

11290



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO,
FACULTAD DE MEDICINA.

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MEDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD.

**“Construcción de género, actitudes y conductas alimentarias de
riesgo en mujeres adolescentes mexicanas”**

TESIS

Que para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud presenta:

Ietza Rocío Bojorquez Chapela

Tutora: Dra. Claudia Unikel

Cotutora: Dra. Martha P. Romero

México, D. F., Septiembre 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A las Dras. Claudia Unikel y Martha Romero, por la combinación de apoyo y libertad.

A los Drs. Luis Alberto Vargas, Patricia Ravelo, Catalina Gonzalez y Luciana Ramos, por la lectura y las sugerencias oportunas.

A la Dra. María Elena Medina Mora, a Lucy Vázquez, y a todos los que laboran en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", por el apoyo académico y logístico.

A Alberto, Vicky, Claudia y Magda, a mis compañeros y asesores en los seminarios de investigación y tesis, por la paciencia y la solidaridad.

A las estudiantes, los maestros, las asesoras y directores del Colegio de Bachilleres sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible.

A Rocío y Nacho, a Alejandro, a José A., Rosa María y toda la familia Monsiváis, a Teoshia y a Viridiana, por el amor y la compañía.

RESUMEN

El trabajo que aquí se presenta tuvo como objetivo principal indagar en la relación entre construcción de género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo¹. El origen de los trastornos de la conducta alimentaria es multicausal, siendo lo cultural uno de los elementos postulados para explicar el aumento en su frecuencia en épocas recientes. Dado que se trata de un problema que se presenta sobre todo entre las mujeres, lo relativo al género ha sido propuesto como importante en la génesis de estos trastornos. Es por ello que se eligió a la construcción de género como categoría central en este trabajo.

La investigación se llevó a cabo en dos fases. En la primera, con métodos cuantitativos, se evaluó la presencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo entre las estudiantes de dos planteles educativos del nivel medio superior en una zona semiurbana del estado de Michoacán, México. En la segunda, se llevaron a cabo entrevistas con una submuestra de las participantes en la primera fase, elegidas para representar los niveles extremos (mayor y menor riesgo) de actitudes y conductas alimentarias.

Los resultados de la primera fase permiten concluir que, contrariamente a lo que se esperaba, no existe diferencia entre el nivel de preocupación por el peso y deseo de adelgazar de las jóvenes de esta zona y el que presentan las adolescentes de localidades urbanas mayores, como la Ciudad de México. Los resultados de la segunda fase muestran que sí existe una relación entre la construcción de género y la presencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo, relación constituida sobre todo por el deseo de ajustarse a un estereotipo de belleza en un contexto en el que el éxito femenino se mide en términos de atractivo físico. Sin embargo, parece existir una diferencia entre el deseo normativo de ser delgada, y un deseo que sobrepasa los límites de la normatividad, por lo que se concluye que, en términos heurísticos y prácticos, sería más útil hacer una diferencia entre esos dos fenómenos.

¹ Este término hace referencia a manifestaciones que son similares a las de los trastornos de la conducta alimentaria, pero que al no presentarse con la frecuencia o intensidad requeridas por los criterios diagnósticos, no alcanzan a integrar un padecimiento en su definición psiquiátrica.

INDICE

Introducción	1
I. Marco teórico y antecedentes	4
1.1 Los trastornos de la conducta alimentaria	4
1.2 Modelos explicativos multicausales de los trastornos de la conducta alimentaria	7
1.3 Lo social y cultural como factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria	9
1.4 Género y trastornos de la conducta alimentaria	21
1.5 Propuesta de marco teórico para el estudio de la relación entre género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo	26
II. Método	34
2.1.1 Pregunta de investigación	34
2.1.1 Objetivos	34
2.1.3 Hipótesis	35
2.2 Diseño del estudio	35
III. Primera fase (métodos cuantitativos)	37
3.1.1 Pregunta de investigación de la primera fase	37
3.1.1 Objetivos de la primera fase	37
3.2 Procedimiento de la fase cuantitativa	37
3.3 Resultados de la fase cuantitativa	43
IV. Segunda fase (métodos cualitativos)	55
4.1.1 Preguntas de investigación de la segunda fase	55
4.1.2 Objetivos de la segunda fase	55
4.1.3 Hipótesis	56
4.2 La metodología cualitativa	56
4.3 Procedimiento de la fase cualitativa	57
4.4 Resultados de la fase cualitativa	69
4.4.1 Grupos y categorías para el análisis	69
4.4.2 Resultados del análisis de las entrevistas	78
4.5 Limitaciones de la fase cualitativa	104
V. Discusión	105
5.1 TA y cultura	105
5.2 TA y género	106
5.3 Dos grupos diferentes	109
5.4 Resumen de la discusión	113
VI. Conclusión	114

Anexo 1. Instrumento utilizado en la primera fase	117
Anexo 2. Guía de entrevista de la segunda fase	121
Referencias	124

INTRODUCCION

El tema principal de esta investigación fue la construcción de género como parte de la génesis de las actitudes y conductas alimentarias que, cuando se presentan en niveles clínicos, conforman un trastorno de la conducta alimentaria. Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud mental poco frecuente en población general, pero cuyas manifestaciones subclínicas tienen prevalencias elevadas entre las mujeres jóvenes. Para las adolescentes de muchas partes del mundo, la silueta corporal delgada es una meta en cuya consecución emplean tiempo y recursos que restan a otros aspectos de su desarrollo.

La delgadez como característica primordial de la belleza femenina se generalizó en el llamado mundo occidental a partir de la sexta década del siglo XX, y desde entonces la silueta considerada correcta para una mujer se ha vuelto progresivamente más delgada. La dificultad de conseguir esa silueta aumenta, al mismo tiempo que prospera una industria dedicada a proporcionar medios de adelgazamiento, desde aparatos y técnicas deportivas, hasta alimentos especiales y productos químicos diversos.

La llamada “epidemia” de los trastornos de la conducta alimentaria (Gordon, 1990) parece acompañar en el tiempo y la distribución geográfica al ideal de la delgadez, por lo que los autores que, a partir de los años sesenta del siglo pasado, empezaron a ocuparse del tema, postularon una relación entre la cultura y estos padecimientos. Sin embargo, el término “cultura” ha sido utilizado en este campo de una manera poco rigurosa. A pesar de una larga tradición de pensamiento alrededor de este concepto en las ciencias sociales, en la investigación empírica acerca de los trastornos de la conducta alimentaria cultura se ha equiparado, de un modo simplista, a nacionalidad o raza. Desde el punto de vista antropológico, la cultura incluye aspectos tan variados como creencias, costumbres, productos materiales y relaciones sociales (Kottak, 2000). Al considerarse a la cultura como unidad indivisible, se olvida la posibilidad de que un grupo humano comparta entre sí algunos elementos, y no otros. La propuesta de la presente investigación es evitar ese manejo monolítico, y considerar solamente el elemento género, para buscar la relación de éste con las actitudes y conductas alimentarias de un grupo de jóvenes mexicanas.

La línea de pensamiento que relaciona al género con los trastornos de la conducta alimentaria se apoya en la frecuencia mucho mayor de estos trastornos entre las mujeres, comparada con la frecuencia en hombres. Numerosos autores han trabajado el tema en el terreno teórico, elaborando con gran riqueza sobre los diferentes aspectos de la feminidad que podrían considerarse de riesgo. En cambio, hay aún pocas investigaciones empíricas en esta área. Esta investigación pretende ser una contribución en ese sentido.

La mayor parte de los autores en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria supone que se trata, no de entidades discretas, sino de actitudes y comportamientos que ocurren como parte de un continuo, desde la constante insatisfacción con la figura propia experimentada por gran parte de las mujeres, hasta los extremos de malestar psicológico que llegan a poner en riesgo la vida, y que requieren atención psiquiátrica. A partir de esta noción de continuo, muchos de los estudios utilizan como variable resultado, no a los casos en su definición estricta, sino los niveles previos. Siguiendo esa práctica, en este trabajo se evaluó la presencia, no de casos, sino de las llamadas “actitudes y conductas alimentarias de riesgo”, esto es, de prácticas y actitudes de búsqueda de la delgadez.

El trabajo de campo se llevó a cabo en el estado de Michoacán, México, con mujeres estudiantes de nivel medio superior en una localidad semiurbana y una localidad urbana menor¹. La región presenta dos elementos interesantes. Primero, se trata de una zona que expulsa a gran parte de su población masculina hacia los Estados Unidos. Este fenómeno, como veremos en los resultados de las entrevistas, es determinante en al menos dos aspectos de la vida de las entrevistadas: la creación de un espacio exterior al que las mujeres no tienen acceso, y la ausencia del padre.

Por otro lado, la variabilidad cultural de la muestra aumenta gracias a que la localidad semiurbana donde se trabajó es un pueblo purépecha. En este caso, el deseo de ser delgada se inscribe en un proceso general de modernización de la feminidad, que deja de ser la tradicional purépecha para semejarse a la aprendida a través de la escuela y la televisión. La alimentación, también, cambia de significado, dejando de ser un sitio de encuentro para convertirse en un terreno de conflicto. Es en este proceso de transformación en el que deben entenderse las actitudes y conductas alimentarias de las participantes.

¹ El INEGI considera urbanos menores a los asentamientos que tienen de 15,000 a 99,999 habitantes. A los de 2,500 a 14,999 los clasifica como semi-urbanos. (INEGI, página web)

La exploración de la relación entre construcción de género y actitudes y conductas alimentarias se realizó en dos fases. En la primera, con métodos cuantitativos, se aplicó un cuestionario compuesto por dos instrumentos de tamizaje para trastornos de la conducta alimentaria y actitudes y conductas afines, más una sección de datos sociodemográficos. Se obtuvo así información acerca de la frecuencia de actitudes y conductas de riesgo, y su relación con variables tales como el nivel educativo y la ocupación de los padres. En la segunda fase, con métodos cualitativos, se profundizó en los significados de estas actitudes y conductas en la experiencia subjetiva de las participantes, así como en su construcción de género, y en la relación entre los dos elementos. Lo anterior, mediante la técnica de entrevista individual semiestructurada, analizada con la guía de los conceptos género y demostración de género. El método para el manejo de los datos se basó en la teoría fundamentada.

En el primer capítulo de esta tesis, se presenta el estado del conocimiento acerca de trastornos de la conducta alimentaria y el papel de lo cultural y del género en su conjunto causal. Se mencionan las limitaciones y huecos en el conocimiento en estos enfoques, y se hace una propuesta de marco teórico para indagar en estas relaciones.

El segundo capítulo hace un resumen del diseño de la investigación, que se explica más claramente en los capítulos III y IV. El capítulo III contiene la información de diseño y resultados de la primera fase, en la que se emplearon métodos cuantitativos. El capítulo IV, la información de la segunda fase, llevada a cabo con métodos cualitativos.

En el capítulo V se discuten los resultados de ambas fases, a la luz del estado del conocimiento presentado en el capítulo I. Finalmente, en el capítulo VI propongo una serie de conclusiones, así como futuras líneas de investigación que se desprenden de éstas.

El principal aporte de esta investigación consiste en la exploración empírica de la relación entre género y actitudes y conductas alimentarias. En segundo lugar, en el trabajo con una población en la que los trastornos de la conducta alimentaria han sido hasta ahora poco estudiados: adolescentes de una zona semirural en México. La información obtenida, además de contribuir a un mejor entendimiento de cómo el género está implicado en las conductas alimentarias de riesgo, permitirá orientar mejor las acciones preventivas y de manejo en esta población específica.

I. MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES

1.1 Los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TA), como entidad de la nosología psiquiátrica, pueden considerarse aún en construcción. Desde el primer uso del término “anorexia nervosa”, a finales del siglo XIX¹, hasta los últimos criterios diagnósticos, las definiciones han cambiado cada pocos años, en medio de discusiones constantes acerca de cuáles son, y por qué, los síntomas que deben ser englobados bajo este término. Aunque los argumentos al respecto son fascinantes, y tocan problemas de tanta importancia como la definición de enfermedad mental, la validez de los criterios psiquiátricos, y si es posible hablar de esencias detrás de las categorías usadas por la psiquiatría, para los fines de este trabajo, y por razones de facilidad en la comunicación, aceptaremos la definición psiquiátrica, que es la más utilizada en las investigaciones al respecto.

