculó la aparición de 20 mil nuevos casos de estos trastornos anualmente, lo que significó una quintuplicación de su prevalencia.

Según la cuarta edición del Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales DSM-IV (1995), 90% de las personas que sufren anorexia en el mundo son mujeres y aproximadamente 10% de ellas pierde la vida debido a alteraciones electrolíticas graves, infecciones, desnutrición, afecciones cardiacas e incluso suicidio.

A pesar de su gravedad y relevancia socio-sanitaria, en Venezuela la anorexia y bulimia no son consideradas como enfermedades de salud pública, por lo que no existen aún estadísticas oficiales que reflejen la incidencia y mortalidad de dichos desórdenes en el país. Sin embargo, se conocen datos acerca de desordenes alimenticios que han sido determinados por investigaciones universitarias y de organismos privados en el área de salud.

Un estudio realizado por Bello y Di bella (1996), basado en una muestra de 202 estudiantes mujeres de la Universidad Católica Andrés Bello, reveló que 17% de ellas manifestó indicadores sugestivos a la anorexia nerviosa y 6% presentó bulimia nerviosa. Más de una década después, según Cabrera (2009), 14,7% de los adolescentes de una muestra de 823 jóvenes presentó riesgo de trastornos de conducta alimentaria, siendo el sexo femenino más afectado con 22,2% de individuos en riesgo.

Esto implica la existencia del problema y la necesidad de conocer los síntomas y comportamientos que presentan las personas que sufren de estos trastornos para poder identificarlos y ofrecer el tratamiento adecuado. Además, resulta de suma importancia indagar acerca de los factores que influyen en la aparición de la anorexia y bulimia, en especial aquellos de tipo sociocultural.

Es así como la investigación precisa relacionar los parámetros de belleza establecidos por los medios de comunicación y la sociedad con determinadas conductas alimenticias presentes en la población de universitarias jóvenes que pueden llegar a afectar su salud y autoestima, así como su desarrollo personal, profesional y, por supuesto, su felicidad.

La elección del tema responde a una situación en el entorno social, académico y profesional en el que muchas mujeres parecen ceder ante presiones que podrían incidir en el aumento de casos de desórdenes alimenticios.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

- Realizar un reportaje de investigación acerca de la influencia de variables socioculturales en el desarrollo de anorexia y bulimia en mujeres jóvenes entre 18 y 24 años de edad.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir las características psicológicas, conductas y síntomas relacionados con los trastornos alimenticios de anorexia y la bulimia.
- Analizar la influencia que tienen parámetros socioculturales relacionados con la imagen corporal que son concebidos por mujeres jóvenes como el ideal de belleza.
- Proponer un plan de acción para la prevención en casos de desórdenes alimenticios basado en recomendaciones de especialistas.

II. Sustento teórico

1. Periodismo y reportaje

1.1 Periodismo de investigación

Para Reyes (1999) el periodismo de investigación puede ser comparado con una especie de rompecabezas y es labor del periodista reunir y armar las piezas para mostrar como funcionan las cosas y el comportamiento de la sociedad en una crisis.

Por el contrario García Márquez, citado por Reyes (1999), no admite el periodismo de investigación como una especialidad sino como requerimiento propio del oficio. Sin embargo, Reyes (1999) procura diferenciar el producto resultante de la labor de un periodista de investigación del de un reportero mediante dos factores determinados: tiempo y profundidad.

Según Reyes (1999), el reportero diario debe actuar con prontitud, mantenerse informado, tener fuentes confiables y desarrollar olfato para presentar el lado novedoso del acontecimiento; por su parte, el periodista de investigación trabaja en asuntos controvertidos que no siempre tienen actualidad noticiosa por lo que la información es más amplia y detallada que cualquier noticia relacionada con el tema.

1.2 Periodismo de profundidad

Dentro del periodismo de investigación Reyes (1999) define el periodismo de profundidad como una forma menos detectivesca de abordar temas que merecen un diagnóstico sosegado para que el lector pueda dar explicaciones a las expresiones de crisis. “Si el periodismo investigativo se concentra en responder a

la pregunta sobre quién y cuándo lo hizo, el de profundidad busca el porqué” (Reyes, p. 31).

De acuerdo con este punto, Lizano (2009) explica que la profundidad es una característica de toda investigación pero, en este caso, el texto no sólo transmite información sino que llega a la causas de los hechos.

Si bien el periodismo de investigación y profundidad tienden a ser confundidos, Lizano (2009) establece dos diferencias fundamentales: en primer lugar, el periodismo de investigación tiene el objetivo de develar información que alguien está interesado en ocultar, mientras que el periodismo de profundidad muestra la mayor información sobre un hecho.

La metodología constituye la segunda diferencia para Lizano (2009) ya que, mientras el investigador de profundidad ajusta a sí mismo su plan de trabajo, el periodismo de investigación debería cumplir un proceso más científico y rígido con pasos como observación, hipótesis, entre otros.

“Un reportaje de profundidad no tiene tantos obstáculos en su camino como el de investigación y se puede hacer sobre cualquier tema, hasta de cómo es la organización de un certamen de belleza o de desnutrición infantil producto del desabastecimiento” (Lizano: 2009, p. 214).

1.3 Reportaje

Tras analizar los distintos planteamientos teóricos respecto a la definición del género reportaje pareciera difícil, por sus numerosas variables, establecer una definición absoluta que delimite los rasgos característicos diferenciadores del género. Sin embargo, numerosos autores concuerdan en que el reportaje es el gran representante del periodismo.

Dallal (2007) considera que el reportaje es el rey de los géneros, base del periodismo y su representante más idóneo ya que, a través del mismo, se puede hacer verdadera y auténtica práctica periodística ya que cuenta con las características y cualidades propias de todos los demás géneros. Para Vivaldi y Sánchez (2006) el reportaje es la información con mayor libertad expositiva en donde el escritor no necesita someterse tan estrictamente a la técnica informativa.

Parrat (2003), tras comparar y analizar diferentes conceptos ofrecidas por diversos teóricos, propone la siguiente definición de reportaje:

Género periodístico de extensión variable en el que se suele ahondar, e incluso explicar y analizar hechos actuales pero no necesariamente noticiosos, cuyo autor goza de una mayor libertad estructural y expresiva, y que generalmente se publica firmado y acompañado de fotografías o infografía. (p. 35)

Vivaldi y Sánchez (2006) concuerdan en muchos aspectos con la definición anterior: “El reportaje informa de un hecho o suceso de interés, aunque no sea reciente. Va firmado, su tema es libre, suele ir acompañado de fotografías y puede escribirse utilizando diferentes tonos con la ayuda de otros géneros periodísticos” (p. 399). Además, según los autores, el reportaje muchas veces es empleado para denunciar algo que debe ser corregido.

Ronderos, León, Sáez, Grillo y García (2002) coinciden con Dallal (2007) en que el reportaje es un cuento completo sobre un aspecto que amerita ser explicado a fondo a alguien que no presencié el suceso acontecido. Por esta razón, es compleja la labor del periodista al momento de hacer un reportaje. Para Dallal (2007), la persona que hace reportajes debe ser detective, investigador especializado y una especie de juez justo y reconocible.

Además, según Dallal (2007), la presencia del periodista debe aparecer dentro del reportaje de manera explícita o, al menos, su personalidad debe expresarse de manera implícita. Vivaldi y Sánchez (2006) aseguran que la visión

personal del periodista y su modo de enfocar el asunto influyen en la concepción del trabajo.

“La narración del reportaje aporta datos fehacientes, frescos, inmediatos y la descripción de los no carece de cierto dramatismo que involucra al lector de manera que no sólo recibe la información sino que también la asimila de manera más completa” (Dallal, 2007, p.112). Para Ronderos et al. (2002) las ideas expuestas a lo largo del reportaje deben ser respaldada por datos, escenas y análisis. Además, según Dallal (2007), pueden usarse juegos narrativos, saltos cronológicos, descripciones y citas.

2. Desórdenes alimenticios

Zalagaz, Romero y Contreras (2002) definen desórdenes alimenticios como aquellos trastornos de la conducta que tienen relación con la alimentación y son también conocidos como trastornos o desórdenes del comer, de la ingesta, de la conducta alimentaria, entre otros.

Aceituno (2004) se refiere a desórdenes alimenticios como todas aquellas circunstancias que supongan una disfunción en el comportamiento alimentario. Sin embargo, hace referencia únicamente a la comida sino a determinadas actitudes del afectado como sus hábitos alimentarios, un exceso o deseo de no engordar, desequilibrios emocionales, autovaloraciones negativas.

Staudt, Rojo y Ojeda (2006) coinciden con estos conceptos al describir estas enfermedades con comportamiento distorsionados de la alimentación consecuencia de una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal: “Los afectados hacen grandes esfuerzos para perder peso y muchos niegan que sus hábitos de alimentación sean un problema” (p. 1).

Ruíz (2004) advierte que estos trastornos están tan íntimamente relacionados con la forma de vida de las sociedades modernas y desarrolladas que podrían considerarse enfermedades socioculturales.

Israel y Wicks-Nelson (1997) y Zagalaz, Romero y Conretras (2002) reconocen una amplia gama de problemas que tienen que ver con la ingestión y la alimentación, como el síndrome de Gourmet, trastorno nocturno de alimentación, pica, comedores compulsivos, síndrome Prader-Willy, rumiación, obesidad, vigorexia, entre muchos otros más. Sin embargo, al igual que todos los autores, destacan entre ellos la anorexia y la bulimia por ser considerados como los de mayor gravedad e incidencia.

2.1 Anorexia y Bulimia

Para Rivarola (2003) la anorexia y la bulimia constituyen una epidemia que atenta principalmente contra la salud física y emocional de las mujeres.

Toro, citado por Zagalaz, Romero y Conretras (2002), define la anorexia como un trastorno de comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. Lenoir y Silber (2006) la consideran el desorden alimenticio más severo y peligroso al suponer pérdida de peso autoinducida que lleva inexorablemente a un estado de inanición.

Zagalaz, Romero y Conretras (2002) destacan la decisión de las anoréxicas de dejar de comer por la no aceptación de su imagen corporal, mientras que Staudt, Rojo y Ojeda (2006) consideran este trastorno como una enfermedad grave desde el punto de vista físico como psíquico, favorecida por los factores sociales que impone la cultura actual.

Por su parte la bulimia, según Zagalaz, Romero y Conretras (2002), describe a quienes la padecen como comedores compulsivos que se provocan el

vómito tras la ingesta de alimentos para deshacerse de las calorías no deseadas y mantenerse delgadas.

La cuarta edición del Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales DSM-IV (1995), describe la bulimia como un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de voracidad en el que se consume gran cantidad de alimentos en un periodo corto de tiempo y se asocia con vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y/o aumento de la actividad física.

2.2 Tipos y categorías de anorexia y bulimia

Según Israel y Wicks-Nelson (1997) al tratar de diferenciar y subcategorizar desórdenes de la conducta alimentaria como la bulimia y la anorexia se toman en cuenta tres consideraciones: el peso del individuo, la presencia de atracones de comida y los métodos para controlar el propio peso como el uso de laxantes, vómito o ejercicios vigorosos.

Según estas consideraciones, la cuarta edición del Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV) (1995), clasifica los trastornos de conducta alimentaria en tres categorías: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y una tercera categoría diseñada para incluir los trastornos alimenticios de severidad clínica que no cumplen los criterios diagnósticos de la anorexia y bulimia nerviosa.

2.3 Factores desencadenantes de la anorexia y la bulimia

Diversos autores coinciden en que las causas de la anorexia y la bulimia son múltiples e interrelacionadas entre sí, por lo que ninguna de las dos enfermedades puede ser resultado de un solo factor. “El proceso natural del comer puede alterarse por causas físicas, genéticas, psicológicas, familiares, culturales, así como sociales, sugiriendo la aparición de trastornos de la alimentación” (Rivarola: 2003, p. 62).

Garfinkel y Garner, citados por Zagalaz, Romero y Contretras (2002), coinciden con Rivarola (2003) al explicar que la anorexia y la bulimia son resultantes de la interacción de factores propios del individuo, de su familia y de la sociedad.

Staudt, Rojo y Ojeda (2006) proponen también con la idea del origen multifactorial los trastornos en cuestión debido al desconocimiento certero de su etiología y destacan entre los posibles factores la influencia de componentes genéticos, sociales, metabólicos, de personalidad, hormonales, emocionales, perfeccionismo y, además, la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos.

Según Israel y Wicks-Nelson (1997), existe un acuerdo general en cuanto a que el impulso para conseguir una delgadez extrema y el miedo a ganar peso son característicos de los individuos diagnosticados con anorexia. Sin embargo, Aceituno (2004) enfatiza que la anorexia y la bulimia son un conjunto de conductas y respuestas emocionales arbitrariamente seleccionadas y no deben ser explicadas a través de los síntomas que las caracterizan, como la percepción distorsionada de la imagen corporal o el miedo a engordar.

Para Zagalaz, Romero y Contretras (2002) uno de los factores que ha intervenido en el aumento vertiginoso de los casos de anorexia y bulimia durante los últimos años han sido la influencia de factores socioculturales como estereotipos y valores estético culturales relativos al cuerpo femenino, influidos por la cultura de la delgadez

2.4 Criterios de diagnóstico

La clasificación DSM-IV (1995) ofrece un manual diagnóstico que permite definir y clasificar la anorexia nerviosa y bulimia.

Según estos criterios de DSM-IV (1995), las personas con anorexia se caracterizan por el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del

valor mínimo normal considerado según la edad y la talla, sienten miedo intenso a ganar peso, sufren de alteraciones de la percepción de la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación y negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. Además, en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.

Por su parte, los criterios de DSM-IV (1995) establecen que las pacientes con bulimia suelen presentar atracones recurrentes al menos dos veces por semana, pérdida de control sobre la ingesta del alimento, conductas compensatorias inapropiadas para no ganar peso como son la provocación del vómito, uso de laxantes, ayuno y ejercicio excesivo.

2.5 Prevalencia y epidemiología

Staudt, Rojo y Ojeda (2006) destacan el aumento considerable en las cifras de incidencia de anorexia y bulimia durante las últimas dos décadas, específicamente en la población adolescencia y temprana edad adulta, correspondiendo de 1% a 2% de la población total. Esta cifra coincide con las ofrecidas por el Instituto Nacional de la Salud de España, que en el año 2000 informó que la prevalencia para la anorexia nerviosa era de 1% y para la bulimia nerviosa 1,3% siendo similares estas cifras en casi todos los países desarrollados.

Por su parte, El DMS-IV (1995) estima que entre 90% y 95% de son mujeres y que 1 de cada 100 adolescentes son anoréxicas por lo que, de acuerdo con Lenoir y Silber (2006), la anorexia y la bulimia se presenta en mujeres en relación 10:1 con respecto a los varones.

2.6 Complicaciones médicas y mortalidad

Israel y Wicks-Nelson (1997) indican que la extrema pérdida de peso en la anorexia y la bulimia debe tomarse en consideración por las complicaciones médicas que pueden producirse, como anemia, problemas cardiovasculares,

problemas dentales, y sobre todo por la amenaza a la vida que suponen estos trastornos.

Lenoir y Silber (2006) detalla las múltiples complicaciones médicas que acarrear la bulimia y anorexia nerviosa, entre las que se destacan trastornos de sueño, amenorrea, bradicardia, hipotensión y desequilibrios electrolíticos. “Otras complicaciones pueden ser indolentes y crónicas como la osteoporosis e hígado graso” (Lenoir y Silber: 2006, p.258).

Según el DMS-IV, la tasa de mortalidad de la anorexia y bulimia nerviosa corresponde a 10% de los casos, siendo las causas más comunes de muerte el suicidio, la inanición por el desbalance en el volumen plasmático y electrolítico, insuficiencia cardíaca e infecciones y aproximadamente un tercio de los pacientes desarrollan depresiones clínicas que los llevan al suicidio.

3. Estereotipos

Herrero Cecilia (2006) define los estereotipos como los esquemas de pensamiento o esquemas lingüísticos preconstruidos que comparten los individuos de una misma comunidad social o cultural.

Los estereotipos pertenecen al repertorio de fórmulas, imágenes, tópicos y representaciones que comparten los hablantes de una lengua determinada o de una misma comunidad social o cultural. Como son esquemas fijos y preconstruidos, no hace falta elaborarlos personalmente, sino haberlos asimilado del contexto cultural o a través del conocimiento y del uso de la lengua para poderlos aplicar a nuestra percepción de la sociedad y del mundo, y para poderlos emplear en las situaciones de comunicación haciendo posible el entendimiento con los demás y la sensación de connivencia, de familiaridad y de complicidad sociocultural en el tratamiento de ciertos temas precisamente por compartir los mismos esquemas conceptuales o lingüísticos. (, op. cit., p. 2).

Según Loscertales, citado por Herrero Aguado (2005), los estereotipos actúan como un agente que refuerza y divulga determinadas

creencias y valores tradicionales sobre hombres y mujeres como reflejo de las normas sociales imperantes. Por ende, siguiendo las ideas del autor, son un conjunto de creencias populares acerca de las características de un grupo social sobre las que existe un acuerdo establecido y aceptado.

Herrero Cecilia (2006) ubica la aplicación actual de estereotipos dentro del campo de la semántica léxica, fraseología, análisis del discurso, en la sociocrítica y las ciencias sociales.

3.1 Estereotipos socioculturales modernos de la imagen corporal

Herrero Aguado (2005) atribuye al aspecto exterior el papel de presentar una imagen de la persona, por lo que llega a tener importancia relacionada con la autoestima y el sentimiento de seguridad o aceptación de sí mismo. En las sociedades actuales, según el autor, se funcionan estereotipos que relacionan el atractivo físico con el éxito y el ser feo con el fracaso.

Diversos autores coinciden en la tendencia actual del culto al propio cuerpo que, generalmente, desencadena un impulso agresivo en su contra que raya en la autodestrucción de la persona (Herrero Aguado: 2005, p. 2).

Lugli y Vivas (2004) atribuyen a las influencias socioculturales el estímulo a los que los valores positivos asociados cada vez más a la imagen de delgadez, especialmente en las mujeres, quienes se ven presionadas para alcanzar una figura delgada, esbelta y atlética:

Estas mujeres juzgan su valor personal casi exclusivamente en términos de su silueta y peso, lo que trae la generación de pensamientos reiterativos sobre estos aspectos, y la emisión de conductas dirigidas a evitar ganar peso y alcanzar la silueta ideal. (p. 24).

Vandereycken, citado por Rivarola y Penna (2006), define a las sociedades occidentales actuales como “lipofóbicas” y coincide con Herrero Aguado (2005)

en que el cuerpo se ha convertido en un objeto al que hay que mortificar con fines estéticos y ser llevado a las medidas que establecen los estereotipos de la sociedad.

Por su parte, Rivarola y Penna (2006) destaca que esta tendencia no se limita únicamente a sociedades opulentas, sino que se está extendiendo a países donde no necesariamente predomina el desarrollo económico, como regiones de Latinoamérica, por ejemplo.

3.2 Influencia de los medios de comunicación en los estereotipos

Herrero Aguado (2005) asevera que los medios de comunicación generan modelos que logran influir en la creación de la identidad social y en la imagen que las personas tienen de sí mismas, lo que se correlaciona con la firme creencia en los estereotipos. Por su parte, Ruiz (2004) responsabiliza a los medios de comunicación de imponer íconos, creencias, lenguajes y formas de ver el mundo y el cuerpo, imponiendo un pensamiento globalizado único con el que se aceptan determinados cánones como indiscutibles.

Rivarola y Penna (2006) asegura que las imágenes mediáticas pueden ser particularmente importantes en la producción de cambios y en la manera de percibir y evaluar el cuerpo que puede implicar, según lo expuesto por Herrero Aguado (2005), la sobreestimación de la imagen corporal.

La insatisfacción con la imagen corporal, las dietas y las ideas sobrevaloradas de un cuerpo delgado se debe, según Rivarola y Penna (2006), a los mensajes y contenidos llevados a cabo a través de los medios de comunicación que promueven imágenes estereotipadas en donde tener un cuerpo delgado otorga cierto status a las personas.

Asimismo, Herrero Aguado (2005) destaca la influencia de la publicidad en el fomento de estos cánones al proporcionar al público mensajes persistentes

de figuras humanas ideales para admirar e imitar porque son presentadas como el ideal o símbolo de éxito en la vida.

“La televisión y las revistas ejercen una especial influencia negativa porque los modelos en estos medios son percibidos como representaciones realistas de las personas actuales, presentado imágenes cuidadosamente manipuladas y artificialmente desarrolladas.” (Rivarola y Penna, 2006, p. 70).

Siguiendo esta misma idea, Ruiz (2004) advierte que a medida que la publicidad y la televisión muestran modelos de cuerpos catódicos e imágenes flacas en grado superlativo, penetra la ideología de la delgadez como ideal mientras se pierde el pensamiento crítico. “Un mundo de íconos, de parrillas televisivas clónicas, que unifica, globaliza, las costumbres alimentarias e internacionaliza el culto a la delgadez, los cánones estéticos escuálidos y sus trastornos asociados” (Ruiz, 2004, p. 10).

3.3 Imagen de la mujer presentada en los medios

“Ser mujer y ser joven, esos son los factores de riesgo” (Herrero Aguado, 2005, p. 6). Diversos autores coinciden en que los estereotipos que los medios de comunicación transmiten parecieran ir dirigidos exclusivamente a la mujer y se resumen en que siempre debe estar bella, joven y delgada.

Herrero Aguado (2005) señala que en los estereotipos televisivos, la mujer adopta roles relacionados con la belleza y el hogar, aunque a veces también aparece en espacios reservados tradicionalmente al varón pero en este caso la mujer ha de tener buena presencia, resumida fundamentalmente en un peso bajo. En el caso de las revistas, se exponen determinados modelos y se refuerza la necesidad de un determinado canon de belleza, forma de vestir y actuar ante los demás que corresponden a formas de comportamiento alejados de la realidad.

Según Rivarola y Penna (2006), las mujeres son rechazadas por su medio social si no cumplen con estas condiciones, empezando por su familia y extrapolándose a sus amistades, pareja y medio social.

4. Antecedentes de la investigación

Ríos, Machado, Rísquez y Ortega (1996) realizaron la investigación “Detección de actitudes sugestivas de anorexia nerviosa en estudiantes de 10 a 18 años en el área metropolitana de Caracas” para obtener una aproximación de la presencia de conductas y actitudes características de dicha enfermedad en Venezuela. Los resultados indicaron que 11% de los niños presentaron las características asociadas con el trastorno, diferenciadas significativamente según el género, reportando 18% de conductas características de anorexia y bulimia nerviosa en las niñas y 4% en los varones.

“Anorexia y bulimia nerviosa”, un estudio llevado a cabo por Bello y Di Bella (1996), indicó que 17% de 202 jóvenes estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello manifestó la presencia de indicadores sugestivos de anorexia nerviosa mientras que 6 % de ellas presentaron bulimia nerviosa.

Al comparar dichos resultados con otro estudio realizado 10 años después se observan pocas variaciones. El trabajo “Riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes de 10 a 19 años que asisten a la consulta de adolescentes del hospital pediátrico Dr. Agustín Zubillaga de Barquisimeto 2008”, llevado a cabo por Cabrera (2009), arrojó que 14,7% de los adolescentes de una muestra de 823 jóvenes presentó riesgo de trastornos de conducta alimentaria, siendo el sexo femenino más afectado con 22,2% de individuos en riesgo.

En el estudio “Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal”, Rivarola (2003) analizó una muestra conformada por 59 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 20 años, todas estudiantes de nivel universitario. Dicha investigación reveló que las jóvenes mayoritariamente se caracterizaron por tener malestares con su imagen corporal y estar

influenciadas por la publicidad. Los resultados indicaron que los mensajes socioculturales sobre el modelo de la delgadez guarda una estrecha relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal.

Estas conclusiones concuerdan con los resultados obtenidos por Benzecri y Urrutia (2010) en el proyecto final de carrera “Recuperación de la verdadera belleza entorno a la persona adolescente femenina “, en el cual se llevó a cabo un estudio Focus Group donde fueron evaluadas adolescentes con edades correspondientes entre 15 y 18 años de edad, demostrando que la mayoría de ellas se veían influidas significativamente por los medios de comunicación al momento de concebir la belleza y deseaban imitar dichos patrones.

Además, la investigación apreció que las jóvenes se identificaron con cánones caracterizados por la delgadez, cintura pequeña y alta estatura, resultando de gran relevancia para ellas el tema de las dietas y la gordura.

Por último, “Trastornos de alimentación, factores socioculturales, creencias de control y dietas” llevado a cabo por Lugly y Vivas (2004) comparó variables socioculturales, de control y de autoestima en tres grupos diferentes: mujeres con trastornos alimentarios, mujeres en riesgo de trastornos alimentarios y mujeres de la población en general. El resultado obtenido fue que las mujeres con trastornos alimentarios ejercen menos autocontrol y se ven influenciadas por aspectos socioculturales y sienten que pueden tener control de sus vidas haciendo dietas.

III. Marco metodológico

“El reportaje, desde la selección del tema hasta la redacción, es un proceso que, para cumplir con la finalidad de este género, exige una metodología para cubrir cada uno de estos pasos. Investigar, analizar, procesar y jerarquizar datos e informaciones exige un orden metodológico” (Herrera: 1991, p.55).

Para la realización del cuerpo del reportaje se tomaron en consideración las recomendaciones y técnicas periodísticas ofrecidas por Ronderos, León, Sáez, Grillo y García (2002). Siguiendo esta línea metodológica, y tomando en cuenta otros autores complementarios, se explican a continuación los pasos dados para la planificación, investigación armado y redacción del reportaje.

1. Elección del tema

Ronderos et al. (2002) destaca la importancia de seleccionar correctamente el tema de las historias a desarrollar, ya que no todas son ideas periodísticas. La selección del tema del reportaje responde por consiguiente a las tres características que, según los autores, definen una idea periodística: “Que tenga novedad, que sea interesante y que sea oportuna” (p. 13).

El origen del tema surge, como lo explica Ronderos et al. (2002), de diversas fuentes con las que se tiene contacto directo, como conversaciones informales con amigos o personas que se encuentran en la calle y, por otro lado, de experiencias personales y observación directa de la presencia de inquietudes, estereotipo y desórdenes alimenticios en el entorno social.

2. Planeamiento de la historia

Ronderos et al.(2002) destaca que, aunque cada historia tiene sus aristas, es clave indagar la novedad del acontecimiento, sus raíces en el pasado; si es

excepcional o generalizado y sus manifestaciones, así como determinar si es un hecho local o una tendencia mundial y si hay razones políticas, económicas, sociales y psicológicas detrás del suceso.

De estas aristas se derivan los puntos clave para la investigación de la historia: en primer lugar, mediante la recopilación de antecedentes e información previa relacionada con el tema de investigación, como investigaciones privadas y universitarias acerca de trastornos alimenticios y estereotipos.

Posteriormente, se investigaron detenidamente cifras de incidencia y mortalidad de anorexia y bulimia en países desarrollados y países latinoamericanos para determinar la tendencia de los trastornos en cuestión a nivel mundial y regional. Ante la falta de cifras e información oficial en Venezuela se corroboró la importancia de la investigación ya que, como lo afirma Ronderos et al. (2002): “Es igualmente importante considerar las consecuencias hacia el futuro, a quién beneficia y a quién perjudica y qué podría pasar si se desarrolla sin que nadie intervenga” (p.30).

