

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA-UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“TRASTORNOS ALIMENTICIOS COMO VIOLENCIA DE GÉNERO”

Trabajo final de investigación aplicada sometida a la consideración de la
Comisión del Programa de estudios de Posgrado en Estudios de la Mujer para
optar al grado y título de Maestría Profesional en Violencia Intrafamiliar y de
Género

ADRIANA BARBOZA ROJAS

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2019

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Violencia Intrafamiliar y de Género”



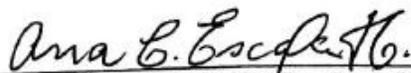
M.Sc. María Luisa Preinfalk Fernández
Coordinadora del Programa
Universidad Nacional



Dra. Teresita Cordero
Directora del Programa
Universidad de Costa Rica



M.Sc. Teresita Ramellini Centella
Profesora



M.Sc. Ana Cecilia Escalante Herrera
Profesora



Adriana Barboza Rojas
Sustentante

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Estudios de la Mujer
de la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional,
como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Violencia Intrafamiliar y
de Género”

M.Sc. María Luisa Preinfalk Fernández
Coordinadora del Programa
Universidad Nacional

Dra. Teresita Cordero
Directora del Programa
Universidad de Costa Rica

M.Sc. Teresita Ramellini Centella
Profesora

M.Sc. Ana Cecilia Escalante Herrera
Profesora

Adriana Barboza Rojas
Sustentante

“TRASTORNOS ALIMENTICIOS COMO VIOLENCIA DE GÉNERO”



2019

Dedicatoria

Este trabajo de investigación y el conocimiento que me ha brindado el mismo, deseo dedicarlo a todas las mujeres niñas y adultas que se atraviesan en mi vida por alguna razón, y que desde mi misión de sororidad en la tierra, pueda yo impactar de alguna manera positiva sus vidas y yo, tomar de ellas la energía de la resiliencia que las acompaña y desarrollan como sobrevivientes del patriarcado, brindándoles empatía, información y guía cuando me sea permitido, con toda la información que este trabajo me heredó, y al mismo tiempo lo dedico a hombres con consciencia de la violencia de género, que deseen realizar cambios con nosotras y renunciar a sus privilegios otorgados por el patriarcado.

Agradecimiento

Agradezco a mi Ser Superior que me protegió siempre de situaciones riesgosas, en mi vulnerabilidad de niña y mujer ante la cultura violenta en que he sobrevivido, a mi niña interior, intuitiva y valiente, entusiasmada por el conocimiento de lo femenino y lo justo a costas de muchas discrepancias familiares y personales, a mi madre, mujer valiente y luchadora, a mi hija Luciana por darme la motivación desde mis entrañas para terminar este proyecto, hoy en día a mi hija Luciana y mi hijo Franco en el segundo proceso de la entrega de este trabajo, que me llenan de esperanza y luz, demostrándome con su personalidad que la educación consciente y sensible al género, si permea y provoca cambios, a mis profesoras, y mujeres de mi circulo de influencia, maestras definitivamente, persistentes y sabias, de las que aprendí tanto, y a mis compañeras cercanas que me motivaron para concluir.

Contenido

RESUMEN.....	3
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 FUNDAMENTOS DIAGNÓSTICOS	2
1.2 Planteamiento del problema.....	4
1.3 Objetivos	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
1.4 Consideraciones Metodológicas.....	6
1.4.1 Tipo de estudio.....	9
1.4.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	7
1.4.3 Criterios de selección	9
1.4.4 Procedimiento	10
1.4.5 Categorías de análisis	11
1.4.6 Fases del proyecto	19
2 MARCO TEÓRICO.....	21
2.2 Teorías sobre los orígenes, las causas de la anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación (etiología)	27
2.3 Teorías	32
2.3.1 Aspectos biológicos o genéticos.....	32
2.3.2 Una aproximación desde el Psicoanálisis.....	34
2.3.3 La Teoría Cognitiva	38
2.3.4 Teoría Sociocultural.....	40
2.3.5 Teoría Sistémica.....	42
2.4.2 Anorexia	49
2.4.3. Bulimia	50
2.4.4 Obesidad.....	50

2.4.5 Ortorexia.....	51
2.4.6 Vigorexia	51
2.4.7. Dismorfia Corporal.....	52
2.5 El cuerpo como punto de partida.....	52
2.6 El cuerpo y el significado de las dietas.....	55
3 ANÁLISIS CRÍTICO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	60
4 CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	90
BIBLIOGRAFÍA.....	93

RESUMEN

Los Trastornos alimenticios son también una enfermedad mental que afecta por la Violencia de Género que se vive, de hecho, es la enfermedad mental que presenta la más alta tasa de mortalidad.

Estos Trastornos afectan sobre todo a mujeres y niñas, según el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos, una de cada 100 niñas adolescentes sufre de anorexia nerviosa, bulimia y otros trastornos alimenticios significativos.

Es penoso lo que está ocurriendo en todos los países de nuestro entorno, un 40% de niñas desde los 9-10 años está haciendo dieta y, casi un 90% de mujeres adultas desea perder peso.

Entre las causas más significativas de la expansión de esta violencia existe:

Una potencialización de la socialización patriarcal de género, mediante el aumento del control existente en la sociedad hacia el cuerpo femenino, y el interés del capitalismo acerca de las ganancias de la industria de belleza.

Realmente, las mujeres siempre hemos tenido una socialización de género en contra de nuestros cuerpos, aunque se disfraza de venerarse, actualmente se ha adelantado la edad de las manifestaciones que afectan nuestras creencias, mitos y actitudes negativas acerca del cuerpo femenino y como este debe ser según la solicitud de la sociedad gerenciada por hombres, hoy en día desde muy temprana edad se muestran actitudes de cómo mejorar nuestros cuerpos, para cumplir con los mandatos.

Esta socialización de insatisfacción del cuerpo envía el mensaje y la solicitud de cumplir con el mandato obsesivo de encontrar nuestros cuerpos súper delgados. Se asocia el estado de la autoestima a el estado corporal, aún más si se ha crecido en familias donde el control del alimento y de su cuerpo constituye hábito.

Se ha descubierto en esta investigación que en el 100% de las mujeres que participaron existía en su historia de vida al menos 1 experiencia de violencia sexual a muy temprana edad, lo cual como parte de las secuelas del abuso sexual desarrollaron un control punitivo, y de control autodestructivo hacia sí mismas, su cuerpo y su salud en general, lo cual podría interpretarse también como conducta autolesiva.

I. INTRODUCCIÓN

Con una orientación ética y profesional dirigida a desarrollar capacidades en las personas que trabajan con mujeres y para mujeres, se propone este análisis de experiencias compartidas a través de la realización de las entrevistas en profundidad a continuación analizadas es que se realiza este documento.

Este trabajo está orientado a desafiar las concepciones tradicionalistas en el trabajo de los trastornos alimenticios, que se han caracterizado desde la medicina y la psiquiatría, cuestiona también las posiciones ideológicas caracterizadas por posiciones patologizantes de las secuelas de la violencia contra las mujeres. En este proyecto la acción humana y activista alcanza gran relevancia para efectos del objetivo del trabajo.

Desde mediados del siglo XIX las mujeres han venido protagonizando luchas con el objetivo de lograr que su actitud les permita mejorar su condición ante la sociedad; y sobre todo la búsqueda de una posición reconocida en el mundo.

Sin embargo, es conocido que las posiciones tradicionales y derivadas de las instituciones del Estado muestran poco apoyo desde su visión conservadora y renuente a cambios, sobre todo cuando se trata de hacer movimientos en el plan o social desde las contradicciones en las relaciones de género.

La propuesta para este proyecto será analizar críticamente la experiencia de vida de mujeres que experimentan trastornos alimenticios como respuesta a modelos de crianza violentos y/o abusivos por su condición de género dentro de las familias de origen.

Con la recolección de datos se hará podrá comprender por qué las estadísticas apuntan a una mayoría de mujeres padecientes de los trastornos alimenticios.

El deseo de analizar estas experiencias de vida es conocer el entramado de la violencia de género hasta llegar a las repercusiones de que las mujeres mutilen sus cuerpos como secuelas a la violencia de género.

Al recoger toda la información y organizarla se podrá con material valioso para formular análisis crítico y colaborar con algún centro de salud para divulgar las pesquisas como fuente de consulta para uso en el trabajo de prevención de los trastornos alimenticios deconstruyendo los constructos sociales del patriarcado y reconstruyendo el valor del cuerpo femenino.

A continuación, se presenta el proyecto que se realizó con las experiencias de las mujeres con trastornos alimenticios desde una perspectiva crítica y con visión de género.

En el capítulo I se exponen los fundamentos del trabajo, el planteamiento del problema con sus objetivos y las consideraciones metodológicas que se tomaron en cuenta para realizar este documento, por otra parte, presenta las fases del proyecto y las categorías de análisis.

Para el capítulo III se consideraron los antecedentes históricos y todas las teorías existentes acerca de los orígenes de los trastornos alimenticios.

El capítulo III arroja el análisis crítico con perspectiva de género de los datos recopilados en las entrevistas con las participantes.

El capítulo IV muestra las conclusiones a que llegaron con este proyecto.

1.1 FUNDAMENTOS DIAGNÓSTICOS

Los trastornos alimenticios han sido un comportamiento muy practicado por las jóvenes actualmente, lo cual surge como una preocupación dentro de la salud mental y física de las mujeres. Además, la publicidad es uno de los medios de comunicación más exigentes para que las mujeres reciban mensajes irracionales en cuanto a un mandato a cumplir para pertenecer a un grupo aceptado por los y las demás, sin distingo de edad, o condición socioeconómica.

Mientras que estos comportamientos aparentemente benefician el estatus y estilo de vida de unas/os, los hechos sugieren las graves consecuencias que pueden resultar para estas mujeres y sus familias, si los problemas asociados con los trastornos alimenticios no son efectivamente identificados.

La alimentación es parte natural del comportamiento del ser humano. Sin embargo, toda actividad humana lleva en sí misma la posibilidad de convertirse en un problema para la persona y la sociedad, una vez que crece o aumenta hasta desalojar otras actividades más legítimas destruyendo su armonía

Es por eso que al agregarle a los trastornos alimenticios el componente estético, y aceptarlo masivamente como recurso para cumplir con una demanda patriarcal, como vía para obtener “bienestar”, sin el debido control y la capacidad para entender que todo exceso resulta perjudicial, se convierte en un grave problema, que no sólo es expresión de patología individual, sino que también evidencia patología y violencia social.

El hábito de alimentarse en forma sana es importante también, de tal manera que, en los últimos años, particularmente desde el auge de las enfermedades cardíacas y de la mediación del colesterol, entre otras, en algunos países, se ha ido extendido de un modo continuo a lo largo y ancho de los países, y a toda la población hasta llegar a niveles alarmantes.

Según investigaciones realizadas muchas personas pueden apostar a formas distintas de alimentarse sin que les afecte sus vidas. Sin embargo, para un porcentaje cada vez mayor de mujeres, el alimentarse o invertir en suplementos y comportamientos sustitutos de la alimentación, puede volverse fuera de control, con el resultado de afectar su salud física y mental, así como también, sus relaciones sociales y familiares.

Estas preocupaciones e impulsos suelen aumentar en momentos en los que la vida hace más estresante.

Los trastornos alimenticios es un tema que viene a ser muy interesante en este momento de la vida humana, ya que como se estudiará más adelante, es el barco de sanación ficticia de los vacíos existenciales con los que viven muchas mujeres producto de la invisibilización por su condición de género.

En esta investigación se presentará toda la información referente a los síntomas y comportamientos que se genera y/o causan los trastornos alimenticios, enfatizando la importancia de la investigación de este tema, en la presentación de una pequeña reseña de lo que son los trastornos alimenticios, de qué manera alcanzaron este comportamiento las mujeres en estudio, definición e importancia, cuáles son las consecuencias, cuáles son los mitos y rituales que alrededor de este “padecimiento” existen, cómo los percibe la sociedad; por otra parte se irá desarrollando el tema en varios apartados de suma relación con los trastornos alimenticios, su entorno y las consecuencias que acarrea este comportamiento a nivel cognitivo, motor y fisiológico; y por supuesto desde la perspectiva patriarcal cómo está afectada en la incidencia de este “padecimiento”.

1.2 Planteamiento del problema

El tema se tornó de gran interés científico para la investigadora, al tener contacto con mujeres que mostraban necesidad por expresar mucho acerca del tema de investigación, caracterizarse por ser personas muy demandantes de tiempo, escucha y dedicación, por tener relaciones familiares pobres y además, presentar conflictos en su forma de alimentarse, ellas contaban con creencias irracionales con respecto a la alimentación, como parte de las enseñanzas familiares y los mitos que alrededor de la figura femenina se habían tejido a través de los años de crianza.

Se inició el proceso de la investigación, con el propósito de conocer a qué se debía el pensamiento incesante por la forma de alimentarse en forma perjudicial, aún no visto de este modo; el deseo por controlar lo que comen convirtiéndolo casi en adicción, indagar en la impresión de que podrían poseer rasgos depresivos; de esta forma surge la idea de convertirlo en un proyecto de investigación que resulta aún más interesante, cuando se conoce que existen pocas investigaciones acerca del tema, convirtiéndose esta en un reto.

Por otra parte, la idea surge de la preocupación de conocer factores que afectan a las mujeres desde las exigencias patriarcales de una cultura en donde los cuerpos de las mujeres son presumidos como propiedad de otros y por ende el

control de su estado también, y de qué forma se pueden deconstruir ese pensamiento (introyectada como única y verdadera) podría ser reformulada, devolviéndole todo el poder sobre sus cuerpos a las mujeres, con el apoyo de los profesionales en el área de la psicología para poder trabajar en prevención.

De acuerdo con el planteamiento anterior y dado que no se han realizado estudios específicos sobre los factores predisponentes desde el patriarcado en los trastornos alimenticios que padecen las mujeres, se justifica la importancia de la identificación del tema y del presente estudio que procurará dar respuesta al problema de investigación.

Por lo tanto, el problema a investigar en este trabajo, son los trastornos alimenticios y su posible relación con la violencia de género.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Realizar un análisis crítico de las principales experiencias, acciones y procesos que tuvieron lugar antes y durante el desarrollo de los trastornos alimenticios en la vida de tres mujeres y su relación con la violencia patriarcal, entendiendo esta como el sistema de dominación básico sobre el que se asientan los demás sistemas (raza, clase) con el fin de identificar los factores de las tendencias que contribuyen a este trastorno. La investigadora entiende la violencia de género como un conjunto de estrategias destinadas a mantener este sistema, o el conjunto de relaciones estructuradas de acuerdo con el poder, en virtud de los cuales un grupo de personas queda bajo el control de otras.

Al ser una relación de poder, esta relación entre los sexos es política. Esta apropiación de la sexualidad femenina no es sólo reflejo de la opresión de las mujeres sino un factor importante en la construcción de todas las formas de poder.

Objetivos Específicos

1. Identificar y diferenciar los trastornos alimenticios a nivel diagnóstico con respecto a otros trastornos asociados según los síntomas.

2. Identificar cómo los factores del contexto patriarcal determinan el desarrollo de los trastornos alimenticios según género.
3. Conocer el rol que juega la violencia intrafamiliar en el desarrollo de los trastornos alimenticios.
4. Identificar el papel de las figuras masculinas en el desarrollo de los trastornos alimenticios.

1.4 Consideraciones Metodológicas

A continuación, se presentan los aspectos metodológicos que se utilizaron para realizar el presente estudio.

1.4.1 Tipo de estudio Exploratorio ¹

Según el problema de la investigación y los objetivos planteados, la presente investigación ha sido realizada desde el acercamiento al tema desde una perspectiva igualdad de género, la cual tiene el objetivo político de adoptar a la erradicación de la opresión de las mujeres, visibilizando las diferencias sociales, culturales y políticas entre mujeres y hombres. De ahí que se intente, en el plano académico, producir conocimientos que contribuyan a comprender y transformar las relaciones entre género y comunicación.

El lente de género enfoca la visión en lo relativo a la construcción de lo femenino y lo masculino en esta sociedad.

Es cualitativa, en tanto busca ubicarse en el contexto en el que se dan los procesos de significación y observar la relación dialéctica con el entorno; por tanto, es holística. Asume que en la identidad de cada persona se sintetiza, de una manera particular, el orden social y también sus rupturas.

Además, es cualitativa ya que: definiéndose esta por su más amplio sentido “a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las

¹ Este estudio se realizó en el año 2006, la recolección de la información se tomó durante el mismo año, sin embargo, este proyecto se presenta en el 2019 debido a una razón personal que prioricé embarazo y maternidad.

personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. Como lo señala Ray Rist (1977:71), la metodología cualitativa es un modo de encarar el mundo empírico.

Un estudio cualitativo no es un análisis impresionista, informal, basado en una mirada superficial a un escenario o a personas. Es una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados.

Su objetivo básico es **describir** el significado de una experiencia, se esfuerza por **explorar** cómo funcionan todas las partes juntas para formar un todo.

Existen varias clasificaciones con respecto a los tipos de estudio en las investigaciones, Hernández (1998) define los estudios descriptivos como: “estos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”.

Este tipo de estudio aborda aspectos tales como: “la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno, además de factores asociados a la situación” (Pineda, 1994).

Se decide utilizar el tipo de estudio descriptivo- **exploratorio**, ya que se presentarán los hechos descritos sistemáticamente y las características de las mujeres en forma precisa, por otra parte, por ser este tema poco estudiado, forma parte de una base y punto inicial para nuevas investigaciones en el campo.

Así mismo, según Pineda, Alvarado y Canales (1994), también constituye un estudio de tipo exploratorio, ya que la persona que investigue se deberá familiarizar con el área problema en la cual va a trabajar, ya que no existen suficientes conocimientos.

1.4.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A partir del momento en que se decide realizar una investigación, entre los muchos aspectos fundamentales por definir, están las técnicas y los instrumentos, que se van a usar en la investigación.

Al tener en cuenta los objetivos y las características de la investigación, los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron los siguientes:

- Observación
- Entrevista en profundidad
- Bola de nieve
- Grabación
- Toma de notas en el campo

Para cumplir con los objetivos deseados de este trabajo, se tomó en cuenta para la ubicación de las mujeres la técnica llamada “bola de nieve”. Esta técnica consiste en utilizar la información del trabajo a realizar y llevar la inquietud a diferentes personas que puedan tener contacto con otras personas que deseen colaborar con la investigación. Para difundir la información, se coordinó con la Oficina de Salud de la Universidad de Costa Rica en donde se localizaron a las participantes.

Para la recolección de los datos se utilizó la grabación y toma de notas en el campo que consiste en utilizar algún tipo de dispositivo mecánico que facilite el apoyo de los datos que no se guardan en la memoria. No en todos los tipos de investigación se debe usar, según Taylor (1992) “hay situaciones y escenarios en los que los observadores pueden obtener resultados empleando dispositivos mecánicos para el registro sin alterar dramáticamente la investigación”.

Se ha hallado que después de cierto lapso, la gente parece olvidar el grabador y habla con relativa libertad mientras se está grabando. Un grabador permite al entrevistador/a captar mucho más que si reposara únicamente sobre su memoria. Los datos que se recopilan son casi exclusivamente palabras.

Se eligió la entrevista en profundidad, debido a que como señalan Benney y Hughes (1970) citados por Taylor (1992), la entrevista es “la herramienta de excavar” ...para adquirir conocimiento sobre la vida social, los científicos sociales reposan en gran medida sobre relatos verbales. Las entrevistas cualitativas son

flexibles y dinámicas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas **(Ver anexo 1)**.

Por entrevista cualitativa en profundidad se entiende reiterados encuentros cara a cara entre el/a entrevistador/a y los/as entrevistados/as, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el/la propio/a investigador/a es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista.