De acuerdo con el *Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales* (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana, en su cuarta versión (American Psychiatric Association, 1994), “trastornos de la conducta alimentaria” es una categoría en la cual se incluyen tres síndromes: anorexia nervosa, bulimia nervosa, y trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Su común denominador es la presencia de actitudes y conductas anormales relacionadas con la alimentación, una enorme importancia puesta por el sujeto en la obtención de la silueta corporal delgada, y malestar emocional. Las conductas pueden ser de restricción alimentaria, de exceso en la ingestión con sensación de descontrol, de uso de laxantes o vómito voluntario, u otras, pero siempre acompañadas de malestar emocional y miedo a la gordura. Lo que ha sido llamado “alteración en la imagen corporal” es otro elemento de algunos de estos síndromes: el sujeto considera que su peso es excesivo, sin importar si esto es real o no en términos médicos. Finalmente, datos físicos tales como pérdida de peso e interrupción de la menstruación también se incluyen entre los criterios requeridos por ese manual para hacer el diagnóstico de TA. La décima Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud

¹ Las dos primera notificaciones de casos utilizando este término fueron hechas casi en paralelo por Gull, en Inglaterra, y Lasiègue, en Francia (Brumberg, 2000)

(World Health Organization, 1992), ofrece una serie similar de criterios, haciendo además la anotación de que el diagnóstico de TA excluye la pérdida de apetito por otras causas, los problemas de la alimentación en la infancia, y la pica² en niños.

Por otra parte, se reconoce en general que, como ocurre con otros problemas psiquiátricos, las manifestaciones que constituyen un caso del trastorno son sólo el extremo en un continuo que, en el extremo opuesto, puede estar constituido por conductas socialmente aceptadas y promovidas (Unikel y Gómez, 1999). Específicamente, Garner y Garfinkel (1980) señalan que para las mujeres en los países industrializados el descontento hacia su silueta corporal es normativo, y que hay una intensa promoción social de conductas de restricción alimentaria tendientes a la pérdida de peso.

Dada la arbitrariedad de la línea divisoria entre normal y caso³, muchos autores prefieren utilizar términos como “actitudes y conductas alimentarias de riesgo” (Chamorro y Flores-Ortiz, 2000; Shisslak, Crago y Estes, 1995; Unikel, y Gómez, 1999), considerando que cuando una persona presenta estas conductas y actitudes con gran intensidad y frecuencia, se encuentra en riesgo de TA. El uso de este concepto permite tomar en cuenta a sujetos que no podrían ser considerados casos según la definición psiquiátrica estricta, pero cuyas conductas y actitudes alimentarias son dañinas para su salud física y se acompañan de un importante malestar emocional.

Las críticas a la definición de los TA han venido sobre todo de investigadores de países no occidentales, quienes señalan que la mayor parte de los casos que encuentran no se apegan a los criterios del DSM. Ante la paradoja de una mayoría de casos atípicos, estos autores proponen que la definición de la categoría nosológica se ha hecho a partir de manifestaciones que se observan en los países industrializados de occidente. Ellos consideran que sería adecuado disminuir la importancia del miedo a la gordura como criterio, ya que muchas de sus pacientes muestran malestar psicológico y conductas alimentarias restrictivas o descontroladas, sin presentar ese primer síntoma (Lee, 1993; Lee, 1995; Khandelwal, Sharan y Saxena, 1995). Una propuesta para un nuevo eje alrededor del

² La pica es un trastorno en el que el sujeto siente apetencia por sustancias extrañas tales como yeso o tierra. No existe un acuerdo acerca de si se trata siempre de un trastorno psiquiátrico, o si en algunos casos es debido a una necesidad nutricional.

³ Por ejemplo, de acuerdo con el DSM-IV, una mujer con índice de masa corporal de Quetelet de 17.5, amenorrea y miedo a la gordura es un caso de anorexia nervosa; una mujer con índice de 17.7, sin amenorrea y con miedo a la gordura no lo es.

cual formar la categoría TA es la de Katzman y Lee (1997), quienes plantean que la falta de control sobre sus vidas experimentada por las mujeres es el fenómeno central a partir del cual se dan manifestaciones sintomáticas relacionadas con la alimentación, y que el miedo a la gordura es sólo una de estas posibles manifestaciones.

Esta situación de relativa indefinición de los TA dificulta evaluar su frecuencia a lo largo del tiempo (Guerro-Prado, Barjau y Chinchilla, 2001). “Cada revisión de las definiciones impacta significativamente el número de casos detectados” (Nielsen, 2001, p. 203). Los primeros intentos de conocer la prevalencia de TA utilizaron criterios diagnósticos diferentes a los que se usan en trabajos más recientes, por lo que el aparente aumento de incidencia en las últimas décadas está abierto a discusión. Asimismo, la búsqueda de casos en comunidad se hace mediante el uso de instrumentos de tamizaje, y los posibles casos encontrados no siempre se confirman mediante un diagnóstico más preciso. Los estudios que emplean sólo un instrumento arrojan resultados que no son tan confiables como, ni pueden compararse con, los de estudios en los que se utiliza una segunda fase de confirmación del diagnóstico en entrevista clínica. Por otra parte, muchos de los estudios de frecuencias se refieren, no a TA en su manifestación clínica completa, sino a actitudes y conductas alimentarias de riesgo, síndromes parciales, actitudes y conductas alimentarias patológicas, o cualquier otro sinónimo. Dado el uso de cuestionarios diferentes y diferentes puntos de corte o criterios para considerar el riesgo, patología, o anormalidad, es difícil comparar entre sí los resultados obtenidos.

Aún con las limitaciones mencionadas, se cuenta actualmente con datos epidemiológicos en poblaciones amplias, recabados sobre todo en Estados Unidos y Europa. A partir de ellos, se considera una incidencia anual de anorexia nervosa de 8 por 100 mil habitantes, y de 13 por 100 mil habitantes para la bulimia nervosa (Van Hoeken, Lucas y Hoek, 1998). La hipótesis de que los TA han aumentado en frecuencia no se ha confirmado de manera confiable (Nielsen, 2001). El incremento observado en el número de solicitudes de atención podría deberse a una mayor difusión de la existencia de los TA, y a una detección más eficiente de los casos (Guerro-Prado *et al*, 2001).

Para mencionar datos de un país culturalmente más cercano a México, en una muestra de estudiantes de bachillerato en España se encontró una prevalencia de TA de 4.05% para las

mujeres y 0.45% para los hombres⁴ (citado en Ruiz-Lázaro, 2003). En cambio, en nuestro país, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2001-2002 por el Instituto Nacional de Psiquiatría, encontró una prevalencia nula de anorexia nervosa, y una prevalencia de bulimia nervosa de 1.2 % para la población general, y de 1.8% para las mujeres (Medina-Mora *et al*, 2003). Cabe mencionar que esta encuesta utilizó como instrumento para la recolección de información la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CIDI), y se realizó en población mayor de 18 años. La mayor parte de los estudios epidemiológicos de TA utilizan el Eating Attitudes Test (Garner y Garfinkel, 1979) y el Eating Disorders Inventory (Garner, Olmsted y Polivy, 1983), que probablemente sean más sensibles para la detección. Por otra parte, esta muestra dejó fuera a la población adolescente, la edad en que los TA están en su apogeo. También en cuanto a la frecuencia de casos no confirmados clínicamente, un estudio de Mancilla y colaboradores (1998) en mujeres estudiantes de licenciatura encontró que 8.3% de su muestra presentaba un TA de acuerdo al punto de corte del Eating Attitudes Test.

En cuanto al significado clínico de estas enfermedades, la mortalidad de los sujetos con anorexia nervosa es la más alta de entre los enfermos psiquiátricos (Sullivan, 1995). La tasa cruda de mortalidad por anorexia nervosa, según el meta-análisis de Sullivan, es de 5.9%. Para bulimia nervosa, se ha encontrado una tasa cruda de mortalidad de 0.3% (Nielsen, 2001). Analizando las causas de muerte, se encontró que 54% de ellas se debieron a complicaciones del padecimiento, 27% a suicidio, y 19% a otras causas (Nielsen, *op cit*). La tasa de mortalidad estandarizada para la edad en seguimientos a 6-12 años de pacientes con anorexia nervosa muestra que tiene un riesgo de morir alrededor de 9.56 veces mayor al esperado. En un periodo similar, las pacientes con bulimia nervosa presentan riesgo de morir alrededor de 7.4 veces mayor de lo esperado (Nielsen, *op cit*).

1.2 Modelos explicativos multicausales de los trastornos de la conducta alimentaria

Los modelos explicativos actuales en TA aceptan que en la génesis de cada caso se reúne una combinación de factores biológicos, familiares, de la constitución de la personalidad,

⁴ Este estudio incluyó una segunda fase confirmatoria del diagnóstico.

sociales y culturales. Las propuestas de la manera en que estos elementos se entrelazan apuntan a la noción de un sujeto en riesgo, sobre el cual actúan circunstancias particulares.

En una revisión sobre los factores de riesgo acerca de los cuales existen pruebas más sólidas, Stice (2001) menciona la presión sociocultural para tener una silueta delgada, la aceptación del ideal de belleza al que esa silueta nos remite y la insatisfacción con la propia figura. Otros factores para los que la evidencia no es tan robusta incluyen la baja autoestima y el perfeccionismo. En México, Alvarez y colaboradores (Alvarez, López, Martínez, Macilla y Vázquez, 2000) encontraron una asociación positiva entre depresión y actitudes y conductas alimentarias de riesgo. Utilizando datos de la encuesta de estudiantes del Distrito Federal de 1997, Unikel y colaboradores encontraron una relación también positiva entre el índice de masa corporal y la práctica de conductas alimentarias de riesgo (Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002).

Por otra parte, los factores protectores, según Crago *et al* (Crago, Shisslak y Ruble, 2001), no son específicos de los TA, sino que disminuyen también el riesgo de otras patologías. Entre ellos están una inteligencia elevada, locus de control interno, autoestima positiva⁵, capacidad de resolver problemas, espiritualidad y creatividad. Entre los factores familiares se cuentan una buena relación con los padres, reglas y responsabilidades claras en el hogar, una red familiar de apoyo, y valores comunitarios en la familia. Los factores en la comunidad incluyen una experiencia escolar positiva, redes de pares, y participación en actividades extraescolares. La participación en prácticas deportivas parece ser particularmente benéfica, siempre y cuando ocurra en un contexto no competitivo (*loc cit*, p. 78).

Diferentes modelos intentan explicar cómo es que estos factores se conjugan para llegar al resultado final de un TA. Entre ellos está el de Garfinkel y Garner (1982) para la anorexia nervosa, que considera a ésta una vía final común a diversas combinaciones de factores de riesgo. Por ejemplo, una adolescente puede haber tenido una relación demasiado estrecha con una madre dominante, y baja autoestima, mientras que otra tal vez presente un componente depresivo de mayor importancia, y antecedente de abuso sexual. Los factores se van sumando, y los síntomas alimentarios son la vía a través de la cual se manifiesta el

⁵ Ver también O'Dea y Abraham, 2000

malestar. Esta explicación se relaciona con la que veremos más adelante, de los TA como lenguaje de la enfermedad.

Otro ejemplo es el modelo de Connors (1996), quien considera que el riesgo para TA viene dado por dos vías. Primero, el riesgo de estar insatisfecho con el cuerpo propio, el cual se define por el contexto sociocultural, los rasgos físicos, y la manera en que el cuerpo ha sido evaluado a lo largo del desarrollo del sujeto. Lo anterior conduce a una imagen corporal negativa, preocupación por el peso, y la práctica de conductas alimentarias de riesgo. En segundo lugar, está el riesgo de tener dificultades con la autorregulación de los impulsos en general, cuyo origen se encuentra en las interacciones con los padres, eventos traumáticos, rasgos de personalidad, o características fisiológicas personales. Las dificultades con la autorregulación provocan falta de regulación afectiva, baja autoestima, e inseguridad en los lazos afectivos. Si la primera serie de factores se presenta aislada, conduce a quien la sufre a un descontento con su físico que, en nuestra cultura, se considera normal, así como a conductas que no llegan al nivel de riesgo para la salud que permitiría definirlos como TA. Si es la segunda serie de factores la que está presente, pueden presentarse otras psicopatologías, como depresión o trastornos límite de la personalidad. Pero cuando ambas vías se conjugan en la misma persona, el resultado probable es un TA.