3. Selección de fuentes

Luego de la planificación de la historia Ronderos et al. (2002) sugiere la inmediata búsqueda y selección de fuentes con las que se va a hablar. “Es importante decidir desde el principio dónde se va a ubicar el periodista para contar los hechos o ilustrar el tema, pues es una decisión que determinará la selección de las fuentes” (p. 30).

Para ello también entra el juego el ángulo que se le quiera dar a la historia. En este caso se optó por presentar la investigación desde lo que el autor define como el “ángulo personal de la historia” (p. 17) ya que, siguiendo sus ideas, la cercanía de los hechos hace la diferencia entre una historia buena y una memorable.

3.1 Protagonistas

Ronderos et al. (2002) recomienda dejar a las personas más cercanas a las historias quienes la cuenten y sean el corazón de la misma para que den vida a las cifras, estudios y citas de los expertos consultados, de forma que despierte el interés de los lectores. “En el fondo a la gente sólo le importa lo que le pasa a la otra gente” (p. 42).

Según Ronderos et al. (2002) encontrar a estas personas complicado y no existe un solo método para hacerlo: se puede recurrir a contactos de los expertos o acudir al lugar de los hechos y hablar con las personas, entre otras formas.

Mediante la información y contacto de los expertos consultados para la realización del reportaje, se dio con la fuente más apropiada que tuviera papel protagónico en la historia, en este caso Laila, quien sufre de un trastorno de conducta alimentaria. También se decidió incluir el testimonio de su madre, Selina, para ofrecer la visión correspondiente a los familiares de pacientes con estos.

Sus identidades fueron cambiadas por solicitud explícita de los entrevistados para proteger su privacidad, lo cual va en concordancia con el Código de Ética del Periodista Venezolano (1988), capítulo III, artículo 18: “El periodista, a quien la fuente haya pedido guardar en secreto su identidad, no deberá revelarla en ningún caso y respetará la decisión de la fuente a cualquier tipo de presión.”

3.2 Expertos

Otra fuente necesaria e imprescindible para la investigación es el especialista o experto. Ronderos et al. (2002) los define como personas que llevan años estudiando el tema por lo que pueden darle profundidad mayor a la historia.

Entre los expertos seleccionados como fuentes de la investigación, y posteriormente entrevistados y citados en el cuerpo del reportaje final para respaldar la historia de la protagonista, se encuentran:

- Licenciada Carla Márquez:

Psicóloga. Universidad Católica Andrés Bello.

Postgrado en Avances en Psicopatología Clínica. Universidad de Barcelona, España.

Especialización en Trastornos de Alimentación. Instituto Superior de Estudios Psicológicos. Barcelona, España.

- Licenciada Beatriz Verdj:

Nutricionista. Universidad Central de Venezuela.

Especialista en nutrición clínica y trastornos de la conducta alimentaria.

Maestría de Psicología Universidad Simón Bolívar.

Coordinadora de la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del Centro Médico de Caracas.

- Andreína Ramírez:

Vocera y miembro de la Fundación Ayúdate

4 Investigación de la historia

Ronderos et al. (2002) resaltan la importancia de la correcta investigación de la historia a trabajar para evitar que sean efímeras o carezcan de sustancia debido a la falta de información. Siguiendo dichas ideas y pasos ofrecidos por Ronderos et al. (2002), se procedió a la investigación de todas las aristas con conforman la historia de la siguiente forma:

- Indagación de cifras de mortalidad e incidencia de anorexia y bulimia a nivel mundial, regional y local para delimitar el problema e inferir en tendencias.

- Investigación en Internet en páginas institucionales referentes a trastornos de la conducta alimentaria, así como páginas pro anorexia y bulimia conocidas comúnmente como páginas “Ana y Mía”.
- Búsqueda de la acción psicológica en emociones de los entrevistados y la consecuente construcción de escenas para dar realidad y dramatismo a la historia.

5 Armado de la historia

En disciplinas como el periodismo, según Herrera (1991) se busca comunicación con el lector, por lo que es necesario una forma y estructura que permitan la mejor captación y comprensión del mensaje.

Siguiendo las indicaciones de Ronderos et al. (2002), para el eficaz armado de la historia periodística se ordenó el material obtenido tanto de entrevistas como en investigaciones documentales y se realizó un esquema básico con las ideas centrales de la misma, las cuales fueron respaldadas con citas, anécdota y escenas. Finalmente se hizo un esqueleto de la estructura narrativa de la nota.

5.1 Esquema Básico

El esquema seleccionado para el orden analítico de las ideas centrales del reportaje fue el ofrecido por Ronderos et al. (2002) como *Esquema de Bloques Temáticos* debido a que como lo indican los autores, la complejidad y múltiples aristas hace que sea necesaria la agrupación de diferentes subtemas. En este caso la idea fue conjugar la experiencia personal de la protagonista de la historia con los conocimientos y experiencia científicas de los especialistas.

Este esquema coincide con la recomendación ofrecida por Grijelmo (1997) para reportajes largos en los que se pueden concebir grupos de párrafos que funcionen como pequeños capítulos conectados entre sí.

A continuación el boceto de la historia “El peso de ser delgada” que se agrupó en los siguientes bloques:

- Bloque 1: Introducción del protagonista y problema de Trastornos de la Conducta Alimentaria, específicamente anorexia y bulimia
- Bloque 2: Orígenes y causas de la anorexia y bulimia.
- Bloque 3: Identificación de las características y conductas asociadas a la anorexia y bulimia.
- Bloque 4: Problema de la información
- Bloque 5: Consecuencias
- Bloque 6: Prevención
- Bloque 7: Tratamiento y apoyo familiar

5.2 Respaldo del esquema básico

Según Ronderos et al. (2002), una vez estructurado el esquema básico se debe revisar el material que se consiguió en la reportería para saber cuáles citas, anécdotas o datos respaldan los puntos del cuerpo del reportaje: “Variar los soportes le da agilidad, color y credibilidad al texto”, (p.74). A continuación el respaldo del esquema básico del reportaje:

Idea	Sustento
- Introducción del protagonista y problema de Trastornos de la Conducta Alimentaria, específicamente anorexia y bulimia	- Anécdota de la noche con pensamientos suicidas de Laila - Cifras de anorexia y bulimia.
- Orígenes y causas de la anorexia y bulimia.	- Cita Ambrose Bierce - Cifras del Instituto de Salud Español y Fundación para el

	<p>Tratamiento de la Bulimia y la Anorexia de México.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista con la nutricionista Beatriz Verdi - Entrevista con la psicóloga Carla Márquez - Testimonio de Laila. - Anécdota de la profesora. - Testimonio de Selina, mamá de Laila
<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de las características y conductas asociadas a la anorexia y bulimia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Testimonios de Laila - Entrevistas con la nutricionista Beatriz Verdi - Entrevista con la psicóloga Carla Márquez. - Testimonio de Selina, mamá de Laila
<ul style="list-style-type: none"> - Problema de la información 	<ul style="list-style-type: none"> - Página “Ana y Mía” - Testimonio Laila/Video de Pink - Entrevista con la psicóloga Carla Márquez
<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias y daños 	<ul style="list-style-type: none"> - Testimonio de Selina, “filo de la navaja”. - Testimonio de Laila. - Entrevista con la nutricionista Beatriz Verdi. - Testimonio de Selina, madre de Laila
<ul style="list-style-type: none"> - Prevención y atención 	<ul style="list-style-type: none"> - Testimonio de Selina, madre de Laila

	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista a Andreina Ramírez, vocera de la Fundación Ayudate.
<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento y apoyo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Testimonios de Laila - Entrevistas con la nutricionista Beatriz Verdi - Entrevista con la psicóloga Carla Márquez. - Testimonio de Selina, mamá de Laila

6 Elementos de la historia

6.1 Lead anecdótico

Según Grijelmo (1997), los reportajes adquieren mayor interés desde el principio si tienen un arranque humano concreto. Por su parte, Ronderos et al. (2002), indica que el lead debe tener tres características principales: ser relevante, tener suspenso y ser impactante para que despierte la curiosidad del lector.

Por esta razón, se decide empezar la historia con un lead anecdótico que describa el momento de más suspenso en la historia de la protagonista: la noche en que pensó suicidarse. La idea fue enganchar al lector con la historia de la protagonista para que prosiguiera a leer las siguientes páginas y entender por qué consideró atentar contra su vida.

Aunque no se estuvo presente como testigo en el momento descrito, mediante el testimonio de la protagonista se llevó a la construcción detallada de la escena para comunicar de manera casi precisa el acontecimiento.

6.2 Cierre

Ronderos et al. (2002) destaca la importancia del cierre de la historia que, además de ser relevante y concluyente, debe concentrar energía que estremezca al lector y otorgue una satisfacción emocional: “Es la última oportunidad que tiene el periodista para provocar emociones apropiadas en el lector y para inspirar una reflexión profunda” (p. 111)

Siguiendo estas ideas, se decidió orientar el final hacia una escena emotiva ocurrida al final de la entrevista a la madre de la protagonista, en donde la entrevistada y su hija rompen a llorar. La intención fue destacar la importancia de los lazos familiares para enfrentar exitosamente problemas como la bulimia y la anorexia.

6.2 Título

La selección del título fue resultado de un juego de palabras que reflejaran la problemática tratada que a su vez reflejara de manera clara y sencilla el tema a abordar. Entre los posibles títulos evaluados se encontraron:

- La pesada carga de la delgadez
- El peso para dejar de vivir
- Tras el peso de la delgadez
- El peso de ser delgada

El título seleccionado fue “Tras el peso de la delgadez”, ya que de manera sencilla refleja no sólo la temática sino también el ángulo de la historia que busca exponer el verdadero problema de la anorexia y la bulimia.

IV. Reportaje

Nueve de cada diez personas con anorexia y bulimia son mujeres

Tras el peso de la delgadez

Más allá de ser un asunto de kilos e imagen, los trastornos de la conducta alimentaria esconden un complejo problema que causa sufrimiento y dolor a quienes las padecen y sacrifican su vida por lo que marca la balanza

En medio de la oscuridad Laila despertó acosada por sus pensamientos y temores. Aturdida por el escándalo de su cabeza, empezó a llorar desesperada bajo la intimidad de sus sábanas. “Estaba sufriendo y no le veía sentido, final ni solución a lo que me pasaba”, recuerda la joven años más tarde al describir la noche que para ella fue la peor de su vida. Su voz entre cortada narra con detalle la escena de dolor en la que la desesperación la llevó a tomar una hojilla y contemplar la posibilidad de terminar con su existencia: “La acerqué a mis muñecas pero pensé en mis papás. Ellos no merecían sufrir por mi culpa y no lo superarían. Eso me hizo cambiar de opinión”, comenta con un tono aliviado.

Quien la viera hoy en día quizás no entendería las razones que la llevaron a considerar esa decisión en aquel oscuro momento. A simple vista parece una chica normal y feliz, pero Laila sufre desde hace varios años de un desorden alimenticio que ha llegado a ser protagonista de su vida, al punto de dominarla, aislarla y deprimirla profundamente en más de una oportunidad.

Este es un caso más dentro de las estadísticas mundiales que dicen que aproximadamente 1% de la población global padece de anorexia y bulimia, donde 90% son mujeres. Sin embargo, el problema de la venezolana Laila no se ve reflejado en ninguna cifra oficial, puesto que los trastornos del comportamiento alimentario no son considerados enfermedad de salud pública en el país.

La pesada sociedad

“No hay nada nuevo bajo el sol, pero cuántas cosas viejas hay que no conocemos”, dijo el escritor y periodista Ambrose Bierce y, con seguridad, más de una abuela o madre reflexiva. La importancia de la imagen física de una u otra forma ha estado presente a lo largo de la historia y cada cultura ha desarrollado rituales milenarios y desmesurados para alcanzar la imagen considerada por su sociedad como bella.

Desde los “vomitoriums” romanos hasta los vendajes en los infantiles pies de futuras Geishas para evitar su crecimiento, la belleza ha situado a las mujeres en escenarios cercanos al dolor y exigencias sociales. El culto hoy en día se dirige a la delgadez y son pocas personas que pueden resistirse

Una medición llevada a cabo en el año 2000 por la Asociación Guías de Gran Bretaña reportó que 19% de mujeres entre 11 y 17 años decían llevar una dieta. Igualmente, 88% de las mujeres jóvenes dijeron sentir presión de parte de los medios para "verse perfectas" y 42% sostuvo que su vida sería más fácil si fueran más atractivas.

Durante la última década los casos de anorexia y bulimia han aumentado en relación con años anteriores, hasta el punto de ser consideradas epidemia en Europa y los Estados Unidos al afectar a entre cinco y diez por ciento de la población adolescente.

En países europeos como España, según su Instituto Nacional de Salud, la incidencia de estos trastornos se triplicó en un lapso menor a diez años y, según datos suministrados por la Asociación de Defensa de Trastornos Alimentarios en Extremadura, constituyen la tercera enfermedad más sufrida por los adolescentes, después del asma y la obesidad.

Por su parte, la Fundación para el Tratamiento de la Bulimia y la Anorexia de México informa la aparición anual de veinte mil nuevos casos, lo que significa una quintuplicación de su prevalencia y sitúa a dicha nación entre los países de la región con más trastornos alimenticios. Le sigue Colombia, con aproximadamente más de ochocientos mil diagnósticos registrados, donde se estima que 10% de las jóvenes bogotanas sufren de anorexia, según un estudio nacional llevado a cabo en el 2003 por el Ministerio de Protección Social de la nación.

Debido a la falta de cifras oficiales, es difícil determinar si los casos en Venezuela se han incrementado. Sin embargo, la nutricionista clínica especialista en trastornos de la conducta alimentaria y Coordinadora General del Departamento de Nutrición del Centro Médico de Caracas, Beatriz Verdi, asegura que cada vez reciben más pacientes con desordenes alimenticios, en especial aquellas nutricionalmente comprometidas. “Antes hospitalizábamos a una paciente cada cuatro años, ahora hospitalizamos a tres o cuatro en menos de un año”, asegura.

El origen multifactorial de estos trastornos hace que las razones de su incidencia y aumento sea un problema con diversas aristas de discusión sin conclusiones definitivas. La psicóloga especialista en trastornos de la conducta alimentaria, Carla Márquez, destaca que existen factores predisponentes como la susceptibilidad genética hereditaria que hace que algunas personas tengan mayores posibilidades de desarrollar la enfermedad.

Sin embargo, Verdi y Márquez destacan los diversos factores socioculturales como desencadenantes y responsables de la influencia y modelaje que pueden incidir en lo que se aprecia y acepta como bello hoy en día. “Hay un factor publicitario. Mundialmente se le ha dado mucha importancia a la imagen corporal”, afirma la licenciada en nutrición.

Para Márquez, en Venezuela el valor de lo estético es muy importante y el ideal de belleza y delgadez se ve reflejado en las personas que aparecen en

televisión, quienes suelen cumplir con características físicas determinadas. Sumado a esto, también están los factores climáticos que permiten la ligereza de ropa todo el año y la fama de los certámenes de belleza en el país.

“Los adolescentes son muy susceptibles a esto: ven lo que aparecen en los medios de comunicación y crecen pensando que ése es el deber ser y lo común. Al pararse frente al espejo y, ver que no son así, terminan creyendo que los raros son ellos cuando la realidad es que la mayoría somos como no queremos ser”, explica la psicóloga.

Este es el momento determinante para los trastornos de conducta alimenticia: la adolescencia. Si bien la mayoría de las veces se desencadena el desorden durante este periodo, en otras oportunidades simplemente se da a lugar el factor de modelaje predisponente para que la persona sufra de la enfermedad más adelante. “Cuando el cuerpo empieza a cambiar se empieza a comparar y a pensar cómo se quiere ser para luego intentar controlar y cambiar algo que no es modificable”, explica Márquez.

Laila no logra recordar un momento en su vida en el que no pensara que debía ser más delgada. Desde pequeña, relata, se sintió la más rellena entre sus amigas y muchas veces fue blanco de burlas o comentarios crueles. Sin embargo, no fue hasta bachillerato que el tema empezó a preocuparla más y a hacerla pensar que debía cambiar su aspecto, pero eso no le quitaba el sueño ni le impedía ser feliz.

A esa edad ser aceptada por los demás no era un problema para Laila, pero sus pensamientos se orientaban hacia sus inseguridades con la ropa y sus aspiraciones a ser más delgada. “Recuerdo que quería tener el cuerpo y el abdomen de Britney Spears”, dice con ligera pena al identificar su modelo a seguir de aquella época.

Durante toda su adolescencia Laila no desarrolló ningún tipo de conducta anormal con la comida, pero en su mente estaba la semilla o el germen del problema que, sumado a su personalidad controladora y perfeccionista, se desarrollaría años más tarde cuando iniciara sus estudios de Comunicación Social en la universidad, como ella misma lo cuenta.

“Fue como si hubiera salido de mi burbuja. Todo era nuevo para mí y se me hacía difícil volver a hacer amigos porque la gente y el lugar eran nuevos. Me sentía demasiado insegura en todo: en mi manera de vestir y en mi inteligencia. Me llegué a sentir menos que los demás, una más del montón”, relata Laila con el afán de alguien que busca comprensión y no críticas.

Ese cambio hizo que Laila perdiera la seguridad y el control al que estaba acostumbrada durante toda su vida escolar, por lo que se propuso a sí misma destacarse hasta llegar a la exigencia de querer ser perfecta y no aceptar un solo error de su parte. Fue allí cuando empezó a hacer dietas no supervisadas y, con el tiempo, se desató su trastorno alimenticio: una obsesión que hasta el sol de hoy la atormenta.

“Ella se hizo una imagen en su cabeza de cómo debía verse y si no lo ve reflejado en el espejo, sencillamente no se acepta. Es un afán de buscar perfección en todo que se manifestó especialmente en el peso”, asegura la madre de Laila, Selina., quien ha presenciado, vivido y sufrido todos los cambios de su hija desde que inició el trastorno.

A medida que adelgazaba, Laila se sentía más contenta, sobre todo al recibir los comentarios positivos de los demás: “De repente ya no era vista como la rellenita. La gente me decía que estaba bella y yo me sentía más segura. Ahí me decía que no había vuelta atrás y me proponía adelgazar más”, asegura la delgada joven mientras sube las cejas y deja ver con amplitud sus ojos oscuros.

Para Márquez una de las cosas más difíciles de su labor como psicóloga es luchar contra los comentarios de terceros que no están concientes del daño que pueden hacer; bien sean positivos al alabar la extrema delgadez o negativos al criticar el sobrepeso.

Laila todavía recuerda con evidente dolor como, aún estando en bachillerato, una maestra se le acercó momentos antes de salir a actuar en una obra de teatro escolar para decirle que estaba tan gorda que había perdido la cintura y le sugirió en tono burlesco que se hiciera masajes reductores. Cuando Laila comparte la anécdota, aún fresca en su memoria, es notoria su indignación. Esas palabras la marcaron cuando tan sólo tenía quince años.

Márquez destaca que en la medida en que el paciente es mayor, puede complicarse el trastorno porque tienen más libertades y posibilidades para optimizarlo. “Cuando ya no son adolescentes empiezan a ir a la universidad, tienen carro, pueden comprar comida, laxantes y se van informando”, explica la psicóloga.

La vida universitaria, que obligaba a Laila a estar mucho tiempo fuera de casa y le daba independencia de sus padres, no evitó que su mamá pudiera notar el evidente cambio de actitud con respecto a la comida. “Todo empezó a girar entorno a las calorías y el peso. El gimnasio ya no era un pasatiempo, sino una exigencia excesiva: salía y regresaba tres horas más tarde. No había descanso, iba de domingo a domingo. Me empecé a dar cuenta de que había un problema que solucionar”, recuerda Selina.

“Eso hubiera ocurrido a los quince años y mi actitud hubiese sido distinta porque lo hubiese entendido como parte de la adolescencia. Me agarró fuera de base. Me sorprendió de forma negativa, no lo puedo negar”, confiesa la madre con dolor difícil de disimular al hablar del problema que por mucho tiempo ha hecho sufrir a su única hija.

La anorexia y la bulimia son desórdenes comúnmente relacionados con la etapa de pubertad y adolescencia pero la realidad es que, aunque son más comunes en este periodo, pueden manifestarse a cualquier edad. Así lo afirma Márquez, quien incluso ha atendido a personas de la tercera edad quienes han acarreado su trastorno y sufrimiento durante años en silencio, haciéndolo una costumbre más de su vida.

Enemiga en el espejo

“Nunca he dejado de comer por completo, pero si he hecho dietas muy estrictas por meses, he hecho demasiado ejercicio y he bajado mucho de peso, al punto de que se me convirtió en una obsesión”, confiesa con aparente sinceridad la delgada joven ahora que, según ella, está mejor. En el pasado llegó a limitar tanto su alimentación que incluso evitó hasta comer frutas porque sentía que la engordaban.

Entre los muchos desórdenes de la conducta alimentaria existentes, la anorexia y la bulimia suelen ser los más conocidos, por no decir comunes. La psicóloga Carla Márquez define estas enfermedades como trastornos alimenticios y también mentales con consecuencias graves para las personas que las sufren. En ambos casos, según la especialista, las características más resaltantes son el miedo intenso a engordar y la disfunción de la imagen corporal que las lleva a verse gordas aunque estén delgadas.

La psicóloga explica que uno de los factores diferenciales determinantes es el peso: la persona con anorexia restringe la alimentación al punto de bajar hasta 30% o menos de la masa corporal esperada para su estatura y suele sufrir de amenorrea o falta de menstruación, mientras que en la bulimia lo determinante es la presencia de ingestas compulsivas, conocidas como “atracones”, y posteriores conductas compensatorias inadecuadas como el vómito autoinducido, uso de laxantes, ejercicios rigurosos y ayunos prolongados.

Por su parte, la nutricionista Beatriz Verdi asevera que las pacientes anoréxicas pueden encontrarse por debajo de su peso mínimo o en su rango de peso esperado pero hacia los límites inferiores, mientras que aquellas que sufren de bulimia tienden a tener sobrepeso o estar en sus límites superiores debido a las altas ingestas calóricas llevadas a cabo durante los “atracones”, en las que pueden llegar a consumir hasta diez mil calorías en un tiempo de dos horas.

Las preferencias alimenticias de Laila concuerdan con las indicadas por la nutricionista como las típicas de una paciente con anorexia: no come carbohidratos de ningún tipo y siente aversión por ellos. Tampoco consume grasas ni azúcares y, desde hace mucho tiempo, los lácteos en su dieta son mínimos. Procura no cenar y prefiere las proteínas y los vegetales. Mientras hace un recuento de la larga lista de alimentos que no come, remueve un café negro carente de leche, azúcar o cualquier cosa que le aporte alguna caloría a la bebida.

Las personalidades características de las pacientes de anorexia y bulimia parecen estar contrariamente marcadas. Verdi asegura que pequeños detalles pueden delatar en una consulta el tipo de trastorno que tiene la paciente antes de que la misma le confiese sus hábitos alimenticios. Laila no escapa de estos caracteres, no es la excepción.

Según Verdi y Márquez, la palabra “control” es la clave para esbozar la personalidad de las pacientes con anorexia, quienes desarrollan conductas obsesivas hacia los alimentos en su afán de dominarlos: leen las etiquetas de los productos alimenticios, suman calorías, pesan la comida e incluso les gusta cocinar para otras personas pero nunca para ellas mismas. “Aguantar el hambre les da placer, les da la sensación de que están perdiendo peso y de tener el control, pero en realidad es la enfermedad que las controla a ellas”, comenta Verdi.

Por su parte, las pacientes con bulimia tienden a personalidades impulsivas, desordenadas y descontroladas. Muchos casos, según Márquez, pueden incluso estar relacionados con comportamientos asociados a

promiscuidad, abuso de drogas y relaciones sentimentales conflictivas que no sirven de ayuda ni apoyo.

“Las personas con anorexia son exigentes y perfeccionistas, son las primeras de su clase o de su trabajo, son personas intelectualmente brillantes. Son de las que doblan la bata perfectamente después de la consulta y tienen modales impecables en la mesa”, cuenta Verdi con la seguridad que le otorga su experiencia.

Laila encaja en el perfil de esta enfermedad: su delgadez es notoria a pesar de no ser extrema y aún así la joven se esmera por cubrir con varias capas de ropa su cuerpo de cincuenta kilos como si buscara esconder el peso, que según ella, tiene de más. Se sienta erguida con las piernas cruzadas y cuidadosamente dobla la servilleta con la que limpió sus labios para seguir contando su historia.

Durante su primer año de estudios universitarios en que limitó su alimentación y empezó a realizar arduos ejercicios diarios, comenzó por dejar de consumir grasas y golosinas, después limitó los carbohidratos y al pasar el tiempo los había eliminado por completo de su dieta. Las medidas funcionaron y perdía peso, pero la joven no se conformaba. Quería adelgazar cada vez más, por lo que siguió restringiendo su dieta y aumentando la actividad física, al punto en que era lo único que hacía y en lo único que pensaba.

Con el tiempo, cuenta ella misma, comenzaron a aparecer los “atracones” debido a la ansiedad acumulada. “Era como si no pudiera controlarme, como si perdiera la razón. No podía parar”, narra mientras lleva sus manos a la frente como muestra de vergüenza, ocasionando el tambalear inestable de unos anillos que a duras penas se sujetan sobre sus largos y finos dedos.

La anorexia y la bulimia pareciesen ser caras contrarias de una misma moneda con una línea divisoria tan tenue que quienes la sufren pasan de un extremo a otro constantemente, muchas veces sin darse cuenta. Por esta razón

Laila no responde con exactitud cuando se le pregunta de cuál trastorno sufre: ha ido y venido tantas veces de la anorexia a la bulimia, y viceversa, que sus síntomas se han combinado y mezclado a lo largo de los años hasta el punto en que autodefinirse como una cosa o la otra le resulta ya imposible.

Sabe que es anoréxica, pero el hecho de padecer “atracones” con frecuencia y no estar al límite de la delgadez la hace dudar y creer que también puede sufrir de bulimia. “Las primeras veces vomité, pero era tan difícil que no lo hice más. Yo trataba y la cantidad de vómito era poca en comparación con lo que yo esperaba. Eso no es algo que se le da a todo el mundo. Yo ahorita lo pienso y gracias a Dios a mi no se me daba vomitar con facilidad, hubiera empeorado mucho mi situación”, reflexiona.

Lamentablemente, sus conductas compensatorias se orientaron a otras alternativas como los laxantes y los ejercicios rigurosos. En el punto más álgido de su trastorno llegó a realizar, durante casi un mes, tres horas de ejercicios cardiovasculares diariamente mientras su única comida eran tres claras de huevo por la mañana.

La experiencia, sumada a su perspicaz intuición materna, ha dado a Selina conocimientos infalibles acerca de los comportamientos característicos de su hija. “Uno aprende a reconocer el terreno que está pisando: día a día yo sé la etapa que está viviendo por la forma como se sirve la comida, por su manera de caminar y por como me habla o me responde”, asegura como manifestación de ese sexto sentido que hace que una madre pocas veces se equivoque cuando se trata de sus hijos.

Ambas especialistas, Márquez y Verdi, afirman que suele ser muy común empezar con un trastorno y con el paso del tiempo desarrollar el otro. “Pueden unirse las dos enfermedades, estar saltando de una a otra: determinado tiempo con anorexia y posteriormente pasar bulimia y luego volver a la anorexia”, comenta Verdi.

La nutricionista añade a esta complicación la inexactitud de los criterios diagnósticos manejados desde hace años, ya que separan los dos desórdenes y excluyen muchos de los casos a una categoría ambigua considerada como “trastornos no específicos” por no presentar todos los síntomas o, como en el caso de Laila, mostrar conductas de ambos trastornos. Esto, según Verdi, retarda el diagnóstico y complica el tratamiento.

