

# LA ANOREXIA: UN PROBLEMA DE SALUD ENMASCARADO

*Tulia Barrozo Osorio<sup>1</sup>*

La anorexia se define como un trastorno psicológico, en el cual las personas, en especial las mujeres, pierden el apetito o ganas de alimentarse, y se perciben gordos u obesos. La bulimia a su turno, es un desorden mental que se caracteriza, por grandes ingestas de comida, seguidas de vómitos autoinducidos, acompañados de mal uso de laxantes, que supuestamente sirven para no aumentar peso. Podría afirmarse que la anorexia y la bulimia van de la mano.

Los elementos diagnósticos de la Anorexia son: deformación de la imagen corporal de la paciente, intenso miedo a engordar; una pérdida de peso considerable, de al menos el 15% por debajo del mínimo que debe tener la persona para su estatura y sexo y en el caso específico de las mujeres, la ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos. Para el caso de los Estados Unidos, por ejemplo, este desorden comienza entre la adolescencia y la adultez; el 90% de los casos se dan en mujeres y la mayoría se observan mujeres de clase media o alta. En Rochester, Minnesota, de cada 100.000 habitantes, padecen este trastorno, 270 mujeres y 10 hombres.

Según los científicos dedicados al estudio de

esta patología en el caso de los Estados Unidos afirman que la etiología es desconocida, y aunque hay múltiples anomalías endocrinológicas, se considera que estas son producidas por la enfermedad, y no es el caso que sea la enfermedad la que los produzca ellos. La mayoría de los expertos creen que este desorden alimenticio es de origen psiquiátrico, pero esta hipótesis, no explica todos los casos.

De acuerdo a varias teorías psicológicas, el paciente característico viene de una familia donde los miembros son de altas aspiraciones sociales y económicas, y cuyas relaciones interpersonales pueden ser inadecuadas o destructivas. Los padres generalmente, son personas controladoras y preocupadas por estar delgadas y por el estado físico; muchos de los temas de las conversaciones familiares giran alrededor de asuntos dietéticos y estéticos. Una teoría psicoanalítica dice que, los pacientes se rehúsan a comer en un intento de rechazar el control a su cuerpo por sus progenitores como un mecanismo de defensa de padres controladores. También se considera en algunos casos que hay un deseo inconsciente

---

<sup>1</sup>  
2 E, Stephen. "Current Medical Diagnostic and Treatment. 2008." Mc Graw Hill. ISBN 978007149430-4. U.S.A. Págs. 10 a 1091 PAPANAKIS Maxine A. y McPHE

por no tener un cuerpo adulto, como una manera de rechazar las responsabilidades que esto implica, así como también, las relaciones interpersonales que esto conlleva. Los pacientes son generalmente, perfeccionistas y tienen una personalidad obsesiva. En la medida de que la enfermedad va avanzando, se va agravando el estado de salud del paciente, ya que las hormonas encargadas de crear la necesidad de alimentarse, la Ghrelina y la Leptina se alteran, con los resultados de que el problema se incrementa. Las suplicas que hacen los familiares para que el paciente se alimente o ponga de su parte en lo a que la voluntad espontánea de alimentarse se refiere, son inocuas porque el mismo organismo ya no produce las hormonas necesarias para disparar los mecanismos que inducen a esta necesidad de nutrirse. Además, de lo anterior, es bueno señalar que este cuadro clínico se acompaña de depresión y ansiedad. El tratamiento de estos casos se centra en:

- Recuperar el peso necesario.
- Recuperación de la menstruación.
- Resolver las dificultades psicológicas.
- Terapia conductual.
- Terapia familiar.
- Medicamentos antidepresivos.

En cuanto a la Bulimia, se puede afirmar que los elementos diagnósticos son: episodios incontrolados de grandes ingestas de comida, de al menos dos veces a la semana, durante tres meses; una recurrente conducta inapropiada para prevenir la ganancia de

peso, como son el vómito inducido, uso de laxantes, y ejercicio excesivo; acompañada de sentimientos de culpa debido a las grandes ingestas, las cuales generalmente, están compuestas por alimentos ricos en calorías, fácilmente digeribles, y generalmente en secreto. En estos pacientes también hay una permanente preocupación por estar siempre delgados. Los períodos de grandes ingestas pueden estar seguidos de grandes ayunos, por lo que el peso puede fluctuar en pérdida y aumento alternos, del 20% de su peso normal; se han detectado casos en que los pacientes han presentado conducta antisocial e impulsiva. En la Bulimia se preserva la normalidad del ciclo menstrual a diferencia de la Anorexia. En Estados Unidos, este desorden alimenticio se da más que todo en clase media y alta, y personas de raza blanca; es más difícil que detectar que la anorexia, ya que no se pierde peso de manera dramática y ocurre mayormente en mujeres universitarias.

El tratamiento se ciñe a:

- Psicoterapia.
- Tratamiento psicológico a la familia.
- Medicamentos antidepresivos.