En el modelo de Striegel-Moore (Striegel-Moore, 1995 y1997), además de factores similares al de Connors, se considera que una suma de dificultades en los momentos clave del desarrollo del sujeto aumentan el riesgo de padecer un TA. Por ejemplo, es más probable que una adolescente sufra un TA si a factores psicológicos previos suma abuso sexual en la pubertad, y si a esto se añade, por ejemplo, cambio de residencia, separación de los padres, ruptura con la pareja u otros elementos, el riesgo de enfermar va aumentando.

En el contexto de este trabajo, lo importante es destacar que estos modelos comparten la noción de que, en ausencia de fomento a la silueta delgada, gran importancia puesta en la belleza femenina, y otros elementos culturales, la patología desarrollada no sería un TA. Este tema se discute en más detalle en la sección siguiente.

1.3 Lo social y cultural como factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria

Como vimos, en los modelos explicativos multicausales para TA se incluye siempre un factor “social” o “cultural”. Sin embargo, como se discutirá al final de este apartado, la manera en que se entienden estos términos ha sido habitualmente vaga, conduciendo a un uso poco preciso de estas categorías en la investigación al respecto.

La noción de que la anorexia es un padecimiento propio de las mujeres que gozan de buena posición social aparece desde las primeras definiciones de la entidad nosológica (Brumberg, 2000; Nasser y Katzman, 1999). En los años setenta del siglo XX, Hilde Bruch, psiquiatra y sicoanalista que había trabajado con pacientes afectados por lo que ahora conocemos como trastornos de la conducta alimentaria (TA), describió a la anorexia nervosa como “... una enfermedad que afecta selectivamente a las jóvenes, ricas y hermosas...” (Bruch, 1978, p. 5). Durante las primeras décadas de estudio de la anorexia, los casos observados siguieron siendo casi exclusivamente mujeres, jóvenes, caucásicas, de nivel socioeconómico elevado, con nivel educativo alto, y habitantes de los países industrializados del norte de América y Europa. Se postuló entonces una relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de TA, y se buscó saber por qué era así, y cuál, o cuáles, eran los componentes de la vida de las mujeres de clase alta que podían estar implicados.

Para la década de los 1990, el panorama ya no era tan claro. La exclusividad de raza y clase de los TA fue puesta en duda (Gard y Freeman, 1996). Estudios en grupos sociales diversos demostraron la presencia de TA en cantidades comparables a las encontradas en caucásicas de la clase media y alta (Gordon, 1998), y lo mismo ocurrió al buscar TA en mujeres de otras etnicidades (Crago, Shisslak y Estes, 1996). La mayor proporción aparente de sujetos de nivel socioeconómico alto, proponen algunos, se debió a un problema de acceso a la atención psiquiátrica, y al hecho de que la caracterización sintomática misma de los TA privilegiaba (y aún lo hace) las manifestaciones típicas en esa población, dejando de lado síndromes que podrían ser los más frecuentes en otros grupos sociales (Gard y Freeman, 1996; Striegel-Moore, 1997).

“Los americanos exportan trastornos de la alimentación junto con hamburguesas McDonald’s, películas de Disney, e imágenes de Michael Jordan”, dice Brumberg (2000, p. 13). Esta historiadora, que en 1988 publicó la primera edición de su libro *Fasting Girls: the History of Anorexia Nervosa*, señala en el prólogo de la edición más reciente que los TA

son cada vez más frecuentes, que se han vuelto parte de la experiencia femenina en el mundo entero, y que su aumento corre parejo con la “occidentalización”. “La cultura es la variable crítica que explica por qué y cómo la anorexia nervosa se convirtió en la psicopatología característica de la adolescente en la última parte del siglo XX”, continúa Brumberg (*op cit*, p. 13), haciéndose eco de una línea de pensamiento que empezó a guiar a la investigación en los años 80 del siglo pasado.

En una época en que el valor adjudicado a la silueta corporal delgada en las mujeres era cada vez más notorio, resultó natural para los investigadores suponer que había alguna relación entre este hecho, y la presencia de jóvenes que dejaban de comer, o comían de manera inadecuada, y que justificaban su conducta por el deseo de aproximarse a la figura ideal. Aunque el papel de los elementos culturales nunca se consideró aislado, sino parte de un complejo causal, los modelos explicativos enfatizaron a partir de entonces que el pertenecer a la “cultura occidental” era un factor de riesgo para el desarrollo de TA en las mujeres jóvenes.

Desbrozando el terreno, encontramos diferentes enfoques acerca del papel patogénico de la cultura en los TA. Primero, están los que suponen que se trata de una adopción exagerada, por parte de individuos perfeccionistas, competitivos, o con otros determinantes psicológicos que los llevan a ser excesivamente complacientes, del ideal cultural de belleza promovido por los medios de comunicación. Segundo, el análisis de los TA como un síndrome étnico occidental. En tercer lugar, la lectura de los TA como discurso de la época, relacionado tanto con la condición específicamente femenina como con los conflictos más generales de la identidad en la modernidad y posmodernidad. Una cuarta línea es aquella que discute el papel de la psiquiatría en la construcción de los TA a través de su definición de la entidad nosológica. El enfoque de género, que relaciona los TA con los conflictos del papel de género femenino en el contexto de la negación o desvalorización de la mujer, o de las ambivalencias en el ideal de mujer de la época actual, se analizará en la sección siguiente. Revisamos a continuación estos enfoques.

El ideal de belleza como causa.

En 1980, Garner y Garfinkel publicaron los resultados de su estudio en jóvenes estudiantes de escuelas de danza y escuelas de modelos. Suponían que en ellas la presión por conseguir una figura delgada sería mayor, y que al compararlas con estudiantes de un conservatorio, que tenían una presión semejante en cuanto al éxito, pero no relacionada con la silueta, encontrarían mayor propensión a los TA. En el mismo año, estos autores habían dado a conocer su análisis de la relación peso-talla en participantes de concursos de belleza y en modelos de la revista *Play Boy*, que mostraban que el ideal de belleza había cambiado en los últimos 20 años, promoviendo un cuerpo cada vez más delgado. Las bailarinas y modelos, efectivamente, tuvieron puntuaciones mayores que las estudiantes de música en el *Eating Attitudes Test* (EAT), instrumento creado por los investigadores para buscar casos de TA (Garner y Garfinkel, 1979), lo cual les permitió a los autores apoyar su hipótesis de que la combinación de presión para tener éxito y énfasis en la delgadez se relacionaba con esas puntuaciones.

Otros autores han coincidido en que, en un mundo en el que la delgadez es considerada condición para la belleza femenina, y en el que existe una gran presión por alcanzar ideales, es fácil que sujetos con factores predisponentes psicológicos caigan en conductas alimentarias patológicas (Davis y Yager, 1992). La delgadez, dice Richard Gordon (1990), representa para las mujeres la posibilidad de ser atractivas, y simboliza al mismo tiempo la autonomía y el autocontrol, que son considerados características altamente deseables. Otros valores simbolizados por la delgadez podrían ser la liberación sexual, la asertividad, la competitividad, y la afiliación a una clase social a la que es deseable pertenecer (Pate, Pumariega, Hester y Garner, 1992).

Sin embargo, este modelo no cuestiona el por qué la belleza juega un papel tan importante en la vida de las mujeres, o cómo es que las mujeres llegan a encontrarse en situaciones que las llevan a adoptar conductas patológicas. Es en estos aspectos que las posturas con enfoque de género enriquecen las perspectivas acerca de las relaciones entre cultura y TA.

Los TA como síndrome étnico

A principios del siglo XX, la antropología estudiaba a las sociedades “primitivas” con un enfoque evolucionista, según el cual las formaciones culturales de los grupos humanos no occidentales representaban pasos previos en lo que era una línea de desarrollo común a la raza humana, en cuyo pináculo del momento se situaban los países industrializados de Europa y Norteamérica. Al mismo tiempo, buena parte del énfasis etnográfico se encaminaba a establecer la existencia de elementos comunes a todos los seres humanos (“El Hombre”), como un nivel subyacente a los contextos culturales específicos. En la investigación de los fenómenos conocidos en occidente como “enfermedad mental”, se suponía que esos padecimientos tenían una base biológica compartida, sobre la cual actuaba la cultura aportando solamente el “colorido” específico (Littlewood, 1990). Al encontrarse en las sociedades estudiadas sujetos que mostraban conductas anómalas, que de acuerdo a los investigadores equivalían a padecimientos psiquiátricos, pero con manifestaciones específicas del grupo en estudio, se acuñó para referirse a ellas el término “síndrome ligado a la cultura”⁶.

En los años sesenta y setenta, Devereux elaboró sobre la idea de la especificidad cultural de los síntomas, creando el concepto de “síndrome étnico” (Devereux, 1980). Del mismo modo que el síndrome ligado a la cultura, el síndrome étnico es una conducta anormal que se presenta solamente en un grupo humano específico. Devereux, sin embargo, no suponía que se tratara solamente de el barniz local de una enfermedad. Para este autor, el síndrome étnico es la expresión individual de conflictos sociales fundamentales. El síndrome étnico funciona más bien como un modelo que individuos con problemas pueden seguir para comunicar su malestar (Gordon, 1990).

En 1987, Littlewood y Lipsedge proponen que este tipo de padecimientos tienen en común el tratarse de patrones discretos, reconocidos como tales por la cultura específica, que permiten al sujeto, generalmente alguien en posición social subordinada, expresar su descontento y negociar con los superiores. Los síntomas articulan así problemas personales, pero también oposiciones entre grupos sociales. La conducta, que en muchos casos es una sobreactuación de patrones estereotipados del grupo subordinado al que el sujeto pertenece, es parte de un ritual en el que el individuo sale del ámbito de lo normal, obteniendo así una capacidad de negociación nueva. El grupo social reconoce que el apartamiento de la

⁶ *culture-bound syndrome*

normalidad es causado por una fuerza superior, y que debe ser aceptado y tratado por los representantes de esa fuerza. En occidente, dicen estos autores, la agorafobia, histeria conversiva, sobredosis, anorexia nervosa y otros comportamientos pueden entenderse, con este marco, como situaciones en las que un sujeto en posición subordinada recurre a la fuerza superior (que en el caso de esta sociedad es el pensamiento médico-psiquiátrico) para que sancione su anormalidad como enfermedad, obteniendo con ello un espacio ritual en el que son posibles nuevos arreglos entre el sujeto y su entorno.

Gordon (1990), utilizando los criterios de Deveraux, analiza los TA como síndromes étnicos. Los TA serían expresiones de la tensión compartida por la cultura occidental moderna en relación con el papel doble que se espera que cumplan las mujeres en esta época. Al exigirse de las mujeres que asuman roles al mismo tiempo sumisos y autoafirmativos, se crea para ellas una situación de indefinición, a la que muchas responden desarrollando una conducta alimentaria que expresa al mismo tiempo su malestar individual y el problema colectivo. Precisamente ese carácter de expresión colectiva es lo que otorga a los TA su atractivo, tanto para quienes lo “eligen” como patrón de anormalidad a seguir, como para los demás, que reaccionan con ambivalencia ante las enfermas. El papel de patrón para la anormalidad de este trastorno étnico explicaría también el aumento en su incidencia, la anorexia por imitación que Bruch observó a finales de los años setenta.

Otra manera de entender la articulación entre el malestar personal y la adopción de un síndrome reconocido por los miembros de la cultura la presenta Swartz (1987). El encuentro entre médico y paciente, nos dice esta autora, es una negociación entre la verdad de uno y la del otro acerca de los síntomas relevantes, su explicación y el manejo adecuado. Durante este proceso de negociación se constituye al sujeto como paciente auténtico. La adopción de los síntomas alimentarios de la anorexia nervosa permite a la mujer y al profesional enfocarse en una serie de conductas y actitudes específicas, bien delimitadas, y legitimadas previamente por el cuerpo de conocimiento de la psiquiatría. Gracias a ello, ambas partes obtienen un acuerdo satisfactorio, con el paciente y el médico seguros en sus papeles, y un curso de acción predecible ante ellos.