1.4.3 Criterios de selección

Mujeres adultas entre los 20 y los 30 años: se eligió este rango de edad tomando en cuenta que es la adultez joven, para tratar de garantizar que el trastorno alimenticio sea producto de una secuela y no de un trastorno visto desde el paradigma médico, alteraciones hormonales, o búsqueda de apoyo en su identidad, aunque sabemos que este trastorno lo padecen mujeres de todas las edades.

- Solteras: este factor se tomó en cuenta para analizar criterios de crianza y convivencia aún experimentados por las mujeres dentro de su núcleo familiar, por otra parte, conocer cómo perciben hoy las relaciones de pareja, sus creencias acerca de lo que es maternidad, el embarazo y los mandatos sociales que se le otorgan a las mujeres solteras sobre todo según los mitos sociales.
- Vivir en el área metropolitana: este criterio se pretendió facilitándola accesibilidad de encuentro entre la persona entrevistada y entrevistadora.

Las tres mujeres son de nacionalidad costarricense, característica que surge espontáneamente.

1.4.4 Procedimiento

Una vez elegido el tema la investigadora divulgó con sus compañeras y profesoras la necesidad de encontrar mujeres que cumplieran con los criterios de investigación y desearan participar.

Esta labor no fue fácil, después de haber encontrado un grupo anónimo de mujeres con trastornos alimenticios y conversar con el coordinador del grupo la investigadora tuvo la impresión de que esta posibilidad iba a ser un poco limitada.

Al transcurrir los días le sugieren visitar la Oficina de Salud de la Universidad de Costa Rica en donde le menciona la nutricionista encargada que mientras ella busca candidatas interesadas, la investigadora podría buscar en los hospitales de la capital.

Al hacer al menos dos visitas al Hospital San Juan de Dios ubicado en San José, se logra una cita con la nutricionista encargada de Trastornos alimenticios, la cual muestra gran interés por apoyar la investigación, pero menciona que es prohibido por secreto profesional que ella revele sus datos y teléfonos, por lo que se compromete a ser ella quién le proponga a las mujeres, a las cuales veía cada mes.

En la Oficina de salud de la Universidad de Costa Rica logran encontrar a una joven quien se interesa en el trabajo, y es ella quien contacta a las otras dos mujeres por medio de otras personas, las tres estudiantes de diferentes carreras de la misma universidad.

Se realizaron dos entrevistas con cada mujer ya coordinadas previamente con las participantes.

Cada entrevista fue programada en dos momentos y lugares distintos, seguidamente se les facilitó el transporte hasta los lugares que se dirigían.

Se llegó al acuerdo con las participantes de que las entrevistas se realizarían en las instalaciones de la Universidad de Costa Rica en espacios abiertos escogidos por cada una, después de sus horarios lectivos.

En el primer momento del encuentro se le explicó a cada participante el objetivo general del que formaba parte la investigación y se escucharon y atendieron dudas al respecto.

En el segundo momento se les realiza la entrevista en profundidad, en donde se recoge la información para la realización de este trabajo.

1.4.5 Categorías de análisis

En las investigaciones cualitativas, la codificación o categorización es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. El proceso de categorizar incluye la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y preposiciones.



Categoría 1. Síntomas asociados a trastornos de alimentación

Es muy importante identificar los síntomas y diferenciarlos de otros trastornos que puedan confundir.

Para que un/a médico diagnostique a una persona como anoréxica, ésta debe presentar los siguientes síntomas simultáneamente:

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

NOTA: es importante comprobar, mediante el examen médico o psiquiátrico, que la persona afectada no tenga otra enfermedad o alteración psíquica que justifique el anterior cuadro diagnóstico.

Criterios para el diagnóstico. Bulimia Nerviosa. (DSM-IV)

- a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- b. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- c. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- d. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- e. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Categoría 2. Exigencias socioculturales como factores asociados al trastorno a nivel cognitivo

Es importante destacar, que en los procesos cognitivos se encuentra la influencia de la sociedad, introyectada por todos los procesos de socialización, a tal punto que estos pensamientos serán los causantes de la mayoría de nuestros comportamientos humanos.

Categoría 3. Determinación del género en relación al trastorno alimenticio

En una cultura patriarcal, entendiendo como patriarcal al orden social caracterizado por relaciones de dominación y opresión establecidas por unos hombres sobre otros y sobre las mujeres y las criaturas, los varones dominan la esfera pública (gobierno, religión, etc.) y la privada (hogar), según Mola (1981) citado por Ramellini (2004).

Entonces los hombres por la posición de género ante una cultura androcentrista, toma notabilidad en tanto a la disposición del uso del poder, por lo tanto, las mujeres se ven en menoscabo, en diferentes esferas y en este caso en el aspecto corporal de la estética, si no plasma con los mandatos estereotipados que exige la cultura, su posición ante los ojos de los otros/as no cumple para contar con una aceptación o lugar; en un espacio en donde el patrón de belleza, o mejor dicho esteticismo, cobra preeminencia en el ser en el mundo, para ocupar un sitio, para acceder a recursos, en un mundo donde las mujeres continúan siendo objeto de existir a costas de ser para los demás.

Entendiendo estos conceptos, se logra esclarecer la significación tan valiosa que hacen las mujeres del mandato sociocultural hacia sus cuerpos, que al cumplir con él podrían supuestamente acceder a algún tipo de poder.

Categoría 4. Violencia Intrafamiliar como factor asociado al trastorno alimenticio

La familia tiene gran efecto en nuestro pensar, sentir y actuar, tomando en cuenta que es nuestra primera fuente de socialización, tiene una gran influencia en la forma en cómo cada ser interactúa, consigo y con los/as demás.

La violencia intrafamiliar constituye un aspecto muy amplio y de gran significado en esta investigación.

Muchas personas han utilizado los términos violencia doméstica y violencia intrafamiliar como sinónimos, aunque más recientemente se ha hecho la distinción entre violencia doméstica como la que ocurre contra familiares que viven en el mismo hogar y violencia intrafamiliar cuando ocurre contra familiares que no conviven. Jorge Corsi (2003) plantea que la violencia doméstica incluye las alteraciones en “contextos privados” (que no aluden exclusivamente al espacio físico de la casa), por lo que la violencia en las relaciones de noviazgo, en parejas que no conviven y contra la expareja, también constituyen formas de violencia doméstica.

La Violencia Intrafamiliar o Doméstica, es la acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda, tutela o curatela y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial. El vínculo por afinidad subsistirá aún cuando haya finalizado la relación que lo originó (Artículo 2, inciso a, Ley contra la Violencia Doméstica, 1996).

Categoría 5. Relaciones afectivas masculinas significativas en sus vidas

Las figuras masculinas tienen, en las culturas latinas específicamente, una exaltación ideológica, afectiva, intelectual, erótica y jurídica, poniendo en sobre lugar a lo masculino, con el fin de producir, mantener y perpetuar la opresión y subordinación de las mujeres. Esto da lugar al androcentrismo. Estas formas de desarrollarse en el cotidiano vivir representan en el vida de todas las personas el hecho de no cuestionar el funcionamiento social y experimentarlo como un mandato incuestionable e inquebrable.

De manera que, estos mandatos sociales retoman un lugar muy importante en las vidas de las mujeres, siendo este un contexto patriarcal, que ha representado

por años gran significado de diversas maneras, afectando estas de forma significativa, así mismo el comportamiento y el pensamiento de las mujeres.

Si además de ser estas figuras masculinas tan importantes para el desempeño de algunas mujeres, imaginemos el lugar que mantienen los padres, ya no solo por ser varones y tener un lugar de poder otorgado por lo social, sino por la figura del ser padre y sumarle mayor poder por la condición que le otorga la familia como constructo social al hombre.

CATEGORÍA	SUB-CATEGORÍA	INDICADOR
Síntomas asociados a Trastornos de alimentación	<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso.</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales.</p> <p>D. Exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>E. En las mujeres post puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al</p>	<p>3. Características sociodemográficas de la persona:</p> <p>a. Edad</p> <p>b. Condición de pareja</p> <p>c. Escolaridad</p> <p>d. Ocupación</p> <p>e. Estatus socioeconómico</p> <p>f. Religión</p> <p>g. Convivientes en el hogar</p> <p>4. ¿Me puede contar sobre la situación de la conducta alimentaria, que usted vive o vivió?</p> <p>2. ¿Cuáles son sus temores?</p>

	<p>menos tres ciclos menstruales consecutivos.</p> <p>F. Imagen corporal distorsionada.</p> <p>G. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingesta de alto contenido calórico en un corto espacio de tiempo.2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento. <p>H. Provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, ejercicio excesivo.</p> <p>I. Los atracones y las conductas compensatorias se dan al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.</p> <p>J. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>	
--	--	--

<p>Exigencias socioculturales, consecuencia del patriarcado, como factores asociados.</p>	<p>Dentro del sistema social y cultural existen demandas y solicitudes directas y solapadas acerca de los aspectos que las mujeres deben cumplir para ocupar un lugar aceptado en el ambiente social.</p> <p>los mandatos con los que las mujeres se sienten en necesidad de cumplir, tienen que ver con una demanda a ser ellas, perfectas, buenas, sumisas, madres, etc., esta construcción social es lo que el Estado se encarga de validar como natural.</p>	<p>5. ¿Cuáles son sus temores?</p> <p>6. ¿Cómo son sus relaciones interpersonales? ¿si el trastorno las afecta, cómo lo hace?</p> <p>7. ¿Le provoca malestar la forma de alimentarse de otras personas? ¿Qué opina?</p> <p>8. ¿Cuáles son las características que más admira de una persona físicamente? ¿Cuál es la parte de su cuerpo que más le disgusta?</p>
<p>Determinación del género en relación al trastorno alimenticio.</p>	<p>Alrededor del 95% de las personas con trastornos alimenticios son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes, por lo que es evidente la influencia del género femenino en su génesis.</p> <p>Entonces la orientación del rol de género y</p>	<p>3. ¿en relación con la situación del trastorno alimenticio, cómo fue que usted se dio cuenta que eso le afectaba en su vida y si lo considera como un problema para usted?</p> <p>4. ¿se lo contó a alguien? ¿a quién? ¿qué le motiva a no</p>

	<p>particularmente la socialización vinculada a la identidad genérica femenina, coloca a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente durante el periodo de adolescencia y adultez temprana.</p>	<p>querer hablar el trastorno con nadie?</p> <p>8. ¿Cuáles son las características que más admira de una persona físicamente? ¿Cuál es la parte de su cuerpo que más le disgusta?</p>
<p>Violencia Intrafamiliar como factor asociado al trastorno alimenticio.</p>	<p>Dentro de las familias existen rasgos de comportamiento y contratos de comunicación que vulnerabiliza el desarrollo de los trastornos alimenticios.</p> <p>En esta categoría se trata específicamente de los indicadores de violencia (física, sexual, patrimonial, emocional y/o psicológica) dentro del espacio familiar, o del espacio de convivencia, en interacción con todos/as los/as integrantes de esta.</p>	<p>5. ¿Cuáles son sus temores?</p> <p>7. ¿Le provoca malestar la forma de alimentarse de otras personas? ¿qué opina?</p> <p>9. ¿Hubo alguna vez o aún hay violencia de algún tipo en su casa, qué tipo de violencia? ¿Quién la ejercía? ¿Cómo se maneja esto?</p> <p>10. ¿Cuáles datos considera importantes de mencionar en esta entrevista que yo no haya mencionado?</p>

<p>Relaciones afectivas masculinas significativas en sus vidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Padres rígidos - Controladores de la belleza física según estándar social - Con uso del poder de anarquía y sometimiento en el ambiente familiar y en la proyección paterna que representa. 	<p>6. ¿Cómo son sus relaciones interpersonales? ¿si el trastorno las afecta, cómo lo hace?</p> <p>7. ¿Le provoca malestar la forma de alimentarse de otras personas? ¿Qué opina?</p> <p>9. ¿Hubo alguna vez o aún hay violencia de algún tipo en su casa, qué tipo de violencia? ¿Quién la ejercía? ¿Cómo se maneja esto?</p>
---	---	---

1.4.6 Fases del proyecto

Fase 1: Revisión documental y bibliográfica

- Actividad.1. Visitas a las diferentes bibliotecas de las universidades en busca de material bibliográfico.

Fase 2: Identificación de Participantes

- Actividad.1. Identificar por medio de la técnica bola de nieve a tres mujeres con trastornos alimenticios (bulimia/anorexia).

Fase 3: Obtener la información necesaria por medio de las entrevistas en profundidad, utilizando la guía de entrevistas con las categorías de análisis planteadas

- Actividad.1. Redactar una base de entrevista abierta que permita recoger la información deseada.
- Actividad. 2. Realizar las entrevistas con cada una de las participantes.

Fase 4: Transcripción total de la información brindada por las participantes

- Actividad. 1. Una vez realizadas las entrevistas, éstas se digitaron textualmente con el objetivo de obtener la información y tomar de ahí los aspectos más importantes con relación a las categorías a analizar críticamente.

Fase 5: Organización, selección y análisis de los datos

- Actividad.1. Obtenida la información, se organizó y analizó desde la perspectiva de género utilizando las categorías de análisis planteadas obteniendo información fundamental para la delimitación de los indicadores de la violencia de género inmersa en la elección de los trastornos de alimentación como salida.
- Actividad.2. Análisis crítico y profundo de las historias de violencia de estas mujeres en relación con los trastornos de alimentación y su condición de género.
- Actividad.3. Enmarcar desde la perspectiva de género la información fundamental para la delimitación de los indicadores de la violencia de género inmersa en la elección de los trastornos de alimentación como secuela.

Fase 6: Conclusiones derivadas

- Actividad.1. En esta fase del proyecto se organizaron los lineamientos básicos a nivel psicológico que se recomiendan trabajar en los procesos terapéuticos con mujeres con trastornos alimenticios desde una perspectiva más sensible al género. Este tipo de informe general se utiliza principalmente en investigaciones que en intervenciones clínicas.

Al mismo tiempo, aquí se conocen las relaciones encontradas en los trastornos alimenticios y la violencia de género.

Tomando en cuenta las conclusiones determinadas, se podrán realizar trabajos en el plano de la información a nivel de prevención.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Historia

Los trastornos alimenticios tienen su origen entre el siglo XIV y el siglo XIX, son descritos como conceptos modernos, por los psiquiatras de la época.

El primer caso más cercano a un trastorno alimenticio se conoce desde el siglo XIV, en el cual una princesa llamada Wilgenfortis, se niega a ingerir cualquier tipo de alimento, con el propósito de ser tan delgada que ningún hombre la desee.

Hacia el siglo XVIII se origina una orden de monjas llamadas “Las Santas Ayunadoras”, estas rendían culto a la virgen María mediante el ayuno, no se tiene mayor información sobre estas monjas, pero se sabe que pasaban grandes cantidades de tiempo sin comer, semanas o días, se sabe que algunas podían morir de inanición o deficiencias cardíacas.

En el siglo XIX se establece la delgadez como modelo corporal con éxito social, lo que originó el aumento de la enfermedad, incluso ya desde entonces se podía ver que las mujeres que no eran lo suficiente delgadas usaban corsé para adaptarse a los vestidos de la época que exigían un cuerpo muy rígido y una pequeña cintura, lo que nos lleva a la conclusión que desde hace siglos se requiere ser delgado para estar dentro de los estándares de la moda.

El término anorexia nervosa proviene del latín y quiere decir sin apetito, y el adjetivo nervoso expresa su origen psicológico. Al contrario, de lo que se piensa no es cierto que los anoréxicos NO padecen de hambre, la reprimen por el pavor que tienen a la obesidad. Los pacientes con anorexia nerviosa se rehúsan a mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla. El miedo llega a ser tal que los puede llevar a la inanición, naturalmente los sujetos no tienen conciencia de su enfermedad.

En 1940, este trastorno se consideró un síndrome y en 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó a la bulimia en el manual de Psiquiatría como una enfermedad diferente a la anorexia.

Ambos trastornos se originan en la antigüedad, pero es ahora cuando se les ha estudiado, tipificado y definido. Se sabe que son producto de múltiples factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, así como presiones por parte de la familia, es posible la predisposición genética o biológica y el vivir en una sociedad en la cual hay una oferta excesiva de comida y obsesión por la delgadez. Esta idea de estética transmite a los jóvenes sistemas de valores que se basan en el “buen look”, y el problema es que puedan derivar en una adicción u obsesión por ser delgado. Es verdad que esta estética está de moda, pero es sólo un disparador que afecta negativamente a algunos jóvenes con problemas familiares y con desajustes de personalidad.

Existen informes que dejan ver que ya desde el siglo XIX había personas que se provocaban el vómito, después de comer en forma excesiva.

El primer caso de bulimia se presentó en los años 60 en Estados Unidos y el primer paciente que recibió fue en 1970.

La palabra bulimia proviene del griego y significa “hambre buey”, este trastorno se caracteriza por la ingestión rápida de gran cantidad de alimentos; la culpabilidad que origina el abuso de los alimentos provocada la autoinducción al vómito; la utilización en forma indiscriminada de laxantes y diuréticos y el ejercicio excesivo, igual que en la anorexia existe un miedo intenso a subir de peso y es natural que durante mucho tiempo quien la padece se niegue a aceptar esta conducta. En algunos países, la frecuencia de la bulimia es mayor que la de la anorexia nervosa.

Las primeras referencias sobre la anorexia aparecen en el siglo XVI. Empiezan a aparecer datos de personas que presentan debilidad, y las conductas restrictivas de la alimentación se consideran anómalas, socialmente alteradas y sin justificación religiosa.

La medicina propiamente dicha inicia su atención hacia la anorexia nerviosa con la obra *A Treatise of Consumptions*, un texto del siglo XVII original de Morton. El citado médico describía sus experiencias clínicas con dos pacientes, una muchacha de 18 años y un chico de 16 años. En ambos casos resulta notable que Morton descartase cualquier tipo de enfermedad física como la causa explicativa de la pérdida de peso de las personas.

Entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como *cynorexia*, *canine appetite*, *hambre patológica*, expresivos de los estados de voracidad que se acompañan de la ingesta excesiva de comida y emesis. Pero el síndrome de bulimia nerviosa fue definido por Russell. Los primeros casos, desde una perspectiva científica de diagnóstico, aparecieron en la Alemania de los años treinta, aumentando tras la Segunda Guerra Mundial. El incremento progresivo de su incidencia propició el reconocimiento de la bulimia nerviosa como síndrome separado en la década de los sesenta.

Es cierto que en el siglo XX -y sobre todo desde los años cincuenta- se produce una revolución conceptual y metodológica acerca de la anorexia nerviosa a la que se llegó mediante un largo proceso de contraste de teorías y escuelas.

La descripción científica de estas enfermedades se remonta al año 1689 en que el Dr. Morton la denominó Consunción Nerviosa.

En 1743, en el Diccionario Médico de la ciudad de Londres se describe un cuadro bulímico como: preocupación por la comida, ingestas voraces y periodos de ayuno. Últimamente es cuando los aspectos que tienen relación con la figura y los factores socioculturales han sido más influyentes.

En 1766 O. Whytt, profesor de teoría de la Medicina de la Universidad de Edimburgo, asoció inanición y bradicardia. Legó su obra "Observaciones sobre la naturaleza, Causas y Curación de los trastornos comúnmente llamados nerviosos, Hipocondriacos o Histéricos", los cuales están fijados sobre el Sistema Nervioso Simpático. En este libro Whytt describe la atrofia nerviosa de un paciente de 14 años. Observó en él energía baja, estilo taciturno, pérdida de apetito y malas digestiones.

En 1860, V. Marcé, de París, escribió la obra “Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a las dispepsias”, caracterizada principalmente por el rechazo de los alimentos. Según Marcé, las jóvenes en el periodo de la pubertad – y después de un desarrollo físico precoz- sufren la convicción delirante de que no pueden o no deben comer. A este cuadro llamó en 1868 W. Gull aepsia histérica, por creer que se debía a un estado mental mórbido.