## **LA ANOREXIA Y LA BULIMIA EN COLOMBIA**

Es irónico que en un país como Colombia, donde el 12 % de la población no puede satisfacer sus necesidades alimenticias, se encuentre que dos de cada cien adolescentes de las familias que gozan de

---

<sup>3</sup>Ob. Cít. Págs. 1059 a 1091

medios económicos para alimentarse bien, sufren de anorexia o de bulimia. Esto se traduce, según estudios recientes de la Universidad Nacional y de la Universidad de Antioquia que, mientras la población vulnerable del país padece o muere de hambre, en Colombia, más de 80.000 jóvenes entre 14 y 19 años padecen anorexia o bulimia.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental de 1997, en Colombia, la prevalencia en trastornos de alimentación, sea bulimia o anorexia, es decir, la proporción de individuos que alguna vez en su vida presentaron dichos trastornos, fue del 0.1 por ciento en tratándose de bulimia, y del 2.3 por ciento, en tratándose de la anorexia. Ello quiere decir, que quienes han padecido esos trastornos, por lo menos, tres no logran superarlos. Teniendo en cuenta que estamos frente a estadísticas de 1997, para nadie es un secreto que estas cifras tienden a aumentar a medida que pasa el tiempo. Aunque no hay en Colombia cifras actualizadas, la tendencia es que aumente, ya que una de las manifestaciones que la produce es la presión social, y se ha observado científicamente, que se contagia la conducta de una niña a otra, en los colegios.

De la página web:

[uapec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.htm](http://uapec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.htm), se sustrajo la información concerniente a que se ha podido apreciar que en colegios de estrato 5 y 6 de Bogotá se han encontrado casos de bulimia y anorexia. En esta fuente se cita lo dicho por la doctora en psiquiatría, Nora Elena Bartolini, especializada en trastornos alimenticios, que en un estudio

hecho a 500 bachilleres, han encontrado hasta seis estudiantes con este problema, en estado bastante avanzado. O sea, que en estado no avanzado, también habrá un número considerable, por lo que afirmó la doctora Bartolini, que la enfermedad está floreciendo a toda velocidad. Otro dato que determina que esta enfermedad se encuentra en aumento, es que de un estudio hecho por la Universidad de Antioquia, la Dra. Lucrecia Ramírez Restrepo, psiquiatra de este estamento, informó que pasó, en el año 2000 de recibir, a una paciente por mes con esta enfermedad, a recibir dos o tres semanales, por el mismo concepto; lo que en conjunto, con la opinión de Dra. Bartolini antes mencionada, lleva a concluir que el porcentaje de niñas afectadas en Colombia, se igualó al del nivel mundial, o sea, del 1 al 4%. Este porcentaje convierte a esta enfermedad en un asunto de suma importancia en el tema de salud pública, a la que la seguridad social debe otorgar lugar de prevalencia.

Son varias las circunstancias a las que se les atribuye el origen de esta enfermedad, distintas y parecidas a las descritas en los estados Unidos, ya mencionadas con anterioridad. Se encuentran las de origen genético, es decir, que si en la familia biológica de la paciente existe un familiar con esta enfermedad, es posible que se multiplique entre 2 y 20 veces el riesgo de padecerla. Hay otros factores detonantes, como son la pubertad unida a los cambios físicos y psíquicos que se producen durante esta etapa; están las dietas restrictivas; el ejercicio excesivo; mala valoración que se tiene de su propio cuerpo; insatisfacción

<sup>3</sup>[WWW.SALUDCOLOMBIA.COM/ACTUAL/SALUD60/INTERNA60.HTM](http://WWW.SALUDCOLOMBIA.COM/ACTUAL/SALUD60/INTERNA60.HTM). Edición 60  
<sup>4</sup>[WWW.HOMO.GOV.CO/HTML/INTE.ASP?SEC=8&PAG=1](http://WWW.HOMO.GOV.CO/HTML/INTE.ASP?SEC=8&PAG=1)

personal, que se relaciona con la baja valoración de uno mismo y de su apariencia; situación personal estresante; trastornos emocionales y la anorexia nerviosa, cuando se trata de bulimia; problemas familiares graves, y/o separación o divorcio de los padres; presión social. Hay factores que perpetúan la enfermedad, como son el aislamiento social, la separación definitiva de los padres, en especial, cuando la separación fue dramática; lo anterior, hace que vuelva a aparecer la ansiedad, que a su turno hace comer en grandes cantidades, esto provoca la conducta bulímica, generando la anorexia, y así sucesivamente, este círculo vicioso, hace sucumbir la salud de la paciente, y de la familia entera.

Una circunstancia latente, que perpetúa la enfermedad, es el estándar estético que promueven los modelos en los medios de comunicación, en especial, en la publicidad de cualquier producto, aunque no tenga que ver con la salud o la apariencia personal, en especial en la televisión, medio en el cual, la publicidad se hace visible, porque entra por la vista. La propaganda de pañales desechables, es promovida por imágenes de bebés hermosos acompañados de madres, a las que la maternidad no les aumentó medio kilo; las bebidas gaseosas, son promovidas por mujeres de cuerpos esculturales en vestidos de baño mínimos, a las que las gaseosas no les aumenta ni una caloría; visitar los almacenes de modas modernas, símbolos de marca de actualidad, se convirtió para las mujeres de cuerpo y contextura atlética y, para las gorditas, en un motivo de vergüenza: no se encuentra producido de cualquier nueva colección,

prendas de vestir en tallas 10, 12, o 14. Necesitar talla 12 o 14, implica ir a almacenes

---

5 Ob. Cit. Pág. 1 de 2.

en aparición de esta enfermedad, no siempre se cuenta con la madurez del caso para saber ir contra la corriente, aceptarse tal y cual como es cada quien, se carece de autoestima, de autoaceptación, y los proyectos de vida cada vez son más efímeros e ilusorios.