En síntesis, desde este enfoque los TA son expresión de un conflicto que se presenta no sólo a nivel individual, sino en el ámbito social entero, y los sujetos toman los síntomas que la cultura les ofrece para expresar este conflicto. Esto requiere, por supuesto, de un

conocimiento previo por parte del sujeto de la existencia y validez cultural de estos síntomas, y es por eso que mientras más se populariza el conocimiento de los TA como enfermedades posibles, aumenta el número de personas que los sufren.

Cuáles son estos conflictos es el tema de dos de las secciones siguientes. En la primera, considerando el aspecto expresivo de los TA, se revisan las posibles metáforas inscritas en el cuerpo de quien los padece. Más adelante, en la sección 1.4 “Género y trastornos de la conducta alimentaria”, se describen las propuestas acerca de la relación entre los conflictos inherentes al género femenino en la actualidad, y la manifestación de los mismos en un TA.

Los TA como metáfora: construyendo el cuerpo de los tiempos

El cuerpo humano no es sólo biología, sino un producto de la cultura. Según Turner (1996), el cuerpo es resultado de prácticas sociales, y es también un sistema de signos que expresan temas centrales de la sociedad, así como las relaciones de poder existentes en ella.

El mismo autor traza el desarrollo de la actitud hacia el cuerpo de manera paralela al del funcionamiento del sistema social. La sociedad moderna, que se caracteriza por su intento de dominar mediante la razón a las fuerzas naturales, promueve un cuerpo asimismo dominado, en el que los procesos fisiológicos y los automatismos deben quedar reducidos al mínimo. Por su parte, la sociedad posmoderna, en la que el control cede el paso como tema central al de la posibilidad de transformarse, promueve un modelado constante del cuerpo, mediante el cual se demuestra la capacidad de consumir (los bienes necesarios para el modelado corporal: aparatos de ejercicio, alimentos especiales, tratamientos cosméticos) y ofrecer al consumo (el cuerpo propio ofrecido al consumo de los demás). El cuerpo simboliza a la persona. Un cuerpo controlado representa el control personal, y los valores asociados de moralidad, racionalidad y capacidad de esfuerzo. En la posmodernidad, el cuerpo que se transforma simboliza la posibilidad de reinventarse a sí mismo (Turner, *op cit*).

En la época moderna, en un contexto de disolución de instituciones, de falta de confianza y de relativismo, el yo se vuelve el proyecto principal (Giddens, 1995; Lipovetsky, 1986). En el nuevo individualismo, el cuerpo es parte de ese proyecto personal, y al moldearlo se expresa el individuo ante los otros (Turner, 1996). En este juego de simbolizaciones

podríamos, sin embargo, junto con Susan Bordo (1991), preguntarnos qué tanto difiere la supuesta plasticidad del control promovido en el pasado. La posmodernidad lleva al límite la fantasía del cuerpo maleable, y propone a las mujeres que cualquier silueta es realizable, si tan sólo tienen la voluntad, y la capacidad adquisitiva, suficientes. Pero, aún si es posible conseguir cualquier silueta, no todas son igualmente aceptables, y la presión del ideal estético sigue presente aún en los espacios donde aparentemente se exalta la diferencia (Bordo, *op cit*). El discurso que publicita la posibilidad de construir el cuerpo del modo que cada quien lo desee, se acompaña de un ideal corporal con claros determinantes de raza y edad. Así, no es verdad que podamos elegir el cuerpo que queramos. Más allá de la imposibilidad física, negada mediante rutinas de gimnasio, dietas y cirugía estética, se encuentra la prohibición de elegir, por ejemplo, ser gordo o tener la nariz ancha.

Por otra parte, el cuerpo de la mujer tiene un papel central en la representación simbólica del control racional. La cultura occidental, continúa Turner (1996), hace la relación hombre = humano = razón = espíritu = salud, mientras que mujer = no humano = emoción = cuerpo = enfermedad. En este proceso de equivalencias, los comportamientos de la mujer son leídos como patológicos o irracionales, y el cuerpo femenino como el cuerpo que debe trascenderse en el proceso de humanización (Bordo, 1993; Ortner, 1996).

De la misma manera que el cuerpo, las enfermedades tampoco son solamente biología. Existen significados atribuidos a los padecimientos, que determinan que algunos sean considerados honorables mientras que otros avergüenzan a quienes los padecen. Se trata, por un lado, de la enfermedad como un sitio en el que la sociedad puede colocar y leer mensajes (Sontag, 2001). Por otro, de la posibilidad de que el enfermo exprese algo a través de sus síntomas.

La lectura de las manifestaciones de la enfermedad como un discurso tiene utilidad no sólo teórica, sino incluso clínica, nos dice Bryan Turner en "The talking disease" (1992, pp. 214-228). En ese texto, el autor analiza la anorexia nervosa desde el punto de vista de una comprensión lingüística de la enfermedad. El sujeto al enfermar, nos dice, entra a formar parte de una comunidad lingüística, de la que debe aprender las normas. La enfermedad es símbolo de las contradicciones culturales, y sólo entendiendo lo que esta comunica es posible entender sus raíces más profundas, y alcanzar una cura. El control sobre el cuerpo en los TA es metáfora del control sobre la naturaleza, sobre el desorden, sobre el mal. En la

anorexia nervosa, el triunfo sobre el cuerpo es un triunfo moral, que el sujeto vive como una muestra de su poder sobre el lado oscuro.

Al mismo tiempo, en el capitalismo moderno, que enfatiza el consumo, disminuye la importancia del cuerpo capaz de producir, para pasar a un cuerpo que consume, que disfruta el consumo, y que es asimismo consumido por el individuo como un bien más. En este caso, el control sobre el cuerpo en los TA es símbolo del triunfo del sujeto en la empresa de transformarse a sí mismo (Bordo, 1991).

Sin embargo, no se trata de afirmar que los TA expresan un significado unívoco. Por el contrario, se trata de síndromes ricos en posibles interpretaciones, y cada sujeto que los sufre expresa una combinación particular de mensajes (Malson, 1998).

La construcción psiquiátrica de los TA

En las secciones anteriores revisamos enfoques acerca de cómo la cultura podría contribuir al desarrollo de TA en un sujeto. Existe otra postura, que insiste en que hay un problema de etnocentrismo en la definición misma de lo que es un TA. Como señala Kleinman (1988), un diagnóstico psiquiátrico es un acto semiótico en el que la experiencia del paciente se reinterpreta como enfermedad definida. Esta reinterpretación, al aplicar una etiqueta conocida, permite manejar la situación de acuerdo a cánones establecidos (Kleinman, 1980). Sin embargo, el diagnóstico, y los instrumentos para realizarlo, difícilmente tienen validez transcultural. Lo que hacen estos instrumentos, o los profesionales que utilizan sistemas clasificatorios generados en los países industrializados, es tomar una construcción europea o norteamericana y buscar en todas las poblaciones la presencia de rasgos iguales, sin importar que para esas otras poblaciones los rasgos se agrupen en sistemas clasificatorios diferentes.

Los criterios diagnósticos para TA son etnocéntricos, nos dicen tanto Ruth Striegel-Moore (1997) como Sing Lee (1995). Este segundo autor sostiene que el incluir el deseo de estar delgada como un criterio básico en la definición de un caso de anorexia nervosa deja fuera a personas que también expresan su malestar emocional a través del ayuno, pero sin explicar el ayuno como resultado del miedo a engordar, sino, por ejemplo, por un malestar gástrico impreciso. Caroline Giles Banks (1992) reporta casos de anorexia nervosa en los

Estados Unidos en los que las mujeres explicaban su negativa a comer a través de un esquema religioso, y no relacionado con una búsqueda de la perfección estética, e insiste en la necesidad de buscar los significados particulares que para cada sujeto tiene su padecimiento. Ruth Striegel-Moore (1997) propone que los criterios diagnósticos actuales ponen énfasis en los TA tal como se presentan en las mujeres blancas de clase media y alta de los Estados Unidos y Europa occidental, y que se resta importancia a síndromes que podrían ser los más frecuentes entre las mujeres negras norteamericanas, en quienes predominan los TA con exceso de ingestión de alimentos, sin conductas compensatorias, y sin que haya preocupación pronunciada por la silueta⁷.

Como vimos más arriba, Katzman y Lee (1997), en un intento de contribución entre dos posiciones, la feminista y la transcultural, proponen repensar a los TA, no como un problema de rechazo a la gordura, sino como manifestaciones del conflicto experimentado por mujeres que se encuentran a medio camino entre dos mundos, en situación en la que aparentemente gozan de mayores oportunidades, al tiempo que se les sigue tratando desigualmente. Estos autores sugieren que pensar los TA, no como un deseo de delgadez, sino como un deseo de poder en las relaciones, permitiría enfocar los esfuerzos de investigación, prevención y tratamiento por vías más útiles. Para ello hace falta, dicen, estudiar a profundidad los significados que las conductas alimentarias anómalas tienen para los miembros de diferentes culturas, esfuerzo en el que resultan de gran importancia los métodos cualitativos de investigación.

Culturas diferentes, frecuencias diferentes: los TA y la cultura en el terreno empírico.

Hemos visto hasta aquí las principales propuestas teóricas en torno a la relación de la cultura con los TA. En la presente sección revisaremos los resultados de investigaciones empíricas que intentan probar esta relación. Culturas diferentes, frecuencias diferentes, es el supuesto compartido por ellos. Sin restar importancia al enorme trabajo desarrollado en este sentido, es necesario señalar sus limitaciones, que son puerta para nuevas propuestas conceptuales y de investigación.

⁷ Esta menor preocupación por la silueta puede explicarse porque el ideal de belleza que sostienen muchas de las mujeres negras norteamericanas tiene más que ver con el arreglo personal, y acepta una mayor diversidad de figuras (Buchanan, 1993).

El concepto de cultura fue y sigue siendo una de las discusiones principales en el campo de las ciencias sociales. Sin embargo, los estudios que revisaremos lo dan por sentado y lo miden con instrumentos no sólo disímiles, sino cuestionables en cuanto a su validez. En buena parte de ellos, cultura se iguala a etnicidad (Davis y Yager, 1992) o límites geográfico-políticos (Gunewardene, Huon y Zheng, 2001). Si bien es cierto que la etnicidad o nacionalidad pueden ser aproximaciones a lo cultural, eso no implica que en sí mismas definan la adopción de componentes culturales.

La diferencia en frecuencia de TA por grupos étnicos o nacionales es una de las bases que han permitido suponer que hay algo en el medio sociocultural que funciona como factor de riesgo o protector. Es importante insistir de nuevo en que no es correcto equiparar automáticamente diferentes colores de la piel o lenguajes con pertenencia a culturas diferentes. Probablemente una mujer negra neoyorquina tiene más en común con su vecina caucásica, que con una mujer negra de Sudán. De cualquier modo, las diferencias en prevalencia registradas en diversos países y grupos nos animan a dirigir la mirada en esta dirección, para posteriormente buscar qué, más precisamente, es lo que contribuye a los TA en el contexto de cierto grupo humano.

Estudios que intentan acotar más cuidadosamente a quién consideran miembro de una cultura y a quién de otra, utilizan cuestionarios del tipo del ARSMA (Acculturation Rating Scale for Mexican Americans), en el cual se define a un mexicano-americano como más o menos aculturado según el idioma que habla en casa y con amigos, o la comida que prefiere (Chamorro y Flores-Ortiz, 2000). Otros ejemplos son el estudio de Pumariega, quien estudió los TA tanto entre estudiantes hispanas de escuela media en Estados Unidos, como en mujeres ya diagnosticadas en el ámbito hospitalario, y encontró que un mayor puntaje en la escala con que medía aculturación correlacionaba positivamente con los puntajes en el EAT y otros instrumentos (citado en Pate *et al.*, 1992). Joiner y Kashubeck (1996), por el contrario, no encontraron relación entre la escala ARSMA de aculturación y los puntajes en el EAT, relación que sí fue encontrada por Chamorro y Flores-Ortiz (2000). De cualquier modo, estos instrumentos aún clasifican a las poblaciones de acuerdo con criterios simplistas, y tampoco resuelven el problema de cuáles elementos de la cultura son los que se relacionan con TA.