Sin embargo, el punto de unión entre ambos desórdenes es la imagen corporal, el peso y el miedo a engordar. El lugar de encuentro entre la anoréxica y la bulímica es el espejo: ambas se ven constantemente en él y se suben a la balanza para vigilar que su miedo más grande no se haga realidad. “Pasaba horas viéndome en el espejo: tenía momentos de satisfacción, pero no siempre era así. Había otros momentos en los que lo único que hacía era verme los cauchos o la celulitis y pensaba que tenía que hacer demasiada dieta”, admite Laila.

El nocivo velo del conocimiento

“Porque la comida es como el arte, existe sólo para mirarla”, es la frase de inicio en una página web pro anorexia y bulimia. Esa declamación es tan sólo el saludo en la entrada, como el felpudo en la puerta que, en lugar de decir “Bienvenido”, invita a sus visitantes a dejar de comer. Una recepción poco hogareña, pero para muchas es tentadora.

Adentro todo empeora. Las auto-definidas como “princesas” comparten consejos, hacen competencias, consultan dudas y se dan apoyo para no comer. Hablan de ser Ana y de ser Mía como si se tratara de una religión; como si la anorexia y la bulimia no fueran trastornos de la conducta, sino espectaculares deidades que las inspiran cada día.

Los portales están ambientados con tonos rosados, figuras de hadas y coronas mientras informan de trucos para matar el hambre, de listas de

medicamentos para quemar grasas y adelgazar e incluso tienen sus propios decálogos, en los que comer es el pecado capital.

La cantidad de portales “Ana y Mia” se multiplican infinitamente. Hay cientos tan sólo en español. Miles en otros idiomas como inglés, portugués o francés. Tan sólo la Brigada de Investigación Tecnológica (BIT) de la Policía Nacional de España, reportó haber identificado ciento cincuenta webs de este tipo. Todas tienen en común el estar cargadas de información para ilustrar la forma más eficaz de lograr con relativo éxito ser princesa de un reino tenebroso y oscuro.

El auge de las redes sociales no parece librarse de la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria. Según un estudio llevado a cabo en la universidad de Haifa en Israel y reseñado por el sitio de noticias Código Venezuela, las jóvenes que invierten más tiempo utilizando redes sociales como Facebook tienen mayores probabilidades de sentirse inconformes con su imagen y, consecuentemente, desarrollar algún desorden de la alimentación.

Esta conclusión pareciese concordar con peticiones realizadas por la Agencia de Calidad de Internet (IQUA) a diversas redes sociales como Facebook y Twitter en el año 2011, para que fuesen retirados contenidos nocivos con mensajes e imágenes que fomentaran la anorexia y la bulimia. En marzo de ese año, Facebook aceptó la petición para mejorar la calidad de su red mientras que, en septiembre, Twitter se negó a hacerlo por considerarlo una violación a la libertad de expresión.

Para la psicóloga Carla Márquez un factor que incide negativamente en la aparición de anorexia y bulimia en la actualidad es el libre acceso a la información mediante distintos medios, como Internet. “El exceso de información puede ser desfavorable en este caso ya que puede darle demasiadas ideas a personas que están buscando optimizar su desorden”, alerta la especialista.

Luego de ser víctima de la ansiedad y cometer sus primeros “atracones”, Laila inmediatamente buscó el alivio de lo que había hecho a través del vómito, pero no era tan fácil como hubiera deseado en ese momento. Luego de ver un video de la cantante Pink, en el que parodiaban a una mujer bulímica, Laila intentó poner en práctica la técnica mostrada: “En la escena la mujer vomitaba metiéndose el mango del cepillo de dientes en la garganta, yo lo intenté pero simplemente no pude”, describe.

Las personas con trastornos alimenticios, según lo que explica Márquez, suelen tener también todos los conocimientos relacionados con los alimentos e incluso más de lo que deberían. Por esto al momento de asistir a una consulta con un nutricionista, muchas veces con la intención de optimizar su desorden, se muestran desinteresados por lo que el especialista pueda decirles y no siguen sus indicaciones.

Sumado a esto, continúa explicando la psicóloga, la constante difusión de dietas extremas en medios de comunicación como revistas femeninas prometen resultados milagrosos en tiempo record y son estímulo para que muchas jóvenes limiten su alimentación y caigan en excesos.

Este tipo de dietas pueden dar resultados al principio, según lo explica Márquez, pero posteriormente el metabolismo se va a estancar y descontrolar, asimilando todo e incluso desatando “atracones”. Un círculo vicioso muy común en trastornos de la conducta alimentaria.

Enjaulada por una obsesión

“Es como caminar en el filo de la navaja y en cualquier momento viene la depresión, el desajuste y la crisis”, reflexiona con cuidado Selina mientras busca en lo más profundo de su ser las palabras correctas que expresen lo que representa para ella el haber enfrentado durante los últimos años el desorden alimenticio de su hija.

Casi sin saberlo, la madre de Laila logra describir acertadamente la inestabilidad y el daño que dejan a su paso la bulimia y la anorexia en todos los aspectos la vida de la persona que las sufre y también de sus familiares. La psicóloga Carla Márquez asevera que estos trastornos afectan profundamente a los pacientes física, cognitiva, psicológica y emocionalmente de diversas maneras.

En el caso de la anorexia, la licenciada Beatriz Verdi destaca la amenorrea y la osteoporosis entre las consecuencias nutricionales más relevantes. “Al perder la menstruación no hay formación de estrógeno que permita la fijación de calcio y, además, esto conlleva a problemas de fertilidad”, advierte la dietista.

Por su parte, Márquez señala que las pacientes bulímicas pueden presentar problemas de piel y estómago, ruptura del esófago, deterioro de la dentadura, rompimiento de cuerdas vocales, inflamación de las glándulas parótidas y despellejamiento de nudillos a causa de la constante inducción del vómito. En ambos casos, según lo explican las especialistas, es común que existan desbalances electrolíticos que deparen en desmayos.

Un domingo por la tarde, después de cumplir con su excesiva rutina de ejercicios, el cuerpo de Laila intentó cobrar los abusos que la joven cometía en su contra. Mientras tomaba una ducha en el baño del gimnasio, comenzó a temblar: “Me empecé a sentir mareada. La vista se me nubló. Fue horrible”, relata la afectada mientras describe cómo el agua de la regadera corría por su nuca mientras ella se encontraba agachada en el piso sin que nadie pudiera auxiliarla.

A pesar de los intensos entrenamientos físicos y la escasa alimentación que conformaban la rutina de Laila, nunca más presentó este tipo de desvanecimiento. Márquez explica que la hiperactividad cerebral es, paradójicamente, consecuencia del trastorno y hace que las personas se aceleren y tengan más energía, lo que les permite la realización de ejercicio intenso.

El cuerpo de Laila aparentaba soportar y su obsesión era más fuerte que el susto de un desmayo. Sin embargo, poco a poco su periodo se fue tornando irregular. Empezó por no llegar un par de meses y luego, simplemente, no volvió a menstruar. Era una la señal de alarma de que las cosas no estaban bien, pero Laila hizo caso omiso y no dijo nada.

El daño más severo se iba generando día a día en su interior: al priorizar y obsesionarse con el tema del peso, Laila comenzó a limitarse y a renunciar a muchas cosas a cambio de lograr su cometido. Dejaba de salir con sus amigos y rechazaba invitaciones a fiestas para evitar tener que enfrentarse a la tentación de comer. Todo estaba condicionado por el peso, la comida y el ejercicio.

Las pocas veces que salía, Laila recibía comentarios negativos acerca de su nueva imagen de delgadez extrema que hirieron sus sentimientos y la llevaron a evitar a quienes emitían críticas, muchas sin tacto ni disimulo. “Si eso era lo que decían porque estaba flaca, no quiero llegar a imaginar lo que dirían si engordara de nuevo”, comenta la chica, quien luego de eso temía mucho más a la posibilidad de sumar unos kilos a su cuerpo.

Tantas restricciones, miedos y las constantes exigencias hacia sí misma hicieron que Laila comenzara a sufrir de ansiedad, lo que desencadenaba “atracones” que la envolvían en un círculo vicioso en el que sus estrictas rutinas y estructuras se rompían: al comer desmedidamente, se obligaba a incrementar sus ejercicios, laxarse y limitar más su alimentación, proceso que la hacía sentir más ansiedad y la llevaba a cometer nuevamente el “atacón”.

Verdi explica que cuando se restringe la alimentación el cuerpo fisiológicamente va a pedir carbohidratos, principal nutriente del sistema nervioso: “Puede soportarse por unos días pero llega un momento en que no aguanta más. El cuerpo es sabio y va a pedir los alimentos que le lleven rápidamente nutrientes al sistema: carbohidratos, chocolates, tortas”, ilustra. Esto, sumado al mal manejo de emociones, desencadena los llamados “atracones”.

Por su parte, Márquez explica que cuando hay mal nutrición se activan mecanismos neurotransmisores que conllevan a síntomas conductuales como la irritabilidad, aislamiento, mal humor y mucha depresión.

Laila perdía el control al que estaba acostumbrada y no hallaba la forma de retomarlo. Empezó a agobiarse y a deprimirse profundamente. “Me sentía infeliz, sola, aislada y frustrada. Estaba harta de todo y no estaba conforme conmigo misma. No tenía ganas de que la gente me viera porque me sentía gorda”, relata la afectada.

Su madre asegura que cuando Laila no ve reflejado en el espejo la imagen que desea, es capaz de esconderse y evitar que la vean. Así ocurrió en aquella oportunidad y en muchas otras cuando, sumida en una profunda depresión, aumentó su aislamiento. “No salía sino al gimnasio, no hablaba con nadie, evadía a todo el mundo”, recuerda Laila.

Esa primera depresión fue una señal de alarma en casa de Laila. Su mamá se comenzaba a dar cuenta de la gravedad del problema, por lo que la llevó a un nutricionista con la intención de que la ayudara a reestructurar sus hábitos alimenticios. Fue la primera vez que alguien les dijo que Laila sufría de un desorden alimenticio y, de inmediato, fue remitida a una psiquiatra.

Madre e hija coinciden en haber estado en shock y negación al escuchar el diagnóstico de la psiquiatra quien, según Laila, de manera drástica amenazó con hospitalizarla, le recetó antidepresivos y le aconsejó que dejara sus estudios para tratar su trastorno. “Me pareció que todo era una exageración y a mi mamá también le pareció muy drástico. Yo le dije que iba a salir adelante sin tener que dejar la universidad”, continúa contando Laila y reconoce que lo único que aceptó fue a tomar los antidepresivos recetados por la psiquiatra.

Esa vez, por lo menos temporalmente, logró salir adelante. Los antidepresivos la hacían estar eufórica, pero sus hábitos alimenticios no habían

cambiado. “Estaba bien, pero nunca he estado tranquila”, expresa. Durante un tiempo, su relativo bienestar estuvo garantizado por la seguridad que le otorgaban la disciplina y el control de su alimentación. Una sensación que justo al año se acabaría y la sumiría nuevamente en depresión. Para ella, la peor de todas.

Igual que el año anterior, Laila se había aislado y comenzado a deprimir. Esta vez los “atracones” se presentaron con mayor dimensión y frecuencia. “Era como si no pudiera controlarme: unos días comía de una forma desquiciada y hasta asquerosa. Luego hacía dieta y ejercicio extremo pero no tenía la misma fuerza de antes”, narra. De nuevo estaba en el círculo vicioso que tanto daño le hacía.

Después de varios intentos sufridos para retomar el control, Laila se deprimió tanto que renunció a todo. Esa época fue para ella y su familia una de las peores de toda sus vidas. Irónicamente, el miedo a engordar y la frustración profundizaron la depresión y los “atracones” de Laila, a quien se le acababan las ganas de salir adelante.

Poco a poco el asunto se tornó aún más grave con la aparición de ataques de pánico, crisis de llanto incontrolable y comportamientos agresivos. Según su relato, la ira tomaba muchas veces su cuerpo y la llevaba a romper cosas y gritar. En más de una ocasión se desencadenaron disputas terribles con sus padres. “Comenzaron a presentarse situaciones conflictivas. Horas de depresión y altibajos. Iba de un extremo a otro: de una gran depresión a tornarse violenta”, cuenta su mamá con aflicción al recordar esos terribles momentos.

La dinámica familiar se vio profundamente afectada, según cuenta Selina, y se sentía en el ambiente familiar donde empezaba a predominar la tensión y el miedo de hablar por la posibilidad de desencadenar una pelea. Laila no era la única que sufría con lo que le estaba pasando, sus padres también lo hacían: estaban desesperados al ver como su niña se desvanecía en una depresión que para ellos era difícil de manejar.

“Al principio un desorden alimenticio no lo ves como un problema, sino como un capricho pasajero o una bobería y te das cuenta de la gravedad del asunto después de que trajo dificultades a tu casa y a tu familia. Cuando empezó a quitarte el sueño y a hacerte llorar”, expresa emotiva la madre de Laila mientras las lágrimas, que tanto se ha esmerado en contener, corren por su rostro y su voz se vuelve un sonido de lamentos que estruja su corazón.

El problema de los trastornos de la conducta alimentaria es mucho más profundo que un asunto de imagen reflejado en el espejo o pesado en kilos. “Es un calvario que se lleva por dentro. Es una lucha contigo misma, te amas pero te odias. Llegas a odiarte tanto que se te quitan las ganas de vivir”, confiesa Laila desde lo más profundo de su ser mientras aprieta su puño contra el pecho, no como gesto agresivo sino como una muestra del suplicio que aún lleva por dentro.

Ese sentimiento llevó a Laila a pensar en la posibilidad de atentar contra su vida. La muerte es la más grave consecuencia de la anorexia y la bulimia por arritmias, paros cardíacos, inanición y muchas veces por ideas suicidas que son consecuencia de la depresión característica de los desórdenes.

Según el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, la mortalidad de de anorexia y bulimia corresponde a 10% de los casos, de los que aproximadamente un tercio de los pacientes desarrollan depresiones clínicas que los llevan al suicidio.

Por fortuna Laila desistió de esa idea, pero las secuelas quedaron en ella para siempre. Especialmente en su personalidad: la niña color de rosa y alegre pasó a ser, como lo indica su madre, una persona con muchas amarguras. Ella misma se describe en la actualidad como una persona depresiva, irritable y poco tolerante: “Me ahogo en un vaso de agua”, afirma con su aguda pero suave voz, cargada de cierto arrepentimiento mientras rememora todas las cosas que sacrificó por hacerse esclava de su peso.

Ayúdate, que allí te ayudaran

En los momentos más críticos la desesperación se apoderó de la familia de Laila. Sus padres no sabían cómo manejar la depresión y crisis de su hija, estaban desconcertados ante la magnitud del problema que poco a poco les había arrebatado su tranquilidad.

“Ha sido muy duro porque el sufrimiento de ella es mi sufrimiento. A veces me desvelo pensando en que ella tiene que superar esto porque si no va a sufrir por el resto de su vida y va a fracasar en sus relaciones”, reconoce Selina con preocupación hacia el futuro de Laila. A pesar de su apoyo incondicional, está conciente de que los problemas de su hija ameritan ayuda profesional y ella, como madre, no está capacitada para dárselos.

Según la especialista en psicología, Carla Márquez, los familiares no tienen los conocimientos para manejar correctamente el problema, lo que puede llegar a degradar la relación aunque la disposición que tengan sea la de ayudar. “Yo tenía que guardar la calma y rogarle a Dios que recuperara la normalidad y entrara en razón”, cuenta Selina pero admite que aunque la fe la ayudó a soportar el trance, no era suficiente para solucionarlo.

Los padres de Laila urgían por recibir una palmada en la espalda que les indicará que todo iba a estar bien y que no estaban solos. Ellos, como Laila, necesitaban que los tomaran de la mano y los guiaran por el camino correcto con cariño, comprensión y sobre todo sin ser juzgados o criticados.

Bajo esa idea nace en el año 2007 la Fundación Ayúdate que, conformada por especialistas de diversas áreas y personas que han sufrido trastornos de la conducta alimentaria, ha ido trabajando poco a poco en el proceso de constituirse y ayudar a quienes sufren estos problemas y sus familiares, para que tengan un lugar al que acudir y sean recibidos con cariño y comprensión.

Su fundadora y vocera, Andreina Ramírez, comenta que el mensaje que quiere llevar la fundación es que detrás de la soledad y desesperación hay un camino de luz y alegría, donde se pueden lograr los sueños. “Vale la pena intentar recuperarse y se logra al ponerle corazón y buscar ayuda”, afirma Ramírez.

La Fundación Ayúdate trabaja también para lograr que el porcentaje de trastornos de alimentación disminuya, por lo que ha diseñado una serie de programas de prevención y atención que atacan diversas áreas.

Ante la falta de cifras e información oficial acerca de la incidencia y mortalidad de la anorexia y bulimia en Venezuela, uno de los proyectos de la fundación ha sido llevar a cabo un proceso de medición por entidades para conocer las cifras de estos trastornos en el país.

Hasta ahora se ha realizado satisfactoriamente en los municipios Baruta y Chacao con 95% de confiabilidad, según lo que explica la vocera, mediante un muestreo por unidades educativas públicas y privadas a alumnos de 4to y 5to año a quienes se les han hecho encuestas detalladas.

Los resultados han evidenciado la necesidad de atender el problema, arrojando en “En Baruta hablamos de incidencia en 14% de las mujeres y 7% de los hombres y en Chacao 11% de la población general”, informa Ramírez y alerta que los trastornos no sólo están afectando a mujeres, sino que cada vez son más los hombres que presentan desórdenes de la conducta alimentaria.

Actualmente se está terminando de medir el municipio Sucre y para el año próximo se realizará conjuntamente la evaluación del municipio Libertador y zonas mirandinas de los Teques y Barlovento. En el 2014 el reto es llevar a cabo la medición a nivel nacional con la colaboración de alumnos de la Universidad Católica Andrés Bello.

“Los porcentajes que estamos manejando son altos y sin desigualdad de clases”, alerta la fundadora de la institución quien cuenta preocupada que han recibido a personas de bajos recursos pidiendo ayuda para sus trastornos del comportamiento alimentario, muchos de ellos con inclinaciones suicidas, que han sido mal atendidos en hospitales.

Es por esto que Ayúdate también esta llevando a cabo una investigación de médicos en distintos sectores para determinar el grado de conocimiento que puedan tener acerca de trastornos de la conducta alimentaria y prepararlos para que brinden mejor atención.

“Muchas personas piden la ayuda pero encuentran gente que no da la talla, sólo las medica y el caso empeora”, alerta Ramírez sin saber que evoca el caso de Laila. Por ello, Ayúdate procura manejar con seriedad la elección de psicólogos que trabajen con la fundación para asegurar que sean personas con sensibilidad y delicadeza para manejar el tema. Si Laila hubiese sido atendida con mayor tacto la primera vez que fue diagnosticada con un trastorno de la conducta alimentaria, quizás su historia sería distinta.

Los programas de prevención de la Fundación Ayúdate han tardado en llevarse a cabo por falta de recursos, ya que no cuentan con ayuda por parte del gobierno nacional que tiene sus intereses en otras áreas y, además, debe atender graves problemas básicos que son prioridad ante los trastornos alimenticios.

“El problema es dejarlo en manos de un estado que no está preparado para que termine siendo un problema mayor”, advierte la representante de la fundación quien denuncia especialmente el poco conocimiento que se tienen en el Ministerio del Poder Popular para la Salud acerca de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por esta razón la fundación apuesta por manejar el tema responsablemente como una institución privada pero abierta a la ayuda de organismos públicos, por

lo menos hasta que haya un estado capaz de atender las necesidades básicas de la sociedad y tenga conciencia del problema. Ramírez indica haber logrado una alianza con la gobernación del estado Miranda: “No necesariamente nos van a dar recursos, sino que nos van a poner a la orden sus psicólogos. Esa es una buena forma de colaborar”, señala.

Asimismo, han preferido optar por la ayuda de empresas privadas para llevar los programas de prevención al público, como es el caso de la marca de cosméticos Cyzone que desde hace unos años ha emprendido la campaña “Quiérete” contra la bulimia y la anorexia y, recientemente, logró la participación de más de seis mil jóvenes latinoamericanos en el “Día de la Autoestima Quiérete” impulsado por esta causa.

Como planes próximos intentan dialogar con aseguradoras para que cubran los gastos que implica el tratamiento de desórdenes alimenticios y, a largo plazo, aspiran poder construir una casa hogar que reciba y atienda a personas con trastornos alimentarios.

La información es pilar fundamental de los programas de prevención de la Fundación Ayúdate: han implementado líneas telefónicas de atención y orientación, así como grupos de ayuda mutua para personas que padecen de trastornos de la conducta alimentaria y sus familiares, con la intención de que interactúen y comprendan mejor su enfermedad.

Para la licenciada en nutrición Beatriz Verdi, es fundamental informar y educar para prevenir la aparición de bulimia y anorexia, por lo que considera importante realizar campañas de información e ir directamente a los colegios y sociedades de padres.

Sin embargo, a pesar de estar de acuerdo con la necesidad de intervenir y prevenir estos problemas, la psicóloga Carla Márquez alerta acerca de la posibilidad de que el exceso de información pueda optimizar e incrementar

desórdenes, por lo que recomienda orientarla principalmente a los padres y maestros.

Conciente de esto, la Fundación Ayúdate ha planificado cuidadosamente su programa de formación y prevención basado en charlas preventivas que se realizarán en unidades educativas y se destinarán a niños de diferentes edades y sus padres.

Según lo explica Ramírez, las charlas han sido diseñadas concientes del impacto que puede tener la información sobre los jóvenes, por lo que se han dividido por edades y áreas: a los más pequeños y sus padres se les llevan nociones básicas de alimentación, mientras que a los más grandes se les dan charlas que abarcan mejora de la autoestima, desarrollo de habilidades sociales y manejo de conflictos familiares, las cuales están orientadas a evitar los factores que pueden desarrollar desórdenes alimenticios.

La vocera explica que la charla del trastorno de comportamiento alimentario se basa esencialmente en dar “*tips*” a los adolescentes para que aprendan a reconocer si están desarrollando un comportamiento atípico frente a la comida y cómo pedir ayuda o, como percatarse de que un amigo lo está sufriendo y ofrecerle apoyo para superarlo.

Ramírez destaca que es importante enforzar la prevención hacia el desarrollo de habilidades sociales ya que considera que, más que un asunto de imagen, la aparición de trastornos de la conducta alimentaria es una consecuencia de las capacidades de relacionarse con los demás. Por esta razón, Ayúdate pretende influir en que los medios de comunicación puedan brindar enseñanzas de habilidades sociales y se abstengan de relacionar únicamente imágenes de delgadez con éxito, popularidad y aceptación.

Por su parte, Verdi y Márquez consideran importante la realización de campañas en prensa y publicidad de impacto. “Es buena idea lo que están

haciendo mucho diseñadores de poner peso mínimo a las modelos para las pasarelas. ¿Cuántas modelos no han muerto?”, alerta Márquez.

Ramírez espera llegar a tener una institución bien formada con una sociedad y medios de comunicación preparados para manejar los trastornos de la conducta alimentaria con la sensibilidad que requiere. “Es saber decir las cosas como hay que decir las: con respeto y sin el abuso de exagerar un comportamiento que puede traer el aumento de la incidencia y no asociarlo con modelos y superficialidad” enfatiza con convicción la iniciadora de esta admirable causa.

Caer y levantarse, una y otra vez

Luego de haberla acercado a sus muñecas, Laila arrojó la hojilla bajo su cama donde permaneció un par de días como recordatorio de lo que había pensado hacer. Eso la hizo tocar fondo y darse cuenta del sufrimiento que causaba a sus padres.

Tenía más de dos meses deprimida, en los que no había salido de su casa y prácticamente no se levantaba de la cama. No sólo sabía que tenía que pedir ayuda, también tenía que dejarse ayudar. Acudió a su mamá para confesarle la espeluznante noche que había vivido y la atroz idea que había pasado por su mente.

Abatida, Selina se dio cuenta de que su mayor temor se hacía realidad: su hija corría peligro. Era momento de actuar y hacer algo al respecto. Quisiera o no, Laila debía ver ayuda profesional antes de que sus pensamientos suicidas volvieran a aparecer como el falso descanso que buscaba ante tantos tormentos que le habían coartado la vida desde hacía ya semanas.

La psicóloga Carla Márquez indica que muchas veces las pacientes que recibe son remitidas por médicos: “Suelen llegar al odontólogo o endocrinólogo por el tema de las hormonas y esos especialistas deben estar entrenados para

reconocer los trastornos y remitirlas a un psicólogo o psiquiatra inmediatamente”, detalla.

Así fue en el caso de Laila. Su madre también se había percatado de la ausencia de menstruación de la joven, por lo que decidió hacerle cita con el ginecólogo, con la esperanza de que sus depresiones se debieran a algún desajuste hormonal. Pero no fue así.

El médico de inmediato se dio cuenta de la situación y remitió a Laila a una psicóloga que la ayudara con lo que estaba atravesando. A pesar de haber ido a las consultas obligada por su mamá, Laila reconoce le a la psicóloga su dedicación y admite que gracias a ella salió de su más profunda depresión: “Estaba en buenas manos, fue paciente conmigo y hasta me hizo consultas en mis casa porque yo estaba negada a salir”, agrega.

Márquez comenta que una de las primeras cosas que debe hacer en consulta es enganchar al paciente exponiéndole los aspectos negativos del trastorno para que regresen y le den continuidad al tratamiento. “A ellos no les encanta sentirse así: deprimidos, aislados sin querer salir de su casa. Esa parte hay que destacárselas desde la primera consulta para que vuelvan”, añade.

Posteriormente, continúa explicando la psicóloga, es fundamental hacer una historia médica detallada para saber si hay atracones, la frecuencia de los mismos, los factores precipitantes del desorden y determinar si hay interacción con otros trastornos mentales. Una vez que se dan esos pasos, el paciente debe acudir a consulta mínimo una vez a la semana para monitorear sus comidas y, dependiendo de sus necesidades, ser remitido a otros especialistas.

Desde el punto de vista nutricional, la especialista en el área Beatriz Verdi señala que el tratamiento dependerá del estado en que se encuentre el paciente, su peso y su conducta hacia los alimentos: aquellas que estén comprometidas nutricionalmente, con pérdida del 25% de su peso corporal ideal, deben ser

hospitalizadas y el objetivo principal es recuperarlas ya que su vida corre peligro y sus capacidades cognitivas están repletadas, por lo que cualquier trabajo de educación nutricional sería en vano.

También existen pacientes parcialmente hospitalizadas que cumplen con un tratamiento diurno en el que sus comidas son supervisadas y planificadas de forma que les den seguridad ingerirlas mientras reciben educación alimenticia mediante herramientas cognitivo-conductuales: “Cambiamos los pensamientos irracionales con pensamientos racionales, eso lleva tiempo pero mientras tanto se trabaja la confianza y la imagen corporal”, esclarece la nutricionista. Luego de esta fase, la paciente pasa a un tratamiento ambulatorio.

Este último escalón es el más común para quienes presentan trastornos de la conducta alimentaria: Verdi explica que el objetivo principal es que tomarle confianza a la comida e ir incorporando poco a poco todo tipo de alimentos en su dieta.