El Estudio Nacional de Salud Mental \_2003\_ hace un análisis profundo de las enfermedades mentales dadas en Colombia, bajo distintas ópticas (grado de escolaridad, edad cronológica, estrato social, estado civil, y otros), y se observa que la Bulimia Nerviosa, que como ya se afirmó anteriormente, va de la mano de la Anorexia, ocupa un lugar dentro del mismo; este estudio no se detiene en estadísticas actualizadas de Anorexia y Bulimia, pero algo aporta. Es así como se conoce que la Bulimia se coloca su aparición entre personas de 15 años en adelante; alcanza su estado más crítico en la etapa universitaria de la persona, donde llega a un tope de 1.8% de muestra, recogida en una población de 100.000 personas. En este aspecto ocurre lo propio en Estados Unidos. En la zona geográfica donde menos estados de ansiedad y enfermedades mentales se registran, es en la zona Atlántica, según divide el estudio mencionado nuestro país, para recoger la información. Es posible, que a la aparición de estas enfermedades en general, incluida la Anorexia (y por demás, la Bulimia nerviosa), hagan parte de su aparición o etiología, aspectos culturales e idiosincráticos de cada región de nuestro país, en donde éstas se manifiestan.

Es grato ver cómo la Administración, ha

empezado a abordar el tema con la seriedad que se merece, y es así cómo el Concejo de Bogotá creó el Programa Distrital de Prevención y Asistencia de la Bulimia y Anorexia, con el fin de contribuir a la prevención de estas enfermedades y dar prioridad a las acciones requeridas, permitiendo indagar en el avance de las patologías y los daños que producen en las personas que las padecen y en su núcleo familiar.

Según el concepto profesional de la Dra. Isabel Carvajal, psicóloga de la Universidad Antonio Nariño de Cartagena, este trastorno de la alimentación es multicausal, y hace su aparición especialmente en el inicio de la adolescencia. Los factores que inciden en la aparición de anorexia, son: “baja autoestima, temor a subir de peso, buscar la aprobación de los demás, falta de seguridad en sí mismo, habilidades sociales deficientes, intervienen también las presiones sociales, familiares y culturales, los cuales conducen a una alteración de la imagen corporal y perturbaciones psicológicas como ansiedad, aislamiento, depresión, irritabilidad, agresividad entre otros”, continúa la Dra. Carvajal.

“En opinión de esta profesional para recuperar la salud y obtener un equilibrio mental y físico el individuo con este tipo de problemática, es fundamental el apoyo y ayuda interdisciplinario de los especialistas a nivel de nutrición, tratamiento psicológico, de la familia y la aceptación por parte del enfermo de su problemática, y, del compromiso y responsabilidad para consigo mismo para poder superar este trastorno”.

Agrega la Dra. Carvajal, que la detección

<sup>7</sup> WWW.ELTIEMPO.COM/COLOMBIA/BOGOTÁ/ARTICULO-WEB-PLANTILLA\_NOTA\_IN...

<sup>8</sup> WWW.MINPROTECCIONSOCIAL.GOV.GOV.CO/VBECONT... págs. 35 a 47

precoz evita que los problemas progresen; poder ser tratados a tiempo impedirán los desenlaces letales de esta enfermedad, demostrada en las estadísticas que abordan este trastorno. Es muy importante la comunicación eficaz y permanente entre la familia y los adolescentes, quienes son el grupo de mayor riesgo, a fin de observar las conductas propias indicadoras de que algo preocupante sucede en la alimentación y actitudes de los hijos. Detectado el problema en su fase inicial y acompañados de un profesional, se debe trabajar y, reforzar la autoestima y confianza en sí mismo, que como ya se dijo, como base de este problema. La terapia cognitivo conductual es muy apropiada en estos casos ya que va orientada al cambio de comportamientos, pensamientos irracionales y emociones que generan las alteraciones del individuo.

Con esta terapia se obtienen excelentes resultados porque es de corta duración y se concentra en gran medida en ofrecer experiencias de aprendizaje diseñadas para cambiar las conductas inadecuadas del paciente. Se anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos desde otro punto de vista mucho más objetivo, identificando y logrando modificar sus distorsiones cognitivas mediante tareas y actividades.

La mayor parte de las conductas inadaptadas se desaprenden y reemplazan por conductas nuevas y más adaptadas. Los métodos del tratamiento se especifican con precisión y se adaptan a las necesidades, fortalezas y situación de cada paciente. El proceso del tratamiento se evalúa de manera continua y

objetiva.

Como conclusión, podemos afirmar que este