En otras poblaciones, los resultados tampoco han sido concluyentes. Por ejemplo, investigando TA entre jóvenes griegas en Alemania y en su país de origen, se encontraron mayores puntuaciones en el EAT en Grecia. En cambio, entre las griegas en Alemania había una mayor proporción de quienes cumplían los criterios necesarios para considerarlas casos de TA. Universitarias egipcias en El Cairo tenían menor puntuación en el EAT, comparadas con universitarias egipcias en Londres, pero en este estudio no se evaluó la posibilidad de que la diferencia pudiera deberse al estrés provocado por la migración (citados ambos en Dolan, 1991.). Como un ejemplo más de las posibles imprecisiones al medir la aculturación, Mumford, Whitehouse y Platts (1991), reportan no haber encontrado relación entre el nivel de occidentalización y el puntaje en EAT, pero definen ese nivel de acuerdo con las respuestas a menos de diez preguntas, todas ellas referidas al idioma, el tipo de ropa, y el tipo de comida preferidos.

Así, como se indicó al comienzo de esta sección, los trabajos empíricos sobre cultura y TA han carecido en general de una definición fina del concepto cultura, y el marco teórico acerca de en qué podría consistir esta relación ha sido habitualmente descuidado en ellos. Tal vez una operacionalización más compleja de este concepto en los trabajos empíricos, que partiera de un marco teórico claro, podría permitir una mejor comprensión de en qué consiste la determinación cultural de las conductas y actitudes alimentarias patológicas, y cuál es su importancia en la génesis de los TA.

Consideraciones

Como señalamos, el principal problema para abordar la relación cultura/ TA o sociedad/ TA es la falta de definición de las primeras variables. Una vez constatado que en grupos humanos que en términos cotidianos se consideran diferentes, hay diferentes frecuencias de TA, poco más puede decirse si no se propone qué elementos culturales o sociales suponemos relacionados con estos trastornos.

La mayor parte de los reportes de investigación que se encuentran al hacer una búsqueda con los términos “cultura y TA”, consisten en evaluar las frecuencias de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en personas habitantes de países de “cultura occidental” y personas habitantes de países de “cultura no occidental”, o bien en personas pertenecientes

a diferentes grupos étnicos en Europa y los Estados Unidos. Los que pretenden más precisión, evalúan las frecuencias en personas con diferente grado de “aculturación”, entendida esta como la aceptación por los sujetos de los valores europeos y norteamericanos. Sin embargo, al medir la “aculturación”, se pregunta solamente por rasgos tales como el idioma hablado, el tipo de vestido o las comidas favoritas, elementos que no necesariamente tienen relación con el aceptar o no los valores que podrían ser determinantes de los TA.

Así, aunque es posible decir que hay diferentes frecuencias de TA en grupos que, muy generalmente hablando, tienen elementos culturales diferentes, este tipo de definición operativa de la variable cultura no permite profundizar en el conocimiento de los elementos específicos relacionados con esos trastornos.

Una vía más fructífera para indagar en la causalidad cultural sería la de buscar la relación entre elementos más específicos y los TA. En este sentido, una opción útil es el género, cuya posible interacción con los trastornos de la conducta alimentaria discutimos en la siguiente sección.

1.4 Género y trastornos de la conducta alimentaria

Las mujeres presentan TA con una frecuencia 10 veces mayor en comparación con los hombres (Van Hoeken *et al*, 1998). Estudios acerca de los sujetos atendidos en servicios clínicos por estos padecimientos en España muestran proporciones de mujeres de alrededor del 90% (Ruiz-Lázaro, 2003). En la clínica de TA del Instituto Nacional de Psiquiatría de México, de 559 ingresos de primera vez entre los años de 1997 y 2002, 540 (96.6%) fueron de sexo femenino, y sólo 19 de sexo masculino (Unikel, comunicación personal). La incidencia de anorexia nervosa mencionada más arriba para población general aumenta en las mujeres jóvenes, en las cuales se calcula en 0.28 por 100 al año (Van Hoeken *et al*, 1998). Entre las mujeres, las edades de mayor riesgo para el comienzo de TA van de los 15 a los 19 años para anorexia nervosa, y de los 15 a los 29 para bulimia nervosa (Striegel-Moore, 1995). Las mujeres jóvenes son el grupo de población en mayor riesgo de desarrollar un TA.

¿A qué se debe esto? Existen diversas propuestas al respecto, las cuales consideran, en primer lugar, el conflicto psíquico inherente al género femenino tal como se construye en la actualidad, y en segundo las razones por las que este conflicto se manifiesta en un TA.

Como veremos en mayor profundidad en la sección 1.5 “Propuesta de marco teórico para el estudio de la relación entre género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo”, la formación del sujeto ocurre de manera dependiente del género. La identidad se forma, desde el comienzo, de acuerdo con el género atribuido al recién nacido y a las expectativas que su grupo cultural atribuye a ese género.

La formación del sujeto femenino, según diversos autores, es más problemática que la del masculino. Freud afirma que la femineidad se inicia con el reconocimiento de una falta, la ausencia del pene. La mujer se define no por lo que es, sino por lo que no tiene. Para superar esta carencia, la niña debe realizar una serie de equilibrios psicológicos que la llevarán a aceptar la sexualidad y la reproducción, en la esperanza de que la maternidad la redima, sustituyendo con el hijo al pene del que carece (*sec Malson, 1998*).

En la misma línea, Emilce Dio Bleichmar (1991, 1998) propone que existe una asimetría entre la formación de la identidad femenina y la masculina. La identidad de sujeto, nos dice, se constituye en el infante de manera inseparablemente ligada a la identidad de género. Desde el comienzo de la noción de yo, este es un yo-niño o yo-niña, y estas dos posibilidades no son igualmente valoradas por el sujeto, porque no son igualmente valoradas por la cultura en la que ha nacido. Aunque esta autora acepta la descripción de Freud de cómo la niña es definida por la falta del pene y desarrolla por la tanto la envidia del mismo, problematiza esta situación haciendo notar que esa envidia “corresponde a un espectro simbólico más amplio de la masculinidad” (Dio Bleichmar, 1998, p. 81). Se trata entonces no de un proceso inevitable, sino debido a las circunstancias de dominio masculino, en las que al reconocerse como mujer el sujeto debe al mismo tiempo aceptar una condición de inferioridad. El resultado, efectivamente, es que la niña aprende desde el comienzo que carece de algo, y esa carencia se manifiesta en un conflicto inevitable entre el ideal del yo y el yo existente. La niña se encuentra en una postura psíquica que la conduce al “trastorno narcisista inherente en el género femenino” (Dio Bleichmar, 1991, p. 181).

Por su parte Nancy Chodorow (1974) sugiere que las madres se identifican más con sus hijas que con sus hijos, y les es más difícil percibir las como entidades separadas de ellas

mismas. En el caso de los hijos, en cambio, las madres enfatizan la diferencia que las separa de ellos. De este modo, se promueve que las niñas se constituyan como aquella que es semejante a la madre, mientras que los niños se constituyen en la oposición. El resultado es que las mujeres carecen de un proceso de individuación tan radical como el de los hombres, y su ser relacional se fortalece al habitar sociedades que promueven que sean ellas las encargadas del cuidado emocional de quienes las rodean.

El conflicto, en este caso, surge debido a que en un contexto patriarcal el ideal de la personalidad madura es androcéntrico. De este modo, los modelos de desarrollo normal o deseable indican que la cúspide de este es la individuación total, y que cualquier pérdida de los límites del yo es una regresión (Chodorow, *op cit*). De acuerdo con Steiner-Adair (1986), este conflicto estalla al llegar la adolescencia. Al aproximarse a la adultez, las niñas encuentran que se exige de ellas independencia e individualismo, y que su habilidad para las relaciones no es considerada valiosa en el terreno escolar y profesional, mientras que, al mismo tiempo, se les exige seguir siendo las cuidadoras de las relaciones en terreno íntimo. Es en esta etapa cuando las incidencias de depresión y TA en las niñas aumentan.

Un concepto frecuente en el campo de los TA es el de la “súper mujer”. Se trata de un personaje ideal, que consigue combinar exitosamente el modelo masculino de persona (independiente, competitiva, exitosa) y el cumplimiento de las funciones que como mujer le son asignadas (cuidado del hogar, las emociones, las relaciones). Aceptar el ideal de la súper mujer ha sido considerado un factor de riesgo para TA: la dificultad de ajustarse a exigencias disímiles provocaría un malestar que, al no poder ser dicho, se expresa a través de la conducta alimentaria, (Steiner-Adair, 1986; Striegel-Moore, 1997).

Estos conflictos, determinados por las circunstancias sociales, de la psique femenina, podrían dar lugar a otros trastornos (Silverstein y Perlick, 1995) ¿En qué casos se expresan en la forma de conductas alimentarias patológicas? La primera respuesta es que esto ocurre así cuando esas conductas son valoradas por la cultura a la que la mujer pertenece. La niña rechazada en tanto niña, encuentra en la belleza la mejor posibilidad de ser apreciada

“... será la niña cuyo padre la distinga por la gracia y la belleza quien tenga garantizada una expansión del Yo en la línea tradicional de la feminidad, la que le abre las puertas de lo que Freud considera el

destino que la conduce a la represión exitosa de la masculinidad y a la búsqueda del hijo.” (Dio Bleichmar, 1998, p. 87)

La niña que no cuenta con esta mirada aprobatoria, deberá esforzarse por conseguirla, y la vía privilegiada para ello será la de emplear sobre su cuerpo las técnicas necesarias⁸ para alcanzar lo que, en su cultura, representa la feminidad ideal.

Del mismo modo, adoptar otras actitudes apreciadas como componentes de lo femenino facilitará a la niña, y a la mujer, una cierta aceptación. Dado que la fragilidad corporal y el dominio sobre el cuerpo son valoradas por la cultura en la que los TA se presentan la adopción de las mismas puede considerarse como parte del esfuerzo por alcanzar la apreciación (Bordo, 1993; Brown, 1993; MacSween, 1993; Mahowald, 1992; Striegel-Moore, 1995 y 1997).

Las mujeres se encuentran, sin embargo, en una situación ambivalente. Por un lado desean cumplir con el ideal de su sociedad, ser las mujeres que se espera que sean. Por otro, aceptar ese ideal significa renunciar a su valor, puesto que ser mujer es una identidad menos valuada que la de hombre. Según algunos análisis, esta situación de doble pérdida se expresa en el cuerpo de la anoréxica, delgado para cumplir con el ideal de belleza, pero tan delgado que termina por ser desagradable, con lo cual el ideal es rechazado. En el atracón, se rechaza la obligación de hacer dieta, pero la culpa y las conductas compensatorias posteriores expían el pecado (Bordo, 1999; Brown y Jasper, 1993; Glenny, 1999; Mahowald, 1992).

En cuanto al pico de manifestación de los TA en la adolescencia (Van Hoeken *et al*, 1998), este puede entenderse este pico por la intensificación de la separación de géneros en esta etapa (Mahowald, 1992; Martin, 1996). Al pasar los sujetos de una infancia relativamente homogénea en términos sexuales, a la pubertad, la distinción entre los sexos aumenta. El intento de afianzar la identidad que es característico de la adolescencia lleva consigo comportamientos más apegados a los estereotipos prevalentes (Martin, 1996). Para las mujeres, esto implica poner aún más atención a su belleza y a su figura, los elementos principales por los que serán valoradas.

⁸En el sentido de M. Mauss (1971), quien plantea que las acciones corporales (ejercicio, danza, marcha militar) son “técnicas del cuerpo”, actos eficaces que utilizan al cuerpo como instrumento y son efecto de condiciones sociales.

Para muchas mujeres, la adolescencia se acompaña de una baja de la autoestima y aumento en la depresión (Martin, 1996, Rosenfield, 2000). Mientras que para los hombres, el aumento de volumen corporal en esta etapa es un motivo de orgullo, para las mujeres, la aparición de grasa y crecimiento de cadera y senos es un problema que hay que resolver a través de dietas y ejercicio. Se han propuesto varias razones para esto. Por un lado, la figura femenina de moda es extremadamente delgada, y cualquier incremento en la proporción de grasa es considerado excesivo. Por otro, la aparición de características sexuales femeninas enfrenta a las niñas con la posibilidad de ser objeto de avances sexuales a una edad en la que aún no están emocionalmente preparadas para ello. Finalmente, en la pubertad y adolescencia los cambios físicos enfrentan a las jóvenes con lo inevitable de su condición de mujeres. En una sociedad en que ellas serán menos valoradas que los hombres, arribar a la edad adulta no es un motivo de festejo, sino de angustia (Martín, 1996).