Para la nutricionista es mucho más complicado el tratamiento de la bulimia que el de la anorexia, por el tipo de personalidad característico de este trastorno en el que su reto es estructurarlas y darles orden, pero sin que sea muy estricto para no desencadenar un atracón. Sin embargo, el reto más grande para ella es establecer un vínculo de confianza con el paciente porque muchas veces es vista como una villana: “Cuando tu les pones el plato de comida es como si les pusieras el diablo en frente. Es una fobia, una rabia que te proyectan a ti”, comenta la nutricionista.

A pesar de que su labor es importante para la recuperación de una persona con trastornos de la conducta alimentaria, Verdi reconoce la necesidad de trabajar de la mano con un psiquiatra o psicólogo debido a que es fundamental el manejo de las emociones, el miedo a engordar, la ansiedad, y la obsesión por la imagen corporal.

Tanto la nutricionista como la psicóloga destacan que, aunque los trastornos de la conducta alimentaria son curables, el tratamiento puede durar años y debe ser ininterrumpido ya que su mayor complicación son las recaídas que suelen tener los pacientes. Laila ha dejado de ver a su psicóloga y no puede enumerar la cantidad de recaídas que ha tenido desde entonces, aunque recalca que han sido leves y ha sabido seguir adelante pese a ellas.

En sus consultas, Márquez procura hacer un plan para que sus pacientes sepan que las recaídas suceden pero que al momento de tener una, bien sea un ayuno o un “atacón”, es preciso detenerse y darse cuenta de que hay que seguir adelante sin sabotearse más. Para ella es esencial aprender a reconocer los factores precipitantes de cada persona, ya que así pueden atajarse futuras recaídas de la enfermedad.

Laila retomó su vida y continuó sus estudios de Comunicación Social, pero las cosas aún se le escapan de las manos tanto en comida como en ejercicios. Según lo que ella misma confiesa, mantiene muchos de sus viejos hábitos y su mente sigue girando entorno a ellos, aunque siente que la obsesión ha disminuido y es más flexible consigo misma de lo que era antes, aunque el tambalear de sus anillos y su café negro indiquen lo contrario.

No considera volver al tratamiento con su psicóloga porque no tiene la motivación de curarse. Márquez afirma que muchos pacientes no tienen la disposición de acabar con su trastorno porque ya se ha convertido en un hábito y en un estilo de vida difícil de desmontar, por lo que presentan resistencia al tratamiento. “No quiero engordar. No quiero cambiar mis hábitos alimenticios ni mis ejercicios porque me gustan. Lo que quiero es controlar los atracones y evitar la depresión”, confiesa con sinceridad Laila.

Tanto Verdi como Márquez reiteran la importancia de abordar los trastornos de la conducta alimentaria en su fase inicial, ya que no se han cronificado y son más sencillos de intervenir y curar. Es por esto que recomiendan

a los padres estar alertas ante cualquier comportamiento anormal de sus hijos y consultar con un especialista antes de que sea un problema grave.

La mamá de Laila parece sentir remordimiento por esta razón: “Debí haber buscado ayuda profesional cuando el problema apareció pero yo pensé... mejor dicho: no pensé” dice Selina y rompe a llorar con cierta impotencia, como si sintiera que la ayuda que le ha dado a su niña no ha sido suficiente.

Pero nada se aleja más de la realidad. Laila no ha estado sola en ningún momento y ha contado con el apoyo de sus padres y de toda su familia. Verdi y Márquez aseguran que el apoyo familiar es un aspecto fundamental para éxito del tratamiento de las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

A pesar de cualquier error que pudieran haber cometido en el pasado, Laila tiene presente a su familia y por ellos ha decidido no dejarse vencer: Por ellos arrojó al suelo la hojilla aquella noche de pánico y decidió pedir ayuda. Quizás, de no haber tenido su respaldo, hubiera tomado terribles decisiones.

“Yo me propuse por todos los medios darle todo mi apoyo, tener toda la paciencia y comprensión. Me propuse hacerle saber que yo estaba con ella las veinticuatro horas del día para lo que fuera; que su papá y yo estamos dispuestos a ayudarla, a hacer todo el sacrificio, todo el esfuerzo humano y económico para que ella supere esto”, dice aún emocionada la abnegada madre.

Laila ha escuchado a su mamá mientras habla pero ha evitado hacer contacto visual con ella. Parece saber que en el momento que eso ocurra no podrá contener los sentimientos que ha tratado de retener. Al final, el esfuerzo ha sido en vano: Laila rompe en llanto junto a su mamá. Se abrazan y, sin necesidad decir ninguna palabra, le pide perdón en una escena conmovedora que demuestra el incondicional apoyo familiar que ha sido la garantía para que salga adelante día a día. A pesar de todo lo que ha vivido, Laila es afortunada.

V. Conclusiones y recomendaciones

La anorexia y la bulimia son trastornos de la conducta alimentaria con consecuencias graves para las personas que las sufren. En ambas enfermedades las características más resaltantes son el miedo intenso a engordar y la disfunción en la imagen corporal que lleva a que la persona se vea gorda aunque esté delgada.

Las personas con anorexia se caracterizan por tener un peso bajo y sufrir de amenorrea, o falta de menstruación; mientras que las personas con bulimia tienden más al sobrepeso además de los llamados “atracones”, durante los que consumen gran cantidad de alimentos en corto tiempo para luego llevar a cabo conductas compensatorias inadecuadas como: vómitos autoinducidos, uso de laxantes, ayunos prolongados y ejercicios rigurosos.

Las personalidades características de ambos trastornos parecen ser contrarias: en el caso de las pacientes con anorexia, se caracterizan por el control, perfeccionamiento y obsesión hacia los alimentos, mientras que las personas bulímicas presentan comportamientos compulsivos y desordenados. Sin embargo, es posible que un paciente pueda combinar los síntomas y conductas asociadas e incluso llegar a alternar ambos trastornos.

El origen multifactorial de la anorexia y la bulimia complica el análisis de las razones de su incidencia ya que existen factores como la herencia genética que predisponen más a unas personas que a otras. Por otro lado, existen factores socioculturales e imágenes orientados a la delgadez difundidos por medios de comunicación y publicidad que parecen influir en el modelaje de lo que las personas consideran como bello.

Estos factores inciden especialmente en los adolescentes debido a que su concepción de lo estético se está formando y son más susceptibles a moldear sus

percepciones según lo que aprecian en medios de comunicación como televisión y revistas, lo cual puede desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria en esa etapa o predisponerlos para desarrollarlo más adelante.

Sin embargo, el problema no es únicamente un asunto de difusión de imágenes sino algo más complejo. Las habilidades sociales y capacidades para relacionarse parecen jugar un papel fundamental en la incidencia de este tipo de desórdenes, en donde la persona afectada condiciona su éxito y autoestima a la delgadez que en su mente es garante de la aceptación social.

En este sentido la explotación de estereotipos por parte de los medios de comunicación, en donde se relaciona comúnmente la delgadez con popularidad y éxito, puede tener cierta responsabilidad pero no absoluta. La abundancia de información es en muchos casos también un aspecto negativo que puede complicar el panorama de la anorexia y bulimia ya que, muchas veces con la intención de prevenir y concientizar, se lleva demasiada información y se explotan imágenes extremas que lejos de asustar pueden ser usadas para optimizar y agravar el trastorno.

Es por esto que los planes de acción para la prevención de anorexia y bulimia deben ser cuidadosamente estudiados y planificados, para que su efecto no sea contrario a lo deseado. Además, la poca preparación de entidades de salud pública y la grave situación la problemática social que resulta prioritaria obliga a que el problema de los trastornos de la conducta alimentaria sea atendido por instituciones privadas preparadas y dispuestas a enfrentarlos con responsabilidad.

Los planes de prevención deben estar basados en la información prudente y programada según el grupo y la edad de quienes la reciba. Principalmente debe estar orientada a padres y profesores acerca de la existencia de trastornos de la conducta alimentaria, para que estén alerta, aprendan a reconocer sus conductas características y atiendan el problema en su fase inicial.

Asimismo, se debe llevar educación nutricional a niños, jóvenes, padres y representantes, ofrecer charlas educativas y talleres en colegios para el desarrollo de habilidades sociales, comprensión de los cambios en la adolescencia y manejo de la autoestima. Las universidades deben ser también destinatarias de charlas, sobre todo tomando en cuenta a los jóvenes de los primeros años o semestres de estudio que aún se adaptan a los cambios.

Por su parte, los medios de comunicación deben ser utilizados como aliados en la prevención y difundir a través de ellos campañas publicitarias de impacto pero que no incluyan o exploten imágenes extremas que puedan agravar el problema y hacerlo ver únicamente como un asunto de imagen y peso.

Además, se debe crear conciencia acerca del uso de estereotipos que relacionan la delgadez con el éxito y, con la ayuda de líderes de opinión, llevar educación y herramientas para el desarrollo de habilidades sociales mediante el contenido y programación mediática.

Es preciso fomentar mediante todos los recursos anteriormente mencionados el valor e importancia de la familia como institución y respaldo de toda persona, ya que de ella depende en gran medida la prevención y éxito del tratamiento de la bulimia y la anorexia.

Por último, resulta importante destacar que la anorexia y la bulimia no son el resultado de banalidades o aspiraciones superficiales e inmaduras. Por el contrario, son graves enfermedades que reflejan en la comida serios problemas que van más allá de insatisfacciones con el peso o la imagen y causan un profundo sufrimiento a las personas que las padecen y a sus familiares.

Comprender esta realidad es esencial para el correcto manejo de la problemática y el éxito de cualquier tipo de plan de prevención, el cual ha de tener como base la comprensión y dejar fuera juicios críticos contra quienes luchan cada día con su sufrimiento frente al espejo.

Lista de referencias

- ACEITUNO, J. (2004). **“La importancia del análisis funcional en la etiología de la anorexia y bulimia nerviosa”**. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-23-la-importancia-del-analisis-funcional-en-la-etilogia-de-la-anorexia-y-bulimia-n.pdf>
- BELLO N. y DI BELLA C. (1996). **“Anorexia y bulimia nerviosa”**. Caracas. Universidad Católica Andrés Bello.
- BENZECRY, V. y URRUTIA, M. (2010). **“Recuperación de la verdadera belleza en torno a la persona adolescente femenina”**. Caracas. Universidad Monteávila.
- BLANCO, P. (2001). **“Una aproximación al periodismo de precisión”**. Caracas. Universidad Católica Andrés Bello.
- CABRERA, W. (2009) **“Riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes de 10 a 19 años que asisten a la consulta de adolescentes del hospital pediátrico Dr. Agustín Zubillaga de Barquisimeto 2008”**. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWS460DV4C32r2009.pdf>
- Colegio Nacional de Periodistas. (1988). **“Código de Ética del Periodista Venezolano”**. Recuperado el 18 de Febrero de 2012 de: <http://cnpven.org/archivos/e9a16a01d856de0eaf18/file/etica.pdf>
- DALLAL, A. (2007). **“Lenguajes periodísticos”**. 2da edición. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.

- DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS DE MUJERES. (2008). **“Estadísticas sobre el tema del mes: Anorexia y Bulimia”**. Recuperado el 8 de diciembre de 2011 de: <http://www.demac.org.mx/content/anorexia-bulimia-0>
- GARCÍA, C. (2011) **“Sanidad pide a Twitter que elimine los perfiles que fomentan la anorexia y la bulimia”**. Recuperado el 12 de enero de 2012 de: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/09/01/actualidad/1314828007_850215.html
- GRIJELMO, A. (1997). **“El estilo del periodista”**. Segunda edición. Madrid. Grupo Santillana.
- HERRERA, E. (1991). **“El reportaje, el ensayo de un género a otro”**. Caracas, Venezuela. Ediciones El Dorado.
- HERRERO AGUADO, C. (2005). **“Mujer y medios de comunicación: Riesgos para la salud. Universidad de Sevilla”**. Recuperado el 20 de noviembre de 2011 de: <http://salud.conocimientos.com.ve/2010/03/mujer-y-medios-de-comunicacion-riesgos.html>
- HERRERO CECILIA, J. (2006). **“La teoría del estereotipo aplicada a un campo de la fraseología: las locuciones expresivas francesas y españolas”**. *Espéculo. Revista de estudios literarios*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado del 10 de enero de 2012 de: <http://www.ucm.es/info/especulo/numero32/teoreste.html>
- LA RAZÓN. (2011, 2 de marzo) **“Facebook y Tuentí retiran los contenidos pro anorexia y bulimia”**. Recuperado el 17 de enero de 2012

de: <http://larazon.es/noticia/1394-facebook-y-tuenti-retira-contenidos-pro-anorexia-y-bulimia>

- LENOIR, M. & SILBER, T. (2006). “**Anorexia nerviosa en niños y adolescentes**”. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes_parte_1.pdf
- LIZANO, D. (2009). “**Manual de Géneros Periodísticos**”. Caracas. Universidad Católica Andrés Bello.
- LUGLI, Z. y VIVAS, E. (2004). “**Trastornos de alimentación, factores socioculturales, creencias de control y dietas**”. Cuadernos de medicina psicosomática y pediátrica de enlace N° 79/80”. Recuperado el 20 de noviembre de 2011 de: http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/Cuad%20N%C2%BA%2079_80-trab-2.pdf
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995). Recuperado el 15 de enero de 2012 de: <http://es.scribd.com/doc/7237948/Medicina-Psiquiatria-Dsm-IV-Manual-Diagnostico-y-Estadistico-de-Los-Trastornos-Mentales>
- MARTÍN, G. & SÁNCHEZ, A. (2006). “**Curso de redacción: Teoría y práctica de la redacción y el estilo**”. XVIII edición. Madrid, España. Thompson.

- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. (2003). **“Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003”**. Recuperado el 16 de febrero de 2012 de: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- PARRAT, S. (2003). **“Introducción al reportaje: antecedentes, actualidad y perspectivas”**. Universidad de Santiago de Compostela.
- REYES, G. (1999). **“Periodismo de investigación”**. México. Trillas.
- RÍOS A., MACHADO T., RISQUEZ F., ORTEGA M. (1996) **“Detección de actitudes sugestivas de anorexia nerviosa en estudiantes de 10 a 18 años en el área metropolitana de Caracas”**. Caracas. Universidad Católica Andrés Bello.
- RIVAROLA, M. y PENNA F. (2006) **“Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. Revista Intercontinental de psicología y educación”**. Recuperado el 20 de noviembre de 2011 de: <http://redalyc.uaemex/redalyc/pdf/802/80280205.pdf>
- RONDEROS, M., León, J., Sáenz, M., Grillo, A., García, C. (2002). **“Cómo hacer periodismo”**. Bogotá, Colombia. Aguilar.
- RUÍZ, P. (2004) **“Globalización, postmodernidad y conducta alimentaria”**. 5to congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiuuis. Recuperado el 9 de enero de 2010 de: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3179/1/interpsiquis_2004_14982.pdf

- STAUDT, M., ROJO, N. & OJEDA, G. (2006) **“Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa”**. Revisión bibliográfica. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6_156.htm
- Trastornos del comportamiento alimentario. (2000). Recuperado el 20 de noviembre de 2011, Instituto Nacional de la Salud: <http://es.salut.conecta.it/pdf/criterios/portadas.pdf>
- WICKS-NELSON, R & ISRAEL, A. (1997). **“Psicopatología del niño y del adolescente”**. Tercera edición. Madrid. Prentice Hall.
- ZAGALAZ, M.L., ROMERO, S., & CONTERAS, O. (2002). **“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”**. Recuperado el 9 de enero de 2012 de: <http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

ANEXO A
Entrevista a Laila
Joven con trastorno de la conducta alimentaria
9 de febrero de 2012

M.E: ¿Qué tipo de desorden alimenticio sufres o sufriste?

Laila: Bueno, podría decirse que es un tipo de anorexia. Lo que pasa es que, según lo que me han dicho las personas y médicos que me han visto, yo no presento todas las características que en teoría suelen sufrir las anoréxicas. En especial el peso, nunca he llegado a estar tan flaca como esas niñas que uno suele ver que si en la televisión o en fotografías. Claro, también es que no tengo esa contextura de ponerme como un hueso. Pero si baje mucho de peso.

Pero sí, es una anorexia porque he restringido mis alimentos de manera muy estricta durante mucho tiempo. Nunca he dejado de comer por completo, pero si he hecho dietas muy estrictas por meses, he hecho demasiado ejercicio, he bajado mucho de peso. He sido extrema, al punto en que se me convirtió en un trastorno. En una obsesión.

M. E: ¿Desde qué edad empezaste a pensar que debías estar más delgada?

Laila: ¡Wao! No sabría decirte con exactitud. ¡Siempre! Sí recuerdo que cuando estaban en primaria todas mis amiguitas eran flaquitas y yo entre ellas era como la más gruesa, sin llegar a estar gorda, gorda. Era rellenita. Eso para mi era una molestia porque siempre había alguna burlita, algunas crueles. Luego en bachillerato que estaba más grande y ya en la adolescencia si me empecé a preocupar más. Claro, era la etapa en que ser popular era importante, así como ser la más bonita. Los chamos empiezan a fijarse en si estás “buena” o si estás gorda.

Siempre lo pensé en realidad. Desde chiquita yo quería ser más delgada, pero nunca fue una cosa que me quitara mucho el sueño, pero con los años se fue haciendo más y más importante.

M.E: ¿Qué te llevó a pensar eso? ¿Qué crees que influyó en tus deseos de cambiar tu imagen?

Laila: Lo que te digo. Los comentarios desde chiquita. Luego en la adolescencia fueron muchas cosas: yo quería ser aceptada, la verdad lo era, pero me sentía gorda. Además muchas de mis amigas eran flaquitas. Me acuerdo que quería tener el cuerpo de Britney Spears, el abdomen como el de ella.

M.E: Cuéntame de eso, ¿crees que esos modelos a seguir de alguna forma te indicaban como querías ser?

Laila: Sí. O sea yo creo que siempre tenía a alguien como meta. A esa edad yo odiaba como me quedaba la ropa, sentía que los blue jeans me quedaban horribles y que cualquier camisa que me pusiera me hacía ver gorda, se me veían los cauchitos. Dígame cuando había alguna piscinada: me provocaba morirme.

M.E: Pero no hacías dieta, ¿no?

Laila: No que recuerde. Las dietas vinieron después. Tipo en 5to año por ahí, o sea como a los 16 o 17 años.

M.E: ¿Qué influencia tuvieron los demás?

Laila: Creo que mucha. Por lo que te estaba diciendo que quería ser siempre la mejor, la más bonita, la más pana. Yo no tenía para nada problemas de autoestima, tenía muchos amigos, incluso siempre me decían que era la más bonita que si del grado o de mi grupo. Hasta me elegían madrina, imagínate. Pero a veces me decían que estaba o que era gorda y a mi me chocaba tener esa etiqueta encima. Me afectaba. Me acuerdo una vez cuando tenía como 15 años que estábamos presentando una obra de teatro en el colegio, y antes de que me tocara salir vino una profesora y me dijo que no tenía cintura ya y que me diera unos masajes reductores. Fue demasiado doloroso el comentario, me quería morir. Tenía demasiadas ganas de ponerme a llorar y lo peor es que ahí mismo tuve que salir a actuar en la obra mientras 40 personas se me quedaban viendo. Ese día sentí que todos veían mi “lipa”.

M.E: ¿Y las dietas cuando vinieron?

Laila: Bueno, no recuerdo. Creo que siempre intentaba hacerlas y mi mamá me ayudaba, pero no era nada radical ni estricto. Íbamos al gimnasio juntas y yo hacía cardiovascular pero lo odiaba, no era constante. Las dietas serias vinieron como en 5to año, que era la graduación y yo estaba bien gordita, aún así no fue nada radical. En la universidad fue que empezó el problema.

M.E: Cuéntame.

LAILA: El primer año de la universidad empecé a hacer dieta, a cuidarme pero más serio.

M.E: ¿Qué crees que influyó para eso?

Laila: ¡Tantas cosas! En verdad yo creo que fue el cambio. Mi mundo se acabó, era como si hubiera salido de una burbuja. Todo era nuevo para mi y a mi se me hacía como difícil volver a hacer amigos, era demasiada gente nueva y un lugar nuevo. Me sentía demasiado insegura en todo, en mi manera de vestir, en mi inteligencia, en si era fea o bonita. No estaba en el colegio, sabes. Además todas las que estudiaban conmigo eran como demasiado bellas, eran flacas y que si inteligentísimas. Yo me sentía menos, me sentía como una más del montón y eso

era insoportable. De ahí empecé a exigirme más, quería destacarme como siempre me destacué pero era difícil. Estudiaba full y sacaba buenas notas. Siempre trataba de ir de punta en blanco a clases, me empecé a fijar en cómo se vestían las demás y me adapté a eso. Y luego vino la dieta, yo no me conformaba con ser la gordita que sacaba buenas notas. Tenía que destacarme en todo era como un empeño en ser perfecta en todo. Fue mi manera de destacarme y adaptarme creo.

M.E: Descríbete cómo eras antes de sufrir del trastorno

Laila: Alegre. Yo siempre digo que era como toda rosada. Dulce. Era amiga de todo el mundo, buena estudiante, buena amiga. Siempre he sido demasiado perfeccionista, y siempre quería destacarme y ser la mejor.

M.E: ¿Has cambiado luego de eso?

Laila: Total.

M.E: ¿Cómo? Cuéntame

Laila: Ahorita soy más depresiva. Más callada y más reservada. Soy de pocos amigos, no porque no logre hacerlos sino porque creo que soy irritable y poco tolerante con la gente. Me volví muy dura, pero a la vez demasiado débil. No se si me entiendes.

M.E: O sea, dura con los demás y débil ante las dificultades.

Laila: Sí, tal cual. Me ahogo en un vaso de agua. Soy enrollada

M.E: Entiendo. Ahora cuéntame de las dietas ya estando en la universidad que fue cuando se te desencadenó el problema. ¿Cuáles fueron las primeras medidas que tomaste para estar más delgada?

Laila: A ver. Al principio fui experimentando. Era difícil porque pasaba todo el día en la uni, entonces tenía que comer allá y hacer dieta era complicado. Una época me acuerdo que no almorzaba sino hasta la noche que llegaba a mi casa y en la universidad me comía que si un yogurt. Eso no me dio resultado. También traté de hacer otra vez la dieta de los puntos antes de diciembre, pero ya en enero había recuperado lo que perdí porque esa dieta es así.

Cuando eso me pasó, entré en pánico. Entonces dije “nada a quitarme estos kilos otra vez”, pero no hice la dieta de los puntos. Por unos días me quite los carbohidratos, porque yo siempre me comía que si una taza de cereal o pan integral. Cosas así. Pasé como tres días solo comiendo una tortillita de esas integrales en la mañana, sin más carbohidratos durante el día. Luego me dejé de comer la tortilla y comía que si huevos y frutas. Pasaron como cinco días así y me hizo efecto. Adelgacé. Pero me daba miedo seguir haciendo esa dieta porque me

daba miedo que me desmayara o algo así. Además estaba haciendo ejercicio y sentía que me podía dar un “yeyo”.

Así pasó un tiempo y cada vez que engordaba un poquito me quitaba los carbohidratos por unos días. Un día, no me acuerdo ya ni por qué, dije que iba a adelgazar demasiado y que no comería más carbohidratos. Desayunaba claras de huevo con pavo, comía frutas y yogurt durante el día y de almuerzo y cena que si pollo o atún con ensalada. Además me “enfiebré” con el gimnasio y hacía una hora de “cardio” al día. Por supuesto al mes o un poquito más estaba flaquita.

M.E: ¿O sea que esa dieta no era hecha por un nutricionista o un profesional?

Laila: No vale, cero. La inventé yo.

M.E: ¿Tus padres estaban concientes de esa dieta?

Laila: No recuerdo. Creo que sí porque yo no escondía nada en esa época.

M.E: ¿Que te decían?

Laila: Me sermoneaban que no estaba comiendo carbohidratos que eso era malísimo. Yo no les hacía caso, quería estar flaca y punto. Ellos tampoco creo que pensaron que era grave porque como yo nunca dejé de comer, comía cosas limitadas pero en buenas cantidades.

M.E: ¿Y cuándo adelgazarte qué dijeron?

Laila: Creo que no se dieron cuenta porque me veían todos los días. Obvio se dieron cuenta de que estaba más delgada pero como me veían todos los días el impacto fue menor.

M.E: Y al adelgazar ¿Te sentiste bien? ¿Cómo te trataban los demás?

Laila: ¡Claro! Me sentía espectacular, feliz. El cambio de los demás lo fui notando poco a poco. De repente ya no era vista como una “gordita” o una “rellenita”. ¿Sabes lo que es que después de tantos años te vean como una persona delgada? La gente me decía que estaba bella y yo me sentía más segura. Ahí me decía a mi misma que no había vuelta atrás y me proponía adelgazar más.

M.E: ¿O sea que no estabas satisfecha?

Laila: No se si satisfecha, pero nunca estaba conforme con el peso. Siempre quería verme más y más flaca, nunca era suficiente. Ese fue el problema.

M.E: Y al verte en el espejo: ¿cómo te sentías?

Laila: Fue un cambio. Antes yo odiaba verme en el espejo, sobre todo de cuerpo entero. Me hacía sentir mal. Luego de adelgazar pasaba horas viéndome, probándome ropa, casi modelando. Tenía momentos de satisfacción, pero no siempre era así. Había otros momentos en que lo único que hacía era verme los cauchos o la celulitis y pensaba “tengo que hacer demasiada dieta” o “tengo que quitarme tantos kilos”. Era una relación como de amor odio conmigo y con el espejo.

M.E: ¿Y seguiste limitando tu alimentación?

Laila: Sí, mucho más. Esa primera etapa sólo fue el inicio. Yo a pesar de todo seguía teniendo una vida normal. Salía, estaba contenta.

M.E: ¿Y qué pasó?

Laila: Es complicado. Empecé a limitarme, a dejar de salir o de ir a fiestas y reuniones porque siempre había comida y era una tentación. Tampoco quería tomar. Además el ejercicio se me comenzó a hacer obsesivo. Tampoco salía porque si me trasnocaba no me paraba al día siguiente al gimnasio, aunque fuera domingo. Iba de lunes a domingo, hacía una hora. Poco a poco fui aumentando el tiempo. También empecé a trotar.

M.E: ¿Cuánto hacías más o menos?

Laila: Mira empecé a aumentarlo poco a poco. Al principio una hora y veinte minutos, una hora y media. En mi peor época llegué a hacer tres horas diarias, hasta tres horas y media.

M.E: ¿Y seguías sin comer carbohidratos?

Laila: Sí, de ningún tipo.

M.E: ¿Cómo aguantabas? ¿Nunca te demayaste?

Laila: ¡No sé! No nunca, sólo una vez cuando estaba empezando todo el problema que hice dos horas de cardiovascular y luego subí a bañarme ahí mismo en el gimnasio. No había nadie porque era que si un domingo. Mientras me bañaba me empecé a sentir mal, mareada, se me nubló la vista y temblaba. Fue horrible. No me caí, pero me agaché y cuando trataba de levantarme volvía a marearme y no veía nada. Sentía el agua de la ducha que me caía encima. Estaba sola, me hubiera muerto y creo que nadie se hubiera dado cuenta ni hubiera tenido quien me auxiliara.

M.E: ¿Y aún así seguiste con tu rutina?

Laila: Sí. ¿Que te puedo decir? El deseo de adelgazar era más fuerte que un desmayo.

M.E: ¿Y la gente en el gimnasio no se daba cuenta?

Laila: No mucho. Sí hubo un par de personas que se me acercaban a decirme que me estaba sobre ejercitando, pero yo no lo veía como consejo o como que me estaban ayudando sino como unos fastidiosos que se estaban metiendo en lo que no les importaba.