Más tarde el propio Gull lo denominaría perversión del Yo y en 1873, CH. Lassegue describieron los síntomas fundamentales del rechazo la comida: pérdida extrema del peso, amenorrea, estreñimiento y someterse intensamente al ejercicio. Ambos autores examinaron además la importancia de la familia, tanto en los comienzos de la enfermedad como durante su evolución.

En 1874, los doctores Gull en Londres y Lassegue en París hacen el diagnóstico denominándolas Anorexia Histérica y Aepsia Histérica y señalando que eran consecuencia de interacciones centrales y hereditarias. Ya en esta época se referían a estos trastornos como propios de mujeres. Sigmund Freud completó el cuadro con su descripción de las neurosis histéricas haciendo hipótesis psicológicas dentro de sus planteamientos psicoanalíticos y patriarcales, relacionando estos trastornos con la condición femenina (envidia del pene, pérdida de la libido, etc....).

Lo anterior, remonta en las exigencias sociales que impone lo masculino sobre lo femenino, son médicos quienes asignan etiquetas a los padecimientos de las mujeres sobre sus propios cuerpos.

La literatura sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) empezó a proliferar a partir de la década de los sesenta. En los primeros años de la década siguiente, el enfoque se desplaza a la familia como factor crucial de la AN. Después, se puso énfasis en los cambios neuroendocrinos y genéticos, en cuanto marcadores fisiológicos de vulnerabilidad. En la actualidad, muchos analistas teóricos postulan el papel de los desórdenes alimenticios en la organización y en la estabilidad del “Yo”.

En los últimos años, se han realizado investigaciones con respecto a los trastornos alimenticios en donde se ha evidenciado que, las mayores tasas de anorexia nerviosa se dan en mujeres de clases sociales altas y medias, de hábitat urbano. Es conocida la asociación de determinadas profesiones (gimnastas, bailarinas) con los trastornos alimenticios. El anhelo por adelgazar o por mantenerse delgada se ha convertido en uno en uno de los valores clave de la cultura patriarcal encubierta.

Hay evidencias de que la AN se está transformando en una etiqueta de diagnóstico cada vez más popular entre los/as profesionales médicos, lo cual se muestra en el incremento de prevalencia de la enfermedad (Palmer y colaboradores, 1980 citados por Turner, 1989).

Buena parte de la literatura sobre la enfermedad ha sido motivada por la crítica feminista sobre la posición de las mujeres en la sociedad, en relación a la división sexual del trabajo y al sistema patriarcal de la medicina profesional. En esta perspectiva, las mujeres se encuentran peculiarmente sujetas a las contradictorias expectativas de belleza en una sociedad consumista en la que predominan los criterios masculinos de estética (Chernin, 1981 citado por Turner, 1989).

¿Por qué afectan mayoritariamente a las mujeres?

Según Turner (1989) como la histeria los trastornos alimenticios son casi clínicamente por completo una enfermedad específica de las mujeres. Se estima que tan solo una entre diez “víctimas” de la anorexia es un varón.

Así en 1914, M. Simmonds citada por Belloch y colaboradores (1995), introdujo el concepto de caquexia hipofisiaria y su tesis de que la falta de apetito, adelgazamiento, apatía y amenorrea se debe a una alteración de la hipófisis y no a factores emocionales ni sociales.

En 1914 el doctor Simond describió este trastorno como Caquexia Hipofisiaria, señalando que era una enfermedad que afecta a mujeres que tras el parto comienzan a perder peso y mueren.

Es a partir de 1925 cuando los cánones de belleza femenina dan un giro importante, ya que con la desaparición total del corsé (se uso casi cuatro siglos), la mujer comienza a mostrar su cuerpo de otra manera. En este año aparecen por primera vez los figurines de moda en los que se apunta una estilización progresiva, se acortan los vestidos, se enseñan las piernas y hay una supresión de curvas. Coincide con la incorporación de la mujer al deporte en la alta burguesía y comienza la moda de mujeres delgadas que incluso se vendaban el pecho para iniciar el sutil camino a la androginia.

El término bulimia nerviosa fue empleado por Russell en 1979, inicialmente como una variante de la AN y en la actualidad como entidad independiente caracterizado por episodios de ingesta, continuados de vómitos y/o uso de diuréticos o laxantes para contrarrestar las consecuencias del atracón, sobre todo en personas que rechazan la probabilidad de ser o llegar a ser obesas.

Según Belloch y colaboradores (1995), las referencias al hambre autoinducida (ayunos, etc) datan de los tiempos bíblicos. En ellas se entremezclan la verdad y el mito; lo religioso y la exageración; el pietismo y, a veces, el fraude.

Burin, en 2002 menciona que la medicina positivista del siglo XIX se apropiará del cuerpo de las mujeres, psiquiatrizando sus deseos y sentimientos, interpretándolos por vía de los humores.

Según Ellen West (2003), existen casos dudosos de santas de la antigüedad que posiblemente padecieron AN, pero suele disfrazarse estas actitudes con una vida de penitencia y sacrificio; sin embargo, esto induce a reflexionar sobre el hecho de que eran mujeres y jóvenes, igual que la población que hoy en día en su mayoría padecen esta sintomatología (Santa Wilgerfortis o Santa Liberata, Santa Catalina de Siena, Sor Juana Inés de la Cruz).

Según Ellen West (2003), coincide con la incorporación de la mujer al deporte en la alta burguesía y comienza la moda de mujeres delgadas que incluso se vendaban el pecho para iniciar el sutil camino a la androginia.

2.2 Teorías sobre los orígenes, las causas de la anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación (etiología)

Las causas tanto en la AN como en la BN son tan múltiples y variadas como personas las sufren, no obstante, el 80% de los casos aparecen cuando se comienza una dieta de adelgazamiento sin ningún tipo de control médico. También, se relaciona su inicio con la no aceptación de los cambios corporales durante la adolescencia, con un aumento acelerado de peso, con cambios significativos en la vida, con complejos relativos al físico, con problemas de relación (Belloch et al, 1995).

A este respecto, según Belloch y colaboradores (1995), es necesario tener en cuenta que los Trastornos del Comportamiento Alimenticio suelen gestarse en edades adolescentes cuando las dinámicas en la relación con la identidad, la autoimagen, el desarrollo corporal, la dependencia-autonomía, el rol social e interpersonal, entre otros, son tan importantes. Precisamente, la psicopatología de la imagen corporal y su distorsión ha sido especialmente estudiada en los TCA.

Simona de Beauvoir mencionó en 1987 que la razón profunda de ese derrotismo en las mujeres es que en la adolescencia no se piensa responsable de su porvenir y juzga inútil exigirse mucho a sí misma, puesto que, por último, su suerte no dependerá de ella; al contrario dependerá del hombre, porque se le educa inferior a él, acepta la idea de su inferioridad y la constituye porque le está destinada.

Esto puede ser lo que ocurre dentro del inconsciente de la “anoréxica y/o bulímica” y que los procesos son a nivel inconsciente y las investigaciones desde la perspectiva de género no existen en abundancia, pero es importante recordar, que desde que las niñas están pequeñas se les educa con temores y desconfianzas sobre el propio género en relación al cuerpo y el proceso de desarrollo fisiológico al que se enfrentan, lo cual trae ambivalencia e incertidumbre a las mujeres, y esto puede hacer que ellas mismas rehacen los cambios de su propio cuerpo que con las consecuencias de los trastornos alimenticios podrá disimular.

Según Belloch y colaboradores (1995), las múltiples líneas de investigación sobre los posibles factores etiológicos en los TCA llevan a la consideración multicausal de estos trastornos. Se han considerado factores socioculturales, familiares, neuropsíquicos y endocrinos, e incluso genéticos.

Por lo tanto, este padecimiento implica una gama de fenómenos diversa y de amplia categoría, siendo esta poli factorial. No conviene caer en la simplificación de la atribución de relaciones simples causa-efecto, sin embargo, esta autora propone la fortaleza sociocultural, mencionando que son de gran influencia parece clara si se tiene en cuenta las diferencias en prevalencia halladas en diferentes grupos sociales y las peculiaridades de la cultura occidental moderna en relación con el comer y con la apariencia del cuerpo.

Según las teorías, una consecuencia psicológica de los trastornos alimenticios se debe a la opresión que viven las mujeres en diferentes estratos sociales con respecto a sus sentimientos lo que lleva a que el cuerpo se enferme, Vance (1989) al referirse a la sexualidad expresa algo así:

Que paradójicamente, el esfuerzo por reprimir el comportamiento y la fantasía de acuerdo con dogma político garantiza la continuidad del silencio y la poca posibilidad de que salga a la superficie la información que puede desafiarlo, porque las mujeres han sido siempre colocadas en espacios en donde minimizan su palabra y su existencia, por lo tanto, los espacios concedidos para este tipo de demanda o de denuncia son poco visibles.

El privarse de la comida por la delgadez mitificada significa que en la sociedad actual el éxito, la seguridad, la belleza, es estar en forma y ser aceptada socialmente. La asociación de estos logros derivados de estar delgada ha hecho que la delgadez se convierta en un fin; incluso para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez.

La generalizada visión negativa del cuerpo no ya obeso, sino simplemente de perfiles redondeados, es un factor importante que ocasiona frecuentes restricciones alimenticias, más o menos controladas médicamente, en amplios grupos e nuestra

población. La idealización de la delgadez es causa y consecuencia de lo que se dice de las mujeres. En las mujeres, además, se ha apuntado que su creciente rol profesional actual puede conllevar exigencias de imagen que resultan divergentes con respecto a su rol doméstico. Así se generan modelos socialmente deseables, pero generadores de problemas en determinadas personas.

Con respecto a la belleza, se generan grandes expectativas y al mismo tiempo discriminación de algunas mujeres como en la búsqueda de un empleo, pero por supuesto que cuando el que escoge la persona a contratar es un hombre, y cuando es una mujer se da un fenómeno particular que es parte de la subjetividad del género mal entendido, ya que no aplican la sororidad entre mujeres, y por el contrario, se le niega el apoyo.

Sin embargo, Burin para el 2000, dice que las representaciones ideológicas patriarcales acerca de la mujer operan como una fuerza material en la construcción misma de su subjetividad y sexualidad.

Los diversos métodos utilizados para adelgazar, con los que la sociedad-el Estado- se ha mostrado tan permisiva, se han convertido en reforzadores positivos, debido a las metas sociales alcanzadas, teniendo poco en cuenta los riesgos de este tipo de comportamientos. Los estilos de vida, el grupo de iguales, la publicidad y las propias cogniciones van reforzando ayunos, dietas restrictivas y demás prácticas compensatorias. Los objetivos de quienes entran en esta especie de círculo vicioso cada vez son más exigentes y los métodos utilizados más implacables con la comida.

Por otra parte, Belloch y colaboradores (1995), mencionan como predisponentes los factores familiares. En las familias de los/as jóvenes con Trastornos de Comportamiento Alimenticio se ha descrito con especial frecuencia la presencia de depresión, trastornos por uso de alcohol, obesidad y cambios en la conducta alimentaria.

En las *madres* de pacientes con Trastornos de Comportamiento Alimenticio (TCA), se ha hallado también mayor insatisfacción con su imagen corporal, según

Belloch y colaboradores (1995) algunos estudios han comparado familias de AN y NA, encontrando que las relaciones familiares en BN presentaban más alteraciones que en la AN, ya que en estas existe más conflictividad, menor organización y cohesión, más pobre relación afectiva con padres, madres y diferente modo de desarrollo del proceso de individualización.

Es importante recordar que debido a la división sexual del trabajo en lo público y en lo privado se da por entendido por lo menos en las culturas latinas, que quién mayor parte del tiempo pasa con los/as hijos/as en el hogar son las madres, por lo tanto, lo anterior, si se parte de que se está hablando de un trastorno del *comportamiento* y se da en gran parte por el aprendizaje se trata de dar por entendido que del trastorno, también la madre será responsable, que de hecho es una crítica para el psicoanálisis, ya que excluye de responsabilidades al padre como si su ausencia no influyera en sus emociones y percepciones acerca de la vida.

Se han encontrado patrones relacionales ambivalentes y erróneos. Para Minuchin citado por Belloch y colaboradores (1995) las familias con trastorno de alimentación se caracterizan por la tendencia a evitar el conflicto y la sobreprotección y la dificultad de los padres y las madres para asumir en primera persona el liderazgo dentro de la familia. Suele ser típico que cada uno de los padres y de las madres sienta la necesidad de justificar sus propias decisiones como si vinieran dictadas por consideraciones procedentes del otro/a.

Según Selvini citado por Belloch y colaboradores (1995), se desarrollan seis estudios en un proceso interactivo familiar que desemboque en conducta anoréxica. Primero: el juego de la pareja parental. Segundo: implicación precoz con la hija en el juego del padre y la madre. Tercero: sentimientos de abandono por el desplazamiento de la atención de la madre hacia otro miembro de la familia. Cuarto: desafío de la madre mediante la dieta. Quinto: sentimientos de rencor y desprecio hacia su padre. Sexto: rol del síntoma. La paciente descubre el poder que le confiere su síntoma en el juego familiar; por medio de un vínculo pseudosimbiótico con su madre encubre la hostilidad y el control.

No hay que olvidar, la posible importancia de los factores genéticos. Belloch y colaboradores (1995) explican su teoría con respecto a la importancia de los factores psicológicos individuales como causas de los trastornos alimenticios. Los rasgos psicológicos que se han encontrado asociados a los TCA son: déficit en la autoestima, dependencia, temores a la pérdida de control, vivencias de soledad y temor a la misma y a al abandono, vivencia de control externo, inseguridad y problemas de identidad, tomando la depresión y las fobias, incluyendo la social, como la relación psiquiátrica más frecuente.

Para Belloch y colaboradores (1995), numerosos/as investigadores/as han manifestado la existencia de relación entre los TCA y los trastornos de la personalidad, aunque no existe una personalidad específica que defina el vínculo directo entre ambos. Los estudios clínicos coinciden en destacar la personalidad de la AN como obsesiva, rígida, meticulosa, perfeccionista, dependiente, socialmente inhibida, más inestables emocionalmente y más introvertidas también, los niveles de ansiedad son más altos en el trastorno anoréxico que en el propio trastorno de ansiedad.

Es importantes esclarecer, que con el paso de los años la cultura se ha acostumbrado de que los médicos sean quienes dictaminen las necesidades de las mujeres como síntomas, de esta manera se disfrazan, enmascara o justifica a los hombres hijos, padres y/o maridos de la falta de sensibilidad y empatía para con las mujeres de su entorno para proveer espacios de comunicación que podrían prevenir dolores del alma de las mujeres más tarde somatizados en “trastorno”.

Los factores biológicos según Belloch Et Al (1995), dicen que existen hallazgos que muestran la disfunción hipotalámica en los TCA no han conseguido establecer si se trata de causas o de consecuencias del trastorno.



En este apartado, se presentan algunos conceptos que ayudan a comprender el problema de investigación y sirven de referentes para mujeres y hombres.

2.3 Teorías

2.3.1 Aspectos biológicos o genéticos

En cualquier artículo sobre trastornos alimentarios, aparece escrita la posibilidad de que ciertos desequilibrios se deben a los neurotransmisores, o factores genéticos aún no especificados, sean responsables de la AN y BN.

Esa parcialización en la información es errónea, ya que se han efectuado en el mundo varias investigaciones sobre genética y neurotransmisores con resultados definitivos, en la mayoría de los casos, se debe a que casi imposible atribuirle toda la culpa de una AN o una BN a factores en los que no estén involucrados los patrones de comportamiento familiar el grado de formación psíquica de la persona y el constante bombardeo de unos medios de comunicación que reclaman belleza y delgadez a las mujeres como forma de ser exitosas y triunfar socialmente las lleva a extremos del comportamiento.

Uno de estos descubrimientos es que parece que, sí existe un riesgo hereditario tanto para BN como para AN. En las personas que tienen parientes que han sufrido AN la posibilidad de enfermarse del mismo mal aumenta ocho veces comparado con otras personas, mas no se sabe qué factor heredado o no se debe a ello. Quizás todo se deba a ciertas condiciones heredadas en grupos de familias y que las hacen tener predisposición hacia la delgadez. Si estas personas también “heredan” o incluso desarrollan patrones familiares que repiten los posibles desencadenantes o causas subyacentes de los trastornos alimentarios, la situación se complica para los/las científicos/as.

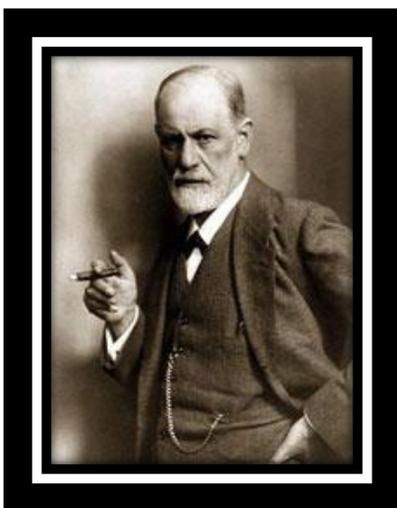
Otros/as expertos/as creen que las personas con trastornos alimenticios heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales llamada opioides, las cuales son descargadas en condiciones de inanición y promueven una adicción al estado de hambre. Esa última teoría parece un chiste para los descendientes de los ingleses colonizadores de Hong Kong, pero los científicos se la toman muy en serio.



También existe la posibilidad de que todo el horrible asunto de la AN, o una variedad de ella, se deba a simples y comunes bacterias. En una investigación publicada por el Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, se revela una relación entre la familia de bacterias de grupo A beta-hemofílico estreptocócico (GABHS, por sus siglas en inglés), las que dan cuando se infecta la garganta y la AN. Al parecer si una joven con comportamiento obsesivo compulsivo, de esas que tiene que limpiar su habitación veinte veces en el día para escapar de los insectos del polvo, empieza a desarrollar síntomas anoréxicos, es buena idea comprobar si cumple algunos de los síntomas que se conocen para

diagnosticar la AN y/o BN. En caso contrario, existe la posibilidad de que su afección sea una consecuencia secundaria producida por los anticuerpos provocados por los organismos al lesionar accidentalmente el cerebro durante el proceso de lucha contra la infección. Los antibióticos, la terapia inmunológica y una vacuna experimental contra la fiebre reumática pueden inclusive ayudar a tratar los TCA en estas pacientes.

2.3.2 Una aproximación desde el Psicoanálisis



Algunos psicoanalistas, insisten en considerar la AN y la BN como un mecanismo mediante el cual la afectada recuperará la libertad e independencia perdida a manos de su padre. No está clara la forma en que esta secuencia podría causar el intenso temor a volverse obesa, que es el hecho central tanto de la AN como de la BN. Para aquellos que tienden a considerar que el trastorno es de índole psicossomático, estos rasgos no son sino la expresión de un defecto constitucional en la capacidad de formular las fantasías –cuadro denominado alexitimia por Sifneos y Nemiah (1967), quienes lo describieron en pacientes que, padeciendo enfermedades orgánicas, presentan dificultades para expresar emociones. Lo consideraron, en principio, un defecto de origen neurológico que ocasiona dificultades en la simbolización y una mayor tendencia a resolver las situaciones de tensión a través del cuerpo, causando la AN y la BN.

Marty y Col (1992), creen que ciertas fallas en la constitución del aparato psíquico impedirían la tramitación del afecto por vía psíquica. El registro de las sensaciones corporales se hallaría alterado por condiciones que pueden variar entre: 1) un cuerpo excesivamente narcisizado por la madre con una imposibilidad de reconocimiento de los límites corporales propio-ajenos, base de frecuentes expresiones tales como: “me siento llena, atascada, invadida, ahogada”; 2) un

cuerpo deficientemente libidinizado, no semantizado que se expresa a través de frases como “estoy vacía, no llego al fondo, no conozco mi límite”.

La especificidad femenina de la anorexia/bulimia se hace recaer sobre la madre

Al revisar la literatura sobre el tema, el papel otorgado a la madre resalta con tanta contundencia que pareciera que la especificidad femenina de estos trastornos tuviera como única responsable a la madre.