Hemos visto hasta aquí una serie de explicaciones de la relación entre feminidad y TA. A continuación se revisan algunos estudios empíricos a este respecto.

En el terreno empírico, esta relación ha sido estudiada, sobre todo, mediante la aplicación paralela de cuestionarios de rol de género y cuestionarios de actitudes y conductas alimentarias, para luego buscar correlación entre los resultados de ambos. Entre los cuestionarios de rol de género, el que más se ha usado es el de Bem (1974) que distingue entre cuatro dimensiones: feminidad, masculinidad, androginia y falta de diferenciación. Con este instrumento, se ha encontrado que las mujeres que perciben tener más características femeninas puntúan más alto en los cuestionarios de actitudes y conductas alimentarias de riesgo, mientras que las mujeres con más características andróginas tienen las puntuaciones menores en actitudes y conductas alimentarias (Behar, 1992). En un meta-análisis de este tipo de estudios, Murnen y Smolak (1997) encontraron que existe una pequeña correlación positiva entre puntuaciones en la dimensión feminidad y puntuaciones en el instrumento para TA.

Se ha encontrado también que el conflicto con el papel de género femenino se relaciona con problemas en la alimentación. Mujeres que perciben las características femeninas como negativas tienen puntuaciones mayores en cuestionarios para TA. Mujeres que tienen

conflicto con su identidad de género y discrepan del papel de género tradicional, presentan más frecuencia de atracones y conductas compensatorias (Silverstein, 1990).

Sin embargo, los cuestionarios de roles de género tienen la limitación de medir la feminidad en términos de una sola cultura, la norteamericana de clase media y alta, sin dejar espacio para otras posibles feminidades⁹. Así, si bien parece probado que las mujeres que consideran valiosa esa feminidad son las que más presentan actitudes y conductas alimentarias de riesgo, queda aún en duda qué pasa con mujeres que adoptan una u otra de las muchas feminidades posibles. Queda también en duda cuál de los elementos de ésa u otras feminidades es el que promueve aquellas actitudes y conductas, y el significado de estas últimas para mujeres de diferentes grupos.

Por otra parte, y central para el presente proyecto, falta en muchos de estos trabajos un marco para entender el cómo se articulan el estereotipo de género y las actitudes y conductas alimentarias de riesgo. El marco propuesto en este trabajo, que se expone con mayor amplitud en la sección 1.5, consiste en considerar que no existe una feminidad natural, sino una feminidad socialmente construida, y que en el proceso de formación y sostenimiento de la identidad genéricamente determinada esta feminidad se manifiesta en las prácticas corporales del sujeto.

Tal como afirman Katzman y Lee (1997), los estudios de cultura/ TA y género/ TA podrían beneficiarse de una óptica conjunta. La cultura en bloque resulta una visión demasiado amplia. Sin embargo, la comparación entre grupos culturalmente diversos tomando como foco el elemento cultural género podría contribuir a un mejor entendimiento de estas relaciones.

1.5 Propuesta de marco teórico para el estudio de la relación entre género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo

La presente investigación consiste en un estudio con base empírica acerca de la relación entre género femenino y actitudes y conductas alimentarias de riesgo, basado en un marco teórico para la comprensión de ambos elementos que consiste en la definición del género

⁹ Una mejora en este sentido es el cuestionario de Asunción Lara (1993), el IMAFE, que evalúa elementos de feminidad comunes en México. Este instrumento no se ha utilizado en relación con los TA.

como construcción al nivel social, y una explicación de la manera en que esta construcción produce, en el nivel individual, las actitudes y conductas alimentarias que observamos.

El concepto de género, tal como fue definido y recuperado a partir de los años setenta por el movimiento feminista, ha sido desde entonces una herramienta para plantear que la diferencia sexual no es un hecho simple, y que en ella lo cultural se enlaza con lo anatómico para producir una entidad cargada de valoraciones y referencias. Sin embargo, el término ha sido sobreutilizado, y de una manera poco rigurosa, de modo que, por una parte, se le ha equiparado a “lo que tiene que ver con las mujeres”, y por otra, en muchos casos se ha vuelto a ocultar su faz cultural, reduciéndolo a un sinónimo actualizado, puesto a la moda, de “sexo” (Lamas, 2002). Para poder hacer uso del potencial de esta categoría, es necesario definirla de un modo preciso, y utilizarla en el sitio adecuado.

En este estudio se utilizó como definición de género, la que propone Lamas (1996, p. 12): “construcción simbólica establecida sobre los datos biológicos de la diferencia sexual”. Esto es, el género es todo aquello que los seres humanos, en tanto entes culturales, agregan al dato anatómico de la presencia de genitales de uno u otro sexo en las personas¹⁰. Así, “sexo” se refiere únicamente al nivel biológico y anatómico, mientras que “género” implica la significación que al respecto del sexo se hace por parte de los miembros de una sociedad.

Por otra parte, el análisis con un enfoque de género implica reconocer la inequidad existente entre hombres y mujeres en la mayor parte de los grupos humanos. Esta inequidad se sostiene a través de relaciones desiguales de poder, tanto en el nivel de la sociedad amplia como en el nivel más cotidiano de las relaciones familiares o de pareja. Las relaciones desiguales se sostienen en el nivel ideológico, de modo que la superioridad masculina es mantenida mediante la interiorización de estereotipos de género que naturalizan esa supuesta superioridad¹¹.

La manera en que el nivel social y el individual se relacionan en el marco del género se entiende mediante los conceptos de *asignación*, *estereotipo*, e *identidad* de género.

La *asignación* de género es lo que hacen los adultos que, al recibir al recién nacido, observan sus genitales externos y declaran “es un niño” o “es una niña” (Kessler y

¹⁰ Judith Butler (varios escritos, entre ellos, Butler 1999) considera que incluso la diferencia entre los genitales es una construcción cultural, y que la división dicotómica de los sexos que hace nuestra sociedad es completamente arbitraria.

¹¹ Para una síntesis de diversas autoras en este sentido, ver Donovan (2000)

McKenna, 1978). Esta asignación, actualmente, ocurre incluso desde antes del nacimiento, cuando la ultrasonografía informa a los futuros padres del sexo de su hijo, permitiéndoles así actuar en consecuencia. El asignar un género a un ser humano es el primer paso en una cadena de actos culturales que contribuirán a la conformación de la persona y su relación con el mundo. A partir de entonces, el sujeto tiene un “cuerpo identificado” (Dio Bleichmar, 1991, p. 5).

Una vez asignado el género, se esperan del sujeto ciertas conductas y actitudes consideradas propias de su sexo. Esto es el *estereotipo*, socialmente normado, del género. El estereotipo incluye las expectativas acerca de los comportamientos apropiados, y lo que la sociedad cree acerca de las características de los miembros de este grupo (Burr, 1998, p. 11). Los componentes del estereotipo son generalmente considerados por los miembros de la sociedad como algo natural, parte de la esencia masculina o femenina. Sin embargo, son resultado de circunstancias históricas, y de este modo los elementos constitutivos de masculinidad y femineidad varían a lo largo del tiempo y en las distintas sociedades (Malson, 1998).

Las representaciones de cada cultura acerca de lo que es y debe ser un sujeto según su género tienen implicaciones valorativas, de acuerdo con las cuales hay maneras de ser hombre o mujer que son adecuadas, y maneras que no lo son. Además, la dicotomía de los géneros en nuestra cultura implica una relación simbólica en el sentido de que, para que exista la categoría “hombre”, es necesaria la categoría “mujer”, y viceversa, como opuestos complementarios. Esta relación, sin embargo, no es equitativa. El funcionamiento de los sistemas de categorías binarias implica una jerarquización, en la que uno de los polos es superior, bueno, y el otro inferior, malo (Conway, Bourque y Scott, 1996).

La *identidad* de género es la manera en que un sujeto se comprende a sí mismo en relación con el sistema de categorías de género. Se utiliza aquí el verbo “comprender” como recordatorio de que, de acuerdo con teóricos como Butler (1997), no se trata de que un sujeto ya constituido adopte una cierta identidad, sino más bien de una creación conjunta de la subjetividad y la identidad de género.

La identidad de género, resultado de las experiencias del recién nacido, y luego infante, en su encuentro con una sociedad que le presenta expectativas diferentes según la asignación inicial, consiste tanto en la percepción del sujeto de sí mismo como niño o niña,

como en las valoraciones y simbolismos que aprende como acompañantes de su género. Según Dio Bleichmar (1991), la identidad de género tiene dos niveles distintos. Por una parte, el núcleo identitario, “esquema ideoaectivo... consciente e inconsciente, de la pertenencia a un sexo”, y por otra la posterior complejización a partir de ese núcleo, cuando los estereotipos de masculinidad y feminidad están presentes de manera más clara. La identidad se aprende, junto con la adquisición del lenguaje, como parte de la formación del sujeto que ocurre al entrar al terreno de la simbolización (Lamas, 1996, pp 97-125). Es importante señalar que la identidad de género no necesariamente determina la elección de objeto sexual, y que en cada individuo pueden darse combinaciones diversas de sexo anatómico, adjudicación de género, identidad de género y elección de objeto sexual.

Esta noción de identidad es diferente a la concepción de rol o papel de género. En primer lugar, en el paradigma de los roles, se supone que el papel que cada individuo juega en la sociedad es complemento de los papeles de los demás individuos. Se trata de una concepción funcionalista, similar a la de la orquesta en que cada ejecutante es necesario para lograr el resultado final de una sinfonía armoniosa. En segundo, el rol, en este paradigma, no es igual a la persona: existe un individuo que adopta posiciones, diferente de las acciones que acompañan a la posición (Connell, 1986, p.190 y ss.). El concepto de rol, sin embargo, no explica cómo es que una serie de características añadidas al sujeto tienen tanta fuerza sobre su persona, por qué los comportamientos simplemente aprendidos tienen tanta resistencia al cambio y tan gran peso emocional (Burr, 1998; Connell, 1986). No explica tampoco cómo es que, si el rol es parte de un todo social armonioso, es constantemente puesto en duda.

“La teoría de los roles descansa en una contradicción, la que existe entre el reconocimiento de las restricciones sociales, y un modo individualista de entenderlas, un modo que lee los procesos sociales como transacciones entre individuos, y las supone basadas en voluntades individuales” (Connell, *op cit*, p. 205)

La teoría de los roles de género, además, carece habitualmente de una problematización de los orígenes y consecuencias de que los roles asignados sean esos (Burr, 1998). Una teoría adecuada de las posiciones de los sujetos, nos dice Connell, debe

“Ofrecer una explicación más adecuada de las restricciones que operan sobre la personalidad y la estructura social, y del modo en que los dos niveles se entrelazan en el proceso de su producción. Y, para ser capaz de esto, debe obedecer a una lógica histórica” (Connell, *op cit*, p. 207)

Al suponer que los roles son ahistórica e independientes de las relaciones de poder, esta teoría propone como rasgos psicológicos elementos que deberían ser entendidos como resultado de la posición que los sujetos ocupan al interior de relaciones sociales de poder (desigua). Ejemplos de ellos son algunos de los términos utilizados en el inventario de roles sexuales de Bem, mencionado antes, el cual incluye en la dimensión “masculino” rasgos tales como “dominante” o “independiente” (Burr, 1998, p. 129). Al personalizar la producción de comportamientos diferentes según el sexo, la noción de rol oculta las situaciones sociales de desigualdad que los producen y que ellos perpetúan (Lopata y Thorne, 1999).

A diferencia del concepto de rol, el de construcción supone que no existe un sujeto separado de los elementos sociales que lo componen. La determinación social de las características de los sujetos explica por qué son tan difíciles de transformar.

Al ser el individuo socialmente constituido, es también histórico. La identidad es producida por los discursos disponibles en la sociedad, e implica una serie de conceptos, normas, expectativas, acerca de lo que es posible e imposible para uno, una definición de quién somos (Burr, 1995; Parker, Georgaca, Harper, McLaughlin y Stowell-Smith, 1995).