M.E: ¿Y tus amigos o compañeros de la universidad que seguían diciendo?

Laila: En la universidad todo iba bien. Me decían como piropo que estaba flaquísima y eso digamos que alimentaba mi fuerza de voluntad y mis ganas de seguir flaca. En cambio vi en una oportunidad a mis amigos del colegio después de muchos meses y sus reacciones fueron desagradables.

M.E: ¿Por qué?

Laila: Bueno empezaron a decirme que estaba demasiado flaca con asombro. Era un cumpleaños y toda la noche giró en ver lo flaca que estaba pero de una manera desagradable. Sólo hablaron de eso y sin ningún tipo de disimulo, a grito pelado. Además fueron pesados, insinuaron que era bulímica y vomitaba y que había adelgazado para encajar en mi nuevo ambiente de la universidad. Bromas pesada que me estaban haciendo daño. Se fijaron en todo, hasta dijeron que ya no tenía senos. Era verdad, pero me dolió. Recuerdo que llegué a mi casa llorando.

M.E: Hirieron tus sentimientos

Laila: Sí. Y eso me alejó de ellos para siempre. Más nunca fui así amiguísima de ninguna de esas personas. Si esas eran las críticas porque estaba flaca no quiero imaginarme lo que dirán si volviera a engordar.

M.E: O sea que ya ahí empezaste a aislarte de las personas

Laila: Sí. Desde antes y seguí haciéndolo por distintos motivos. Ponte tú que me invitaran a salir, yo decía que no porque quería adelgazar más antes de que “x” persona me volviera a ver. Rechazaba invitaciones como no tienes idea. A donde me invitaran yo lo que pensaba era en que iba a tener que comer algo que no fuera de dieta y que no iba a poder hacer ejercicio. Veía todo como a futuro tipo: “Cuando adelgace si me voy a la playa”, “Cuando adelgace si le acepto la invitación a fulanito a comer” o “cuando adelgace si voy a rumbear”. Me perdí de tantas cosas.

M.E: ¿Cómo de qué?

Laila: De todo. Yo siento que no viví mi juventud por culpa de todo eso. No supe lo que era irme a una playa, salir un viernes de clases a tomarme una cerveza, rumbear y comerme una arepa a las 6 de la mañana. Irme de viaje en Semana

Santa a Margarita o a cualquier sitio. No, yo no me iba. Yo me quedaba sola en Caracas haciendo ejercicio y dieta.

M.E: ¿Y tu alimentación?

Laila: Bueno la seguí limitando full. Luego de los carbohidratos, me quité los lácteos. No comía yogurt ni leche, aunque fueran descremados. Sentía que me engordaban. El único lácteo que consumía era ricotta en el desayuno. Después fueron las frutas.

M.E: ¿Las frutas? ¿Por qué?

Laila: Bueno porque viendo programas de televisión y leyendo cosas en Internet vi que las frutas tenían azúcares y carbohidratos y me las quité.

M.E: O sea que buscabas mucha información

Laila: Sí. De verdad tú me puedes preguntar a mi lo que sea de nutrición, de calorías, de ejercicio y te lo respondo. A mi todo el mundo me llama a preguntarme si tal cosa engorda. La gente me empezó a ver como que yo era una dura en eso, y obvio a mi me encantaba.

M.E: ¿Y entonces qué quedaste comiendo?

Laila: Básicamente proteínas: pero sólo que si carnes blancas, rojas no. Vegetales, claras de huevo, ricotta.

M.E: ¿Y cómo aguantabas el hambre?

Laila: Bueno como te dije ahorita, yo comía limitado pero comía en buenas cantidades. Y siempre tenía que sí gelatinas de esas Light en la nevera que me saciaban el hambre o la ansiedad, chicles sin azúcar en la cartera, tomaba mucho clight y esas bebidas bajas en calorías.

M.E: ¿Eso era lo único que tomabas?

Laila: Sí.

M.E: ¿Ni jugos ni refrescos de dieta?

Laila: No, nada. No tomaba nada con fruta y los refrescos de dieta eran para mí tomar celulitis.

M.E: ¿Y si te salías de la dieta qué pasaba?

Laila: Bueno, muchas cosas. Al principio era remordimiento solo y luego hacía más ejercicio. Una vez leí que uno tardaba 72 horas en quemar lo que se comía,

entonces no era que hacía un día de ejercicio fuerte sino tres y si me había salido más de un día de la dieta multiplicaba por tres para hacer ejercicio y quemarlo todo.

M.E: ¿Has sufrido de atracones?

Laila: Sí, después de un tiempo empecé a sufrirlos. Claro la ansiedad se me acumulaba y cuando rompía la dieta me decía a mi misma “Ay, ya la rompiste, aprovecha y cómete todo lo que no puedes comer normalmente” y comía demasiado, más de lo que debía y podía. Era como si no pudiera controlarme, como si perdiera la razón. No paraba.

M.E: ¿Y luego recurriste alguna vez a laxantes o vómito?

Laila: Quiero ser sincera contigo como te prometí. Las primeras veces vomité, pero era un proceso tan difícil que no lo hice más. Yo trataba y trataba y la cantidad de vómito era poca en comparación con lo que yo esperaba. Eso no se le da a todo el mundo. Yo ahorita lo pienso y gracias a Dios a mi no se me daba vomitar con facilidad, hubiera empeorado mucho mi situación.

M.E: ¿Cómo hacías?

Laila: Trataba con los dedos y nada. Me acuerdo que una vez vi en un video de música creo que de Pink a una mujer vomitando en el baño y se metía un cepillo de dientes y lo intenté. Pero simplemente no podía. Entonces si me salía de la dieta prefería hacer días de ayuno y ejercicio.

M.E. ¿Y laxantes?

Laila: Vinieron después.

M.E: ¿Funcionaban?

Laila: No sé, la verdad. Para mi el ejercicio y el ayuno o la dieta era siempre lo que me aliviaba, pero cuando me laxaba sentía que me quitaba un peso de encima. Era como una ayudita. Los probé todos y abusaba de las dosis pero bárbaramente. Hasta que dejaban de hacerme efecto y me cambiaba a otro y así iba.

M.E: Me gustaría que me contaras del punto más álgido de tu desorden. Un momento donde tú ahora te detengas y recuerdes como el más extremo.

Laila: Bueno hay dos etapas.

M.E: OK, cuéntamelas.

Laila: Una digamos que mi primera crisis. Pasé una semana comiendo solo claras de huevo en la mañana y haciendo tres horas de ejercicio. No salía sino al

gimnasio, no hablaba con nadie, evadía a todo el mundo. Mis papás estaban de viaje y cuando regresaron creo que mi mamá se dio cuenta de que había un problema, más grande de lo que ella llegó nunca a imaginarse.

M.E: ¿Y qué hizo?

Laila: Trató de ayudarme, de hablarme pero al ver que no mejoraba sino que empeoraba me llevó a un nutricionista y esa nutricionista me remitió a un psiquiatra. Fue la primera vez que alguien me dijo “Tú tienes un desorden alimenticio”.

M.E: ¿Cómo lo tomaste?

Laila: Mal. Me parecían patrañas. Además yo decía “yo no soy anoréxica porque no me veo anoréxica”. En realidad el único síntoma que no tenía era que no estaba en el hueso, esquelética fantasmagórica.

M.E: ¿Tenías los demás síntomas? ¿Depresión, amenorrea?

Laila: Estaba muy deprimida. Eso fue el factor que desencadenó la alarma, la depresión. Y la regla se me había puesto muy irregular. Siempre desde que me desarrolle fui muy puntual, no fallaba. Luego de empezar a hacer dieta se me fue cuatro meses, luego regresaba y venía más o menos puntual unos meses y se me iba seis más y volvía. Así iba.

M.E: ¿Por qué estabas deprimida?

Laila: Me sentía infeliz, sola, aislada, frustrada. Estaba harta de todo y no estaba conforme conmigo misma. Quería salir pero no me sentía con ganas de que la gente me viera porque me sentía gorda. Estaba muy aislada y cada vez empeoraba cuando veía de todas las cosas de las que me estaba perdiendo. Tenía un miedo inexplicable, era un infierno.

M.E: ¿Y por qué te las perdías?

Laila: Bueno siempre pensaba que iba tenía que adelgazar más y aparte evitaba tener que ir a sitios donde pudiera romper la dieta. Tenía miedo a engordar.

M.E: ¿Y que te dijo el nutricionista cuando fuiste?

Laila: Nada lo típico. Sermón de que no comía y me mandó una dieta.

M.E: ¿Cómo era? ¿La hiciste?

Laila: No, para nada. La dieta era que si con arepa y pan en la mañana. Eso para mí era un insulto. En mi cabeza no cabía la idea de que yo podría mantenerme

delgada si hacía eso. Me molesté y me negué. Entonces obvio me llevaron al psiquiatra.

M.E: ¿Y qué pasó? ¿Qué te dijo?

Laila: Imagínate la cara que puso cuando le conté las cosas que yo hacía. ¡Se horrorizó! Reaccionó de una forma tan exagerada. Me dijo que me iba a hospitalizar si no comía algo más que claras de huevo y le dijo a mi mamá que yo debía dejar la universidad y concentrarme en solucionar mi trastorno alimenticio. A mi me pareció tan exagerado y tan drástico. Le conté que estaba deprimida y me recetó Prozac, que es un antidepresivo. Por último me mandó a estas reuniones de grupo que hay que si tipo Alcohólicos Anónimos, pero de anoréxicas y bulímicas.

M.E: ¿Y tú hiciste todo eso?

Laila: No, para nada. Me pareció que todo era una exageración y a mi mamá creo que también todo lo pareció muy drástico. Yo le dije que iba a salir de eso sin necesidad de hacer nada de eso y menos dejando la universidad. Lo único que hice fue tomar los antidepresivos.

M.E: ¿Y te ayudaron?

Laila: Sí, me ponían eufórica.

M.E: ¿Y qué pasó?

Laila: Bueno salí del hueco ese año.

M.E: ¿Y continuaste con tus hábitos?

Laila: Sí. Lo que mejoró fue la depresión pero yo seguía igual. Dieta, dieta, dieta, ejercicio, ejercicio. A veces salía pero lo pensaba demasiado, prácticamente me tenían que jalar para que aceptara. Después en mi mente me ponía como condiciones, sabes. Tipo: “Si haces dieta y ejercicio dos semanas sales el sábado”.

M.E: ¿Y estabas viviendo tranquila?

Laila: Bueno estaba bien, pero nunca he estado tranquila. En mi mente siempre estaba todo relacionado con la dieta y con no engordar. Me ocupada casi todo lo que pensaba, todo giraba entorno a eso.

M.E: Entonces, ¿por qué dices que estabas bien?

Laila: Porque aunque me sacrificaba estaba tranquila de que no iba a engordar mientras me mantuviera disciplinada. Era una sensación de seguridad y de bienestar lo que me daba. De que estaba todo bien, ¿entiendes?

M.E: De que tenías el control.

Laila: Exacto, todo estaba controlado y por eso yo estaba tranquila.

M.E: Y luego, ¿Qué pasó?

Laila: Pasó un año exacto y tuve una recaída, la peor.

M.E: Cuéntame.

Laila: Fue igual que el año anterior. Me empecé a deprimir, no salía, evitaba a todo el mundo. Estaba como escondida. Esta vez tuve el agravante de que tenía atracones, pero peores que nunca. Era así como si no pudiera controlarme, comía todo lo que encontraba. Decía: “Ay, cómetelo todo hoy y mañana arrancas la dieta otra vez” y lo hacía, pero al día siguiente lo volvía a hacer y al siguiente y al siguiente. Entonces lloraba porque iba a engordar, me escondía más, me deprimía cada vez más.

M.E: ¿Y dejaste la dieta?

Laila: No. Más bien fue como un círculo vicioso. Tenía atracones unos días, pero de una forma desquiciada y hasta asquerosa. Luego hacía dieta extrema, ejercicio extremo por unos días pero no tenía la misma fuerza que antes, estaba sufriendo y volvía a los atracones. No tenía fuerza. Hasta que simplemente me deprimí tanto que el círculo vicioso ese en el que estaba terminó y me quede solo en la fase de depresión escondida en mi casa. Pasé tres meses así más o menos.

M.E: ¿Y qué hiciste en esos tres meses?

Laila: Estar deprimida. Acostada, no me vestía, no me arreglé más. Tenía demasiada ansiedad y seguían los atracones casi todos los días. Eso empeoraba mi depresión porque me agobiaba el miedo de engordar. Me abandoné por completo, era como si no tuviera ganas de nada. Todos los días decía “mañana empiezo”, “mañana salgo de esto” y no era así: al día siguiente trataba de empezar pero lo volvía a dejar para mañana.

M.E: ¿Y tú mamá que hacía?

Laila: Ella se estaba dando cuenta de todo. Lo que pasó es que las veces que me dijo algo yo reaccionaba muy agresiva, le decía que me dejara en paz y que no me fastidiara.

M.E: ¿Cómo te sentías?

Laila: Fue la peor época de mi vida. Sentía que no valía ni medio. Era auto saboteo, depresión, ansiedad, ataques de pánico. Empecé a tener crisis de llanto que no podía controlar. Ira, mucha ira. Rompía cosas. Peleaba con mi mamá y con

mi papá, ellos creo que ya no sabían cómo manejar lo que me pasaba, porque tampoco entendían. Aún así nunca me dejaron sola, siempre estaban preocupados.

M.E: ¿Qué pensabas? ¿Por qué eran los ataques de pánico?

Laila: De todo. Todo relacionado con el peso. Tenía ataques de pánico cuando me daba cuenta que estaba engordando, sudaba frío, lloraba. Me daban sólo de pensar que me iban a ver así, ¿sabes? Por eso me desaparecí, no hablé más nunca con nadie. No quería burlas ni comentarios, no quería que nadie me viera en ese estado. Me abandoné tanto que evitaba verme al espejo. Es que tú no sabes como era yo antes de eso: siempre perfecta, arreglada, me pintaba las uñas, perfeccionista con mi imagen. Mientras estuve deprimida simplemente sentí que no merecía nada, no le veía sentido a arreglarme: “¿para que me voy arreglar?”, no lo merecía.

M.E: ¿Por qué no estabas flaca ni haciendo dieta?

Laila: Exactamente. La gente nunca entenderá lo que uno siente cuando sufre de esto. Es un calvario que se lleva por dentro. Es una lucha contigo misma, te amas pero te odias, pero llegas a odiarte tanto que se te quitan las ganas de vivir.

M.E: ¿Pensaste alguna vez en hacerte daño?

Laila: Me quería morir, en serio me quería morir. Lo decía todos los días y no como uno dice a veces “ay me quiero morir”. ¡No! Lo decía porque de verdad quería morirme, estaba sufriendo demasiado y no le veía sentido a nada ni final ni solución. Pensaba como podría hacerlo.... (silencio por unos segundos)... pero pensaba en mis papás, en mi familia. Pero si lo pensaba bastante. No llegué a hacerlo por ellos. Que estúpida Dios mío. ¿Viste hasta que punto llegué?

Una noche me acuerdo que desperté y no pude dormir por todo lo que pensaba. Empecé a llorar y a llorar porque de verdad estaba desesperada y deprimida. Fue de los momentos más “heavy” que tuve. Abrí los ojos y estaba todo oscuro y no se oía nada. Me sentí desesperada con ganas de gritar, sola. (silencio por segundos)

M.E: ¿Y qué pasó?

Laila: Te lo juro que me da pena contar estas cosas, me duelen. A veces quisiera olvidarlas o mejor que nunca me hubiera pasado nada de eso.

M.E: Tranquila, yo entiendo.

Laila: Esa noche agarre una hojilla que tenía entre mis cosas y te lo juro que pensé tanto en hacerlo, me la pegue a una muñeca pero volví a pensar en mis papás y la tiré bajo la cama y ahí pasó días.

M.E: ¿Nunca dijiste nada?

Laila: Sí, se lo dije a mi mamá luego de una de mis crisis de llanto a los pocos días y le pedí ayuda. Creo que eso fue lo que la hizo buscar ayuda. Se llevó de mi cuarto todas las tijeras y cosas que pudiera usar.

M.E: ¿Tú de verdad querías hacerlo? ¿Qué sentías?

Laila: No sé, creo que si quería. No tenía ganas de vivir, no quería vivir así y no le veía soluciones a mis problemas. Yo sé que suena absurdo, pero vivía 24 horas al día de tormento. No tenía ni sueños tranquilos, soñaba con eso casi todos los días. Mis pensamientos eran eso. Sufría ataques de pánico, lloraba. La gente no se imagina lo que puede llevar una persona que sufre de estas cosas por dentro. No se imagina nada.

M.E: ¿Qué soñabas?

Laila: No recuerdo ahorita nada en especial, pero soñaba básicamente cosas de engordar, de que la ropa no me servía. Soñaba con comida. Era horrible.

M.E: Sígueme contando de cómo te sentías. ¿Qué más pensabas?

Laila: En verdad nada de lo que te diga va a poder explicar lo que yo estaba pasando. Lo peor era la sensación de que mi vida estaba detenida y yo de alguna forma seguía viendo desde afuera como la vida del resto del mundo continuaba, y eso me hacía sufrir más. Al principio yo decía “mañana, mañana, mañana salgo de esto” y al pasar las semanas simplemente me dejé vencer. Pasaron muchas semanas así y todo iba empeorando hasta el punto de pensar en hacerme daño. No hubo un día que yo no llorara o sufriera. Creo que más nunca sonreí. Me odiaba, fue horrible. Fue una época oscura sabes.

M.E: Entonces, tu mamá buscó ayuda. Cuéntame, ¿a dónde acudieron?, ¿qué pasó?

Laila: Es complicado porque yo me negué a volver al psiquiatra ese a donde ya había ido. Como el año pasado yo había logrado superar las cosas sola, traté de intentarlo por mi cuenta otra vez. Volví a empezar a tomar Prozac y a tratar de salir. No sabes lo que significaba para mí levantarme, vestirme y salir. Sudaba frío, lloraba, me quedaba metida en el carro y más de una vez me devolví a mi casa. Trataba pero yo sentía que no podía. No tenía ni ganas de arreglarme y salía hecha un desastre, siempre que si en mono, con el pelo horrendo y sin maquillaje. Además tenía el cutis todo lleno de pepas y me las apretaba por mi ocio entonces lo empeoraba todo.

M.E: ¿Alguien se dio cuenta de lo que te pasaba cuándo salías?

Laila: Me imagino que sí. Yo creo que no sólo por mi aspecto que era evidente pues, sino porque mi actitud era rarísima. Callada, evadía hablar con todos, insegura, triste. No era yo.

M.E: ¿Y luego qué pasó?

Laila: Uno de los problemas que yo tenía era que más nunca me había venido la regla. Yo no había dicho nada pero ya tenía como seis meses sin regla. Mi mamá creo que se empezó a dar cuenta porque ella era quien me compraba los modess y los tampax y más nunca lo hizo porque obvio no se gastaban los que tenía en la casa. Yo le dije que tenía meses sin regla y me llevó al ginecólogo.

M.E: ¿Y qué te dijo?

Laila: Me mandó pastillas anticonceptivas para hacer que me viniera la regla y mandarme a hacer exámenes, pero se dio cuenta de que algo malo pasaba conmigo y me remitió a una psicóloga. Ella fue quien me ayudó a salir de eso, pero no fue fácil.

M.E: ¿Por qué?

Laila: Bueno, para rematar mi situación empecé a tomarme las pastillas y eso creo que me deprimió más. Aparte me sentía más hinchada y hacía que me doliera todo. Pero la depresión empeoró. Me acuerdo que un día salí a la universidad y a mitad de la clase me fui, me monté en el carro y me fui a mi casa. Me despedí de una amiga “hasta mañana”, me acuerdo clarito que esa fue la última vez que fui a la universidad y salí por mi cuenta. Todo se me vino abajo.

M.E: ¿Cómo es eso?

Laila: Bueno, me deprimí más y simplemente no salí más. Volví a lo de antes pero esta vez peor, fue una depresión más intensa pero luego mi mamá si me obligó a ir ahora si al psicólogo. Me arrastró la primera vez y las veces siguientes. Yo no quería y estaba negada, pero ella me obligó.

M.E: ¿Fuiste obligada?

Laila: Sí, estaba histérica.

M.E: ¿Y te funcionó ir obligada?

Laila: Fue más difícil pero si me ayudó porque estaba en buenas manos y la psicóloga fue paciente conmigo, hasta me hizo consulta en mi casa porque yo me negaba a salir.

M.E: ¿Cómo fue el proceso?

Laila: Bueno me mandaba pequeñas tareas que tenía que cumplir, yo además empecé a entrar en razón de que tenía que poner de mi parte. Poco a poco lo fui haciendo.

M.E: ¿Tareas como cuáles?

Laila: Cosas tontas, como quitarme la pijama en lo que me levantara y tender la cama para evitar pasar el día acostada o escribir cuando me sintiera mal. Cosas así.

M.E. ¿Y solucionaste tus problemas?

Laila: No, sólo salí de mi depresión poco a poco pero cuando retomé mi vida la dejé. Pero yo en verdad sigo con lo mismo.

M.E: ¿Has tenido recaídas?

Laila: Uff... demasiadas. Pero he sabido salir adelante y cuando paso cuatro días por ejemplo deprimida encerrada y aislada me empiezo a acordar de lo que viví, no quiero repetirlo. Entonces vuelvo a levantarme y continúo.

M.E: Ok, pero sigues haciendo dietas y los demás hábitos de antes, ¿no?

Laila: Sí, los mismos. No he llegado a extremos de hacer tres horas de ejercicio pero creo que es porque ya no tengo la paciencia (risas) pero mis hábitos siguen siendo igual de extremos.

M.E: ¿Y los atracones?

Laila: También los tengo a veces. ¡Es horrible! Después empiezo a hacer ejercicio como loca y dieta como loca. Los primeros días siento que engorde 5 kilos pero después me doy cuenta de que aunque coma tres días como cerda no voy a engordar mucho y que con unos días de ejercicio todo está bien. Estoy tratando de darme mis gustos a veces, lo que pasa es que se me va de las manos y como de más. Pero al menos no me echo a morir si rompo la dieta sabes. Hasta me río, pero por dentro igual pienso en las calorías y en el ejercicio que tengo que hacer y evito ponerme que si un jean y pesarme para no saber cuánto engordé.

M.E: ¿Te sigue atormentando?

Laila: En verdad sí, mi vida sigue girando entorno a eso.

M.E: ¿Y por qué no vas al psicólogo y tratas de curar eso?

Laila: Es que en verdad no sé si quiero. Yo no quiero engordar y me gusta hacer dieta. Es que la gente no entiende que en verdad uno siente satisfacción y que me gusta estar delgada. Yo no quiero cambiar mis hábitos alimenticios ni mis ejercicios. Me gustan. Lo que quisiera es capaz no tener esos atracones y controlar mi depresión.

M.E: ¿Qué consecuencias te ha traído todo esto que me cuentas?

Laila: ¿En qué aspecto?

M.E. En todos. En la salud, personalidad, socialmente hablando.

Laila: Muchas, no sé. Todas. Empezando porque más nunca tuve regla. No me tomé más las pastillas por miedo a deprimirme y lo dejé así. Eso me preocupa. Todos los días pienso que tengo que tomármelas y me da miedo.

M.E: ¿Miedo a deprimirte otra vez?

Laila: Sí, les tengo fobia.

M.E: ¿Y tu personalidad cambió?

Laila: Sí, total. Tipo antes y un después. Yo cambié mucho, ahora soy como más dura con la gente y más cerrada pero por dentro soy full débil, sabes. Soy una persona muy solitaria y me he acostumbrado a aislarme. He aprendido a que no me interesen los demás, pero aún siento ciertas inseguridades. Soy depresiva, no lo puedo negar.

M.E: ¿Y tu vida social, familia, académica?

Laila: Eso, estoy full sola ahorita. Los amigos que tengo los tengo porque son fieles y me quieren, eso es lo bueno. Pero me he cerrado a conocer más gente, ir a planes, vivir mi vida. Académicamente... dejé de ser esa alumna brillante y fajada, dejó de ser mi prioridad porque mi prioridad fue el peso. Mis estudios se volvieron un requisito, un estorbo y dejé de esmerarme. Además nunca fui en la universidad esa alumna participativa en actividades extra, iba a lo que tenía y ya. A estas altura si creo que pude dar más de mí, pero simplemente no me interesaba. Tenía otra prioridad.

M.E: ¿Cómo se ha visto afectada tu relación de la familia? ¿Te han apoyado?

Laila: Sí, claro que me han apoyado. Mira, a ellos creo que también les cambió la vida, sobre todo a mi mamá. Gracias a Dios nos unimos más, siempre lo hemos sido pues, pero ahora más. Pero a veces siento que ellos tienen miedo de lo que me pueda pasar, de que pueda volver a pasar por lo mismo. Mi mamá sobre todo, ella es como más sobre protectora y a veces siento que me vigila de más. Hay cierta desconfianza porque ella creo que sabe que el problema sigue ahí latente. Pero si me han apoyado y yo creo que sin ellos yo nunca hubiera sobrevivido lo que me pasó y quizás sin ellos yo hubiera hecho una locura. Tuve suerte de tenerlos.

M.E: ¿Te quieres recuperar?

Laila: Sí, claro. Pero no quiero engordar ni cambiar mis hábitos. A mi me gusta comer sano, me gusta no comer carbohidratos y hacer ejercicio todos los días. Para mí es tan normal que ha dejado de ser un sacrificio, es parte de mí y no sé si

yo quiera cambiar eso. Lo que me gustaría es no tener miedo a comer otra cosa, aprender a disfrutar más y no pensar tanto en la comida o en si estoy flaca o un poquito más gorda. No quiero tener atracones más nunca, no quiero sufrir de ansiedad porque es horrible. Eso es lo que me urge cambiar y controlar, más que mis hábitos alimenticios.

ANEXO B
Entrevista a Selina
Madre de Laila, joven con trastorno alimenticio
9 de febrero de 2012

M.E: ¿Cómo era su hija antes de que sufriera de su desorden alimenticio?

Selina: Era una persona bien resuelta, bien sociable. Con mucho ánimo y buen humor. Con sentido del humor muy particular. Era brillante, inteligente, amigable. Era eso, era muy agradable.

M.E: ¿Y cambió?

Selina: Sí.

M.E: ¿Cómo cambio?

Selina: Bueno fue un cambio como muy gradual, no fue un cambio brusco. Comenzó a preocuparse por su aspecto físico y le empezó a dedicar más tiempo a su apariencia y a su peso. Comenzó haciendo una que otra dieta. Hubo una época en que hizo una dieta de los puntos y yo la respaldé. Le pagué el dietista y las gotas y más o menos se sintió contenta y tranquila con los logros, eso fue a finales del bachillerato. Pero no era un problema. Simplemente yo lo vi como parte de la edad y el momento que estaba viviendo. Como parte del proceso de cambio de bachillerato a la universidad. Creí que era motivado a que venía la fiesta de grado y quería verse linda y más delgada pero no le concedí más importancia, lo vi como algo natural.

M.E: ¿Cuándo inició el problema?

Selina: Yo creo que con el ingreso a la universidad. Creo que hubo un cambio ahí de ambiente, de exigencias. De aceptación. Comenzó a presionarse. No sé si fueron sus deseos de ser aceptada. En la universidad creo que se sintió más presionada. Allí comenzó.

M.E: ¿Cuándo empezó a sospechar o darse cuenta de que su hija tenía un problema con la comida?