Emilce Dio Bleichmar (2001), psicoanalista creadora del enfoque Modular-Transformacional, expone en su texto “Anorexia/ bulimia. Un intento de ordenamiento desde el Enfoque Modular- Transformacional” que existen varios prototipos de patrones de crianza materna –configurados por diversos autores/as- que potencializan a sus hijos/as sean terreno fértil para un trastorno del comportamiento alimentario. Algunos de los perfiles maternos considerados patogénicos son:

Madres extremadamente dadoras, perfeccionistas: Kestenberg (1976), plantea que son esas madres que se preocupan en exceso por su familia y están representando 24 horas al día un papel de mamá perfecta similar al de las mujeres norteamericanas de los anuncios de los años 50. Sus propias necesidades son reprimidas o inhibidas por completo por lo que en el fondo tras su servicio hacia los/as otros/as, especialmente hacia su marido, siente una irritabilidad y resentimiento no expresado, ya que expresar sus sentimientos podría ser autoindulgente.

Madres dominantes, controladoras, intrusivas: Likierman (1997), Beattie (1988), Gianna Williams (1996). Son aquellas que usan a sus hijas como barrera contenedora de su confusa mezcla de sentimientos y emociones no asimiladas o procesadas, las cuales oscilan entre infantilismo y sexualidad. Por supuesto, ésta desorientada madre es incapaz de controlar las emociones de su propia hija.

La madre de la madre. Casi todas las madres de anoréxicas y bulímicas relatan con cierta facilidad haber tenido malas relaciones con sus propias madres. Por ser estas demasiado autoritarias o demasiado sumisas y vulnerables, no han podido, en todo caso, tener contactos íntimos tiernos con ellas, y han tenido que aprender, no sin haber sufrido. De este modo, han tenido tendencia, de acuerdo con su marido, a asegurar a sus hijos/as la posibilidad de un desarrollo autónomo que les ponga al abrigo de este sufrimiento que fue el suyo, aun lamentando no haber conseguido establecer una intimidad cálida, a la que “habían aspirado de niñas” (Kestenberg y col. 1976:132). Se produce entonces una posición depresiva mal elaborada o dependencia profunda de la madre hacia su propia madre, causa profunda que interfiere en una madre para poder adoptar una posición maternal en relación a la hija (Jeammet, 1971).

La trabajadora social Lucía Restrepo, jefe del Departamento de Trabajo Social del Hospital Psiquiátrico San Isidro en España, cree sobre el papel de la madre en el desarrollo de un trastorno de la alimentación que: “La relación de la



persona afectada con su madre es importante; la afectada tiende a vivir pegada a su progenitora y no sabe cómo separarse sin ser desleal, sin agredir y ser violenta”. La niña debe afianzar sus propios límites y se crea un conflicto entre ella y su madre por una latente dependencia, que ocasiona incapacidad en ambas en el momento de la ruptura y fortalece en la chica el deseo de afianzar su yo, por medio de la restricción o el descontrol alimenticio, que seguramente ha nacido de una semilla sembrada en la temprana niñez.

Un inquietante análisis de los patrones de conducta que varios autores/s expertos/as en trastornos de la alimentación han encontrado en sus pacientes anoréxicas, bulímicas y comedoras compulsivas, que revelan vacíos interiores y necesidades que las afectadas trata de llenar o de suplir con sus comportamientos alimentarios.

Una adolescente puede llegar a sentirse alterada por las similitudes con su madre, pues cuestiona su sentido de identidad; algunas al tratar de afianzar su propia identidad llegan a extremos dramáticos como alterar sus cuerpos; relacionan íntimamente los fracasos de sus madres con la forma de sus cuerpos y pueden llegar a ser capaces de “retroceder a la niñez a base de matarse de hambre”. No quieren repetir la experiencia materna. Collette Dowling autora del libro “Mujeres Perfectas”, considera que muchas de las mujeres que entrevistó presentaban desconcierto y confusión respecto a sus cuerpos extraña impresión respecto a su forma y tamaño.

La autora concluye sobre la relación imagen de la madre/construcción de la personalidad que las mujeres usualmente necesitan medirse con algo externo porque no son conscientes de su sentido de identidad; que estas revelan en su preocupación por la comida los temores internos relacionados con la estabilidad del yo, y que esto se transmite mediante la relación madre/hija.

Dowling (1940) cita a Hilde Bruch, refiriéndose a su tratado clásico: *Eating Disorders- Trastornos de alimentación*, en donde Bruch explica que el problema de los trastornos del comportamiento alimenticio comienza en la primera infancia. Cuando se crece, es importante aprender a “cifrar” o utilizar los mensajes del cuerpo, como si fuera ese el único medio para aprender a identificar las necesidades orgánicas y satisfechas.

La excesiva publicidad de alimentos hipercalóricos a la que se ven expuestos/as Los/as niños/as y los condicionamientos relacionados con comida a los cual.es recurren los/as padres/madres –como que si el/la Chico/a se porta bien

le da unos chitos o algo por el estilo, están destruyendo los mecanismos de control de comida internos de los/as Niños/as.

Bruch cree que cuando la madre ofrece alimento como respeta al llanto, la/el bebé desarrollará la sensación de hambre y podrá diferenciarla de otras necesidades, pero que, si la madre no atiende adecuadamente esta necesidad, el/la bebé confundirá esa sensación normal de apetito con otras sensaciones desagradables y cuando grande interpretará de manera equivocada cualquier tipo de frustración. “De hecho, un componente fundamental del yo queda fuera de la estructura psicológica de la niña: ese componente es, sencillamente, la capacidad de saber cuándo necesita algo”.

Esa vaguedad en la elaboración de su yo, en el confrontamiento de sus necesidades impide que la persona se haga cargo de su vida. Tendrá problemas para controlar su alimentación, para expresar sus emociones, pues no saben cómo se sienten por dentro. Han perdido contacto, de un modo profundo, con su yo. En la adolescencia, la lucha de una persona que presente un trastorno de la alimentación pretenderá lograr mediante este, la liberación del concepto de sus padres y madres tengan de ella/él “...porque lo que puede ahogar el yo que florece es la poderosa idea que nuestros padres tienen de nosotras”, concluye Dowling (1940).

2.3.3 La Teoría Cognitiva

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que dice, que mantiene la percepción y la estructura de las experiencias del individuo, determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979).

Equivalen a las creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990). Con todos estos términos equivalentes se hace referencia a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que se conceptualiza de forma idiosincrática la experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las

que se puede, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer “inactivos a lo largo del tiempo” y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos-ideas irracionales, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

Con respecto a los Trastornos Alimenticios la teoría Cognitiva dice que al parecer están relacionados con la dependencia, trastornos de ansiedad, fobia social y trastornos de la personalidad por evitación, dependencia u obsesión-compulsión hacia la perfección ideal del cuerpo, baja autoestima y distorsión de la imagen corporal, esto sobre todo en la anorexia. La bulimia nerviosa parece estar asociada a trastornos del control de impulsos, tendencia al robo, abuso de tóxicos, tendencias autoagresivas y hasta antecedentes de suicidio, trastornos del estado de ánimo, entre otros.

Sobre la base de la teoría del aprendizaje, reconocen que los seres humanos aprenden a dejar aquella comida que los hace sentir enfermos/as y a recibir y buscar aquella que les hace sentir bien y les da placer. Entonces, si comer en un comportamiento aprendido, este puede ser cambiado.

Las personas difieren en su peso, así como en sus preferencias por los alimentos, especialmente aquellos que producen sobrepeso. Las personas obesas experimentan una mayor preferencia por alimentos que contienen más calorías, tales como carbohidratos. En las personas de peso estándar tal comportamiento es menos frecuente, y en las personas anoréxicas y bulímicas están ausentes.

La teoría cognitivo-conductual, destaca la influencia de los pensamientos e ideas en el desarrollo y mantenimiento de las patologías alimenticias y de los comportamientos de control de peso. En forma resumida, la teoría predice la presencia de trastornos alimentarios en personas con alta preocupación por el cuerpo, el peso y la imagen corporal.

Algunas psicólogas cognitivas como Rosa M. Raich y Paloma Gómez, estudian la alteración mental de las chicas anoréxicas y bulímicas y creen que esas chicas han desarrollado una visión de la realidad tan pobre que les es imposible enfrentarse adecuadamente a las complejidades de la vida adulta. Como todas las personas, las anoréxicas y/o bulímicas necesitan experimentar cierto control sobre la vida y que ésta sea, siquiera en parte, predecible. Perder peso significa que se sienten bien y seguras, mientras que engordar significa que son un fracaso y que son malas. No se tolera ninguna ambigüedad.

Su manera de pensar, excesivamente simple, no les permite resolver los problemas a los que se enfrentan. Como fracasan a la hora de encontrarle sentido a la vida, las anoréxicas evitan tantas situaciones de la vida real como pueden.



Entonces, desde el punto de vista cognitivo, se ve los trastornos alimenticios como una especie de lavado del cerebro. Según su análisis, las chicas anoréxicas han desarrollado un conjunto de creencias rígidas y equivocadas o

irracionales acerca de sí mismas que debe ser destruido antes de proceder a su rehabilitación. Aman a su peor enemiga: la bulimia y/o la anorexia. En esta visión se sostiene que el proceso de rehabilitación sería una especie de desprogramador que anime a las chicas a pelear con esa enemiga.

2.3.4 Teoría Sociocultural

Los **factores socioculturales** también son cruciales, como concluyen investigadores tales como **Thompson y Heiberg, Kashubeck, Walsh y Crowl**. El papel de los medios de comunicación, la moda, y los valores femeninos tales como

el éxito y la perfección a través del cuerpo –como sinónimo de la ausencia de conflictos en la vida familiar, social y personal- parecen ser uno de los elementos importantes en el desarrollo de trastornos de la alimentación. Específicamente, los medios de comunicación refuerzan los elementos culturales ligados al modelo de la mujer y el hombre de estos tiempos. En otras palabras, esta es una cultura de la delgadez y, además, se observa un proceso de transculturización del modelo de la mujer y el hombre delgados, desde los países más desarrollados hacia otras geografías y tipos étnicos.

Este énfasis en la apariencia, la moda, el aumento en la preocupación por el peso y las dietas, la centralización en el cuerpo, y todos estos aspectos puede llegar al extremo de contribuir al desarrollo de patrones inadecuados de conducta alimentaria.

Para sintetizar, la teoría sociocultural propone que el comportamiento alimentario es el resultado de la interacción entre lo interno (cuerpo y mente) y lo externo (ambiente, sociedad y cultura), es decir, entre la naturaleza y la educación. Se hace imperativo, entonces, lograr una mejor comprensión de todos los factores involucrados puesto que los condicionantes culturales empiezan a actuar desde etapas muy tempranas del desarrollo evolutivo, lo cual hace necesario priorizar las acciones dirigidas a la prevención del problema, para no tener que llegar a los extremos como lo son los trastornos alimenticios.

Se dice que estos trastornos, son más padecidos entre población que trabaja con aspectos que involucran mayormente sus cuerpos como: los/as bailarines/as, un colectivo conocido por la exagerada delgadez que buscan sus grupos, existe una alta tasa de anoréxicos/as, entre tantos grupos. Cualquier sector de la población cuya forma de vida dependa básicamente de la delgadez es un sector de riesgo.

Entonces, se puede considerar aquí, los patrones de crianza que refuerzan las causas de estas conductas, en muchos casos ha originado en el desarrollo psicológico de las/os jóvenes no se establezca un claro modelo de referencia para

poder identificarse con él. Si esos modelos están ausentes, los medios ofrecen otros.

En circunstancias así, el ideal de la “flaca” que es aceptada socialmente puede ser adoptado por muchas adolescentes como modelo a seguir. Las estadísticas revelan que aproximadamente el 85% y 90% de las mujeres del mundo no están satisfechas con su peso, con su cuerpo, según la psiquiatra María Adelaida Arboleda escritora del libro “La obsesión por las dietas”.

La presión sociocultural por la esbeltez, junto a la estigmatización de la obesidad, juegan un papel fundamental en el desarrollo de la BN y/o la AN, pero para ella es evidentemente necesario que aparezcan otros elementos para que se desarrollen los trastornos alimenticios, como pueden ser: un contexto educativo y familiar que particulariza el modelo estético-corporal, una baja autoestima, un estilo de afrontamiento deficiente y el mito del concepto de lo que es una “súper mujer”.

Cualquier dieta puede ser el primer paso en la dirección de un trastorno de la alimentación. Una vez que la mujer ha perdido contacto con el mecanismo interno personal que regula la sensación de hambre, se vuelve muy vulnerable a cualquier influencia sobre su conducta alimentaria. Cuando la mujer vive pendiente del modelo aceptado por atractivo a nivel social, hará lo que sea por obtenerlo.

2.3.5 Teoría Sistémica

La epistemología sistémica en su aplicación a la terapia familiar adquirió desarrollo desde las décadas de 1950 y 1960, y desde entonces no ha dejado de desarrollarse. Debido a que en sus comienzos se desarrolló especialmente estudiando la dinámica de la organización familiar, actualmente se habla de la terapia familiar sistémica, como una manera genérica.

Por un lado, en la Teoría General de Sistemas, se basa en que un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran, de esta manera un sistema puede ser cerrado (cuando no intercambia información con su entorno) o abierto (cuando intercambia información con su

entorno, por lo que es modificado y a la vez modifica a ese mismo contexto). Según la Teoría General de Sistemas, cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la “totalidad” y no en la “sumatividad”, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. En este sentido a un mismo efecto pueden responder distintas causas, y esto se da porque hay una permanente circularidad e interconexión entre los miembros de un sistema.

La teoría de la comunicación es parte de este pensamiento teórico en donde propone que “es imposible no comunicar”, en este sentido todo comportamiento de un miembro de un sistema tiene un valor de mensaje para los demás (incluso el silencio o la mirada, o la indiferencia dirían: “prefiero ignorarte”, pero siempre comunican algo).

En la explicación de la génesis de los trastornos, el enfoque sistémico destaca la importancia del ambiente familiar. Así, por ejemplo, se han descrito trastornos afectivos y relaciones familiares inadecuadas relacionadas con problemas de peso, enfermedades somáticas y abuso de sustancias tóxicas.

2.3.6 Teoría del Aprendizaje Social

Este enfoque subraya la capacidad para aprender por medio de la observación de un modelo o de instrucciones, sin que el aprendizaje cuente con experiencia de primera mano (Morris, 1997); donde el mayor exponente de esta teoría es Albert Bandura, pero hay quienes han contribuido a esta como Julian Rotter, Albert Ellis, Walter Mischel y Mineka.

Según Bandura (1986), expone que dentro de un amplio de marco social, cada individuo va formándose un modelo teórico que permite explicar y prever su comportamiento, en el cual adquiere aptitudes, conocimientos, reglas y actitudes, distinguiendo su conveniencia y utilidad; observando éste, diversos modelos (ya sean personas o símbolos cognoscitivos) con los cuales aprende de las consecuencias de su provenir, dependiendo su ejecución, de que el modelo haya

sido reforzado o castigado requiriendo el observador de atención, retención, producción y motivación para llevar a cabo lo que se ha aprendido.

Los modelos pueden enseñar a los observadores cómo comportarse ante una variedad de situaciones por medio de autoinstrucción, imaginación guiada, autorreforzamiento por lograr ciertos objetivos y otras habilidades de autorrelación.

Muchas veces, el éxito o el fracaso en aspectos de la vida en una cultura, depende del aprendizaje por observación debido que éste puede darse en un modelo desviado (causando deficiencia en el aprendizaje) o en uno prosocial.

Es así como el aprendizaje por observación influye en los integrantes de una sociedad y éstos a su vez en la misma, en el momento en que entran a trabajar las funciones de su autorregulación.

“El aprendizaje es con mucho una actividad de procesamiento de información en la que los datos acerca de la estructura de la conducta y de los acontecimientos del entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos para la acción”. (Bandura, 1986, p.51).

2.3.7. Teoría de Género

Los estudios de las mujeres y de género han permitido visualizar las diferencias y asimetrías culturales existentes entre mujeres y hombres.

La teoría de género plantea que la condición genérica varía de sociedad a sociedad e incluso entre una y otra generación y una y otra clase al interior de una misma sociedad. El aspecto en el cual se centra es que existe una diferencia de poder entre hombres y mujeres: poder de decidir sobre las propias vidas e influir las de las demás personas, valoración de lo propio y de lo ajeno. A nivel social, el poder como posición y tensión en las relaciones entre grupos dominantes y subalternos por establecer la dirección del conjunto de la sociedad, mediante la disputa de recursos y reglas (Cohen, 1987).

Esta tensión por el poder se encuentra presente en todos los espacios de reproducción públicos y privados de los sujetos sociales (Lagarde, 1993).

El patriarcado es el sistema que se basa en la dominación de las mujeres. Se expresa en las instituciones sociales y en cada persona en particular, en forma contradictoria y procesal y tiene relaciones dialécticas con los otros sistemas de dominación. La diferencia de poder entre mujeres y hombres se fundamenta en una especialización de cada sexo en determinados roles, espacios, dinámicas. Por lo tanto, marca la vida cotidiana y la construcción de sentido. Es en el ámbito ideológico y político donde se legitima la jerarquización (Eisenstein, 1984).

Como señala Simona de Beauvoir, este sistema ha hecho que se domine y subordine las mujeres como el “segundo sexo” por lo tanto, no se posibilita su acceso a muchos espacios, ni se valoran los quehaceres tradicionalmente femeninos.

El patriarcado tiene su base cultural en una visión dicotómica del mundo, donde lo público aparece dissociado de lo privado, lo afectivo de lo racional, la cultura de la naturaleza, en un orden que se explica a sí mismo como natural y eterno; y donde los componentes ligados a lo masculino son sobrevalorados. Por eso, es posible abstraer algunos rasgos culturalmente, construir y asociados a lo femenino y a lo masculino.

Estos rasgos y espacios se constituyen en el “deber ser” en los procesos de construcción de la identidad de las personas concretas, pero no es posible encontrar un “tipo ideal” de carne y hueso.

El siguiente esquema, alimentado de diversas propuestas teóricas (Lagarde: 1993, 1995, Rivera- Garretas:1994) sirve de referente para acercarse al género en el trabajo empírico. Sin embargo, es necesario advertir que este esquema no es la realidad compleja, dialéctica y procesal. Alude a las características que han construido históricamente las identidades masculina y femenina. Revelar lo masculino y lo femenino como dicotomía cultural sólo tiene como objetivo construir una herramienta de trabajo para el análisis.

2.4. Conceptos Claves

2.4.1 Imagen Corporal

Los ideales de belleza establecidos por las distintas sociedades son un factor importante que marca ciertos patrones físicos y de imagen corporal. Estos ideales de belleza suponen una alta presión sobre todas las personas de la población (siendo esto más fuerte hacia el cuerpo de las mujeres). Quienes poseen las características del modelo tienen razones para autovalorarse positivamente, mientras que las que se apartan de él, suelen tener una baja autoestima.

La imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual.

El componente perceptual hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación o a subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales respectivamente. En los trastornos del comportamiento alimentario frecuentemente se encuentra la sobrestimación.

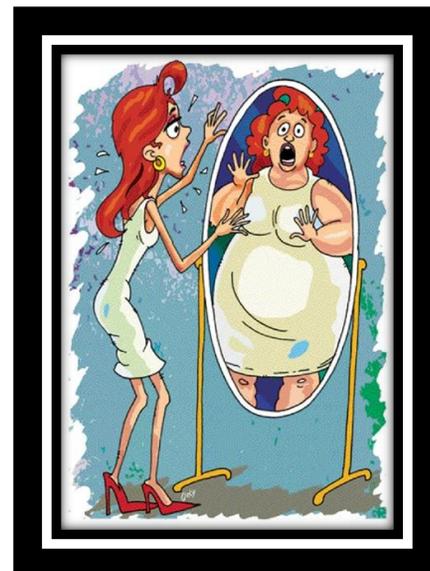
El componente conductual se refiere a las conductas aceptadas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, vestir ropa ancha para no marcar la silueta, pesarse compulsivamente).