La construcción de género femenino es, entonces, el resultado del proceso social y cultural que divide a las personas en dos grupos, hombres y mujeres, y asigna a cada uno “... expectativas sociales y culturales, en términos de comportamiento y rasgos...” (Burr, 1998, p. 146). Femenidad y masculinidad tienen componentes valorativos, y normativos. La feminidad construida depende de la cultura en la que se define. Así, existen, no una, sino

múltiples feminidades, más o menos valoradas o desvaloradas, según el medio social en que se desarrolle el sujeto.

Las normas culturales, que se transmiten explícita, pero sobre todo implícitamente, a través del lenguaje y los símbolos, son aprendidas por los sujetos, que a partir de ellas se definen. Pero no solamente la cultura es aprendida por y moldea al sujeto. También este, a su vez, puede aceptar o resistirse, reinterpretar y dar nuevas propuestas, siendo de ese modo como la cultura se transforma (Conway *et al*, 1996). Es así como, desde el punto de vista del género como construcción, se explican los conflictos de las mujeres con la feminidad en la que son formadas por la sociedad en que viven.

Los hechos sociales deben ser mantenidos mediante actos sociales (Berger y Luckman, 2001). Del mismo modo, la posición identitaria del sujeto debe ser mantenida, no está dada de una vez y para siempre. En un círculo que se retroalimenta, la posición del sujeto se mantiene mediante los mismos actos que determinan esa posición.

Así, la identidad de género se mantiene del mismo modo que se creó: mediante la adopción de comportamientos socialmente normados. Y esta construcción no ocurre en el aire sino que se realiza a través de las técnicas del cuerpo diferenciadas por sexo. Las maneras en que el cuerpo se mueve, se adorna, se alimenta o lleva a cabo cualquier otra de sus funciones cotidianas, al ser distintas entre hombres y mujeres, sostienen la diferenciación entre los sexos (Bourdieu, 1991).

No se trata, entonces, de que cuerpos naturalmente diferenciados, con habilidades o tendencias en sus movimientos y apetencias naturalmente diferentes sean valorados de modo diferente. En cambio, es la misma sociedad con su esquema de pensamiento la que permite a los sujetos ver en la naturaleza diferencias que refuerzan las esperadas (Bourdieu, 1998). En la sociedad patriarcal, movimientos de la mujer como caminar detrás, inclinarse, realizar tareas repetitivas y menos importantes, mantienen simbólicamente su situación de inferioridad (Bourdieu, *op cit*).

Los cuerpos diferenciados según género se producen mediante prácticas disciplinarias que Sandra Lee Bartky clasifica en tres grupos: las que dan al cuerpo un cierto tamaño y forma, las que entrenan al cuerpo en una serie de gestos y posturas, y las que utilizan al cuerpo como superficie decorativa (Bartky, 1994). Las prácticas que crean para las mujeres un cuerpo pequeño, de movimientos limitados, y objeto de constante vigilancia, producen

un “cuerpo ‘práctico y sometido’, esto es, un cuerpo al que le ha sido adscrito un estatus inferior” (Bartky, 1994, p. 76). El cuerpo femenino, que como antes veíamos se relaciona simbólicamente con la naturaleza a la que hay que controlar, es objeto de una constante supervisión. Una de las maneras que esta toma es la constante insatisfacción con el aspecto físico que muchas mujeres experimentan (Bordo, 1999; Brown y Jaspers, 1993).

De este modo, a través de las prácticas corporales se pasa del nivel social de los estereotipos al nivel personal de la identidad de género. Este proceso es entendido por algunos autores, sobre todo de la escuela estadounidense sobre todo, mediante el concepto “demostración de género”. Este concepto se origina en Goffman, para quien las demostraciones son “comportamientos altamente convencionalizados estructurados como intercambios bilaterales del tipo declaración-respuesta” (West y Zimmerman, 1999, p.116)

De acuerdo con esta línea, la posición identitaria femenina o masculina debe ser permanentemente reafirmada mediante comportamientos, actitudes, lenguajes que demuestren a los demás a cuál de los géneros socialmente aceptados se adscribe uno. Aunque la experiencia de la demostración es más consciente y clara en el caso de las personas transgénero, todos nos encontramos en el mismo caso. “Todos debemos mostrar nuestro género en cada interacción... todos debemos asegurar que se nos atribuya el género ‘correcto’”. Todos estamos constantemente “haciendo género”¹² (Kessler y McKenna, 1978, p. 26). El género “es mejor entendido como verbo que como sustantivo”(Courtenay, 2000, p. 1387). “Las actividades que realizan hombres y mujeres, y sus cogniciones determinadas por el género, son una forma de valor de intercambio en transacciones que se llevan a cabo continuamente en la demostración del género” (*loc cit*, p. 1388).

La demostración de género se ilustra en el trabajo citado de Kessler y McKenna, así como en el de H. Garfinkel (1967), con el ejemplo de personas con genitales masculinos o ambivalentes que optaron por el género femenino en algún momento de su vida adulta, y la serie de acciones que debieron adoptar para ser considerados mujeres. Para afianzar su identidad, los sujetos transexuales adoptan conscientemente una serie de elementos que los demás interpretan como femeninos (aspecto físico, tono de voz, estilo de movimiento). A partir de este ejemplo, podemos ver que el concepto “demostración” supone un sujeto

¹²“doing gender”

previo que busca ser legitimado mediante la adopción de las técnicas del cuerpo apropiadas. Aunque esto se opone a la idea de una construcción paralela del cuerpo y del sujeto, que da como resultado un individuo genérico, nos ofrece un análisis similar al anterior en tanto que permite entender las conductas como efecto de una posición identitaria de género, y no como el efecto de predisposiciones biológicas.

La demostración de género ha sido utilizada como argumento explicativo de las conductas masculinas, por ejemplo en el campo de los estudios sobre la violencia y la guerra como conductas originadas en el género (Connell, 2000). “Los varones deben demostrar constantemente que lo son... Al otorgar una jerarquía menor a las mujeres, ‘ellos’ deben mostrar constantemente que no tienen las características reconocidas como femeninas...” (Garduño, M. A., 1994). Ambos géneros están constantemente comprometidos en este proceso de retroalimentación, en el que los actos determinados por el género contribuyen a demostrar y fortalecer la posición del sujeto en cuanto a éste.

Así, para la comprensión de cualquier ámbito de acción de los sujetos, es necesario entender que, al menos en parte, sus conductas y actitudes estarán determinadas por su posición identitaria de género. Para volver al campo que nos ocupa, esto implica que las prácticas de género tendrán efectos en las actitudes y conductas alimentarias de los sujetos. Si el estereotipo indica que las mujeres deben ser físicamente pequeñas, delgadas, y capaces de controlar sus apetitos, las técnicas de adelgazamiento no son gratuitas, sino parte de una práctica de género.

En resumen, la propuesta de la investigación que a continuación se detalla consistió en buscar la relación entre construcción de género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo, a través de la observación de estos dos elementos en un grupo de mujeres adolescentes, utilizando las nociones de género y construcción de género. Courtenay (2000) propone que la demostración de género utiliza a veces actitudes y comportamientos que, pese a ser dañinos para la salud, son útiles para los sujetos en tanto tales demostraciones. Aplicando el marco descrito en esta sección al campo de los TA, sugerimos que las actitudes y conductas alimentarias de riesgo dependen para su existencia de un cierto estereotipo de género en cuya construcción son necesarias.

II. METODO

Se presenta aquí el diseño general de la investigación. Los dos capítulos siguientes contienen la descripción más detallada de cada una de las dos fases de que estuvo compuesta.

2.1. 1 Pregunta de investigación

A partir de lo dicho en el capítulo I, las preguntas que guiaron esta investigación fueron:

- * ¿Cuál es la relación de la construcción de género de las adolescentes con la presencia en ellas de actitudes y conductas alimentarias de riesgo?
- * ¿Qué diferencias hay en construcciones de género femenino, que puedan estar relacionadas con la presencia diferenciada de actitudes y conductas alimentarias de riesgo?

2.1. 2 Objetivos

A las preguntas anteriores correspondieron los siguientes objetivos

Objetivo general:

Estudiar la construcción de género femenino en mujeres adolescentes con diferentes niveles de actitudes y conductas alimentarias de riesgo.

Objetivos Particulares:

- * Describir los niveles de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en un grupo de mujeres adolescentes.
- * De acuerdo con estos niveles, clasificar a las participantes según su nivel de riesgo.

- * Describir la construcción de género femenino en participantes con diferentes niveles de riesgo
- * Proponer elementos de esa construcción que puedan ser importantes en la determinación de actitudes y conductas alimentarias de riesgo

2.1.3 Hipótesis

La hipótesis guía de la investigación fue que, en el grupo de mujeres estudiado, la construcción de género sería diferente en aquellas que tuvieran niveles altos de actitudes y conductas alimentarias de riesgo, en comparación con aquellas que tuvieran niveles bajos.

2.2 Diseño del estudio

En una investigación, el método de recolección y análisis de datos debe elegirse considerando cuál es el más adecuado para responder a la pregunta. Según Miller y Crabtree (1994), si la pregunta es del tipo “¿cuántos, con cuánta frecuencia?”, el método apropiado es el de la epidemiología descriptiva. Si la pregunta es acerca de cómo se relacionan elementos en la experiencia subjetiva de las personas estudiadas, son más adecuados los métodos cualitativos (*op cit*, p. 343).

En este caso, el objetivo fue estudiar la relación entre construcción de género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo. La construcción de género no puede ser estudiada mediante un cuestionario, ni partiendo de la posición de un observador separado de un objeto inamovible. El enfoque cualitativo permite una comprensión de este elemento. En cuanto a las actitudes y conductas alimentarias, sí pueden ser estudiadas a través de instrumentos que arrojen datos numéricos, comparables con los obtenidos en otras investigaciones.

Por lo anterior, se decidió emplear una combinación de enfoques, cuantitativo y cualitativo. Como señala Hudelson, esta combinación potencia los resultados de ambas (1994, p. 7):

“la investigación cualitativa puede facilitar la cuantitativa al identificar temas que son apropiados para estudiar con encuestas; la investigación cuantitativa puede usarse para facilitar la cualitativa al generalizar los resultados a muestras mayores, o al identificar grupos que requieren un estudio cualitativo a profundidad; la investigación cualitativa puede ayudar a interpretar las relaciones entre variables descubiertas en la investigación cuantitativa”

Se empleó la combinación de métodos en un diseño secuencial (Miller y Crabtree, 1994), en el que los resultados de un estudio sirven como información para el otro. Se utilizaron dos fases de estudio, una primera con métodos cuantitativos, y una segunda con métodos cualitativos.

La primera fase proporcionó un panorama general de la presencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en la muestra estudiada. Permitió también seleccionar a los sujetos para la segunda fase. Esta, a su vez, sirvió para analizar la relación entre los elementos que conformaron la pregunta de investigación (construcción de género por un lado, actitudes y conductas alimentarias de riesgo, por el otro).

El tipo de estudio en la fase con métodos cuantitativos fue transversal descriptivo (Woodward, 1999). La fase con métodos cualitativos consistió en un estudio de la relación entre construcción de género y actitudes y conductas alimentarias desde un marco teórico de género.

III. PRIMERA FASE (MÉTODOS CUANTITATIVOS)

Como se señala en el capítulo II, esta fase buscó en primer lugar describir la frecuencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en la muestra estudiada, mediante la aplicación de un cuestionario con preguntas cerradas y el análisis estadístico de los datos recopilados con el mismo.

Una segunda finalidad consistió en proporcionar un criterio para la selección de los sujetos que serían entrevistados en la segunda fase. Como se detalla más abajo, las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios por las participantes se utilizaron para seleccionar submuestras de sujetos con altas y bajas puntuaciones, de entre las cuales se tomó al azar a las entrevistadas, contribuyendo de este modo a la representatividad teórica de los resultados de la segunda fase.

3.1. 1 Pregunta de investigación de la primera fase

¿Cuál es la frecuencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en la muestra estudiada?

3.1. 2 Objetivos de la primera fase

- * Describir los niveles de actitudes y conductas alimentarias de riesgo de un grupo de mujeres adolescentes.
- * De acuerdo a estos niveles, clasificar a las participantes según su nivel de riesgo.