Selina: Bueno no era difícil porque cuando la que cocina en tu casa y hace las compras eres tú, es muy fácil darse cuenta que hay un cambio de actitud con respecto a la comida. Todo empezó a girar entorno a las calorías y al peso, al reclamo si hacía una torta. Cambios de humor, cambios anímicos. El gimnasio ya no era un pasatiempo o una distracción natural sino tres horas en una trotadora. Ella salía a una hora y regresaba tres o cuatro horas más tarde. Era un exceso, porque yo se que en una hora se puede hacer un rutina completa de ejercicio. No había ni día de descanso, era de domingo a domingo. Me empecé a dar cuenta de

que había un problema que había que solucionar. Cuando no había los logros que ella se planteaba había un cambio de humor radical. Eso cuando vives bajo el mismo techo se siente en el ambiente de tu hogar: hay una tensión muy grande y empiezas a sufrir tú también las consecuencias porque tienes temor de hablar y desencadenar una discusión o un mal rato. Es cuando uno se empieza a dar cuenta, cuando empiezas a medir tus comentarios porque no sabes si puedes agradar o desagradar. Eso comenzó a ocurrir.

M.E: ¿Cómo eran los hábitos alimenticios en su casa?

Selina: Yo a veces me planteaba si yo tendría alguna responsabilidad, porque yo nunca he sido una persona que ha sufrido con la dieta pero si trato de hacer una dieta balanceada y de que se coma sano. Que no haya frituras, que haya cosas a la plancha, horneadas, frutas, poca grasa. De vez en cuando como una gracia o un lujo nos salíamos y comíamos una pizza. Siempre se ha comido muy balanceado y muy sano. Cuando estaba pequeña mi hija si se compraban chuchería y nunca fui rígida en ese sentido. A veces yo me pregunto si yo incentive eso, si en mi afán de que comieran sano quizás la llevé a eso. Pero no creo, no lo veo así.

M.E: ¿Cómo son ahora esos hábitos alimenticios, después del problema de su hija?

Selina: Bueno en mi casa básicamente se tienen que preparar dos menús. Ella es de muy buen apetito, es una persona a la que le gusta casi todo. Eso ha hecho que su sufrimiento sea más grave, porque es una persona de buen comer desde que nació. Ella nunca dijo “no me gusta”, probaba todo. De ser una persona que comía de todo, ahora es una persona con una dieta muy limitada y de allí no se sale. Hay que cocinar exclusivamente lo que ella come, es muy limitado.

M.E: ¿Y cuáles piensa usted que fueron las motivaciones para eso?

Selina: Pienso que ella comenzó a darle muchísima importancia a la opinión de quienes la rodeaban. De lo que yo observaba creo que ella se hizo una imagen en su cabeza de cómo se quería ver y cómo quería verse y si ella no se ve así, no lo ve reflejado en el espejo sencillamente no se acepta. Es un afán de buscar la perfección que se reflejo en especialmente en el peso. Las uñas, el pelo, lo que se ponga. Cómo ella se refleja en el espejo tiene que ser una cosa perfecta. Ella no entiende eso de “ponte cualquier cosa y vamos a comer algo”, para eso ella no existe, no está planteado. Ella tiene que tomarse su tiempo para arreglarse y si no es así no sale. Todo lo contrario, yo recibo una crítica porque yo sí voy de cualquier cosa. Me imagino que ella de sólo imaginarse que se va a encontrar en la calle con alguien y que la vayan a ver con algo imperfecto de si, su pelo, sus uñas, el peso. No lo acepta. Es capaz de esconderse si la imagen que su espejo le devuelve no es lo que ella desea.

M.E: ¿Cómo siente que ha afectado el trastorno la relación con su hija?

Selina: Lo que pasa es que yo he pensado mucho en el asunto y si quizás este trastorno hubiese surgido a los quince años mi actitud hubiese sido distinta porque lo hubiera entendido como parte de la adolescencia. A mí lo que me pasó es que esto me agarró fuera de base, cuando yo creía que era etapa superada. El hecho de entrar a una universidad y pensar hacia una vida de adulto. Primero me sorprendió, no lo puedo negar. Me sorprendió de una forma negativa porque yo creía que era algo totalmente a destiempo. Segundo, yo a la edad en que ella comenzó con todo esto yo estaba luchando con otras cosas y no tuve tiempo de concederme a mí este tipo de cosas, mis prioridades eran otras y pensé que las prioridades de ella también eran otras. Después, de aquella niña simpática, divertida, con un sentido del humor muy inteligente que más bien me sorprendía los comentarios y las observaciones que hacía, la gracia con que las hacía, pasó a ser una persona con mucha amargura. Ese cambio no es fácil manejarlo.

Yo me propuse por todos los medios darle todo mi apoyo, tener toda la paciencia y comprensión. Me propuse que ella supiera 24 horas al día que yo estaba allí para lo que fuera, que contaba conmigo y que su papa y su mama estábamos dispuestos a ayudarla y a hacer todo el sacrificio y esfuerzo humano y económico para que ella superara esto.

Siempre he tratado de hablarle de lo bella y breve que es la vida y que hay muchas cosas más importantes. Del amor, la familia, la unión, de los valores, que la belleza interior es mucho más importante y que la gente vale por lo que es y por lo que siente. Por las cosas buenas que es capaz de hacer y no por la imagen porque eso pasa y se acaba. He tratado de que ella tenga fe y se sienta querida, amada y respaldada.

Ha sido duro, ha sido un aprendizaje muy duro porque el sufrimiento de ella es mi sufrimiento. A veces me desvelo pensando en que ella tiene que superar esto porque si no ella va a sufrir por el resto de su vida y va a fracasar en sus relaciones personales, sentimentales, laborales. Va a ser muy duro. Siempre he estado dispuesta a estar ayuda profesional porque yo se que no estoy en capacidad de dársela.

M.E: ¿Cómo afectó la dinámica familiar?

Selina: De tener un hogar y un ambiente familiar armonioso donde las cosas funcionabas y los conflictos eran los normales de cualquier casa como los permisos para salir, el dinero, las tareas, ese tipo de cosas. Comenzaron a presentarse situaciones conflictivas que muchas veces se tornaron violentas, horas de depresión, altibajos, iba de un extremo a otro: de una gran depresión donde ella no se levantaba ni salía a ninguna parte y abandonaba los estudios, a tornarse violenta, romper cosas, gritar y llorar con fuerza, ponerse agresiva e irrespetar a su papa y a mí. Dentro de todas las cosas nosotros tuvimos paciencia y tolerancia, mantuvimos la calma. Tratamos de calmarla y dejarla pasar hasta que retornara a la realidad. La dejábamos tranquila y dejábamos que ese momento sucediera y se

desahogara para después conversar y reflexionar. Ha sido duro .gritar y romper cosas, ponerse violenta.

M.E: ¿Y cómo se manejó el problema?

Selina: Ha habido etapas. Etapas en que todo luce como normal y otras en que otra vez siento que estamos caminando en el filo de la navaja. Siempre me estoy preguntando: “¿Cuándo viene la recaída? ¿En qué momento viene la recaída?” Yo siento que cuando ella está en su peso y se ve como quiere. Cuando tiene proyectos, algo por delante que la entusiasma, un viaje, una fiesta todo está bien. Hay alegría y tranquilidad. Pero cuando todo eso pasó y vuelve la rutina donde no ocurre nada entonces es como a caminar en el filo de la navaja y en cualquier momento viene la depresión, el desajuste, la crisis.

Yo he aprendido a reconocer esos momentos: cuando la veo desajustada la veo que empieza a comer de todo en una forma voraz. Muchas veces me dice que le reclame cuando la vea así, pero si lo intento me agrede. Es difícil. Yo tengo que tener calma, observar y pedirle a Dios que recupere la normalidad y entre en razón. Rogar para que vuelva por el camino que la conduce a la tranquilidad. Uno aprende a reconocer los síntomas de casa situación.

Hasta ahora se ha negado a volver a la ayuda profesional que tuvo y que la ayudo muchísimo. Yo no se la puedo dar. Además, yo soy su madre y las cosas que puede confiarle a un psicólogo nunca me las va a decir.

Uno aprende a reconocer el terrero que está pisando: día a día yo sé por la forma como camina, cierra la puerta, como se sirve lo que come, por cómo me habla o me responde sé que etapa está viviendo.

M.E: De haber podido cambiar algo en su papel como madre, antes o después de que el trastorno se desencadenara, ¿qué sería?

Selina: Quizás haber buscado ayuda profesional cuando el problema apareció y que yo pensé... mejor dicho, no pensé. El problema empieza y crees que es una cosa del momento y no que se va a agravar, piensas que es algo pasajero y que no se va a convertir en una crisis tan grande. Hay problemas de problemas y, no sé, un problema de peso y de verse bien lo ves al principio como un capricho y como una bobería y crees que porque tu hija es buena e inteligente, brillante y nunca nos dio problemas graves de quitarnos el sueño. Y como en términos generales también creo que hemos sido buenos padres. Tú al principio un desorden alimenticio no lo ves como un problema, sino como un capricho pasajero, y te das cuenta de la gravedad del problema cuando ya el problema es algo grave.

Quizás eso, no haberle buscado ayuda cuando comenzó y creí que era una bobería. No haberle buscado ayuda cuando si me di cuenta que era un gran problema, que trajo problemas en tu casa, en tu familia, cuando empezó a quitarte el sueño y a hacerte llorar. (llora)

Observaciones: Dolor al hablar. Voz quebradiza. Ojos aguados. Al final rompió en llanto.

ANEXO C

Entrevista a Carla Márquez

Licenciada en Psicología

Especialista en Trastornos de la Conducta Alimentaria

Viernes 3 de febrero de 2012

9:00 AM

M.E: ¿Podría definir de una forma sencilla qué es la anorexia y qué es la bulimia?

C.M: Son trastornos alimenticios, son trastornos mentales. Tienen una parte física, se ven en la parte física. Tienen consecuencias graves, riesgo de vida incluso, pero son trastornos mentales. En el caso de la anorexia el trastorno básicamente se centra en que la paciente, porque suele ser mujer, deja de comer. Restringe su alimentación al punto de que baja 30% o menos de la masa corporal esperada para su edad y su estatura. Suele haber amenorrea, que es la falta de regla, hay disfunción de la imagen corporal esto quiere decir que se ven gordos incluso obesos, aunque estén absolutamente esqueléticos. Tienen una cantidad de trastornos psicológicos asociados como la depresión, ansiedad, miedo intenso a engordar y a ser obesos. Lo impresionante es que le tienen pánico a la obesidad aunque estén muy, muy delgadas. Estamos hablando de personas que se les nota que están delgadas. Eso en el caso de la anorexia.

En el caso de la bulimia el peso no es el factor determinante puesto que pueden tener el peso normal, pueden estar en el límite superior e inferior de su peso, pero básicamente están en el peso normal y hay dos características importantes: una son los llamados atracones, que son periodos de ingesta compulsiva, en los cuales se siente descontrol al comer, no pueden parar y no pueden evitarlo y segundo, comen en un periodo corto de tiempo una cantidad grande de comida, superior de lo que una persona normal pudiese comer en ese periodo. Y luego, las conductas compensatorias que son inadecuadas. El vómito autoinducido, que es la más común, el uso de laxantes y diuréticos, el ejercicio excesivo y los ayunos. Suelen hacer periodos de ayuno para compensar y eso refuerza el trastorno porque sube la ansiedad y vuelve el atracón. Es un círculo vicioso.

También sufren de miedo intenso a engordar y hay disfunción de la imagen corporal pero no se nota tanto por lo que pueden pasar desapercibidos. Aunque tienen complicaciones dentales por los vómitos, otro tipo de complicaciones.

ME: Incluso daños en las cuerdas vocales.

CM: A veces se desgarran por la fuerza que hacen al vomitar, a veces por los mismos ácidos estomacales que suben al vomitar que les hacen daño.

ME: Estos que me están describiendo podrían considerarse los síntomas de ambas enfermedades. La principal diferencia entre ambos trastornos es que

unos dejan de comer, mientras que la bulimia se caracteriza por los atracones y las conductas compensatorias. ¿No?

CM: Hay lo que llaman, o está documentado, como anorexia tipo bulímico que también tiene atracones y conductas compensatorias, pero lo que las diferencia realmente es el peso. Tú te puedes conseguir una persona con bulimia que a veces funciona como anorexia.

M.E: ¿Se pueden confundir mucho?

C.M: Sí, se pueden confundir mucho ambas enfermedades porque su línea divisoria es muy tenue. Pero definitivamente el peso es lo que las diferencia. Teóricamente hablando, es el peso y la amenorrea. Pero hay pacientes con anorexia que no presentan amenorrea y de hecho, hay hombres con anorexia que obviamente no presentan este síntoma.

M.E. Para concluir esta parte, lo determinante es el peso. ¿Las enfermedades se pueden dar de forma independiente o se puede dar el caso de personas que sufran de las dos?

C.M: No pueden ser ambos porque si tienes el peso muy bajo, pero tienes conductas asociadas con la bulimia, tiene atracones y conductas compensatorias. Hay personas, es muy común, que comienzan con un trastorno y al final desarrollan otro, es decir: personas que comienzan con una anorexia y la van transformando en bulimia. A nivel teórico hay hasta diferencias en personalidad. La persona con anorexia es más controladora mientras que la persona bulímica es más impulsiva. Son contradictorias hasta cierto punto pero se pueden dar juntas porque el problema es una alteración alrededor de la alimentación: cuando empiezas a restringir la alimentación inevitablemente va a subir la ansiedad y eso puede llevar a atracones.

M.E, Claro, es la alimentación y el miedo a engordar lo que caracterizan estos trastornos. ¿Cuál es el perfil según tu experiencia de las personas enfermas de estos trastornos?

C.M: El anoréxico es una persona muy controlada. El control es una palabra clave del trastorno alimenticio porque quieren controlar la comida, es hasta una cosa de tortura porque no cortan con los alimentos: les gusta prepararlos, comprarlos, esconderlos. Hay una cuestión con los alimentos y con el peso, se pesas “*sopotocientas*” veces. A veces hasta son cocineros y cocinar cosas riquísimas pero no se los comen, se los dan a otro. Es una cosa muy complicada. El control es un factor muy importante. Mientras que en la bulimia es más descontrol, hay conductas y trastornos asociados con la impulsividad como el abuso de drogas, la promiscuidad. Trastornos tipo *boder line* mientras que en la anorexia hay trastornos tipo obsesivo compulsivos y cuando eso pasa es más importante tratarlos más que a la misma anorexia, porque una vez que la obsesión es la comida y la obsesión es controlarla, es muy difícil controlar la anorexia sin

controlar el trastorno y generalmente llevan medicación ambos. Eso en libro, pero en lo que yo he visto la verdad es que se mezcla y hay de todo.

Hay lo que se llaman los factores o causas. Es multifactorial: hay factores hereditarios, familiares de funcionamiento familiar que dependiendo del funcionamiento de la familia te haces más propensa al trastorno, hay factores de personalidad. Esa es una manera de verlo.

Otra manera de verlo es la de factores predisponentes y factores precipitatorios. Entre los predisponentes está eso: de repente yo tengo una predisposición genética a sufrirlo, si alguien en mi familia ha sufrido estos problemas eso tiene una influencia en mi, tengo una predisposición y puedo desarrollarla o no.

Está la parte familiar de cómo se lleva, como se maneja. En muchas familias la alimentación se maneja de manera inadecuada. La alimentación y los dulces son castigo y son premio. Hay muchísimas mamás a dieta, mamás que están todo el tiempo controlando su alimentación y es evidente que eso influye en sus hijas. Hay mamás que son esqueléticas y tienes hijas un poco más gorditas porque les permiten comer lo que ellas no se permiten comer, y crecen viendo a unas mamás delgada, que hacen mucho ejercicio, que se controlan su alimentación, que valora mucho la delgadez y quiere tenerla. Entonces las mamás vienen para acá y te das cuenta de la importancia del factor modelaje.

Luego la parte socio cultural, vivimos en un país donde todo el tiempo podemos ir a la playa. Eso influye mucho. Donde la parte del modelaje en lo que es la cuestión de las Misses, los procedimientos estéticos, el valor de lo estético es súper importante y el ideal de belleza es absolutamente delgado.

Tiene muchísima influencia y es muy difícil de controlar: tú prendes la televisión, sin importar el canal que pongas, y la persona que va a aparecer va a tener unas características físicas. Entonces, los adolescentes que son susceptibles, muy susceptibles a esto, van a ver lo que aparece en la televisión, en los medios de comunicación, las revistas y de alguna manera crecen pensando que ese es el deber ser y que eso es lo común. Y si eso es lo común para mí y yo me veo en el espejo y yo no soy así, ¿Por qué yo no soy así? Lo raro soy yo. Cuando la realidad no es esa: la realidad es que todos, o la mayoría, somos de alguna manera como no queremos ser. La grama del vecino siempre está más verde. Si no tenemos senos queremos senos, si tenemos senos entonces mejor no quiero senos. Si somos caderotas entonces yo quisiera tener caderas, pero si no tenemos nada de rabo yo quisiera incluso ponerme unos implantes, todos es así.

Es complicado para un adolescente. Te digo el momento de inicio de estos trastornos tiene mucho que ver con la adolescencia, precisamente por eso. Cuando se es niño, bueno cada vez más, ahora hay anoréxicas documentadas de 8 ó 9 años. Es gravísimo. Y es precisamente por esta valoración de la parte estética, pero usualmente en la niñez no se le da mucha importancia a esto aunque siempre hay la tortura de parte de los niños, parte del *bulling*. Pero con la adolescencia el cuerpo empieza a cambiar y eso inevitablemente lleve a que la persona se fije

más en su cuerpo y en lo que empiezas a fijarte más en el cuerpo, y a demás hay los cambios del desarrollo y la pubertad, te empiezas a comparar, a pensar cómo quisieras ser, como deberas ser, cuál es la respuesta que te dan los demás ante tus cambios corporales, cuál es la respuesta que le dan al de al lado. Entonces ahí es donde empiezas a querer controlar y cambiar algo que no debería de ser modificable teóricamente hablando.

Teóricamente hablando cada persona tiene un peso corporal genéticamente determinado, en el cual tú vas a estar sano. Ese peso corporal no es un número, es un rango. Es importante saber que es un rango porque ese peso va a variar mucho dependiendo de varios factores, como el momento en el que te peses, el momento menstrual, dependiendo de si comiste mucho o poco, si te sentías con malestar estomacal: es un rango. Eso no lo entienden mucho las personas que sufren de este trastorno, que se pesan e inmediatamente después de comerse algo se vuelven a pensar y piensan: “acabo de engordar” y eso no es así.

Entonces tú tienes un rango genéticamente determinado en el peso dentro del cual tú vas a estar sano. Si tu te sales de ese rango tú no vas a estar sano porque estás forzando a tu cuerpo. Es lo que pasa con estas dietas benditas que NO LAS SOPORTO. Las dietas estas de revista, las dietas mágicas, que en dos semanas de adelgazan no se cuantos kilos, que una semana tomando sopa, que si tomas té adelgazas. Tiene mucho que ver con el funcionamiento del sistema endocrino y del metabolismo. Que si tu tienes un metabolismo más lento y de alguna manera le das un empujón comiendo se va a acelerar y vas a empezar a adelgazar. Eso muchas personas no lo entienden. En la medida que tú restringes la alimentación el metabolismo se va a entelecer. Por eso es que funcionan estas dietas locas, porque a veces lo que hacen es descontrolar el metabolismo. A principio se adelgaza relativamente fácil, pero después se estancan porque el metabolismo está muy lento. Inmediatamente que comer el cuerpo está tratando de decirle algo. El cuerpo dice que se está muriendo de hambre y que no sabe cuando le vuelvan a dar comida. Entonces se aferra, asimila todo, no desecha y engorda más. El caso es comienzan en la adolescencia por eso, porque se fijan más en el cuerpo.

M.E: ¿Cómo inicia la enfermedad y cómo se va empeorando hasta que llega a ser un trastorno establecido?

C.M: El problema es ese. Una vez que llega una persona con un trastorno en sus inicios, que puede ser el primer año, es una cosa totalmente distinta con un tratamiento sencillo, es otra cosa. Pero un trastorno establecido por años es distinto:

A mi me han llegado personas de setenta y pico de años que han tenido estos problemas desde la adolescencia y hay caso en que el cuerpo se descompensa, hay que hospitalizar, intervenir, desbalances electrolíticos, endocrinológicamente no sirve para nada y hay que intervenir, tienen problemas de muchos tipos. Pero hay veces en que no, en que se hace tan paulatinamente, el sufrimiento lo lleva la persona por dentro y el cuerpo se estabiliza, se acostumbra y se convierte en un

hábito. Hay cosas que hacemos ya sin pensar. Desmontar esa costumbre es muy difícil, es cambiar una manera de vida, un estilo de vida y es muy difícil. En esos casos ya es mucho más difícil que en las etapas iniciales.

Además es lo que te decía de la evolución de la enfermedad: si una enfermedad comienza como una anorexia a los once años por ejemplo que es muy común, a esa edad tu estas con tus padres y con tus madres que inmediatamente se preocupan y te traen, entonces es mucho más fácil intervenir ahí. Existe lo que se llama resistencia al tratamiento, no se quieren curar porque hacerlo de alguna manera implica ganar peso, implica comer, implica dejar de hacer lo que están haciendo que aunque a ellas les causa un malestar lo hacen porque quieren controlar. No suelen buscar ayuda por si mismas, es muy raro, entonces cuando las traen los papás de alguna manera las obligan a que se traten y ayudan a mejorar.

Cuando ya tienen 18 años, tienes carro, van a la universidad, con esto te quiero decir que tienen un horario con el que pueden jugar, tienen libertad, tienen acceso a comprar comida, laxantes que en este país se compran como si fueran caramelos, sin necesidad de prescripción, hay medicamentos que se les dan a los obesos mórbidos para adelgazar, para desechar la grasa, que lo puede comprar cualquier persona en la farmacia. Se van informando.

En la medida en que es mayor se complica el trastorno porque buscan maneras de optimizar el trastorno. Es más grave.

M.E: ¿El trastorno puede empezar a cualquier edad? ¿No es exclusivamente una cuestión de adolescencia? ¿Puede empezar en la edad adulta?

C.M: Sí, esto no te lo he comentado. Hay veces que el trastorno ocurre por accidentes. Es decir, no hubo la conciencia de decir y de tomar la decisión de “Yo voy a adelgazar y de hacer una dieta”. No. Hay veces que se enferman, eso es súper común. Les dio dengue, por ejemplo, y se bajaron 5 u 8 kilos por la enfermedad porque les dio duro. O les dio un problemas gastrointestinal, hepatitis. Se adelgazan un montón de kilos. Y la gente empieza a tratarlos distinto: “Que linda estás”, “¿qué hiciste?”, “pero que linda te ves”

M.E: Y luego se resisten a recuperar el peso perdido.

C.M: ¿Cómo luchas con eso? Una persona que siempre, o que le ha sucedido, que la han rechazado, que no les gusta como le queda cierto tiempo de ropa, que no se ha podido poner cierto tipo de ropa. Esa es otra cosa, la ropa aquí... ¿El gordito dónde se viste? Tú vas a Zara y yo puedo ser muy delgada pero yo no entro en esa ropa. Yo, y lo veo por mí, uso talla L en traje de baño. Entonces, ¿Cómo hace la gente? Estoy convencida que una de las cosas importantes es el feedback que les da la gente, y con la gente incluyo también a la familia. No se dan cuenta del impacto que puede tener eso en la persona, del daño que puede hacer.

Hay personas que necesitan adelgazar por salud y eso tiene que estar controlado por un médico, no haciendo una dieta de estas locas. Pero cuando es una persona de norme obeso que tiene un cambio de estos empiezan a sentir satisfacción y no quieren dejar eso. Hacen lo posible para que eso no suceda. Hay persona que no tienen esa voluntad de dejar de comer para mantenerlo, pero aunque no lo mantengan y no tengan la voluntad de hacerlo, son personas que se mantienen preocupadas por el peso.

Tú haz una encuesta. ¿Qué mujer está satisfecha con su peso? ¿Qué mujer no ha hecho algo para cambiar su peso o su imagen? ¿A quién eso no le importa de manera genuina? El tema no es que importe o no, o si está mal o no, porque la apariencia importa porque es tu primera cara ante el mundo, sobre todo en un primer momento en que la gente no nos conoce. Tú no vas a ir por ahí como un loquito de carretera. Tienes que estar presentable que te sientas bien. Pero dándole valor a otras cosas, no tiene que ser la prioridad y mucho menos llevarlo a extremos.

M.E: Cuénteme un poco: ¿cómo es el tratamiento que se le tiene que dar a estos trastornos? ¿Qué otro especialista se debe consultar?

C.M: No son pacientes que suelen querer curarse, no sienten motivación. Entonces suelen llegar al odontólogo, al endocrinólogo por todo el tema de las hormonas, al gastroenterólogo porque lo mínimo que les puedes dar es estreñimiento, acidez, úlceras. Al dermatólogo porque cuando están desnutridos la piel se pone fatal. Suelen incluso ir al nutricionista para optimizar el trastorno. Y los médicos estéticos. Esos son los especialistas que deberían de estar entrenados para reconocer esto. Es difícil remitir y decir que tienen un problema psicológico, es delicado porque aquí la parte psicológica se ve como una debilidad. Se van, se ofenden. No es como ir al odontólogo. Es el estigma del paciente psicológico o psiquiátrico en Venezuela, es muy duro. Hasta en el área laboral, pedir un permiso para faltar al trabajo porque tienes una cita con el psicólogo puede llegar a ser mal visto. Aparte no lo cubre el seguro, tienen que venir al menos una vez a la semana y es un gasto.

El tratamiento que hago yo una vez que llegan y se quedan, porque muchas veces vienen una vez y cuando ven de qué se trata, se van y no vienen más. Es importante hacer un enganche, enganchar en la parte negativa para ellos del trastorno, siempre existe, porque a ellos no les encanta sentirse como se sienten. La parte de la depresión, del aislamiento. Muchas veces hay un aislamiento franco, no quieren salir de su casa, se visten con batolas para no permitir que se les vea el cuerpo, la figura. Esa parte.

Los conflictos con la familia. Muchísimas veces hay conflictos con la familia por eso. En el caso de la anoréxica el preguntarles si comieron. “¿Desayunaste?, ¿qué desayunaste?” Se atormentan y terminan por manejarlo mal, ya que la familia por mejor disposición que tengan, no tienen los conocimientos ni son las personas para ser terapeutas, porque eso lo que hace es degradar más la relación.

Por otro lado, el tratamiento, una vez que la persona viene hay que hacerle un monitoreo de la comida para ver que es lo que se come. Hacerle una historia médica detallada, para saber qué hay: si hay atracones o no, cuántos hay, cuántas veces hay.

M.E: ¿Llega un momento en las personas bulímicas en que el vómito no se puede controlar?

C.M: No, ni hacen ya esfuerzo tampoco.

M.E: ¿Aunque no quieran?

C.M: Porque es un hábito. Acostumbran a hacerlo. Es difícil. En etapas iniciales no es tanto. Y cuando el trastorno es muy largo no suele haber ese problema porque eso implicaría que el trastorno está en una fase muy aguda. No es lo usual, pero sí sucede. Entonces hacer una buena historia clínica a ver qué es lo que hay ahí, con qué frecuencia, que posibilidad de interacción con otros trastornos mentales hay, evaluar la parte física. Es importante eso para ver si es necesario referirlo a un psiquiatra para que medique, si es necesario un gastroenterólogo. Dependiendo de las necesidades del paciente uno tiene que ver con quien trabaja.