Integrando los tres componentes, se concluye que la imagen corporal hace referencia a la percepción que se tiene de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, a la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, valoraciones que se hacen y se sienten al modo de comportarse derivado de las cogniciones y los sentimientos que se experimentan. Por tanto, el tener una buena o mala imagen corporal influye en

nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, además, en la forma en cómo nos respondan los demás.

El concepto de imagen corporal es multidimensional e incluye la percepción del propio cuerpo y de sus características, la estima y la conceptualización del mismo, con aspectos cognitivos, actitudinales y comportamentales, como se mencionó anteriormente.

Alcanzar el estereotipo delgado y esbelto proclamado por la sociedad actual es sinónimo de éxito y de autoestima, por ello no es de extrañar la excesiva preocupación por el peso y la imagen corporal.



Si bien, los medios de comunicación enfatizan el aspecto de mantenerse delgada y esbelta, cada día es más claro que las presiones sociales se encuentran en la génesis y mantenimientos de los desórdenes alimenticios.

Puede ser que el medio exija una cosa a la cual la persona no calce pero el mismo medio no permite cuestionar o evitar esa exigencia. Lo que le pasa a las mujeres que padecen esos trastornos, es que pueden sentirse bien con su cuerpo pero la exigencia sociocultural dice “tienes que estar más flaca”. Entonces, aunque la niña tiene su cuerpo ideal, el medio le exige otra cosa. El problema en las anoréxicas y/o bulímicas es que tienen en la cabeza una imagen que no corresponde ni correspondería con la realidad o con lo social. Socialmente, no se espera que la niña llegue al raquitismo, se espera que llegue a la delgadez.

En la cultura el patriarcalismo predominante, considera que las curvas aún son solicitud o mandato. Cuando esos tres “cuerpos” mencionados anteriormente no coinciden, es cuando viene la culpa, la angustia, la sensación de que no sirve para nada, entre otros. Eso lleva a estas mujeres a hacer cantidad de cosas que las llevan a enfermarse.

“La identidad no es, deductivamente, la de la mente con el cuerpo, en tanto cuerpo; ni la del cuerpo con la mente, en tanto mente; más bien, la identidad, o la unidad, es la totalidad misma en tanto una unidad funcional u orgánica, esto es, en tanto una actividad de vivir, pensar, sentir, desear, cuya condición orgánica es ciertamente un cuerpo material o físico, pero tan solo un cuerpo de cierto tipo, el cuerpo actuante, cuya externalidad es racional, y que, por tanto, no puede reducirse a una cosa física compuesta o agregada, excepto en la muerte” (Turner, 1989:47).

En el caso de personas con un trastorno alimentario los distintos niveles de la imagen corporal se manifiestan de la siguiente forma:

Nivel perceptual: sobrestiman la amplitud de sus medidas y se ven gruesas, incluso, teniendo un peso normal. Sin embargo, no se trata de una alteración de la percepción visual, ya que perciben con total exactitud los cuerpos y siluetas de las personas que les rodean. Es la imagen que tienen de su cuerpo la que deforman, distorsionan, distorsionan o exageran. Tienen a percibir las dimensiones de su cuerpo con una sobrestimación del 30% de su volumen.

Nivel cognitivo: imaginan que la otra gente se fija en sus defectos y creen que éstos son una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados. Tienen una preocupación exagerada, a veces obsesiva, por su cuerpo, que traslada a un segundo plano otros aspectos de sus vidas mucho más importantes, como salud, la escuela o las amistades.

Nivel conductual: organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Algunas evitan mirarse al espejo, mientras que otras lo hacen compulsivamente. Otras, esconden su cuerpo dentro de ropas de tallas enormes para su tamaño corporal. Se comparan constantemente con los demás, y su cuerpo siempre resulta ser menos delgado y más desagradable.

Se puede concluir que se tendrá una imagen corporal negativa cuando:

- Exista una percepción distorsionada de las formas corporales y se perciban partes del cuerpo como no son realmente.
- Se esté convencida de que solamente otras personas son atractivas, y que el tamaño y forma del cuerpo son signo de fracaso personal.
- Exista vergüenza y ansiedad por el cuerpo.
- Se sienta incómoda y rara en el propio cuerpo.

Por el contrario, existirá una imagen corporal positiva si:

- Existe una percepción clara y verdadera del cuerpo.

2.4.2 Anorexia

El término anorexia nerviosa proviene del latín y quiere decir sin apetito, el adjetivo nervioso explica su origen psicológico. Sin embargo, no es cierto que los/as jóvenes anoréxicos/as no sientan hambre, al contrario, la reprimen por el pavor que tienen a la obesidad. Estos/as jóvenes rechazan en forma contundente el mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla.

“El miedo que experimentan hacia la obesidad los lleva hasta la inanición y a la pérdida progresiva de peso. Y lo más grave es que no tienen conciencia de su enfermedad” (Palma, 2000, citada por West, 2003: 36).

La nutricionista Marcela Palma del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Las personas con trastornos alimenticios AN llegan a perder por lo menos el 15% de su peso corporal y en casos extremos hasta el 60%, lo que puede ocasionar la muerte. El trastorno tiene diversas caras y según Marcela Palma, puede clasificarse en etapas primaria y secundaria.

Según Ellen West (2003), usualmente las personas con anorexia nerviosa buscan la perfección; se ponen expectativas muy altas y sienten que siempre tienen

que estar demostrando su competencia. Usualmente ponen las necesidades de otros/as sobre las suyas. También, suelen sentir que el único control que tienen sobre sus vidas está en la esfera del peso y la comida.

Todos los días, el peso en la báscula determina si lograron o no su meta y se sienten poderosas y en control cuando pierden peso. El pensar en calorías y perder peso es una manera de bloquear sus sentimientos y emociones. Para ellas, es más fácil ponerse a dieta y dejar de comer, que enfrentarse a sus problemas directamente.

2.4.3. Bulimia

Se cataloga como un trastorno mental que se caracteriza por episodios de voracidad, comer grandes cantidades de comida en un corto tiempo (“atracones”), a los que se siguen casi siempre conductas tendentes a evitar el aumento de peso, tales como: ayuno, ejercicio físico excesivo, ingestión de laxantes y diuréticos, vómitos provocados y otros síntomas asociados.

La persona que padece bulimia tiene un intenso temor a engordar, junto a una falta de control sobre su alimentación y sentimientos de culpabilidad y autodesprecio.

Las personas con bulimia nerviosa usualmente no se sienten seguras acerca de su propio valor y necesitan de la aprobación de los demás. Tienden a hacer lo que sea necesario por complacer a los otros negando sus propios deseos y necesidades.

La comida se vuelve la única fuente de consuelo y sirve para bloquear y anestesiar los sentimientos.

2.4.4 Obesidad

La obesidad es un trastorno o enfermedad caracterizada por exceso de grasa corporal que altera la salud del individuo y que en muchas oportunidades lo pone en riesgo de desarrollar una enfermedad crónica. Clínicamente, se considera a un individuo como obeso cuando su peso total supera en un 20% el peso medio ideal para su edad, talla y sexo, obeso mórbido cuando el peso talla (de ahora en adelante P/T) es mayor a 150%. Sin embargo, como el coeficiente P/T cambia con la edad y con el estado puberal, la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso del

Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad y estimación del grosor de los pliegues subcutáneos (tricipital y subescapular) para definir sobrepeso y obesidad en la adolescencia. El IMC se define como el peso (kilos) dividido por la talla al cuadrado (metros²). Su validez como índice de obesidad, se basa en su alta correlación con la grasa corporal y su baja correlación con la talla. El IMC asume que al normalizar el peso para la talla se puede estimar la grasa corporal independientemente del sexo, la edad y el origen étnico del sujeto.

2.4.5 Ortorexia

La ortorexia es una obsesión extrema por la salud, centrada en comer sano y puede convertirse en trastorno.

Las personas que sufren ortorexia acaban por centrarse en lo que comen; la comida es el centro de sus pensamientos y de su vida. Rechazan la carne, las grasas, los alimentos cultivados con pesticidas o herbicidas y los que contienen sustancias artificiales, pero su obsesión por comer sano va más allá y se preocupan incluso por la forma de preparación de su comida y los recipientes en que los cocinan. Dedicar mucho tiempo a la planificación de los menús y a la preparación de los alimentos. Cada pequeña transgresión alimenticia se acompaña de sentimientos de culpabilidad y frustración cada vez más fuertes. Se rechaza todo aquello que no es “natural”, saludable o controlado, lo que influye de modo muy negativo en la vida social de la persona; comer fuera de casa en un bar o restaurante resulta impensable para ellos.

2.4.6 Vigorexia

La vigorexia es un trastorno mental denominado así por el psiquiatra estadounidense Harrison G. Pope del Hospital Mac Lean de la Facultad de Medicina de Harvard en Belmonte (Massachusetts) y sus colegas de las Universidades de Providence y de Keele, citado por West (2003).

La vigorexia se caracteriza por la relación con el ejercicio físico. Se llegan a practicar más de cuatro horas diarias de deporte, no con el fin de batir una marca o de mejorar la salud, sino por un objetivo exclusivamente estético.

Aunque a la vigorexia se le denomina “la anorexia de los 90”, es un trastorno mental diferente, no es estrictamente alimentario, pero si comparte la patología de la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión del esquema corporal.

Estos trastornos derivados de la excesiva preocupación por el cuerpo común en este final de siglo se están convirtiendo en una verdadera epidemia. Desear una imagen perfecta no implica padecer una enfermedad mental, pero si aumenta las posibilidades de que aparezca.

Aunque biológicamente hay explicaciones a estos trastornos por desequilibrios en los niveles de serotonina y otros neurotransmisores cerebrales, no cabe duda de que los factores socioculturales y educativos tienen una gran influencia (West, 2003).

2.4.7. Dismorfia Corporal

Existe una rara enfermedad, llamada Dismorfia corporal, que impide a los que la padecen llevar una vida normal. Sus síntomas son verdaderamente curiosos: el paciente cree firmemente que padece un defecto físico y la visión de su cuerpo deforme le provoca un sufrimiento tal que no le deja vivir. No es consciente de que en realidad la mente les juega una mala pasada. El enfermo fabrica una imagen distorsionada, le da tanta fuerza y la reafirma tanto que acaba sufriendo una angustia que le puede llevar incluso al suicidio.

Existe un amplio número de personas que están más o menos preocupadas por su apariencia, pero para ser diagnosticado con Dismorfia, la persona que lo padece debe estar afectada realmente, tiene que sufrir reiteradamente una obsesión con una parte de su cuerpo que le impida llevar una vida normal.

Estos complejos agudizados igualmente por la obsesión de la belleza física se convierten a veces en auténticas enfermedades mentales con ansiedad, depresión, fobias, movimientos compulsivos-repetitivos (sobre todo miradas al espejo) y que conducen a la llamada Dismorfia corporal.

2.5 El cuerpo como punto de partida

Esta progresiva exhibición del cuerpo femenino es imparable y hace que la mujer se preocupe, ya que comienza a ser observada y criticada. Sin embargo, las

modelos de belleza de los años 50 como Marilyn Monroe o Ava Gardner siguen mostrando una mujer más llena de curvas, aunque no gorda.

Es a partir de los años 50 cuando la preocupación por los trastornos de alimentación es evidente porque se empiezan a estudiar desde diferentes líneas, considerando no solo los factores biológicos y psicológicos, sino también los sociales y educativos que influyen en esta nueva cultura de delgadez.

También, para West (2003), el papel de la mujer es analizado a partir de los años 60, no sólo en relación con la moda, sino por el cambio social que se produce a partir de su incorporación masiva al mundo laboral. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (papel tradicionalmente atribuido a la madre) la desaparición del hábito de comer en familia, la supresión de la merienda y la cena se destacan como factores que pueden conducir a una dieta errónea.

Se puede ver cómo estos trastornos de la conducta alimentaria afectan mayoritariamente a mujeres a través de todos estos factores, pero no hay que culpabilizarlas por este cambio social de hábitos en la alimentación familiar, puesto que también hay que considerar los diferentes estilos de vida que han impuesto los trabajos de jornada prolongada (para mujeres) los traslados en la ciudad a los centros de trabajo, el frenético ritmo urbano que han propiciado que el comer fuera de casa sea a veces imprescindible, West (2003).

Si una de las características de la Anorexia y la Bulimia nerviosas es el temor obsesivo de engordar y un peculiar trastorno del esquema corporal que les hace verse más gruesas de lo que están, la cultura de la delgadez es más fuerte en las mujeres.

Los cánones de belleza actuales y el rechazo social a la obesidad femenina hacen que las mujeres sientan un impulso irrefrenable de estar tan delgadas como las modelos "top models" que la publicidad y medios de comunicación presentan a diario, West (2003).

No es casual que el perfil de la joven anoréxica sea mayoritariamente el de una chica responsable y estudiosa, que desea realizar correctamente su rol social y que tiene un perfeccionismo exagerado.

Los mensajes educativos dirigidos a las jóvenes sobre todo estimulan a que hay que ser doblemente responsable que los chicos para conseguir éxito en la vida profesional y compatibilizarla armoniosamente con la familia. Pareciera que también este proceso se da desde una educación planeada para lo que más tarde tendrá que asumir, por lo general con la división sexual del trabajo y las dobles jornadas laborales a que son sometidas las mujeres.

“...las mujeres proporcionan servicios a sus maridos en términos de cuidarse de las necesidades personales de estos, las de otros miembros/as de la familia y del hogar físico y de los objetos que éste contiene...” (Chafetz, 1984:128)

Uno de los índices para lograr el éxito y la aceptación social va ser tener un físico apropiado, estar delgada y dado que la pérdida de peso puede realizarse con voluntad y esfuerzo he aquí el reto por el cual se va a empezar a ser responsable “también” en este terreno, ya que además es lo que a los otros les gusta, al fin y al cabo las mujeres deben ser también responsables de las emociones de los hombres.

Existe un anhelo de perfeccionismo corporal latente tanto en chicos como en chicas, pero los varones tienen (por el momento) unos modelos más musculosos, no tan delgados.

El impacto entre la población adolescente de programas de TV, sobre todo videos musicales, influyen en estas tendencias.

El psiquiatra Carlos Delgado citado por West (2003), reflexiona sobre que la anorexia y la bulimia nerviosa no son enfermedades de “niñas tontas” que desean ser delgadas. Son personas con una grave perturbación psicológica, muy frágiles. En un momento dado se ven frente a un conflicto: no pueden evolucionar

psicológicamente como personas ni pueden crecer, el conflicto es angustioso. Deciden crecer retrasando su desarrollo. Requieren mucha ayuda.

Según Salcedo (2003) ambos trastornos vienen desde la antigüedad, pero es ahora cuando se les ha estudiado, tipificado y definido. Se sabe que son producto de múltiples factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, así como presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una sociedad en la cual hay oferta promisorio de comida y una obsesión por delgadez. Esta idea de la estética transmite a los jóvenes sistemas de valores que se basan en el “buen look” y el problema es que puede derivar en una adicción por la delgadez del cuerpo y producir enfermedades. Ciertamente es que esta estética, esta moda, es solo un disparador que afecta negativamente a algunas jóvenes con problemas familiares y con desajustes de personalidad.

2.6 El cuerpo y el significado de las dietas

A continuación, se hablará del cuerpo como dominio de lo público para entender el porqué de la recurrencia a los trastornos alimenticios por las mujeres.

Según Foucault citado por Turner (1989), la dieta con la expansión del capitalismo se vuelve más secularizada y esto pasa al cambio de la no utilización de la comida. Debe reconocer que la dieta es uno de los componentes más antiguos de todo régimen médico, por ende, el término “dieta” proviene del griego “diaita” que significa modo de vida, en tanto regulación de la vida, posee el significado médico más específico de comer de acuerdo con las reglas prescritas.

“La dieta es o bien una regulación del cuerpo individual, o bien una regulación del cuerpo político” (Sontag citado por Turner, 1989:91).

El régimen es así mismo un sistema de gobierno, como en “régimen” se aplican al gobierno del cuerpo y al gobierno de los/as ciudadanos/as. Lo cual argumenta una vez más las metáforas de la salud y la enfermedad, constituyen metáforas persistentes de la organización social Sontag 1978, citado por Turner (1989).

La dieta, sobre todo entre la gente adinerada se usaba como la principal garantía de la salud, la estabilidad mental y la razón. Estas eran las principales

defensas en contra de la aflicción de la melancolía y los trastornos mentales afectos de la pasión sobre la razón o para la religión era como antídoto para las tentaciones de la carne.

La combinación del ocio y el lujo según Burton citado por Turner (1989), daban como resultado sentimientos de melancolía lo cual no era visto, por lo que dijo que la cura estaba en el matrimonio, en la religión, en el ejercicio y las dietas. Así pues, el gobierno de los cuerpos se hallaba ligado por la vida del patriarcado, con el gobierno de la familia.

Turner (1989), afirma que “la sociedad presuponía una jerarquía del control político; descendiendo desde el Estado, pasando por la familia patriarcal, hasta el cuerpo y los deseos” (p.99).

Según Turner (1989) con las dietas desapareció de forma gradual la idea de la dieta como control del alma, vía a la subordinación del deseo de las preferencias estéticas de los hombres y para ellos, e este modo oprimiendo las individualidades de cada mujer.

Según Marion Young, la opresión implica adoptar un modo general de analizar y evaluar las estructuras y prácticas sociales.

En la sociedad en donde las nociones religiosas generales desempeñan un papel mínimo en la cultura general, la salud se convierte ella misma en la justificación de la dieta. Mientras que la dieta médico-religiosa se esforzaba por alcanzar el control del cuerpo interior, las raíces digestivas de la pasión-consumidor/a busca realizar la apariencia del cuerpo, los signos cosméticos de la deseabilidad, por medio de prácticas de conservación del cuerpo.

“La sociedad, como el cuerpo humano, es un organismo compuesto de diferentes miembros. Cada miembro posee su función propia, la oración o la defensa, o el comercio, o la labranza del suelo. Cada uno debe recibir los medios adecuados a su condición, y no debe exigir más” (Tawney 1938 citado por Turner, 1989:102).

Según Turner (1989), la metáfora de cuerpo/político ha gozado de una amplia circulación en expresiones tales como: “el cuerpo político”, “el cuerpo social”, “la cabeza del Estado”, “el cuerpo de la Iglesia”. De manera que Turner ha estudiado

los regímenes médicos como un conjunto de reglas o directrices impuestas a una persona para asegurarse de su bienestar, así es como hace referencia a las dietas y la forma de alimentarse de las mujeres.

El alimentarse puede concebirse como “técnica corporal” fundamental. Según Mauss (1979), citado por Turner (1989), es una actividad que posee una función fisiológica básica, sin embargo, se encuentra fuertemente mediada por la cultura.

En el desarrollo de la publicidad se va educando a las mujeres sobre lo que se quiere y lo aceptado dentro de los parámetros de “belleza” haciendo creer con esto que se llenarán las necesidades humanas más profundas. Los anunciantes son la voz de la sociedad y por ende del Estado que al fin y al cabo son masculinos, se encargan de ampliar o extender las fantasías y deseos individuales, pero así van creando el sistema de valores (Céspedes, 2002: 248).

La necesidad de contar con una imagen aceptable es fuerte y ser aceptada es una de las necesidades humanas más básicas. Verse “bien” es igual a “ser buena” entonces en la virtud y la imagen se vuelven lo mismo (Céspedes, 2002: 248).

Desde el punto de vista especulativo, el cuerpo ha sido concebido tradicionalmente como la fuente de irracionalidad, como una amenaza a la estabilidad personal y el orden social (Borges, 1973 citado por Turner, 1989).

En el mundo moderno del consumismo, se puede pensar en dos condiciones médicas -la bulimia y la anorexia nerviosa- como dos formas individualizadas de protesta que emplean al cuerpo como medio de oposición en contra del yo consumidor. La liberación orgiástica es típicamente una protesta ante los controles políticos.

De manera tal, para Turner (1989), la anorexia y la bulimia son soluciones individuales a problemas sociales y se encuentran más estrechamente dominadas por las rutinas de la fisiología, son soluciones debidamente elegidas frente a las

crisis familiares, ellas tienen consecuencias fisiológicas no buscadas sobre las cuales, por definición, la persona no tiene control.

Para Belloch y colaboradores (1995), en las personas con anorexia existe una idea sobrevalorada de la imagen corporal, que puede tomar proporciones delirantes. Las personas ven algunas partes de su cuerpo muy gruesas, incluso a pesar de la pérdida de peso, por lo cual deben continuar sin comer. Generalmente, manifiestan fuertes sentimientos de asco y desagrado ante su propio cuerpo. No reconocen adecuadamente los signos de hambre y saciedad. Se sienten hinchadas, tienen náuseas, después de haber comido poquísimo. A pesar de su gran inanición, no se sienten cansadas ni fatigadas.

En cualquier caso, es necesario citar que la enfermedad posee un componente social irreducible que incluye las respuestas subjetivas de las personas atendidas y los juicios diagnósticos de los profesionales sobre el cuerpo de las mujeres, tanto unas como otras están sujetas claramente a determinaciones sociales (Bloor, 1976 citado por Turner, 1989).

Si se quieren entender los trastornos alimenticios desde una perspectiva feminista distinta, sería necesario hacer referencia al texto de “El Tráfico de Mujeres” y la Teoría del Intercambio que propone Gayle Rubin (1986), ya que es importante recordar que las mujeres eran vistas como una forma de intercambio o de pago, como algo meramente mercantil lo cual pudo repercutir a través de la historia y hasta la esencia de las familias por promover lo que era bien visto como “delgadez” y poder usarla como mercancía.

Según Rubín (1986):

“el resultado del regalo de una mujer es más profundo que el de otras transacciones con regalos, si el objeto de la transacción son mujeres, entonces son los hombres quienes las dan y las toman, los que se vinculan, y la mujer es el conductor de una relación, antes que participen en ella”.

Con esto se puede observar que, desde siempre la sociedad, la cultura y el Estado han estado gobernando a las mujeres y sus cuerpos, lo que hoy en día se estudia como factores socioculturales de los trastornos alimenticios.

El mismo sistema social que oprime a las mujeres en sus relaciones de intercambio oprime a todos/as en su insistencia en una rígida división de la personalidad, Rubin (1986), lo cual afecta con gran fuerza a las mujeres con padecimientos alimenticios.

En los trastornos alimenticios, se evidencia lo propuesto por Rubin (1986), al mencionar que el sistema sexo/género no está del todo inmutablemente opresivo, porque las mujeres con padecimientos alimenticios llevan la carga social del sexo y del género, dejándose oprimir por estas exigencias y demandas políticas masculinas.

3 ANÁLISIS CRÍTICO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

a. Breve historia de las participantes

A continuación, se presenta una breve reseña biográfica de las mujeres que son protagonistas de este trabajo.

Cada una de las participantes optó en forma individual por utilizar su verdadero nombre o cambiarlo por uno ficticio. Se hará una breve descripción de ellas.

Marjorie, es una joven de estatura alta, contextura delgada, tez blanca, ojos color claro, cabello lacio, largo y color claro, es la menor de cuatro hermanos/as, grupo filial compuesto por tres mujeres y un hombre tercero de las cuatro, vive en forma independiente, trabaja en un puesto de oficina, es soltera, no tiene hijos/as, su semblante es tranquilo, se expresa con emociones ilusoriamente de enojo, ira impotencia, rencor, luce triste, seria, sencilla: no utiliza maquillaje en el momento de la entrevista.

Comenta que en secundaria fue una joven muy estudiosa, introvertida, de excelentes calificaciones y pocos/as amigos/as.

Con respecto a su infancia comenta que siempre vivió bajo mucha rigidez (horarios en su hogar para llevar a cabo las tareas y alimentarse, obedecer reglas impuestas por su padre). Fue testigo de violencia intrafamiliar y abuso sexual por un familiar, sin especificar vínculo familiar.

Menciona que su padre le compara siempre con su hermana mayor, con la cual siempre ha tenido roces con relación a la alimentación, ya que asegura que su hermana es obesa y la forma de alimentarse de la misma le genera a Marjorie irritación y viceversa.

Hace énfasis en no estar segura de ser madre, específicamente por el “miedo” que le resulta mirarse embarazada.

Es consciente de vivir un régimen alimentario severo, ha buscado ayuda en algunas ocasiones, pero desiste, actualmente comparte su vida con una pareja heterosexual y menciona como un problema el contacto sexual o asistir a paseos familiares por miedo a “exponer” su figura al desnudo y/o poca ropa.

Sofía es una joven de contextura delgada, tez blanca, estatura alta, cabello color negro grueso, ojos color café, vive con su madre y hermanos/as, es la tercera hermana de cuatro, trabaja en un puesto de oficina como asistente en la carrera que estudia; es estudiante del área social, muestra ligereza psicomotora en todo momento, evade el contacto visual, se muestra racional, severa con sí misma en sus comentarios, expresa emociones como enojo, reproche, rencor, sin embargo se ve eufórica; es soltera, no tiene hijos/as, su vestimenta y apariencia personal es simple y discreta.

Comenta haber sufrido abuso sexual en su niñez y haber experimentado violencia intrafamiliar como testigo de la violencia física y emocional que sufrió su madre por parte de su padre.

Menciona su malestar acerca del deseo de su padre por hacer solicitudes de demanda con respecto a igualarla a ella con su hermana mayor, y estas demandas de su padre van dirigidas a la forma de alimentarse y al tipo de régimen de ejercicios que lleva su hermana, comparándolas constantemente y logrando evidenciar con ejemplos la desventaja física en términos de belleza externa a ella de su hermana, además, actualmente tiene un vínculo pobre con su padre y expresa gran enojo contra él.

Explica de una forma ideológica casi científica, sus trastornos alimenticios, comenta que ha estudiado mucho al respecto y ha recibido apoyo con resultados positivos al tratamiento. Actualmente no tiene pareja, pero comenta que ha sido muy “noviera”.

Le teme a la decisión de ejercer la maternidad porque se siente insegura de sus sentimientos, con respecto al percibirse embarazada lo ve como “feo”, esto por la figura del cuerpo que toma la mujer en un embarazo.

Beatriz, es una joven de contextura robusta, piel color morena, estatura media-baja, cabello color negro grueso, ojos color café, vive de forma independiente desde hace muchos años, estudia una carrera del área de la salud, trabaja como asistente en lo mismo que estudia, es soltera, comenta mantener contactos sexuales heterosexuales frecuentes, con diferentes personas y no relaciones duraderas, no tiene hijos/as, aparentemente luce alegre, se describe como una persona “un poco superficial”, al mismo tiempo muestra sentimientos de tristeza, inseguridad e impotencia con las frases que utiliza, es simple, sencilla.

Expresa haber vivido una niñez difícil porque presenciaba situaciones de violencia doméstica y abuso sexual ambas de su padre biológico para con su madre, en medio de un ambiente de adicciones, considerando los tres factores mencionados como abusos en su niñez.

Asegura ser una persona muy perfeccionista, rígida consigo misma (suele tener sentimientos de culpa cuando “falla” como estudiante o asistente o cuando no logra comer “sano”), menciona que no cree que llegue a ser madre porque “estar embarazada luce muy mal y el cuerpo se daña”.

Reconoce que es muy “estricta” con lo que come, pero así es “feliz”, comenta que sus compañeros/as le hacen ver sus malos hábitos alimenticios, pero a ella le molesta y no aplica los consejos.

b. Análisis

Durante esta etapa del análisis, lo que inicialmente fueron ideas e intuiciones vagas se refinan, expanden, descartan o desarrollan por completo.

Los trastornos alimenticios encierran en sí tanto enojo emocional mal dirigido hacia el propio cuerpo y se conforma de varios factores importantes que hacen referencia directa a experiencias pasadas a situaciones de violencia intrafamiliar y marginación del sector social como modelo de mujer, según esta investigación.

Para iniciar el análisis se citarán algunas afirmaciones de los sentimientos y estados de pensamiento de estas mujeres en cuanto a su autoestima, concepto que debe contar con cuatro condiciones para que se desarrolle y se mantenga.

La vinculación: es el sentir de la satisfacción en las relaciones que se tienen con las demás personas y que son importantes para mí y para los/as demás.

La singularidad: es el conocimiento y respeto por las cualidades y atributos que hacen a la persona especial y diferente, así como el respeto y la aprobación que recibe de los demás.

El poder: es el resultado de tener medios, oportunidades y capacidades para modificar las circunstancias o situaciones de la vida de forma significativa.

Modelos o pautas: son los puntos de referencia (ya sean personas o cosas), que dan ejemplos adecuados, filosóficos y prácticos que permiten establecer valores, objetivos, ideales y modelos propios.

En otras palabras, la autoestima y el concepto sobre sí misma es fundamental en el crecimiento de las jóvenes, para prevenir un terreno fértil en los trastornos alimenticios.

Una de las participantes de esta investigación manifestó lo siguiente:

Marjorie: ... no me acepto como yo tengo mi cuerpo...

Sofía: ...eran 2 kilos y yo me sentía así (señala extremos de su cuerpo anchos) yo sentía que cuando yo caminaba, toda la gente se quedaba (abre grande los ojos) se me quedaba viendo y era una cosa horrible, mira, yo los espejos los repudiaba...

A. Síntomas asociados a trastornos de alimentación

Los síntomas son necesarios destacarlos y diferenciarlos con otros trastornos que puedan confundir en su diagnóstico por lo que fue uno de los objetivos a discernir en el proceso.

Sofía: ... en las noches me desbarataba en llanto, pero sí, sí era horrible, era fatal, fatal...

Sofía: ... yo empecé a deprimirme yo digo cuando todo empezó, yo empecé a deprimirme...

Es importante mencionar que una de las tres jóvenes menciona los síntomas como parte de su vida cotidiana, haciendo consciente las consecuencias de su “enfermedad”. Sin embargo, este factor es analizado dentro de la cantidad de información acerca de la “enfermedad” que a través del tiempo dentro del trastorno ellas misma van buscando.

Sofía: ... yo dije, estoy manifestando algunos de estos síntomas, entonces, me identifiqué al momento, por ejemplo, con lo de la presión, con lo de la distorsión de imagen, con lo de la no aceptación, inclusive ya cuando yo vi más adelante, las consecuencias ya yo fui viendo, entonces, ya yo para entonces, tenía amenorrea, ya padecía de demás y todo...

La razón por la que las jóvenes tienden a investigar e instruirse en el tema se deriva de las ideas obsesivas e irracionales con las que luchan las personas con trastornos alimenticios generalmente. Es necesario recordar que la personalidad de estas jóvenes contiene características de severidad, y dificultad para la aceptación de errores por o imperfecciones por lo tanto hasta su trastorno alimenticio se estudia bien con el objetivo inconsciente de hacerlo “bien hecho”.

B. Exigencias socioculturales como factores asociados al trastorno a nivel cognitivo.

Es importante destacar que en los procesos cognitivos, se encuentra la influencia de la sociedad, introyectada por todos los procesos de socialización, tal punto que estos pensamientos serán los causantes de la mayoría del comportamiento humano.

Marjorie: ... pero, yo si he... escuchado hablar de que... las gordas, las gordas y las gordas, ¿verdad? Y los hombres, son muy... pero muy... son muy groseros.

Uno de los índices para lograr el éxito y la aceptación social va ser tener un físico apropiado, estar delgada y dado que la pérdida de peso puede realizarse con voluntad y esfuerzo he aquí el reto por el cual se va a empezar a ser responsable “también” en este terreno, ya que es lo que a los otros les gusta, al fin y al cabo las mujeres deben ser responsables de las emociones de los hombres como menciona claramente Sofía.

... entonces yo me preocupaba muchísimo por verme bien, para él y por... porque yo quería, según yo pues caminar por aquí, por la U y que todos dijeran: diay sí, la verdad es que qué muchacha más bonita y todo...

Existe un anhelo de perfeccionismo corporal latente tanto en chicos como en chicas, pero los varones tienen (por el momento) unos modelos más musculosos, no tan delgados.

El impacto entre la población adolescente de programas de TV, sobre todo de videos musicales influyen en estas tendencias.

No conviene, caer en la simplificación de la atribución de relaciones simples causa-efecto, sin embargo se proponen los factores socioculturales, como gran influencia parece clara si se tiene en cuenta las diferencias en prevalencia halladas en diferentes grupos sociales y las peculiaridades de la cultura occidental moderna, en relación con el comer y con la apariencia del cuerpo.

Sofía: ... habían unas chicas ahí, de esas fresitas, de esas coquetas, de esas que se te quedan viendo fijo así de los pies a la cabeza y ósea, yo tenía un sobre peso, pero por Dios, eran dos tres kilos, igual no era nada, y yo me sentía como una ballena, pero en realidad no era nada, bueno resulta ser que hicieron algún comentario burlista, o sea, no, no, no me acuerdo realmente que fue, pero igual fue muy hiriente, entonces para mi esa noche, o sea, prácticamente yo recuerdo que esa noche fue cuando yo empecé con el trastorno, porque llegué a mi casa a hartarme un montón de salchichas...

Con este tipo de reacciones ante un grupo social se percibe el mandato que desde siempre la cultura y el Estado han estado gobernando, tanto a las mujeres como a sus cuerpos, lo que hoy en día se estudia con factores socioculturales de los trastornos alimenticios.

El mismo sistema social que oprime a las mujeres en sus relaciones de intercambio oprime a todos/as en su insistencia en una rígida división de la personalidad, Rubin (1986) lo cual afecta con gran fuerza a las mujeres con padecimientos alimenticios.

Esto se enfatiza con lo que dice Sofía:

...la porquería de Barbie, verdad, como interna eso, verdad diay claro, yo tenía barbies y ...y esa figura que le venden a uno, obviamente como te ataca los medios de comunicación y todo, y por el tipo de mujer que vos ves, alta, súper delgada, con aquellas piernas largas, que ... que con aquel cabello súper lacio, súper no sé qué, diay obviamente, ese tipo de mujer, la mujer carga, la mujer que una vez en tele, ya... la mujer de porcelana, la mujer que parece que camina y se va a quebrar con el viento, porque es la mujer

*que te dicen a través de los medios de comunicación, si... si
 sos así, pues tenés el éxito garantizado, y por supuestos que
 yo quería ser así, sobre todo porque lo veía en mi
 hermanita...*

En los trastornos alimenticios se evidencia lo propuesto por Rubin (1986) al mencionar que el sistema sexo/género está del todo invariablemente opresivo, porque las mujeres con padecimientos alimenticios llevan la carga social del sexo y el género, dejándose oprimir por estas exigencias y demandas políticas, al fin y al cabo masculinas.

Entonces continúa Sofía haciendo referencia cuando dice:

... lo hacía por todos menos por mí...

Para las mujeres con trastornos alimenticios la opinión de las personas es muy importante, y sobre todo si las comparan ya que este fue un factor común en ellas. Las mujeres con secuelas de trastornos alimenticios como reflejo de la violencia de género son sumamente dependientes.

Marjorie: ...por dentro yo me comparaba con ella...

*... porque eso que le dijeran a uno, ah es que Marjorie sí
 que está*

*Gordita ¿verdad? Y... vea a Karla toda flacucha...
 entonces, tal vez no era... directamente, sino
 indirectamente.*

Entonces, lo anterior refiere a que sí existe una influencia inconsciente e implícita en la comunicación y a veces no verbal, en donde las mujeres son bombardeadas por una exigencia del cuerpo para los otros, con un deseo encubierto de agradar y sentirse aceptadas.

Estos aspectos tomados en cuenta refieren a la cúspide de estas demandas, en donde la exigencia se maneja desde las clases sociales de una u otra forma siendo manejadas por el capitalismo que, en sí, es la copia del patriarcado, entonces, se vuelve a evidenciar el poder de lo masculino hasta en la conducta del comer de las mujeres y su figura, obtenida según estos hábitos alimenticios.

Según Mies citado por Waiby (1991) “El capitalismo es la expresión del patriarcado”.

Las posibilidades de que este proceso natural de alimentarse se altere son múltiples. En unas ocasiones, la causa es física, enfermedades que dificultan el proceso de la alimentación o alteran el aprovechamiento normal de los alimentos; por último, este proceso natural puede verse alterado por factores sociales: religión, cultura, estatus y moda; desencadenadas por una serie de factores psicológicos, socioculturales y educativos.

A partir de esta alteración en la conducta alimentaria, aparecen los trastornos de alimentación de los que se habla y que son fundamentalmente la Anorexia y la Bulimia Nerviosas, quizás los más conocidos y preocupantes, entre otros trastornos.

C. Determinación del Género en relación con el trastorno alimenticio

La identidad como mujeres u hombres se da a través de factores estructurados culturalmente, transformándose de una sociedad a otra, de una época a otra o de una cultura a otra, situación que afecta los modelos de formas de vida, las relaciones entre las personas, así como sus valores, preferencias, actitudes y hábitos.

Uno de los problemas más importantes en la conformación de los géneros se centra en los períodos de transición cultural, que se caracterizan por el surgimiento de diversos tipos de crisis: económicas, sociales, morales, políticas y desde luego de género. Todas estas conllevan a la crisis de las culturas en la búsqueda de nuevas respuestas y de alternativas que respondan a las expectativas de una realidad en concreto.

En particular, el género determina los roles sociales, lo cual, se caracteriza por la pérdida de los parámetros determinantes y específicos de los seres humanos y se plantea una solicitud dependiendo de sus genitales, es decir la aceptación y

conformación de lo que “debe ser y hacer” una mujer y lo que “debe hacer y ser” un hombre, para dar paso a la atenuación de las identidades: de tal manera que fenómenos como las formas de conducta se diluyen entre los extremos genéricos.

Sofía ilustra con este comentario:

“... barbie, verdad, cómo interna eso, ¿verdad? Diay claro, yo tenía barbies y... y esa figura que le venden a uno, obviamente como te ataca los medios de comunicación y todo y por el tipo de mujer que vos ves, alta, súper delgada, con aquellas piernas largas, que... que con aquel cabello súper lacio, súper no sé qué, diay obviamente, ese tipo de mujer, la mujer carga, la mujer que una ve en tele, ya... la mujer de porcelana, la mujer que parece que camina y se va a quebrar con el viento, porque es la mujer que te dicen a través de los medios de comunicación, sí... si sos así pues tenés el éxito garantizado.

Por otra parte Beatriz afirma:

“...Bueno obviamente si tiene que ser para que sea bella si fuera un estereotipo así como que yo dijera “la perfecta” obviamente sí tiene que ser delgada, no me gusta la gente flaca como que tenga las piernas flacas y que no tenga tetas y que no tenga nalgas o sea eso no me parece bonito tampoco, pero si o sea digamos mi sueño sería que yo dijera lo más bello del mundo sería tener el estómago completamente plano y que se me vieran todos los músculos y así verdad, y tener un trasero levantado, pero no tener tampoco tanto, como proporcionado digamos...”

Los conceptos y las creencias que las personas tienen como argumentos de sus pensamientos y acciones se derivan de todos estos mitos proporcionados y sostenidos por la sociedad patriarcal.