M.E: Nutricionista, ¿es fundamental?

C.M: No siempre, si supieras. Las personas con trastornos de alimentación tienen todos los conocimientos del mundo, saben las cargas nutricionales de los alimentos, se leen los contenidos nutricionales. Saben muchísimo, saben demasiado. El nutricionista no les va a decir nada nuevo, sobre todo si son un poquito mayores. Cuando están en la adolescencia se les da las indicaciones a los padres y ellos se ocupan de la alimentación. Lo ideal es que la persona con desórdenes alimenticios no sea responsable de comprar la comida, ni de cocinarla, ni decida qué se va a comer y mucho menos las cantidades. Eso es fácil cuando son adolescentes, pero más adelante y mientras más adulta sea la persona es más complicado manejar eso.

M.E: ¿En qué momento usted determina si la persona debe ser hospitalizada, medicada, ir a psiquiatra? ¿Cuáles son esos factores para tomar esa decisión?

C.M: Cuando su vida está corriendo peligro hay que hospitalizarla. Usualmente la parte física como tal, si yo veo que hay algo alterado tengo que referirla a un médico porque yo no lo soy, soy psicólogo. Entonces esa no es mi área de experticia, y de repente si hay que hacerle exámenes para ver si hay osteoporosis, por ejemplo, exámenes de sangre, todo lo que implique medicación. Siempre se hace como un despistaje, para saber las condiciones si esta en una etapa inicial o si está descompensada. Muchas veces las pacientes me las mandan los mismos médicos y esa parte ya está cubierta, entonces yo me ocupo de la parte psicológica y el monitoreo de la comida y la parte de la historia clínica.

También estudiar los factores precipitantes, que es analizar en que momento salen y por qué. Aquí entran las recaídas que son las recaídas.

M.E: ¿Son curables?

C.M: Son curables. Entran en remisión y los síntomas desaparecen. El problema son las recaídas. En esto se ha hablado que los trastornos alimentación se parecen mucho a las adicciones, donde el elemento adictivo es la comida. La gran diferencia y la gran debilidad de los trastornos alimenticios es que tú no puedes eliminar el elemento adictivo, tú tienes que enfrentarse al elemento adictivo varias veces al día. Entonces es muy difícil, a un alcohólico tú le dices que no puedes tomar y es difícil para él enfrentarse en una situación social al alcohol, pero de la comida no te puedes escapar entonces tienes que aprender a vivir con ella y a bajar tus niveles de ansiedad ante ella. A conocerte: Cuándo te estás poniendo más ansiosa, qué hacer, cuáles son las vías de escape, cuáles son los comodines. Ahí entran los factores precipitantes, cuando tú estás en tratamiento una parte muy importante es primero conocer cuáles son esos factores en cada persona que son distintos y luego intervenir en recaídas, tratar de hacer un plan para que el paciente sepa que es eso, que sucede, que va a haber momentos en que sentirá ese impulso a volver a eso que le hace tanto daño. Que es posible que tenga un episodio: que haga un ayuno, que tenga un atracón. En ese momento detenerse y darse cuenta de que fue una recaída, un episodio y no pasó nada. ¿Por qué? Porque si en el momento en que haces eso mandas todo al carrizo porque ya lo hiciste entonces te saboteas más aún.

Los factores precipitantes típicos suelen ser conflictos familiares o algo significativo como que me peleé con mi novio, me peleé con mi mamá, saqué mala nota en un examen para el que estudié mucho. Algo que te de sensación de fracaso en un aspecto de tu vida.

M.E: Es decir, ¿esos factores precipitantes son los que detonen la enfermedad o detones de igual forma una recaída?

C.M: Y bueno, a veces a hora es un factor precipitante. Las cinco de la tarde. Las últimas horas del día son fatales y tienen que estar entrenados para tener algo que hacer. “Me está dando, me está dando”, lo importante es reconocer que te está dando y luego llamas a alguien. Vas a donde haya alguien, da un paseo, distráete.

M.E: ¿Cuáles son las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de estos trastornos?

C.M: Muchísimas. Psicológicamente hablando está la depresión que muchas veces viene antes. Siempre se agrava. La ansiedad que funciona igual. En el cerebro es algo sin duda que empiezan a funcionar peor cuando hay un nivel de mal nutrición o desnutrición e inmediatamente se activan en estos mecanismos de neurotransmisores en los que hay una depresión porque te pones de mal humor, hay irritabilidad, aislamiento, síntomas más conductuales de los que vas haciendo.

Puede haber hiperactividad paradójicamente: o sea, hay personas que les da por desmayos y desbalances electrolíticos y otras que les da por hiperactividad, es una hiperactividad cerebral que se ponen un poco como maniacos en el sentido de que se aceleran, son hiperactivos y tienen más energía y se ponen a hacer más ejercicios.

Tienen problemas de la piel, en el estómago, esófago, dientes, se le inflaman las glándulas parótidas de tanto inducirse el vómito, se les pelan los nudillos de tanto estar en contacto con los ácidos, las uñas, el pelo por la desnutrición. En el caso de las anoréxicas que están muy graves, arritmias, muerte, ideas suicidas.

M.E: ¿Cree que estas enfermedades debieran ser tomadas como enfermedades de salud pública para la prevención y mejor manejo del problema?

C.M: (Duda)... Sí y no. Hay que hacer una intervención definitivamente. Hay que hacer un programa preventivo, tiene que estar hecho por personas que sepan porque hay que tener mucho cuidado de dar demasiadas ideas y demasiada información a personas que estén buscando optimizar su desorden. El exceso de información puede ser desfavorable en este caso. No se si has oído de las páginas web dedicadas a esto. Se dan consejos. ¡Francamente! Es una cosa terrible, horrible. Una de las cosas que se ha estudiado y hablado mucho es si tiene realmente un efecto positivo un programa preventivo. Hay que tener cuidado. Hay que hacer charlas preventivas en los colegios: sí. Hay que hacer campañas, que la gente sepa que esto existe, que los padres sepan que existe. Me parece muy importante los padres, porque están haciendo desastres sin saber. No es que por maldad o porque sean malos padres, es porque no saben. A mí me impresionan las mamás que están estupendas, y eso tiene un efecto en sus hijas: el modelaje. Es una presión. Yo he visto mamás que ponen a sus hijas a dietas a edades infantiles y les mandan en la ponchera, o sea, cosas que ni tan calvo ni tan dos pelucas porque tampoco se pueden mandar tantas chucherías, ni alimentos procesados que son fáciles.

Hay que tener cuidado. También me viene mucha gente que me viene con adicciones a la comida. Le están poniendo elementos adictivos a los productos más comercializados que aumentan la ansiedad, y se viene como una desesperación. Entonces una vez que se prohíben los alimentos es peor porque eso es lo que tú quieres. De repente por una semana no te los comes, pero cuando te los comes te los comes todos. Hay que tener mucho cuidado con eso.

La parte preventiva es muy importante, esa es otra de las cosas que está trabajando la fundación Ayúdate. Hacer publicidad que impacte. Eso que están haciendo muchos diseñadores de poner un peso mínimo a las modelos para las pasarelas. ¿Cuántas modelos han muerto? Es algo que está, definitivamente está. El porcentaje no es tan alto o la mortalidad no es tan alta como en otro tipo de enfermedades, pero no es para descartarlo.

Y, como te digo, tú puedes no tener el diagnóstico según el libro pero estás muy preocupada, estás cambiando tu manera de ser, de funcionar a través de esto. Estás haciéndote daño por las dietas que haces. Aquí ha llegado gente con unas dietas tan locas. Hay sitios de control de peso con especialistas muy irresponsables que hacen locuras. Hay que tener cuidado de para dónde va la gente.

M.E: Entonces, ¿usted cree que la prevención deba ir sobre todo enfocada a los padres?

C.M: Sí, sobre todo enfocada a los padres y sin duda en los colegios cuando se identifica. Hay que hacer una campaña con los psicólogos escolares con los profesores para que sepan identificar las cosas.

M.E: En el caso de las universidades, que ya hay más libertad, ya tienen carro, dinero ¿Cómo se podría abordar con ese grupo?

C.M: Eso es muy difícil por lo que hemos hablado, por eso es que si se inicia la prevención en los colegios es más fácil. Hay más control. Hay institutos y colegios específicos que tienen una prevalencia mucho mayor que otros. Hay modas, la moda de tal dieta entonces todas la quieren hacer.

Los padres muchas veces fracasan porque subestiman, le quitan importancia. Pensando que es simplemente una moda y que diciéndole que esta linda se va a quedar tranquila. Subestiman el problema o piensan que es una necedad. Entonces la relación padre-hijo empieza a resquebrajarse y profundiza el trastorno. El problemita se vuelve un problemón.

M.E: Y se ve como una cuestión superficial.

C.M: Y no es así. Es una cuestión de control, de perfeccionamiento y lo estoy reflejando conmigo y lo reflejo con la comida. Una vez que está instaurado si es difícil. El miedo a engordar, las reacciones positivas al principio. Y esas reacciones positivas se vuelven después negativas cuando adelgazan de más, por la misma malnutrición, empieza a distorsionar lo que está sucediendo. Piensan que son celos, que lo que quieren es que esté gorda.

Mi gran recomendación es a los padres: si tienen alguna duda o sospecha ligera de que puede haber un problema alimenticio, usualmente lo hay. Así que hay que buscar ayuda con profesionales porque de verdad en etapas tempranas es muy fácil de controlarse y solucionarse.

ANEXO D
Entrevista Beatriz Verdi
Licencia en Nutrición
13 de febrero de 2012
8:30 am

M.E: Cuénteme un poco de su experiencia

B.V: Soy nutricionista, hice dos internados docentes de nutrición clínica aquí en Centro Médico, uno en nutrición clínica y otro de trastornos de conducta alimentaria. Hice una maestría de psicología en la Simón Bolívar, la oriente mucho también a trastornos de la conducta alimenticia y obesidad. Bueno, posteriormente conferencias, he estado aquí en Centro Médico como coordinadora general, coordinadora docente, coordinadora de la unidad de trastornos de la conducta alimentaria.

Aquí hay una unidad que funciona desde hace 25 años que se ha ido estructurando con el tiempo. En el 94 lo formalizamos, le dimos más estructuras y formamos un equipo. Existía pero era muy informal, lo que hicimos fue formalizarlo y darle la estructura que ameritaba y con el tiempo la unidad ha ido creciendo.

M.E: También has formado parte de la Fundación Ayúdate, ¿no?

B.V: Sí, en eso estamos trabajando. Estamos apoyando esa iniciativa, estamos trabajando en las investigaciones de cifras.

M.E: Me gustaría que me hablaras de cuáles son las conductas alimenticias que suelen tener los pacientes de anorexia y también los de bulimia.

B.V: Ok. Mira, existen unos criterios que hoy día se están estudiando que son los que tú debes conocer que son los del DSM-IV. Actualmente eso se está estudiando y ampliando para ser publicado en el DSM-V que sale en el 2012 o 2013. Esto es importante porque anteriormente había unos criterios que incluía la distorsión de la imagen corporal, amenorrea de por lo menos tres meses, menarquia tardía, fobia a las grasas, ciertos criterios. Pero la experiencia de muchos en otras partes del mundo y nuestra, es que había un grupo que siempre quedaba por fuera porque no todo el mundo presentaba los mismos criterios. Es decir, puede que una niña de 14 años que no se había desarrollado, los muchachos de género masculino, ¿dónde entran ellos? Entonces se hizo una clasificación que son trastornos de la conducta alimentaria no específicos, que es cuando no los cubre completos o cubre de anorexia y bulimia. Eso ya se está ampliando, se están haciendo subclasificaciones, no han llegado hasta un consenso todavía, sencillamente eran propuestas.

Sabes que el inicio usual es en la adolescencia, pero ellos hablan de que los trastornos de la conducta alimentaria pueden empezar muy temprano pero como

no tienes los criterios la gente no le hace caso, hasta que cumplen los criterios pero cuando eso pasa ya tienen seis o siete años de enfermedad.

M.E: Y es más difícil tratarla

B.V: Sí, porque la experiencia ha sido que mientras más temprano tu agarres la enfermedad el pronóstico es mucho mejor. No es lo mismo agarrar a una niña de 11, 12 años a una de 25 años.

M.E. Aún así, ¿usted considera que los trastornos pueden aparecer después de la adolescencia?

B.V: Sí, aparecen. Tenemos pacientes que, claro no sabemos si a lo mejor en algún momento de la juventud aparecieron y eso estuvo solapado, pero hemos tenido señoras mayores de 30, 40, 50, 60 años que desarrollan, secundarios o no a algún evento o desencadenados por algo, desarrollan trastornos. Con menor porcentaje, pero sí se ha visto.

Hay niñas que ya en los colegios empiezan a hacer dietas, omiten el desayuno, comienzan a tomar laxantes. Ya esas son conductas que te hacen pensar que eso no es normal y no te puedes quedar tranquila. Un niño de 9, 12 años de edad está pensando en otras cosas no en que “yo hoy no voy a desayunar” o “yo hoy voy a hacer ejercicio”. Son conductas que tienes que prestarle atención, hacer un monitoreo y trabajarla de una vez. A lo mejor no como un trastorno de la conducta alimentaria, pero sí trabajarla.

Las conductas específicamente de las personas con anorexia es que se pesan constantemente, se miran en el espejo constantemente, tienden a usar ropa holgada para ocultar su pérdida de peso, tienen conductas obsesivas hacia los alimentos, leen las etiquetas de los alimentos, cuentan las calorías de los que comen, dos o tres calorías son para ellas relevantes, pesan los alimentos, tienden a comer en un lapso de 45 minutos hasta dos horas, tienden a picar los alimentos bien pequeños, comen demasiado lento, muchas veces tienen miedo a la ingesta de agua y no la consumen o, lo contrario, beben mucho agua para esconder el apetito porque sienten hambre y lo que quieren es bloquearlo o vencerlo en cierta forma. Esa sensación de aguantar el hambre les da placer, es como que “tengo hambre, lo aguanté y estoy perdiendo peso. Tengo control”, pero es un control falso, es la enfermedad quien las tiene controladas.

Tienen preferencias hacia los vegetales, las frutas, alimentos Light, descremados. Hay una versión hacia los carbohidratos. Lo general es eso. Están bajo peso o en su peso pero en sus límites inferiores.

M.E: ¿Y en el caso de la bulimia?

B.V: Es lo contrario. Ellas más bien tienen sobrepeso o están en su peso pero hacia los límites superiores precisamente por esas altas ingestas calóricas. Ellas se restringen los alimentos durante todo el día, tratando de hacer dieta, hasta el punto

de que no comen nada como la paciente con anorexia. Pero su cuerpo no lo aguanta fisiológicamente, emocionalmente, hay un conjunto de factores que influyen y lo que hacen es comer compulsivamente. La literatura habla hasta de 10 mil calorías en un par de horas, y por más que vomiten una parte de eso se absorbe. Además son alimentos híper calóricos: carbohidratos, tortas, golosinas, todo ese tipo de cosas.

La bulimia igual se pesa constantemente. Hay libros que dicen que la bulimia tiene distorsión de la imagen corporal, otros que no. Mi experiencia es que sí, de hecho ellas pasan de bulimia a anorexia, de anorexia a bulimia, hay una preocupación excesiva hacia la imagen.

M.E: ¿Se unen mucho ambos trastornos?

B.V: Sí, se unen mucho los dos trastornos, la mayoría. De hecho creo que sólo un 20% no hace, o sea se queda en anorexia. El resto pasa de bulimia y de bulimia a anorexia y en eso andan. Se unen los dos trastornos. Están en una o dos semanas de anorexia, después pasan tres semanas de bulimia, después llega un momento en que cuando eso se cronifica no logran volver a la anorexia. De hecho es lo que les cuesta de la dieta, adaptarse a un plan de alimentación. Ya sabes que no puedes ponérselo estricto porque es desencadenarle un atracón.

Entonces, a las pacientes con bulimia no les gusta hacer ejercicio. Entonces cuando una paciente en consulta te dice “hago ejercicio dos horas al día”, “me peso todos los días”, ya tú sabes. Hay algo curioso: las personas con anorexia son exigentes, son perfeccionistas, son las primeras de la clase o las primeras de su trabajo, son personas intelectualmente brillantes. Cuando pasan a bulimia, hacen todo lo contrario: dejan de hacer ejercicio, de la introversión pasan a la extroversión. Son características contrarias.

Por eso es que la bulimia necesita la estructura porque es una personas totalmente desestructurada, te piden indirectamente “estructúrame”.

A la anorexia más bien tienes que decirle “no peses, no midas, 100 gramos más no te hace nada”. Cuando te traen los recuentos te los traen con color, una cosa perfecta. La paciente con bulimia no te los trae o te los trae desordenados, o no te los trae completos. Son características que tú ves en la consulta. La que te dobla la batica perfecta tu sospechas que es anorexia, porque la paciente con bulimia suele dejarla ahí tirada.

Eso te lo da la experiencia. La paciente con bulimia se atraca, te come con las manos y se desespera. La paciente con anorexia jamás, pica pequeñito, tienen rituales.

M.E: ¿Cómo cuáles?

B.V. Lavarse las manos quinientas mil veces, bueno depende de cómo les de porque es una obsesión. Pero eso, comen cierto tipos de alimentos, pica pequeñito,

comen unos alimentos primeros, otros después. La bulimia te va a comer de primero la fruta, los vegetales y se último los carbohidratos porque al vomitar asegura que eso sea lo primero que va a salir.

La paciente con bulimia cuando se siente a dieta no come otros alimentos, pero una vez que se sale no le importa nada.

M.E: ¿Los laxantes son relacionados con los dos trastornos o sólo con la bulimia?

B.V: Con los dos, pero más con la bulimia o en todo caso con la anorexia purgativa, come pocas cantidades, come una galleta y vomita, lo poco que come lo vomita. En cambio la bulimia come grandes cantidades de alimentos.

Se les dice que eso es adictivo porque el cuerpo al vomitar produce grandes niveles de endorfinas entonces es mejor tratar de no vomitar, porque mientras más vomites más tu cuerpo va a querer vomitar porque eso le produce placer por la producción de endorfinas.

Esas son las características conductuales. Hay pacientes con bulimia que tienen problemas de promiscuidad, adicciones, dependientes del alcohol, tienden a buscarse parejas como ellas, conflictivas, no alguien que de repente las ayude. Lo dice la literatura. A veces roban, roban medicinas, roban comida, roban laxantes. Esas son las más resaltantes.

M.E. ¿Cómo es el proceso, según su experiencia, para que una persona llegue a provarse por completo de los alimentos en el caso de las pacientes con anorexia?

B.V: No hay un patrón. Usualmente empiezan a quitarse, de hecho lo dice la literatura, las golosinas y después pasan a los carbohidratos al punto de comer nada o quedarse solo con un par de alimentos. Se vuelven muy selectivas con el tipo de alimentos.

M.E: ¿A cuáles alimentos suelen sentir más rechazo?

B.V: A los carbohidratos. También a la golosinas. Algunas a las grasas. Los carbohidratos y las grasas principalmente pero por ejemplo uno se encuentra con algunas que si te comen carbohidratos pero no te comen lácteos porque ahorita hay un boom de que los lácteos no te hacen perder peso, que son súper calóricos entonces todo el mundo ahorita viene “no, no puedo tomar leche ni siquiera descremada porque eso tiene muchas calorías”. Claro, si te viene una persona mayor lo tratas de manejar, pero si te viene una adolescente cómo haces porque necesita el calcio. Depende del paciente, pero usualmente son las grasas, carbohidratos, golosinas. Alimentos súper calóricos.

M.E: Y comen con más facilidad lo que es vegetales, frutas...

B.V: Con total libertad. Sin embargo, temen al cambur, al mango y a ciertas frutas que ellas saben que tienen mayor contenido calórico y no las comen porque lo saben, entonces cuesta más trabajo introducirlas.

M.E: ¿Cuál es la actitud de las pacientes cuando vienen a consulta?

B.V: Depende. Hay pacientes que vienen con conciencia de su enfermedad y vienen a pedirte ayuda y hay otras que vienen en estado de negación y son traídas por los padreo o algún familiar.

Esta enfermedad tiene varias fases de tratamiento. Está la precontemplación que es la negación profunda y rotunda: “Yo no tengo nada, yo como de todo, yo no sé por qué estoy aquí”, que es mentira. Está la contemplación que es cuando la persona sabe que tiene un desorden, que tiene anorexia pero no hace nada para cambiar eso, se va a su casa y no hace nada. Sigue resistente a cambiar. Después está la conciencia y es cuando viene a pedir a ayuda porque sabe que tiene un problema y está motivado para solucionarlo.

M.E: ¿Ha notado que la edad influya en esa actitud?

B.V: Totalmente. Las más pequeñitas son más inocentes, no tienen tanta información. se meten en Internet y hay una página que se llama Ana y Mia, que es terrible. Tienen menos tiempo con la enfermedad, son más “jojoticas” más inocentes e inmaduras y las puedes manejar. En cambio el cambio de una persona de 30 años es más difícil.

M.E: ¿Y en el caso de una persona universitaria?

B.V: Depende. Lo importante aquí es el inicio de la enfermedad, eso te da el pronóstico. Yo puedo tener una muchacha de 17 años cuya enfermedad empezó a los 9 años, entonces es más crónico y difícil. La universitaria a lo mejor ya te cuesta un poquito más sino por la personalidad, libertad, son más independientes. Es difícil y empeora si ya tiene muchos años con la enfermedad.

M.E: ¿Cómo es el tratamiento desde el punto de vista nutricional que se le da a las pacientes con trastornos de la conducta alimenticia?

B.V: Lo primero que se hace es una evaluación, dependiendo de esa evaluación tu clasificas al paciente.

Hay tres tipos: un primer nivel, que es el nivel de hospitalización, que es cuando la paciente tiene una pérdida de 20% o 25% por debajo de su peso corporal ideal, su estado de salud se ve comprometido, tiene ideas suicidas. Hay un nivel intermedio, semi hospitalización en el que el paciente pasa de 7 de la mañana a 7 de la noche. Va a dormir a su casa pero es un tratamiento diurno, day care le decimos nosotros. Se supervisan las comidas, las nutricionista las supervisa y las planifica. Se empiezan siempre con los alimentos de su preferencia que le dan seguridad mientras le das educación nutricional. Cuando tú das educación

nutricional, lo hacemos con herramientas cognitivo-conductuales que es cambiar los pensamientos irracionales con pensamientos racionales, eso lleva tiempo pero entonces mientras tú haces eso haces que la persona vaya agarrando confianza. Le vas trabajando la imagen corporal, vas incorporando alimentos entonces ella le va ganando confianza, va ganando peso y pasa a otro nivel de tratamiento en el que se supervisan algunas de tus comida y sigues tu tratamiento ambulatorio.

Después está la que no necesariamente hospitalización sino que se ve una o dos veces por semana. Es el peso y la conducta que tenga hacia el alimento lo que determinará el nivel de tratamiento al que va a ingresar.

M.E: ¿Tiene un tiempo establecido esas etapas?

B.V: Sí. Usualmente el day care puede durar un mes como puede durar tres meses. Depende de la evolución del paciente. La hospitalización puede durar de cuatro semanas hasta 6 o 7 meses y después ahí pasan al day care, es algo progresivo.

Eso sí, cada vez tenemos mas. Antes hospitalizábamos a un paciente cada cuatro años, ahora hemos hospitalizado tres o cuatro pacientes en un año. Ha aumentado, pero siempre son más los pacientes ambulatorios, son la mayoría. El day care usualmente dura un mes, porque no son pacientes nutricionalmente comprometidos, es más de conducta lo que hay que trabajar.

El tratamiento ambulatorio es crónico, es una enfermedad crónica. De hecho la literatura habla, y en mi experiencia ha sido así, que tú ves recuperación del paciente cuando tiene de 7 a 10 años de tratamiento ininterrumpido. Ellos se recuperan nutricionalmente, pero para tú decir “estas recuperado, tu puedes andar sólo”. Claro, tu le das de alta antes al paciente, a lo mejor a los cuatro cinco años lo empiezas a ver una vez al año, pero siempre tiene que estar viniendo.

M.E: Sí, porque la enfermedad tiene muchas recaídas.

B.V: Tiene muchas recaídas, sobre todo al principio del tratamiento. Y depende también de si los pacientes tienen morbilidades psiquiátricas como trastornos de personalidad, bipolaridad, depresiones severas, esquizofrenia que evidentemente hace más difícil el manejo y las recaídas son más frecuentes. Si hay apoyo familiar o no. Eso es importante.

M.E: Según lo que me estaba contando del aumento de los casos: ¿A qué cree que se deba esto?

B.V: Esto es multifactorial, no se sabe. Yo sí creo que hay un factor publicitario, modelaje. Mundialmente se le ha dado mucha importancia a la imagen corporal. O sea, de un problema que era de salud que sigue siendo, que es la obesidad y el sobre peso tenemos el otro extremo, es una obsesión. Fíjate que hasta los hombres hoy en día se están operando. A las niñas de 7 u 8 años el cumpleaños se lo

celebran en un spa. ¿Qué le estás diciendo ahí? Tú imagen personal es importante, la apariencia y eso pero no puedes desde pequeña. A los 8 años estás jugando con muñecas. Todo se ha volcado hacia la imagen. ¿Qué mujer hoy en día no se opera? Se le ha dado mucha importancia al tema de la imagen corporal. Entonces si tienes susceptibilidad la genética, porque aparentemente es un gen, lo desencadenas.

Otra cosa que hoy día se ve mucho, la separación de familias, las familias desestructuradas, el estilo de vida que actualmente llevamos, esa falta de estructura familiar hace que si la persona tiene la susceptibilidad la persona lo desencadene.

Lo otro es que siempre existió y simplemente no era diagnosticado y se solapaba. Pero no sabemos, no está muy claro. Podemos pensar que no están llegando más pacientes porque ya se escucha más, se han dado charlas en los colegios, la prensa está más preocupada, los mismos médicos prestan más atención y remiten pacientes, hay más información. En verdad no sabemos cuál es la causa.

Si tú buscas las estadísticas sigue diciendo que es 1% pero si buscas estudios que dicen que empiezan desde más temprano el porcentaje debe ser mucho más altos. Los criterios hacen que un genio se te quede por fuera.

La paciente que te viene para perder peso...eso es lo primero que yo hago: les pregunto cuántas dietas han hecho en su vida y me dice “toda mi vida yo he hecho dieta”, esa es una paciente con un desorden de la alimentación así no se llame anorexia o bulimia. Se llamará comedor compulsivo o sencillamente es la obesidad porque la quieren categorizar como trastorno de la conducta alimentaria. Un paciente que no desayuna o se para en la noche a comer es un paciente con un trastorno de alimentación. La parte emocional tiene que estar metida ahí, buscan la comida como vía de escape como otros buscan el alcohol o el cigarrillo.

Por eso es que fracasan esos pacientes, porque tienen que tratar la parte emocional. Tienen que estar con un psicólogo o un psiquiatra ajuro, no sólo es darles una dieta, tiene que manejar esa ansiedad, esa angustia, el miedo a engordar y esa obsesión por la imagen corporal.

M.E: ¿Cómo maneja o hace que sus pacientes pierda el miedo a engordar? ¿Qué estrategia implementa?

B.V: Son muchas, son estrategias cognitivo-conductuales como te dije. Yo trabajo peso ciego, no les muestro el peso porque perder 100 gramos para ellos no es nada, o perder medio kilo no es nada. O lo contrario, si hubo una semana que no fue buena o se mantuvieron o tuvieron peso de más para ellos es terrible entonces les angustia y los haces caer en ese círculo vicioso, esa sensación de fracaso, de “esto no funciona, no sirve para nada, para qué hago la dieta”, entonces tú no le dices el peso. Dependiendo también de cómo la veas emocionalmente decides no decirle. Ellas a veces son las que piden que no se los

digas. A veces se lo dices para que les des tranquilidad, para que vean que no pasa nada si se salieron una vez de la dieta porque igual pueden perder. Lo que tienen es que aprender a tener control de lo que comen. Es un proceso.

Es agarrarle confianza a los alimentos, ese es el objetivo principal con las pacientes. Que aprendan a comer incorporando todo tipo de alimentos y sientan seguridad al momento de comer.

M.E: ¿Qué relación tienen ellas con los alimentos? ¿Es como una relación de amor odio?

B.V: Sí es eso, es una relación de amor odio. De hecho a las pacientes que tienen anorexia les gusta cocinar para los demás, cocinan y es una forma de comer ella spero le dan la comida a los demás. Sienten control. Es una relación amor odio, cuando tu les pones el plato es como si les pusieras el diablo en frente. Hay unas que lloran y tiran el plato en el piso, es una fobia. Hay quienes lo tienen más, es una relación que es más de odio, de rabia y te la proyectan a ti. Te ven como la mala. Lo primero que tienes que lograr con el paciente es el vínculo, que se sienta en confianza, que se sienta comprendido, es una enfermedad, algo más fuerte que ellos. No es fácil a veces para nosotros.

M.E: ¿Está de acuerdo usted con esas posturas que asimilan estos trastornos a otras adicciones como la adicción al alcohol y a las drogas, pero en este caso a la comida?

B.V: Hay estudios que hablan con eso, sobre todo en la bulimia con los carbohidratos. Cualquier persona que pase el día sin comer a las cinco de la tarde va a tener hambre y el cuerpo fisiológicamente pide carbohidratos, porque son el principal nutriente del sistema nervioso central. Si no le llega azúcar a mi cuerpo yo empiezo a producir, agarrar mi proteína que se convierte en glucosa, eso puedo soportarlos por dos o tres días pero llega un momento en que no aguanto más. Fisiológicamente el cuerpo es sabio y te pide los alimentos que hacen que rápido le lleguen a tu sistema, y son los carbohidratos sencillos, los chocolates, los azúcares, las tortas. Eso es una respuesta fisiológica que, además, en la bulimia hay un mal manejo de las emociones, en las dos pero en la bulimia es más perceptible. Se mezclan los sentimientos en la camisa, pelie con alguien y busco la comida como alivio a los que siento. Unos lo hacen conciente y otros lo hacen inconciente, y ahí es donde se habla de adicción. En realidad es una cuestión fisiológica y de emociones.

M.E: ¿Qué tipo de alimentación usted recomienda en los tratamientos?

B.V: Depende de cada paciente, lo que sí es que una paciente con anorexia que viene comiendo 300 calorías nunca le va a poder introducir 1200 o más porque va a ser contraproducente: no lo va a ser, puedes provocar que vomite y si tiene una desnutrición importante puedes provocarle un síndrome de realimentación, eso es que haga un paro cardiaco o un paro respiratorio para explicártelo de forma

sencilla. Entonces tienes que ir incorporando los alimentos poco a poco, lo haces con los alimentos de su preferencia para que ella vaya tomándole seguridad. Si tienes una paciente de bajo peso el objetivo es recuperarla no importa si es con manzanas, el objetivo es recuperarla.

Después, te encargas de trabajar la variedad porque si ella no come carbohidrato y ella no come carbohidrato y sabe que tiene que ganar peso lo va a asociar y no se lo va a comer. Con la base de las manzanas le muestras que lo que la engorda no es el tipo de alimento sino las calorías que consume, entonces ella va a acceder a comer carbohidrato. Esa es una estrategia hasta que la paciente va mejorando, cuando lo hace nutricionalmente su parte cognitiva mejora y ve las cosas con más realidad.

Cuando están desnutridas es muy difícil hacerlas entender, todo es blanco o es negro, es difícil que logren entender. De hecho el objetivo cuando están desnutridas es compensarlas médicamente y después nutricionalmente y ya. El psiquiatra no entra. Ni siquiera la educas, le colocas una sonda y ya, no trabajas más con ella porque no hay forma. Su sistema nervioso está repletado, no tiene sentido. Luego de que la has recuperado entra el psiquiatra y sí empiezas a trabajar con ellas.

M.E: ¿Y en el caso de las pacientes bulímicas?

B.V: En ese caso es al revés. Si las haces sentir que están a dieta te lo cumplen perfecto, usualmente te aceptan el carbohidrato pero en cantidades determinadas. Para mí es más difícil el manejo de la anorexia que de la anorexia. La paciente de anorexia esta estructurada y lo que tienes es romperle las estructuras. A una paciente con bulimia la tienes que estructurar y es más difícil. Logras meterla en un plan de alimentación que no sea tan rígido para no desencadenarle un atracón, pero que haga ejercicio, esas cosas que ayudan a la pérdida de peso y la motiven no es fácil.

También están las emociones y por cualquier cosita y cualquier evento rompe el plan de alimentación y para ellas es un fracaso. Tiene un sentimiento de culpa grandísimo porque se comió un chocolate y entonces siente que ya perdió todo y se da permiso para comer y hacer los atracones. Es más difícil.

M.E: ¿Qué actitud suelen tener cuando usted les da un plan de alimentación?

B.V: Si supieras que abierta, a menos que estén en negación. En ese caso trabajas la negación y haces que salgan preocupadas de la consulta, cosa que no es mentira: hay que preocuparse, sobre todo si están desnutridas. Ellas logran engancharse después, la que no lo hace no vuelve, pero son pocas.

M.E. ¿Mediante estos planes de alimentación se logra controlar la ansiedad y los atracones?

B.V: Y junto con el psicólogo o psiquiatra. Solitas no, porque no funciona. De hecho llega un momento en que el paciente está negado a ir, tratas de hacer el vínculo y lo remites. Tu sientes que avanzas, pero hay un momento en que te estancas y necesitas de su ayuda para que la persona termine de avanzar. Está involucrada la cuestión emocional, es un problema emocional que se manifiesta nutricionalmente.

M.E: Desde el punto de vista nutricional, ¿cuáles son las consecuencias que pueden traer estos trastornos?

B.V: Lo más grave es la osteoporosis, de hecho ahorita se hace de rutina porque todos sus exámenes de laboratorios cuando los pides están perfectos porque el cuerpo trata de compensar, te estoy hablando de una desnutrida, un trastorno de una anorexia. Le haces un perfil anémico y puede que salgan con deficiencia de hierro y ácido fólico. La osteoporosis es más importante porque ellas no menstrúan y al perder la regla no hay formación de estrógeno que permita la fijación de calcio, problemas de fertilidad, problemas cardiovasculares. La parte cognitiva y emocional se altera por completo y morir por supuesto que es lo más grave.

En la bulimia puedes encontrar electrolitos, sodios, potasio, cloro en desequilibrio, alterados. Puedes encontrar también lipasa pancreática alterada. Ruptura esofágica, que se les revienta el esófago por los vómitos, desequilibrio hidroelectrolítico severos y morir también, que hagan paro cardíaco.

M.E: Supongo que la intervención de otros especialistas dependerá también de cada paciente.

B.V: Sí, el ginecólogo es importante y el gastroenterólogo. Un internista.

M.E: Según su experiencia, ¿Cuáles son los pasos ideales que considera que hay que darse para un plan de prevención o para alertar?

B.V: Información y educar. Ir a los colegios. Hay que hacer campañas de información, ir a los colegios, a la sociedad de padres: ir directamente a los padres porque a veces son ellos quienes niegan los problemas por no estar correctamente informados o no quieren aceptarlo. Debería haber una cátedra que se llame alimentación y nutrición, así como educación para la salud. La publicidad, la prensa, yo creo que eso ha influido en que la gente tenga un poco más de conciencia aunque todavía falta. Las mismas campañas publicitarias a nivel de imagen, vallas. Eso es lo que creo que hay que hacer. Buscar la forma de que se le preste menos importancia al físico, porque no es a la salud, la gente le importa es el físico.

M.E: ¿Qué mensaje le daría a una persona que sufra un desorden o a un familiar que sospeche?

B.V: Buscar la ayuda, tienen que ir a personas que sepan del manejo de esto. Es una especialidad, hay unos programas, unos protocolos que se tienen que seguir para que esto funcione. Si no es algo que se va resolviendo de a ratico pero en cualquier momento... y que mientras más temprano se busque la ayuda el pronostico será más favorable. No importa si es sólo una sospecha, lo mejor es salir de la duda y evitar que crezca

ANEXO E
Entrevista Andreina Ramírez
Miembro y vocera de Fundación Ayúdate
Martes 14 de febrero de 2012
9:00 am

M.E: ¿Cómo nace la fundación Ayúdate?

A.R: Yo comencé conocí a Carla en el 2001 y surgió la idea. Estuve averiguando, me fui a Madrid con un grupo de gente que tiene una fundación allá, estuve investigando en Venezuela la parte legal. Ahí nace la fundación

M.E: Es decir que usted es la fundadora

A.R: Se puede decir que sí, junto con Carla que es pilar y después se ha ido incorporando más gente en el esfuerzo. La fundación nace con el objetivo de que la gente sienta apoyo: que cuando sufra tenga un lugar donde acudir donde sepa que no la van a ver mal, con gente que lo haya sufrido de una u otra forma para que sientan apoyo. Queremos transmitir un sentimiento de cariño, comprensión y de apoyo para que cuando esté en el proceso de tratamiento sepa que puede llamar y la van a atender y que la familia no se sienta juzgada sino que pueda hablar de su problema con otras personas que también lo tenga.

M.E: ¿Actualmente quiénes forman parte de Ayúdate? Según lo que pude ver hay especialistas de diversas áreas, ¿hay personas que hayan sufrido del trastorno?

A.R: No, ese es el problema que tenemos ahorita. La fundación está en el proceso legal y se han hecho muchas investigaciones pero no se ha hecho voz como tal porque el temor que tenemos es que nos llegue gente y no tengamos las herramientas completas para poderlas ayudar. Entonces la idea ahorita es recabar gente que la haya sufrido para que la sientan suya y la lleven adelante.

En la parte de investigación está Soraida Lugli de la Universidad Simón Bolívar, Carla Márquez, Emiliano Oteyza, Ernesto Rodríguez, Beatriz Verdi.

M.E: ¿Cuáles son los objetivos a mediano largo plazo ahora que ya está legalmente formada?

A.R: La fundación quiere lograr una casa para trastornos con trastornos de comportamientos alimentarios, porque aquí en Venezuela no hay nada similar para hospitalizarlas, entonces muchas de ellas terminan encerradas en psiquiátricos con personas enfermas, drogadictos. Eso a mi me angustia porque estás poniendo a la persona en un lugar peor, están sufriendo una enfermedad pero están con gente que tienen enfermedades psiquiátricas o de otras características pero ellas no están locas. Simplemente son personas con un problema y su forma de llevarlo y solucionarlo es a través de la alimentación. Esa es una de las ideas,

hacer una casa hogar sobre todo para ayudar a personas que no tienen recursos que es lo que más me angustia para que puedan encontrar la ayuda que necesitan.

Estamos indagando para ver cómo metemos los tratamientos de trastornos de la conducta alimentaria a través de los seguros. Hay un diálogo con las aseguradoras para ver cómo nos pueden ayudar, presentarles nuestros programas de prevención, decirles que estamos hablando de un 11 o 14% de un municipio a otro sin desigualdades de clases.

M.E: ¿Esos porcentajes son según sus estudios?

A.R: Sí, en Baruta hablamos de 14% en mujeres nada más y 3% en los hombres. En Chacao 11% de la población general y en los hombres 7%.

M.E: La fundación Ayúdate quiere lograr que el porcentaje de los trastornos de alimentación desaparezcan y a su vez ofrecer apoyo a los jóvenes que la padecen y a sus familiares ¿Cómo piensan hacerlo?

A.R: A través de nuestros programas de prevención y atención.

M.E: ¿Ya iniciaron?

A.R: Se están formando ahorita, es lo que te cuento: estamos hablando de 250 unidades educativas a las que hay que ir y nuestros psicólogos no pueden ir a todos los centros. Entonces lo que estamos haciendo es que cada psicólogo va a tener un lineamiento y programa con lo que se debe dar. Este año, todavía no tengo la fecha precisa, vamos a tener nuestro programa piloto en el colegio San Ignacio. Empezamos este año, a partir de ahí se hace la escala y comenzamos a contratar psicólogos por hora.

M.E: ¿Las líneas de comunicación están activas?

A.R: Sí. Este mes hemos tenido cinco llamadas de padres pidiendo ayuda y pidiendo información. Por ahora quien llama obtiene nuestra información de a dónde debe dirigir, por lo menos hasta que no tengamos nuestros propios recursos la idea es orientarlos. Mucha gente pide la ayuda pero encuentra gente que no le da la talla, que sólo las medica y el caso empeora. La fundación lo que hace es remitirla a gente de confianza e incluso hemos hablando con algunos psicólogos para que bajen el costo de la consulta e incluso las atiendan en la sede de la fundación, de modo que baje un poco el costo.

M.E: Me estaba hablando de la medición municipal que es uno de sus objetivos, a nivel municipal, estatal y también a nivel nacional en el 2014, ¿Cómo va eso?

A.R: Nosotros este año estamos terminando de realizar sucre. El año que viene se quiere realizar Libertador y también la zona de Barlovento y Los Teques, que se

hace paralelamente. Entonces para 2013 se quiere hacer Libertados y las zonas mirandinas. Lo que queremos hacer es que con la Universidad Católica, en el programa de relaciones industriales ellos tienen que hacer un año de cuestiones rurales en distintas zonas. El acuerdo con ellos es hacerlo a través de ellos y que nos ayuden en distintos estados para hacer la medición nacional.

M.E: ¿Y a nivel municipal como lo han hecho hasta ahora? ¿Cómo lo han hecho? ¿Cuál ha sido el grupo heteráneo?

A.R: Se hace un muestreo por colegio, se toman todas las unidades educativas del país y de ellos se saca una muestra con 95% de confiabilidad y se hace una encuesta en 4to y 5to año de bachillerato que es donde consideramos que el trastorno debe estar más instaurado en la población. Así se ha hecho en Baruta y en Sucre donde se está llevando a cabo.

M.E: ¿Han tenido algún apoyo para llevar esto a cabo?

A.R: Solo nosotros, no he tenido chance irme a las empresas. El tema de las ONG's en Venezuela no existe, entonces son asociaciones civiles o fundaciones. El tema del temor es hacia los psicólogos que están en la fundación, que se les vaya a atacar en caso de que alguna niña se complique, porque eso es que yo he tratado de manejar de manera muy delicada el tema de quiénes son los psicólogos que están dentro de la fundación para estar segura de que sean gente que ha hecho las cosas bien, de que tienen sensibilidad y tienen delicadeza para saber cómo se toman el tema.

En junio fue que nos dieron el impuesto sobre la renta que es con lo que nosotros podemos acercarnos a las empresas y les pides para que ellos se exoneren y se ha hablado con Cyzone porque están llevando la campaña de Quiérete y ellos están esperando hasta marzo para sacar sus cálculos sabes si nos pueden ayudar y dar los recursos para el apoyo de la fundación.

M.E: ¿Hay algún proyecto que quieran llegar a hacer y no han podido materializar por la cuestión de recursos?

A.R: Es eso, se han tardado los programas de prevención por la cuestión de recursos. Realmente le estamos pidiendo a psicólogos, psiquiatras nutricionistas que se sienten a hacer un trabajo sin en verdad darle un sueldo. Hemos tratado de hacer acuerdos con el gobierno pero yo me he echado para atrás porque se ven cosas muy irregulares, te preguntan qué color tienes, entonces estamos esperando a tener un gobierno más estable que esté dispuesto a proveer los recursos porque los porcentajes que estamos manejando son altos sin desigualdad de clases: o sea yo he encontrado en un liceo más trastornos de comportamiento alimentario que en un colegio privado de clase alta y ahí es donde nosotros nos preocupamos más. Ha llegado gente a pedirnos ayuda con trastornos de comportamiento alimentario que se inclinan al suicidio y a la desesperación y han llegado a hospitales donde

en verdad no hay una visión ni una atención de este tipo de trastornos y los deteriora.

A su vez, paralelamente se está llevando a cabo una investigación de todos los médicos, pediatras, ginecólogos, gastroenterólogos de distintos sectores para saber el grado de conocimientos que ellos puedan tener acerca de trastornos de la conducta alimentaria, si han atendido a personas y si están interesados en formar parte para irlos preparando. La sociedad de pediatría nos ha apoyado y ellos tienen en su programa los trastornos del comportamiento alimentario y nos han ofrecido incluir nuestras charlas para que ellos tengan más facilidades.

M.E: Volviendo al tema del gobierno, que es delicado. Cómo sabrá los trastornos de conducta alimentaria no son considerados enfermedades de salud pública por lo que no hay estadísticas oficiales. ¿Crees que tomar estos trastornos como enfermedad de salud pública es algo que se deba hacer para la prevención o la atención de estas enfermedades?

A.R: En eso está el deseo. Lo que se espera es no hacerlo a lo brusco sino tener una institución bien formada, una sociedad y medios de comunicación más preparados para manejar los trastornos con la sensibilidad que requiere. No venir y asociar con modelos, sino saber decir las cosas como hay que decir las, con respeto y sin el abuso de exagerar un comportamiento que lo que te puede traer es el aumento de personas que se refugien en un trastorno de comportamiento alimentario, que con eso hay que tener cuidado.

Es lo que te decía: la fundación quiere estar mejor estructurada con sus especialistas bien formados para que se lleve eso. Pero antes debe haber un movimiento en todo lo que son los medios de comunicación y a nivel nacional, las charlas deben ser antes de llevar esa ley. Yo cuando me reuní con FAME, una fundación iniciada por Caldera que ayuda a los adolescentes y universitarios para el apoyo en hospitalizaciones, con ellos está toda la posibilidad de tener recursos cuando haya que hospitalizarlos porque por ley cuando yo muestro incidencia, porcentajes, casos atendidos, que está escrita en el Manual de trastorno Psiquiátricos y es aprobada. El problema es que el gobierno no les está pasando recursos porque sus intereses están en otras áreas, los pocos recursos que les llegan son para mujeres embarazadas. Hay un reconocimiento de la fundación es que en el estado en que está nuestra sociedad hay problemas básicos que son mucho mayores que un trastorno del comportamiento alimentario. El problema es dárselo a un estado que no está preparado para que termine siendo un problema mayor. Entonces preferimos manejarlo responsablemente como algo privado con la ayuda de la parte pública, por lo menos hasta que tengamos un estado capaz de atender sus problemas básicos y que tenga conciencia del problema.

Yo me reuní con el ministerio de la salud y tú ves que no tienen ni idea de los trastornos de conducta alimentaria, no tienen ni idea. No tienen ni idea tampoco de todos los problemas que se están presentando en los problemas de salud. Cuando tú vas con la ONA, hay una cierta relación entre la bulimia y cierto uso de

drogas, y les dices que tenemos un origen similar porque el conflicto y el problema de la autoestima, el manejo de la adolescencia de una forma sana nos puede ayudar a ambos a reducir nuestros problemas. Entonces ellos me dicen “sí, perfecto te vamos a ayudar” el único problema es que tienes que esperar porque estamos con el Concejo Nacional en cuando a la ayuda de la seguridad nacional. Ellos no están haciendo su tema de drogas.

Ese es el temor mío, meterme con ellos y tener que esperar sentada todos los días, porque si yo me siento ahí todos los días las cosas de la fundación no se van a lograr. Por lo menos en el estado Miranda si logramos la alianza, ellos me dijeron que cuando termináramos nuestros programas de prevención no sentaríamos con los talleres y nos dirían si tienen a las personas para que puedan dar las charlas. Ellos, el gobierno de Miranda, nos dice cuáles van a ser los colegios y si ellos tienen ya psicólogos que puedan dar las charlas. No necesariamente nos van a dar recursos, sino que de sus recursos y los psicólogos que ya tienen pagados nos van a dar a nosotros. Eso es una buena forma.

M.E: ¿Cuál puede ser una forma de optimizar los planes de prevención?

A.R: Con apoyo privado. Por ejemplo Movistar lleva la imagen de la juventud sana. Es una compañía de la parte privada con la que se podría llevar los programas a un público con el que tienen relación.

M.E: Cuando hablamos de información acerca de los desordenes alimenticios, ¿le parece importante orientarla hacia los jóvenes o más hacia los padres? ¿Cree que puede llegar a incrementar la incidencia de trastornos o dar ideas?

A.R: Nosotros damos información a muchachos y jóvenes, bachilleres y profesionales, que de repente quieren hacer una tesis de desórdenes alimenticios o cualquier otra iniciativa, pero es información científica, no cómo se vomita, información científica que es bueno que tenga la gente. No se le dan los manuales de medicamentos, no esas cosas no se las damos. Están las guías clínicas, que son las que puede tener cualquier profesional del área de salud. Obviamente ellos después sienten la necesidad de averiguar, pero ya tienen una guía y saber qué se está haciendo, qué medicamentos hay y que sepan que los medicamentos solos no ayudan, que es necesario una terapia. Qué tipo de terapia es más recomendable. Está toda esa información pero hay que tener mucho cuidado, por eso es que las charlas preventivas no las hemos iniciado, porque es muy delicado. No es hablar de eso, es saber cómo yo agarro a los jóvenes. Por eso es que están planificadas y estructuradas en etapas de cómo va a atacar la fundación y cuáles son sus áreas.

Las charlas preventivas están divididas en cuatro áreas que son: cómo comer, que se les da a los niños a partir de los ocho años en donde se les dice como deben comer, como es una alimentación sana, enseñarles que comer no es que engorden, pero también cómo debes comer para no estar en estado de obesidad pero también es para las madres para que entiendan que alimentarlos no es darle una torta, no.

Entender la complejidad de la alimentación para que se maneje en esos términos y no haya obesidad o el exceso de “bueno voy a dejar de comer”.

Luego la charla preventiva: siempre que tú expliques nutrición el que quiere adelgazar la va a usar para saber cómo reducir calorías, entonces por eso está otra parte que es el manejo de la autoestima. Manejamos talleres de desarrollo de habilidades, de cómo yo me puedo mejorar, cómo yo puedo hacer para crearme y cómo puedo yo afrontar mi autoestima. Cómo pedir ayuda.

Después está el tema del manejo de los conflictos familiares. Una de las teorías es creer que los factores de desordenes y conflictos sociales terminan afectando a las familias. Las personas con anorexia y bulimia tienen familias centrifugas debido a interacciones sociales, a las capacidades de grupos de apoyo. Entonces un poquito la idea es entender el manejo de la adolescencia de tu hijo y de tu propia adolescencia en su normalidad como una etapa. La parte de la prevención quiere ir a esa parte, para que madres que están angustiadas sin grupo de apoyo puedan solicitar la ayuda, sabes para ir decantando dónde están las debilidades de cada grupo.

Y después está la charla del trastorno de comportamiento alimentario que se basa en “que me pasa” y “que le pasas”. El “que me pasa” es un poquito tratar de darle tips a la persona de cuándo yo puedo estar teniendo un comportamiento del trastorno alimentario o tengo determinadas conductas y como puedo mejorarlo, y también como darme cuenta de que mi amiga está en ese problema y cómo ayudarla. Una amiga puede hacer una muy buena ayuda para mejorar igual que un hermano porque puede tener la confianza contigo para solucionar un problema.

Mucha de las personas que nos llegan es por sus hermanos, más que por sus amigas.

M.E: ¿A nivel de universidades van a llevar charlas o van a implementar alguno de sus programas?

A.R: Sí. Con las universidades se está hablando, sobre todo con la UCAB porque tenemos mayor red de intercambio. Allí hay una unidad de psicólogos que atienden a los jóvenes, con ellos se están logrando las alianzas para llevar las charlas preventivas. Lo que pasa es que primero queremos lograr los colegios para después medir los resultados positivos y negativos de la fundación en las charlas para poder ir a las universidades. Se quiere lograr una para después ir a otras. Esa es la idea.

Las charlas todas tienen una evaluación anterior a la prevención y una evaluación posterior, eso implica que tienes que dar bastante tiempo, recursos y atención a cada una. El objetivo es hacer las cosas bien y medir porque es un tema bastante delicado.

M.E: ¿Me puede repetir de nuevo los porcentajes de los municipios que ya han podido medir?

A.R: 14% mujeres en Baruta, 11% en Chacao en general, 7,5% es Chacao en los hombres. Es alto ya el nivel de los hombres y esa es una de las cosas que la fundación quiere manejar porque tiene una fuerza por las mujeres, y tenemos que hacerlo bien mixto porque la incidencia de hombres ya es alta.

M.E: ¿Qué mensaje te gustaría darle a alguna persona que sufra de esto o tenga un amigo o familiar con un trastorno?

A.R: Detrás de ese camino que están viviendo donde se sienten solas hay un camino de luz y de alegría, donde pueden lograr esas cosas que sueñan de la mejor forma, eso es lo que les quiere decir la fundación. A los padres, que sufren como no tienes ideas. Tú lloras cuando lees las cartas que nos mandan y dicen que no saben que hacer, para ellos es muy difícil porque aman con todas sus fuerzas a ese ser que está ahí sufriendo. El mensaje es que vale la pena intentar recuperarse y se logra al ponerle corazón y creer que al final de eso hay una luz.

M.E: Otra cosita, ¿Cómo maneja la fundación el tema de los estereotipos sociales, la publicidad y medios de comunicación?

A.R: La ACABB nos ha ayudado mucho, ellos nos ayudado mucho en las estructuras de la parte de investigación. Ellos tienen una campaña muy fuerte contra los estereotipos, hay una discusión que es creer que la imagen es algo que afecta pero no es lo que necesariamente tiene que determinar los trastornos de conducta alimentaria. La fundación va a ir hacia allá, hacia desmontar y tratar de ver a la persona más por lo que es y no por su físico. Yo creo que mundialmente se está llevando, pero su otra área más importante es ayudar a la persona a recuperarse porque no todos los seres humanos que creen en la parte corporal caen en trastornos de alimentación, entonces ¿dónde están esas otras cosas que hacen que en verdad la persona caiga en un trastorno? Esa es la discusión, ¿cómo manejar la imagen? Hay otras cosas, los comentarios, las capacidades de relacionarse con los demás. Por eso el taller de habilidades sociales nos va a ayudar de verdad a hacerle frente. Todas estas organizaciones mundiales que han llevado el tema de lo corporal se han dado cuenta de que tiene que ver mucho con un tema de habilidades sociales, las habilidades sociales vienen antes de la aparición de los trastornos de conducta alimentaria. Entonces si yo por lo que veo en la tele creo que puedo tener, ahí es donde entra la importancia del televisor, pienso que si soy así voy a tener lo que necesito para ser un ser social. Por esa área es que entra el tema de la imagen. Yo no hago nada con cambiar los modelos, porque es mentira, ese es un tema de publicidad. La idea es brindar los recursos y el apoyo para que entiendan que la imagen va más allá y dar herramientas para que tenga interacciones normales y sea feliz con una autoestima alta sin importar su físico, si es catira, gorda, negra.

El tema que nosotros queremos manejar entonces no es el peso, se discute tal vez ver como a través de los medios de comunicación puedan brindar habilidades sociales y entrenar a la gente. Eso es lo que se quiere lograr.