D. Violencia intrafamiliar como factor asociado a los trastornos alimenticios

La violencia intrafamiliar constituye un apartado muy amplio y de gran significado en esta investigación; la violencia intrafamiliar se ha logrado identificar en cada una de las mujeres participantes de esta investigación. Recordemos que, según las teorías, una consecuencia psicológica de los trastornos alimenticios se debe a la opresión que viven las mujeres en diferentes estratos sociales con respecto a sus sentimientos, movimientos y pensamientos, lo que lleva a que el cuerpo se enferme, como lo refiere Carole Vance (1989) cuando hablando de la violencia hasta para expresarse libremente dice:

“Paradójicamente, el esfuerzo por reprimir el comportamiento y la fantasía de acuerdo con dogma político garantiza la continuidad del silencio y la poca posibilidad de que salga a la superficie la información que puede desafiarlo”.

Esto es importante cuando se habla acerca de la violencia ya que durante las entrevistas las jóvenes manifestaron haber experimentado situaciones de violencia intrafamiliar en su infancia y mencionaron ser un dato del que casi nunca habían hablado, por lo que se ha mantenido siempre en silencio o por lo menos dentro del ámbito privado.

Sofía: ...Bueno mi papá este.... Nos abandonó cuando yo tenía 16 años...

Continúa narrando:

...inclusive, este, hemos hablado por teléfono, no porque yo quiera si no porque tengo la mala suerte de contestar cuando él llama y me ha preguntado que cómo estoy, diay hay cosas que todavía estoy trabajando, yo te voy a decir, yo a él sinceramente yo lo odio, yo sé que yo tengo que trabajar con eso, pero yo lo odio a él...

En la violencia como en cualquier otra situación que provoque una experiencia caótica o que produzca algún desequilibrio mental a las personas, es indispensable exteriorizarlo siempre, ya que el silencio daña con secuelas muy profundas que con el tiempo salen a flote por medio de enfermedades psicosomáticas con el objetivo de salir del alma. Este silencio en las mujeres con trastornos alimenticios puede ser el causante del trastorno en sí, un silencio de algo de lo cual no se es responsable puede provocar un colapso en el área emocional de una persona.

Así mismo, relatan abusos sexuales, afirman nunca haber hablado de esto y de no contar con buena comunicación y confianza con alguna persona dentro de su núcleo familiar.

Marjorie: pero nunca ha habido una comunicación abierta... o una confianza, ¿no!

Es necesario destacar que los testimonios de experiencias de abuso sexual fueron narrados después de haber finalizado las experiencias y la grabadora estuviera apagada, aunque esto no fue algo solicitado por ellas, es como si tuvieran la necesidad imperiosa de hablar de su verdadera dolencia, la cual aflora a través de los trastornos alimenticios, pero con mucho temor a ser descubiertas de la denuncia.

Beatriz: ...es que cuando mi papá vivía en la casa, no reacci... O sea, siempre le hacía caso en todo lo que me decía porque me daba mucho miedo y mi papá es súper agresor...

Tiene estrecha relación, el lenguaje del cuerpo y el silencio asumido; quizás vivido como un autocastigo, porque hay que recordar que el abuso sexual y la testificación de violencia en infancia sobre experimentados como eventos que culpabilizan a las víctimas, si estas experiencias no son tratadas; los trastornos alimenticios en sí otorgan a las mujeres un control quizás mal enfocado de sus cuerpos pero al fin y al cabo es un control de sí mismas, buscando el control que les fue arrebatado por agresores.

Entonces el silencio puede llegar a evidenciarse de diferentes formas, como lo enfatiza Sofía:

... Me ponía unas blusotas, me ponía unos pantalonzotes, yo estaba muy ocupada en, en tapar mi cuerpo...

Marjorie: ... Yo usaba jeans... Anchos, camisetas grandes... Y todo grande, y...y... Verdad

Estas frases al parecer ilustran su deseo inconsciente por pasar desapercibidas como mujeres, eliminar cualquier rasgo sensual o sexy que las expongan ante la violencia; aunque se sabe que no es esto de lo que los agresores disfrutaban si no el abuso de poder que hacen al utilizar y o ultrajar a sus víctimas, sin embargo, las mujeres con trastornos alimenticios no llevan un proceso terapéutico Y tampoco para su historia de violencia, por lo tanto se culpan de lo sucedido y creen que modificando su forma de vestir o de lucir lograrán evitar la violencia.

E. Relaciones afectivas masculinas significativas en sus vidas

Las figuras masculinas en las vidas de las mujeres han representado por años gran significado de diversas maneras, afectando estas de forma significativa el ir y venir de esas mujeres.

Sofía: ... Yo hacía de todo por verme bonita para él, Porque el odiaba, odiaba, las per... A las gorditas, o sea, él, él las repudiaba literalmente...

Además, en una cultura patriarcal, la posición de género ante la cultura marca relevancia, por lo tanto, la mujer se vende es venta a nivel físico si no cumple con los mandatos que exige la cultura, dentro de lo que se vende como belleza.

Marjorie...quien con más frecuencia, tu papá o tu mamá? (gran silencio) tal vez... Mi papá porque mi mamá nunca se ha fijado en la figura de cómo se vea uno, así digamos que diga Marjorie está muy corta... O ... ¡¡Tiene que adelgazar...o algo así no!!

La necesidad de contar con una imagen aceptable es fuerte, es una de las necesidades humanas básicas. Verse "bien" es igual a "ser buena" entonces en la virtud y en la imagen se vuelven lo mismo (Céspedes,2002: 251).

Esto se sustenta con el discurso de Sofía cuando menciona que:

*... Mi papá fue una persona a la que yo responsabilizo muchísimo, pero también ocurrió porque él cuando nos sentábamos a la mesa a almorzar, día obviamente yo quería repetir mi porción, él me decía: pero ya usted hasta parece una cerda, pero, o sea, siempre me lo decía, siempre, siempre...
...mi papá, mi papá era el que me lo recordaba a cada rato, sí...*

Se analizará en el siguiente testimonio, que las jóvenes utilizan palabras que disfracen el otorgamiento correspondiente de la responsabilidad de los hombres que en sus vidas, atropellaron el desarrollo de su autoestima, para la construcción sana de su autoimagen; el aceptar esto para ellas significa sentir más culpas.

Beatriz: ...bueno mi papá siempre ha sido muy crítico, mi papá, yo tengo dos papás mi papá biológico digamos, él siempre era muy crítico en la casa con todo, nunca podía decir esto te quedó bien....

Agrega:

...con respecto al peso si él era como muy así...

A diferencia de los textos investigados y la documentación revisada, es curiosa la diferencia de los tres testimonios con estos, respecto a los padres como factor primario en la causa de sus complejos y deseos por ser delgadas, ya que lo que los estudios por años han asegurado de los trastornos alimenticios, es la marcada relación conflictiva entre madre-hija.

Beatriz: ...yo conozco a alguien sí... Y es como empiezo a pensar en agregarle a esa persona o sea en qué me compro para que me vea más bonita, qué hago para que me vea más agradable, para que se quede conmigo, igual no sé qué hago entonces, como que cada vez es más...(suspiro), que más tengo que hacer para que se quede esa persona que sea digamos, pero...

Además de que las figuras masculinas han tenido gran dominio sobre el cuerpo de las mujeres y la forma en cómo luzcan, se asocia también a las experiencias de violencia vividas por responsabilidad de los hombres y que todos estos comportamientos del comer de las mujeres en función de la figura, sea una idea obsesiva de conseguir siempre la aceptación y evitación y de rechazo de la figura masculina, así mismo asumiendo que las experiencias por las que pasaron son responsabilidad de ellas por poseer el cuerpo- vehículo que objeto de "deseo", el cual fue ultrajado.

Esta hipótesis reúne algunas secuelas de abuso sexual, como la estigmatización y soledad por la que viven las mujeres sobrevivientes de abuso sexual.

Categorías emergentes

Inicialmente no se había considerado incluir algunos temas dentro de las categorías de análisis, con las categorías mencionadas continuación surgen de ser un tema que se reitera en varias ocasiones a las tres participantes de esta investigación, lo cual aporta un gran material de análisis y se optan por incluir.

F. Envidia filial, es una categoría importante de rescatar para conocer de qué forma se fueron dando estos vínculos dentro de la dinámica familiar.

Las personas con bulimia nerviosa usualmente no se sienten seguras acerca de su propio valor y necesitan de la aprobación de los demás. Tienden a hacer lo que sea necesario para complacer a los otros negando sus propios deseos y necesidades o a querer ser como otros. La comida se vuelve la única fuente de consuelo y sirve para bloquear y anestesiar los sentimientos. Comentarios que se evidenciaron dentro de las tres jóvenes durante la entrevista, ejemplos:

Sofía: ...bueno yo tengo una hermana mayor, ella tiene un año más que yo y por esas cosas de la vida diay ella, ella es delgadita verdad, ella comía muchísimo y todo y ella era

delgadita,

entonces...

Sofía: ... ¡Eso era lo...yo quería ser así!

Es relevante recordar que los trastornos alimenticios son el producto de una dispersión mental, acerca de las dimensiones el cuerpo, al observar la tendencia en las mujeres que aportaron sus experiencias para este estudio y además sus historias de violencia, se podría atribuir el deseo y o admiración por el cuerpo de sus hermanas, se puede suponer que dentro de todas las ideas irracionales que manejan estas mujeres, se encuentra presente la concepción de que si ella no hubieran estado en esos cuerpos, ellas hubieran podido evitar el abuso.

Así manifestó esta joven:

Marjorie: ...el modelo bonito de mujer sería como mi hermana, Karla, pero como yo sé y entiendo que yo no puedo ser igual que ella, entonces a mí me gustaría ser lo mínimo de delgada igual que ella, aunque no tenga las mismas piernas o las mismas caderas...

G. Factores familiares como causantes del trastorno alimenticio.

La familia tiene gran efecto en el pensar, sentir y actuar tomando en cuenta que es la primera fuente de socialización en las primeras etapas de la vida de todo ser humano, tiene una gran influencia en la forma en que cada ser interactúa consigo y con los demás.

Marjorie...es que digamos aquí en mi casa tal vez eso que me dicen... ¿Hay es que usted si está gordilla verdad?

Aunque durante el proceso de entrevista se evidencia la presencia de angustia, mencionan frases como las siguientes:

Marjorie: ...pero así que tal vez que le decía a uno que...estaba un poco goordo o así, pero no... ¡Así como frases feas, feas, feas no!...

Por otra parte, Belloch y colaboradores (1995), mencionan Como predisponentes los factores familiares. En las familias de los/las jóvenes con trastornos de comportamiento alimenticio ha descrito con especial frecuencia la presencia de depresión, trastornos por uso de alcohol, obesidad y cambios en la conducta alimentaria.

Esto se manifiesta por Marjorie cuando dice:

... En mi casa, puede digamos, que yo sé que tal vez alguien se compara con... O me comparan tal vez con alguien, con una prima o... Mi hermana, Karla ¿verdad? ... Mis papás (solloza), mi hermana, familiares, así mis primos, amistades no, porque diay... eso es siempre de que... Ay pero qué importa que, ¿verdad?

Sofía comenta al respecto:

... Entonces... Todas mis tías, todos mis tíos, Son unas...uhhhh Son unas víboras te lo juro porque todas eran así como, esta chiquita está más gorda verdad, pero por qué no está tan delgada como la hermana... Y no sé qué, diay yo crecí prácticamente con eso, la comparación con el bendito chanchito verdad y tan lindos que son...

Es evidente que la familia cala en el pensar, sentir y actuar de las personas sobre todo en las etapas tempranas del desarrollo de la infancia.

... Para mí antes era vital lo que la gente opinara de mí, o sea, era para mí ¡Guauuu! Necesito la aceptación de todo el mundo para yo ser feliz, Bueno resulta que como yo sentía que las personas que estaban más cerca no me aceptaban, así como yo era físicamente, pues bueno, entre en una depresión horrible...

Para las tres jóvenes sus hermanos tienen una posición significativa en sus vidas, lo cual repercute directamente en el ideal como mujer.

Sofía: ... Mi hermana mayor me dijo, Gaby, diay no la verdad es que usted, uh se me salió viste jajaja, me hace usted está condenada quedarse así, a quedarse sola porque diay usted es así, diay entonces eran cosas horribles porque yo dije...

Continúa agregando:

... Cuando era niña, bueno yo tengo una hermana mayor, ella tiene un año más que yo y por esas cosas de la vida diay ella, Ella es delgadita verdad y ella comía muchísimo y todo y ella era delgadita, entonces, y típico verdad desde que somos chiquititos, Como crecimos juntas siempre me comparaban con mi hermana, por qué no puedes verte tan bien como tu hermana, por qué no haces esto como tu hermana...

... Esta chiquita está más gorda verdad, pero por qué no está tan delgada como la hermana... Y no sé qué, díay yo crecí prácticamente con eso, la comparación con el bendito chanchito verdad y tan lindos que son... Ja, jja ok! Más o menos eso, ¿quién te decía eso más o menos? Mi papá, mi papá era el que me lo recordaba a cada rato, sí.

En el relato de las mujeres, en estas frases se evidenciaba un sentimiento de dolor real, asociado a una vulnerabilidad especial que comúnmente no se percibe en cualquier tipo de personalidad, esto también refiere a las secuelas del síndrome post traumático que es experimentado después de las situaciones de violencia.

Marjorie: Ahhhh, que yo era gorda, es que yo era gorda, yo era... Yo era una chiquita gorda verdad, no gorda... Pero si la pancilla verdad... Y... Y que, con las enagüillas, se veía

así toda taponcillo Y... ¿Y por las fotos verdad? Yo no recuerdo mucho de mi infancia, pero si la gordilla, o... La gordita ¿verdad? Con cariño...ooo...

- H. Las personas con trastornos alimenticios en este estudio coincidieron en totalidad con los gustos preferidos de las partes del cuerpo femenino.

Sofía: ... Bueno, cuando veo el cuerpo de una mujer... No sé, vieras que, que tengo una... Una obsesión jaja con las piernas, a mí siempre me han gustado las piernas, No delgadas si no como... Como fuertes, así como... Como duras... Claro yo antes veía el cuerpo de una mujer y yo así como que envidia, que envidia que la cintura así (hace una seña angosta con sus manos) y todo...

Beatriz ... Qué es lo que más me gusta... Las piernas yo creo... Sí.

Sofía...antes yo veía el cuerpo de una mujer y las piernas, qué bonitas piernas tiene, yo todo lo empezaba a ver por las piernas, yo quiero esas piernas...

Beatriz: ... Yo tengo amigas que son muy gordas y eso también me desespera porque siempre andan con alguien y entonces me molesta porque por qué va a querer andar con alguien tan gordo o sea es como frustrante o sea porque si yo soy flaca no puedo tener novio y las que son gordas si pueden tener novio si son igualmente acomplejadas por ser gordas...

I. Rechazo hacia la gordura

La obsesión de las personas con trastornos alimenticios se fundamenta básicamente en evitar engordar, con el rechazo de tener comida en sus cuerpos, las tres jóvenes presentan un rechazo evidente hacia la gordura y añaden sus comentarios, fundamentados por los/as autores/as. Se manifiesta con lo siguiente:

Sofía: ... Yo ahora, yo no sé, no sé qué pensar, o sea, es que yo no sé literalmente, yo a ella la quiero mucho, es mi hermana, yo sé que se ve linda, es feliz y todo, pero... Es que yo no sé qué pensar, porque es con la que me compararon toda la vida, porque siempre fue flaca, porque siempre fue mayor y ahora verlo así, es decir, no sé, no tengo...

El término anorexia nerviosa proviene del latín y quiero decir sin apetito y el adjetivo nervioso expresa su origen psicológico. Sin embargo, no es cierto que los/as jóvenes anoréxicos no sientan hambre, al contrario, la reprimen por el pavor que tienen a la obesidad. Éstos/as jóvenes rechazan en forma contundente el mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla.

"El miedo que experimentan hacia la obesidad los lleva hasta la inanición y a la pérdida progresiva de peso. Y lo más grave es que no tienen conciencia de su enfermedad"(Palma,2000:98).

La nutrióloga Marcela Palma, del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INN), afirma que los/as anoréxicos/as llegan a perder por lo menos el 15% de su peso corporal y en casos extremos hasta el 60%, lo que puede ocasionar la muerte. El trastorno tiene diversas caras y según Marcela Palma puede clasificarse en etapas primaria y secundaria.

Sofía comenta al respecto:

*... Yo estaba muy obsesionada y muy ocupada en ser así, inclusive yo dije, cuando yo pensé 30 kilos...
... Cuando yo pensé 30 kilos, diay ya yo voy a hacer así de flaca...*

Marjorie: ... Mi hermana mayor... Es gorda, Ella es más gorda que mi mamá, ¿verdad? Uhhh... porque a ella se le ve aquí ya (señala parte inferior del brazo) mi mamá se le ven los brazos bonitos, aunque ya tenga pancilla, se ve bonita así gordita, pero mi hermana se ve horrible, ya! Y ella come grasa... Come ella, ¿verdad? Y yo ¡Dios mío! Eso a mí, yo me enfermaba, yo sufría, porque a mí, yo veía, a mí me daban ganas de vomitar y ella fue la que me empezó a decir a mi anoréxica, que yo era una anoréxica, que era bulímica, que estaba loca, eso fue, eso pasó como dos años, prácticamente desde que me fui de aquí, gracias a Dios, si no me hubiera.... Seguro terminado en un manicomio, ¡yo sé!

Añade:

...es que vea, tiene ese montón de celulitis, diay no, porque diay, es que es gorda, pero, eso digamos, que se coma cosas grasientas sabiendo que es gorda? Eso no me gusta o que se ponga eso tipos de ropa, ¿verdad? Como hay señoras que tienen esas piernas tan ¡re...gordas! Y se ponen esas enaguas que se les ve todo. Se ve desagradable, eso no me gusta...

Según Ellen West (2003) usualmente, las personas con anorexia nerviosa buscan la perfección; se ponen expectativas muy altas y sienten que siempre tienen que estar demostrando su competencia. Usualmente, pon unas necesidades de otros/as sobre las tuyas.

También, suelen sentir que el único control que tiene sobre sus vidas está en esfera del peso y la comida.

Se puede analizar con el relato de Beatriz al decir:

... La panza, o sea que sean muy gordas no sé por qué se ponen ropa corta si son gordas, me pone de mal humor porque andan con todo afuera y no o sea no es que no tienen derecho pero es que quieren vestirse así entonces hay un cuerpo para cada cosa, bueno eso es lo que yo pienso entonces eso es lo que más me molesta que tengan así panza y que no sé por qué eso igual da como un efecto de como de que no se preocupan por su imagen como de que ya no se le desarregla todo lo demás...

Todos los días, el peso en la báscula determina si lograron o no su meta y se sienten poderosas y en control cuando pierden peso. El pensar en calorías y perder peso es una manera de bloquear sus sentimientos y emociones. Para ellas, es más fácil ponerse a dieta y dejar de comer que enfrentarse sus problemas directamente.

J. Distorsión de la imagen corporal

La imagen corporal se va desarrollando en el proceso evolutivo de la vida, con gran influencia del entorno, esta categoría cobra un factor dañado en común en estas mujeres. Aspecto también presente en las secuelas de abuso sexual, de acuerdo con las ideas irracionales que socavan en las víctimas. Para Belloch et al (1995), en las personas con anorexia existe una idea sobrevalorada de la imagen corporal, que puede tomar proporciones delirantes.

Sofía: ... porque literalmente, yo, yo, Leo, yo leo, tal vez hay gente que no entiende esto de la distorsión, pero es que, es que eso es real, es real, real mente porque te paras frente a un espejo y tienes eso, mira puedes estar así, (enseña su

dedo pequeño de la mano) demasiado, totalmente, que eso es tan fuerte que realmente te es inmensa, que es inmensa...

Por supuesto, es importante exponer que esta percepción de delirio dentro de la patología del trastorno, también podría relacionarse con la capacidad de disociarse de las mujeres víctimas de abuso sexual, mecanismo utilizado para evitar sentirse presentes en las situaciones de pánico, ahora bien en las personas con trastornos alimenticios, podría decirse que este mecanismo se ve estrechamente afectado y suelen utilizarlo como defensa en todos los momentos de su vida, como escudo protector de su cuerpo.

Las personas ven algunas partes de su cuerpo muy gruesas, incluso a pesar de la pérdida de peso, por lo cual deben continuar sin comer.

Beatriz: ... No uso o sea si me voy a comprar una blusa de hecho casi no tengo camisetas, todas son como, como así (señala su blusa) pero todas son largas digamos no tengo camisetas cortas porque no me gusta, porque me siento que todo, que se me sale todo y no me gusta...

Generalmente manifiestan fuertes sentimientos de asco y desagrado ante su propio cuerpo. No reconocen adecuadamente los signos de hambre y saciedad. Se sienten hinchadas, tienen náuseas, después de haber comido poquísimos. A pesar de su gran inanición, no se sienten cansadas ni fatigadas.

Precisamente, la psicopatología de la imagen corporal y su distorsión ha sido especialmente estudiada en los trastornos de conducta alimenticia.

Se enfatiza con lo mencionado por Sofía:

... Cuando yo pesé 30 kilos, diay ya yo voy a ser así de flaca y mi plan era o sea aplancharme el pelo a como diera lugar y ponerme extensiones, o sea porque yo iba hacer lacia porque también era mi obsesión, ser lacia, porque yo odiaba

mi pelo y yo odiaba todo en mí, y así quería ser yo o sea, otra, otra, ¿ya?...

Todo esto puede ser lo que ocurre también dentro del inconsciente de la anoréxica y/o bulímica, ya que los procesos son a nivel inconsciente y las investigaciones desde género no existen en abundancia, pero es importante recordar, que desde que las niñas están pequeñas se les educa con temores y desconfianzas sobre su género en relación al cuerpo y el proceso de desarrollo fisiológico al que se enfrentan, lo cual trae ambivalencia e incertidumbre a la mujer y esto puede hacer que ella misma rechace los cambios de su propio cuerpo que con las consecuencias de los trastornos alimenticios podrá disimular.

La asociación de estos logros derivados de estar delgada ha hecho que la delgadez se convierta en un fin, incluso para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez.

Por ejemplo, cuando una de las mujeres menciona:

... Y yo odiaba todo en mí...

La generalizada visión negativa del cuerpo no ya obeso, sino simplemente de perfiles redondeados, es un factor importante que ocasiona frecuentes restricciones alimenticias, más o menos controlado médicamente en amplios grupos de la población.

Beatriz: todas mis amigas y siempre me dicen que no estoy gorda que no tengo panza, pero yo si me la veo, o sea a mi todo el mundo me dice que no tengo panza pero si tengo o sea yo la veo ahí.

La idealización de la delgadez es causa y consecuencia de lo que se dice de las mujeres. En las mujeres, además, se ha apuntado que su creciente rol profesional actual puede conllevar exigencias de imagen que resultan divergentes con respecto a su rol doméstico. Así se generan modelos socialmente deseables, pero generadores de problemas en determinadas personas.

Sofía menciona:

... Mi hermana siempre fue más delgada que yo y mi hermana consiguió trabajo mucho antes que yo, consiguió novio mucho antes que yo, o sea yo no veía, yo lo veía y qué increíble, eso era lo... Yo quería ser así, yo estaba muy obsesionada y muy ocupada en ser así...

Con respecto a la belleza se generan grandes expectativas y al mismo tiempo discriminación de algunas mujeres como en la búsqueda de un empleo, pero por supuesto que cuando el que escoge la persona a contratar es un hombre y cuando es una mujer también se da un fenómeno particular que es parte de la subjetividad del género un malentendido, ya que no aplican la sororidad entre mujeres y por el contrario se le niega el apoyo.

Según Burin (2002), menciona que las representaciones ideológicas patriarcales acerca de la mujer operan como una fuerza material en la construcción misma de su subjetividad y sexualidad.

Los diversos métodos utilizados para adelgazar, con los que la sociedad -el Estado- se ha mostrado tan permisiva, se han convertido en reforzadores positivos, debido a las metas sociales alcanzadas, teniendo poco en cuenta los riesgos de este tipo de comportamientos. Los estilos de vida, el grupo de iguales, la publicidad y las propias condiciones van reforzando ayunos, dietas restrictivas y demás prácticas compensatorias. Los objetivos de quienes entran en esta especie de círculo vicioso cada vez son más exigentes y los métodos utilizados más implacables con la comida.

Generalidades del Análisis

En últimos términos, el análisis determina que los argumentos que se pudieron extraer de investigación respaldan los objetivos planteados, partiendo de que en Costa Rica, estos argumentos coexisten diferentes sistemas de producción y relaciones de poder que colocan a unos/as y otros en diferentes posiciones de la

sociedad; con esto surgen las diferentes formas de expresar y sentir el cuerpo, dependiendo del lugar que se ocupe en esta esfera social y se puede palpar de una forma más cercana cuando se detiene a analizar cada una de las partes de esta investigación.

Cuando se aplicó la entrevista a las participantes, cuyas edades fluctuaron en la adultez joven, todas las preguntas fueron respondidas en su totalidad y ellas aportaron mayor información de la esperada, lo cual surge una serie de categorías no estipuladas en un inicio en la investigación.

Las tres jóvenes padecieron de por lo menos anorexia nerviosa y bulimia aún después de la adolescencia, lo cual demuestra lo investigado en literatura actual y estudios realizados a nivel mundial, muestra una población en riesgo equivalente en este segmento. El porcentaje de población en riesgo disminuye gradualmente a medida que se avanza de edad.

La estructura familiar indica que ellas provienen de hogares socialmente "funcionales" compuestos por todos los miembros de la familia esperados para la estructura patriarcal con sus aparentes respectivos lugares, por lo tanto esta organización en particular demandó una forma de interactuar y convivir en cada una de las participantes.

Los padres y madres de las familias ocupan un lugar dominante y de poder en sus vidas, además eran quienes tenían bajo control todos sus actos y decisiones, hasta la forma de alimentarse y los regímenes alimenticios.

En sus discursos muestran muchos sentimientos depresivos, de frustración y perfeccionismo, argumentan haber obtenido la mayoría de las veces excelentes calificaciones en la escuela, colegio y universidad, pero sin tener la suficiente gratificación.

Respecto al nivel socioeconómico, todas las jóvenes provienen de un nivel socioeconómico medio bajo. A partir de este hallazgo, se considera que no es posible afirmar que los trastornos de conducta alimenticia sean privados de las

clases más acomodadas, sino que más bien atraviesan todos los niveles socioeconómicos y que lo que muestra es la presencia de un fenómeno ampliamente distribuido, que también afecta a países como Costa Rica.

Estas jóvenes manifestaron haber sufrido de diferentes síntomas categóricos de los trastornos alimenticios fundamentalmente visión de la imagen corporal distorsionada, atracones constantes como manejo de la ira y/o las frustraciones cotidianas al enfrentarse a resolución de conflictos, conducta compulsiva por mantener bajo control los alimentos que ingerían.

Las demandas socioculturales fueron en el diario vivir de las participantes uno de los factores mayormente influyente en los trastornos alimenticios, siendo ellas vulnerables a poseer rasgos de personalidad en donde predominaba la importancia que ellas le daban a la aceptación y la evaluación de las demás personas a ellas mismas y a sus cuerpos, dando por un hecho que el calificativo otorgado era un hecho real.

El género determina los trastornos alimenticios en una cultura patriarcal en donde el cuerpo de las mujeres es creído como pertenencias a los demás, por lo tanto, en este trabajo se determinó específicamente con la investigación teórica que las estadísticas realizadas en muchos países en desarrollo justifican este dato.

Por otra parte, la violencia intrafamiliar estuvo presente en la vida de estos jóvenes tanto como niñas testigos de violencia y también como víctimas de abuso sexual, vivencia que determina un hilo paralelo en la sintomatología de los trastornos alimenticios y las secuelas de la violencia.

Además, estas jóvenes se caracterizan por contar con una tendencia a la codependencia en sus familias de origen, vinculándose como salvadoras y/o facilitadoras de la vida de sus familiares y personas más cercanas.

En los hogares de estas jóvenes se manifiesta la presencia dominante y coercitiva de sus padres y madres, en donde siempre fueron sometidas a sus decisiones y su forma de hacer manejo del hogar.

En el cual también funcionaban como intermediarias de las relaciones interpersonales entre hermanos y hermanas, fusionando en consideración la visión del ser mujer u hombre con las tareas y las demandas que se les otorgaba, como también propiciar entre las mujeres relaciones competitivas de sus cuerpos, su belleza física y las ganancias de lo que esto obtenía

Por la distorsión de la imagen corporal que las jóvenes presentan, entre otros factores asociados, ellas exteriorizan un significativo rechazo hacia la gordura y obesidad, además son personas con tendencia a obsesionarse por la belleza parcializada de algunas partes del cuerpo femenino y no así en su totalidad, como ser unificado, sino que parcializan o disocian en el cuerpo femenino como suele hacerse uso de esta herramienta en las víctimas de abuso sexual para lograr distanciarse por momentos del dolor.

En general las participantes presentaron a nivel personal muchos rasgos de personalidad que señalan ser indicadores típicos en estructura de los trastornos alimenticios, como, por ejemplo:

- La falta de aceptación como persona, muy relacionado con una falta de aceptación del propio cuerpo y de las formas del mismo. Se detecta un rechazo hacia los cambios que su cuerpo experimenta en esta época de su vida.
- La falta de autoestima y de seguridad en sí mismas, este factor provoca que la persona sea altamente influenciable por las personas que le rodean y por la sociedad en general.
- Excesivo perfeccionismo y un gran nivel de autoexigencia, este factor les lleva un control excesivo sobre todo lo que hacen y sobre todo lo que ingieren.
- Algunos factores de contenido temporal como pueden ser experiencias de fracaso, conflictos con otras personas, divorcios, cambio de domicilio, les provoca angustia altamente intolerable.

Los trastornos emocionales como la depresión o la ansiedad están presentes aparentemente, según lo refieren.

4 CONCLUSIONES

El ciclo atracón-purga-vómito



1. Las mujeres en estudio presentaron síntomas en común, como imagen corporal distorsionada, con percepciones erróneas sobre su propio cuerpo, incapacidad para identificar los estados de necesidad, principalmente los relacionados con el hambre, aunque también esta dificultad se extiende a otros estados emocionales, sensación de impotencia acompañada de la poderosa impresión de que los sentimientos y acciones no emanan del propio yo si no de la demanda externa.
2. Se determinó que las exigencias socioculturales afectan cognitivamente en la elección del trastorno alimenticio, como defensa de la demanda social a la que se ve expuesta la mujer, por medio de la publicidad y los medios de comunicación, pero sobre todo este estudio ilustró que estas exigencias socioculturales son severamente reforzadas y demandadas dentro del ámbito privado.
3. El entorno familiar torna una gran importancia en los resultados de esta investigación, ya que tomando en cuenta que este ámbito se encuentra con mayor rapidez cercano a la niña, en el proceso de crecimiento, las subvaloraciones del cuerpo y la aceptación de ellas por medio de esto entendido así por las mujeres con trastornos, se torna de gran valor, asimismo las tres jóvenes refieren sus relaciones filiales por lo general excelentes con la hermana que idealizan en sus adentros "por ser delgada" y su rechazo o poca relación con la hermana "gorda". Esto recobra gran importancia porque se podría decir que las relaciones interpersonales de las personas con esas dolencias emocionales van armando sus relaciones dependiendo de las apariencias y las demandas socioculturales, alrededor de la figura femenina.

4. Conocer la relación afectiva en su entorno sociofamiliar con figuras masculinas. En los tres casos investigados según el criterio de la investigadora, tienen total relación con los trastornos alimenticios de las mujeres, asociando a estos trastornos como demandas patriarcales que se solicitan como bienestar de la figura femenina, según su subjetividad, además presentándose este, hombre, como un hombre controlador, dominante y agresor.
5. El factor de pertenecer al género femenino dentro de los trastornos alimenticios socava directamente en términos generales en la posición que se tiene como mujer dentro de la cultura patriarcal, asimismo el rol que debe asumir y lo que debe dar.
6. No cabe duda de que se necesita un abordaje dentro del paradigma del Género Sensitivo en el que ofrezca tratamiento de los trastornos alimenticios, para que se lleve un hilo conductor en relación con el manejo de la violencia estructural en la que se viven las mujeres.
7. Es crucial el factor de la violencia implícita en los trastornos alimenticios, siendo estos el escape o la secuela automutiladora que permite en una forma muy destructiva a la joven expresar su enojo, su dolor y su denuncia de la violencia sexual o emocional a sí misma por ser mujer.
8. La joven en un intento por tener control sobre algo en sí, se inmiscuye en el manejo obsesionado de lo que come y de cómo luce su figura, determinando ante sí misma que ella es dueña de su vida y de sus límites.

RECOMENDACIONES

1. Es esencial separar a la persona de la enfermedad, colocando a un lado la anorexia o bulimia y en otra la persona con toda su individualidad. Para que la persona comprenda que ella no es la enfermedad; que la enfermedad es una imposición, un parásito que se alberga en ella.
2. Es importante reproducir información a personas que sospechen padecer de anorexia de bulimia o que crean lo mismo de algún/a amigo/a o familiar. En caso de confirmarse esas sospechas se recomienda acudir con profesionales en las áreas de la medicina y de la psicoterapia que puedan ofrecer ayuda especializada al respecto.
3. Sin embargo, los cambios que deben hacerse mostrar deben ser sobre todo a nivel macro de la sociedad, en donde los medios de comunicación, la publicidad y la educación estén orientados en forma integral a dirigir un mismo fin en beneficio de la imagen corporal femenina y/o desarticular la figura esperada.
4. Es fundamental trabajar en el plano de la prevención dentro de las comunidades en donde en la sociedad actual el éxito y la felicidad van asociadas a la delgadez y a la juventud. En este plano debe desarrollarse un programa dirigido a niños y niñas en etapas tempranas al igual que sus encargados/as.
5. Entonces, es necesario abordar estrictamente a los medios de comunicación y a un implacable bombardeo continuo de anuncios, fotos, reportajes y otras actividades de estas, en donde únicamente se ensalzan a las personas por su aspecto físico (siempre delgados/as, sin arrugas, vestidos con ropa cara y de marca).
6. Según algunas estadísticas, el 90% de las personas que padecen anorexia y bulimia son chicas de corta edad (entre los dos y 24 años), las cuales se encuentran dentro del sistema educativo, por lo tanto, se debe dirigir el trabajo en estas áreas, en donde ha sido terreno fértil para los ideales de belleza impuestos por las modas que las sociedades implantan y los medios de comunicación se encargan de divulgar.

7. Al mismo tiempo y siempre en el mismo nivel, es importante fomentar hábitos de alimentación para infantes y jóvenes basados en la comida saludable y no en la comida rápida y el sedentarismo.
8. Sería positivo informar a todas las personas acerca del tema de los trastornos alimenticios, a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos del culto a la delgadez.
9. Los factores educativos deben ser reeducados en estos aspectos anteriormente mencionados, ya que la sociedad actual de elemento educador que influye en la vida y el desarrollo de las personas que viven inmersos en dicha sociedad.
10. Al mismo tiempo, desde la familia y el sistema educativo se deben fomentar las habilidades que apoyen una maduración de la personalidad ajena a influencias negativas.
11. Limitar las horas de televisión. La televisión promueve estilos de vida sedentarios, el aparentismo y la comida basura.
12. Límite al acceso de medios de comunicación que sugieren que la apariencia es la cualidad más importante de las personas. Discuta los estereotipos de los medios acerca de la obesidad y de la belleza con la familia.
13. Mostrar actitudes que promuevan el ser buen consumidor/a, incluido un sano escepticismo acerca de la publicidad.
14. En las personas de edades jóvenes es muy importante fomentar una personalidad fuerte que se deja influir lo menos posible por los demás una autoestima adecuada y una toma de decisiones libre de interferencias ajenas.
15. Que entiendan y vivencien que la constitución física de cada persona está establecida genéticamente y hay que aprender a vivir con su propio cuerpo y si bien un exceso de peso es un riesgo para la salud, hay que enseñar unos hábitos alimenticios adecuados y saludables para que la correcta alimentación lleve un peso adecuado para la estructura corporal.
16. El rol de las madres y padres en un principio de la educación debe siempre ser estableciendo una labor de educación en la forma en que se presenta una alimentación correcta y fomentar el ejercicio físico.

17. Según datos obtenidos con este trabajo es primordial indagar la existencia de historia de abuso sexual presente en la vida de las mujeres con trastornos alimenticios, lo cual es necesario trabajar de forma paralela a la reducción de un plan de alimentación, pero validando este trastorno como secuela de la experiencia de abuso.

BIBLIOGRAFÍA

Belloch, Amparo, et al. 1995. “Manual de Sicopatología”. Editorial: Isabel Capella. España. Vol. 1.

Beauvoir, Simone de. 1989. “El Segundo Sexo. La Experiencia Vivida”. Editorial Siglo Veinte. Buenos Aires.

Burin, Mabel. 2002. “Estudios sobre la Subjetividad Femenina. Mujeres y Salud Mental”. Librería de Mujeres. Segunda Edición. Buenos Aires.

Burin, Mabel, et al. 1991. “El malestar de las Mujeres. La Tranquilidad Recetada”. Editorial Paidós. Argentina.

Caparrós, Nicolás y Sanfelliú, Isabel. 1997. “La anorexia. Una locura del Cuerpo”. Editorial Biblioteca Nueva, S.L., España: Madrid.

Céspedes, Adriana. 2002. “Guía sobre anorexia y bulimia: las respuestas a sus preguntas de Julia Bucroyd”. Tesis en Lengua Inglesa. Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

Cachón, María del Socorro y Fernández, Zulema. 1997. “La identidad de la Mujer Asignada a las feligresas de la Iglesia Asamblea de Dios”. Tesis en Sociología. Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

Chafetz, Saltzman Janet. 1984. “Equidad y Género”. Ediciones Cátedra.

Gilbert, Eva y Fernández, Ana María. 1989. “La mujer y la Violencia Invisible”. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

Mario Young, Iris. “La Justicia y la Política de la Diferencia”. Ediciones Cátedra: Madrid

Rubin, Gayle. 1986. “El Tráfico de Mujeres: Notas sobre la Antropología Política del Sexo”. En Nueva Antropología. Vol. VIII, N. 30.

Taylor, S.J. y Bodgan, R. 1992. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”. Ediciones PAIDÓS. Buenos Aires.

Turner, Bryan S. 1989. “El Cuerpo y la Sociedad. Exploraciones en teoría social”.

México D.F.: Fondo de Cultura Económica, S.A.

Vance, Carole (ed). 1989. “Placer y Peligro: Explorando la Sexualidad Femenina.”

Madrid: Editorial Revolución.

Wicks-Nelson, Rita, et al. 1997. “Psicopatología del niño y del adolescente”.

Editorial: Pearson Educación, S.A. con Núñez de Balboa. Madrid: España. 3ª Edición.

Páginas Electrónicas

Fuente: Ellen West. Clínica de Anorexia, Bulimia y Comer compulsivo (2003) en:

<http://www.juvat-ellenwest.com/> en revista electrónica:

http://www.geosalud.com/Nutricion/anorexia_bulimia.htm

Lectura 2. La nueva epidemia de culto al cuerpo: Anorexia, Vigorexia, Bulimia y otros trastornos. Isabel Fernández Casas. Técnica del área de Salud del INAM. (2003).

Fuente: http://www.geosalud.com/Nutricion/anorexia_bulimia.htm

Lectura 3. La adicción por la delgadez. (2003). Concepción Salcedo Meza es comunicóloga, divulgadora de la ciencia años (TV UNAM)

West, Ellen. 2003. Lectura 1. Trastornos de la alimentación. “Clínica de Anorexia, Bulimia y Comer compulsivo”. En <http://www.juvat-ellenwest.com/> en revista electrónica: http://www.geosalud.com/Nutricion/anorexia_bulimia.htm