3.2 Procedimiento de la fase cuantitativa

Sitio de estudio

La investigación se llevó a cabo en el estado de Michoacán, México. Un planteamiento previo de este proyecto contemplaba la comparación entre adolescentes en el área metropolitana de la ciudad de México, y adolescentes en una zona no urbana. El resultado de investigaciones anteriores (Unikel *et al*, 2000) hacía saber que las jóvenes en el DF están

tan preocupadas por su peso como las de países desarrollados. Suponiendo que en las zonas no urbanas se encontraría, por el contrario, poco interés por parte de las adolescente en mantener una silueta delgada, la idea era evaluar qué aspectos de su construcción de género podían considerarse protectores. La facilidad de contacto con las autoridades del Colegio de Bachilleres local condujo a elegir a la localidad de Los Reyes, Michoacán (LR), como sitio no urbano.

Sin embargo, al analizar los resultados del estudio piloto del cuestionario realizado en LR, se encontró que la presencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo era tan importante ahí, como lo reportado en la Ciudad de México (Bojorquez y Unikel, 2004). Por lo tanto, y ante la dificultad operativa de iniciar de nuevo la búsqueda de una localidad en la que estas actitudes y conductas fueran poco prevalentes, se decidió limitar el estudio a la descripción de cómo se relacionan la construcción de género y las actitudes y conductas alimentarias en esta población que previamente se había supuesto fuera de riesgo.

Por otra parte, encontramos en la región dos elementos interesantes que, al proporcionar variabilidad cultural, podían proporcionarnos diferentes enfoques acerca de la relación investigada. Primero, se trata de una región de elevada expulsión de población a los Estados Unidos (INEGI, página web). Buena parte de las entrevistadas en la segunda fase tiene familiares cercanos que migran temporal o permanentemente a ese país. Aunque ninguna de ellas conoce el país vecino, representa para todas un punto de referencia acerca de lo que no debe ser una mujer.

En segundo lugar, el Colegio de Bachilleres con el que establecimos contacto se encuentra dividido en dos planteles, cada uno en una localidad diferente. Una de ellas es un pueblo purépecha y, como consecuencia, la mayor parte de las alumnas pertenecen a ese grupo étnico. La manera en que ellas se relacionan con los nuevos modelos de feminidad se verá también más adelante, pero vale la pena señalar aquí que el modelo de belleza femenina representa un elemento de ruptura entre ellas y la generación anterior.

El primer plantel en el que se trabajó se encuentra en la localidad de LR. Se trata de un asentamiento urbano menor, con 34,596 habitantes. El segundo está en Tarecuato (T),

asentamiento semi-urbano con 6,489 habitantes (Gobierno del Estado de Michoacán, página web)¹.

Las localidades se encuentran cercanas una a la otra. LR se encuentra en una zona de cruce entre la tierra caliente y el bajío. Su economía se basa en el cultivo de caña y un ingenio azucarero, y en la producción de aguacate y moras para exportación. T, por su parte, es un pueblo purépecha cuyos antecedentes se remontan a la época prehispánica. La economía del lugar depende de las remesas enviadas por los migrantes, y de la producción agrícola, sobre todo de aguacate.

Muestra

Se eligió como muestra a la totalidad de la población estudiantil de los dos planteles, de sexo femenino, que habían acudido a la escuela el día de la aplicación del cuestionario y que aceptaron participar en el estudio. El total de participantes en esta fase fue de 458.

Pasos seguidos

Se estableció contacto con las autoridades de la escuela, y se les explicaron la finalidad y procedimientos del estudio. Con su consentimiento, se pasó a los salones de clase y se explicó a cada grupo de alumnas que se trataba de una investigación acerca de la salud de las adolescentes, garantizándose el carácter voluntario y confidencial de su participación. Se les explicó que habría una segunda fase, con entrevistas personales, y que quienes estuvieran dispuestas a participar en ella lo indicaran anotando su nombre en la hoja frontal del cuestionario. A quienes no desearan participar en la segunda fase, se les dio la indicación de anotar solamente el número de grupo. Una vez obtenido el consentimiento de las alumnas, se aplicó el instrumento (descrito adelante), en el mismo salón y bajo la supervisión de la investigadora. Los cuestionarios se recogieron, se les asignó un número para su identificación, y los datos obtenidos se procesaron con ayuda del programa SPSS versión 10 (SPSS Inc., 1989-1999). El manejo de los datos se describe en la sección Plan de Análisis.

¹ Ver nota en la página 2.

Esta secuencia se llevó a cabo en dos ocasiones. Primero, en un estudio piloto, durante el cual se obtuvieron datos acerca de la comprensión de las preguntas del cuestionario, el tiempo de llenado de éste, y la variabilidad de las respuestas. La segunda ocasión correspondió a la recolección definitiva de información.

En el piloto, se aplicó el cuestionario a 61 mujeres, estudiantes del quinto semestre del nivel medio superior. La edad promedio de las participantes fue de 17.28 años ($S = 0.72$, mínima = 16, máxima = 20).

El tiempo de respuesta del cuestionario fue de alrededor de 25 minutos. No se detectaron mayores problemas en la comprensión del método de llenado, o del fraseo de las preguntas. A partir de las observaciones hechas por las participantes, se decidió cambiar las opciones presentadas para la ocupación de los padres, añadiendo la de “agricultor”, así como el fraseo de dos de las preguntas del cuestionario².

Las frecuencias de las actitudes y comportamientos de riesgo encontradas en el estudio piloto, que orientaron la decisión de eliminar del estudio la comparación entre zona urbana y no urbana, se muestran en la siguiente tabla. Se muestran también, con fines de comparación, las frecuencias encontradas en una muestra de mujeres de edad similar (16 a 18 años), estudiantes de nivel medio superior en el Distrito Federal (Unikel *et al*, 2000). Los porcentajes se refieren a la proporción de la muestra que reportó presentar estas actitudes y conductas 2 o más veces por semana.

Tabla 1. Frecuencias de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la población estudiada, y en comparación con adolescentes del D.F.

	% en población de estudio	% en el D. F.
Preocupación por engordar	25	19.6
Atracones	13.3	6.8
Sensación de falta de control al comer	3.4	3.4
Vómito autoinducido	0	1
Ayunos	1.7	2.9
Dietas	8.3	5.1

² En el ítem 27 se incluyó a manera de explicación (“no me hallo”), y el ítem 30 cambió de “tengo amistades íntimas” a “tengo amistades muy cercanas”

Ejercicio	16.7	15.5
Uso de pastillas para adelgazar	6.9	2
Uso de diuréticos para adelgazar	5	1.2
Uso de laxantes para adelgazar	1.7	0.7
Uso de enemas para adelgazar	0	0.4

En el estudio final participaron 458 estudiantes. Los resultados obtenidos se presentan más adelante.

Instrumento

El cuestionario utilizado (Anexo 1) incluyó tres secciones: preguntas acerca del contexto sociodemográfico de las participantes, y dos cuestionarios diseñados para la detección de actitudes y conductas alimentarias de riesgo, el Eating Disorders Inventory (EDI) (Garner, *et al*, 1983) y el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (Unikel, 2003).

El EDI es un instrumento que evalúa características psicológicas, actitudes y conductas que se observan en los TA. Comprende ocho subescalas: Motivación para Adelgazar, Conciencia Interoceptiva, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Miedo a Madurar, Perfeccionismo y Desconfianza Interpersonal, que suman un total de 64 reactivos en un cuestionario autoaplicable. Las respuestas se dan en gradación tipo Likert, con 6 opciones. Ha sido validado en población mexicana por Alvarez y Paredes (2001). Se eligió al EDI por tratarse, junto con el Eating Attitudes Test (EAT), de Garner y Garfinkel (1979), de uno de los instrumentos más usados para la investigación en TA, lo cual permitiría comparar los datos obtenidos en esta investigación con los de otras. Interesaba, además, no quedarse sólo en las actitudes y conductas características de los TA, sino evaluar también la relación de las dimensiones psicológicas con las manifestaciones alimentarias en esta población.

El cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (Unikel, 2003) tiene 11 preguntas acerca de conductas de riesgo, a las que se responde según la frecuencia con que se llevan a cabo. La autora del cuestionario ha propuesto además un punto de corte que permite identificar a sujetos en riesgo de padecer un TA (*op cit*). Fue elegido por la posibilidad de obtener con él datos comparables con los de investigaciones en población de edad similar en nuestro país (*op cit*).

Plan de análisis

Se llevó a cabo primero una descripción estadística de la muestra en términos sociodemográficos. Esta información incluyó edad, composición de la familia, religión, nivel educativo y ocupacional de los padres, condiciones de vivienda y acceso a Internet y televisión.

Después, estadística descriptiva de los resultados obtenidos mediante el EDI y el cuestionario de conductas de riesgo: distribución de las puntuaciones, y número y porcentaje de sujetos en riesgo.

A continuación, se buscó la correlación estadística entre las puntuaciones en los instrumentos de actitudes y conductas de riesgo y el nivel educativo y laboral de los padres. Esto con base en la propuesta teórica, discutida en el capítulo I, de que los TA son problemas más frecuentes entre jóvenes de clases sociales altas.

Consideraciones éticas

Considerando la necesidad de que los sujetos estuvieran conscientes de las razones por las cuales se les solicitaba su participación, y los beneficios directos o indirectos que obtendrían, se procuró informar adecuadamente a las autoridades y alumnas del plantel acerca de los propósitos y desarrollo del estudio. Para evitar el sesgo en sus respuestas, no se indicó a las alumnas la hipótesis principal, pero sí se les dijo que se trataba de una investigación acerca de la salud de las mujeres jóvenes y los determinantes de ésta, resaltándose la utilidad de los datos para fines preventivos.

Se garantizó a las participantes la confiabilidad de sus respuestas. Una vez llenado el cuestionario, solamente la investigadora y la alumna tuvieron acceso a éste.

Se animó a las alumnas para que plantearan cualquier pregunta o comentario generado a partir del cuestionario. Además de esto, al finalizar esta primera fase del estudio, se organizó una sesión de información a la escuela acerca de los resultados obtenidos, misma que se aprovechó para dar más información acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, sus posibles causas, prevención y manejo.

En caso de encontrarse alumnas cuyas respuestas indicaran riesgo elevado de padecer un trastorno alimentario, se contaba con el apoyo de los servicios del Instituto Nacional de Psiquiatría.

3.3 Resultados de la fase cuantitativa

Datos demográficos de la muestra

La muestra que participó en esta fase estuvo compuesta por mujeres ($n = 458$) de 15 a 18 años (edad promedio = 16.5 años, DE = 1.4 años). De ellas, el 43.7% cursaban el segundo semestre del nivel medio superior al momento de levantarse el cuestionario, 27.5% se encontraban cursando el cuarto, y 28.8 % el sexto semestres.

La composición de sus familias se muestra en la tabla siguiente, en la que vemos que, a pesar de tratarse de una zona aún cercana a lo rural, el tipo de familia predominante no es el extenso, sino el nuclear. También es de señalarse la ausencia del padre en alrededor de un 15% de los casos, ausencia que hubiera resultado aún más frecuente si la opción “padre emigrado a los EUA” se hubiera preguntado de un modo que admitiera también la migración temporal. Como ejemplo, una de las entrevistadas, cuyo padre vive de manera casi permanente en ese país, marcó la opción familia nuclear, y lo explica diciendo que su padre regresa al menos una vez al año a visitar a la familia.

TABLA 2. COMPOSICIÓN DE LAS FAMILIAS DE LAS PARTICIPANTES

Tipo de familia	Porcentaje
Nuclear (padres y hermanos)	77.1
Extensa (incluye abuelos, tíos, primos)	4.4
Otros parientes (vive con familiares que no son sus padres)	2.4
Nuclear sin padre en casa	10.3
Nuclear con padre emigrado a los EUA	4.4

Otros (p. ej., vive sólo con hermanos, está casada)	1.3
TOTAL	100

Como aproximación al nivel socioeconómico de la familia, se utilizó el nivel ocupacional del padre, según la propuesta de Tejada (1999). La clasificación diseñada por este autor considera cinco niveles, en orden ascendente. En el primero se encuentran trabajadores agrícolas e industriales, trabajadores domésticos, y campesinos. El segundo nivel incluye vendedores ambulantes y personas que ejercen oficios por cuenta propia. El tercer nivel corresponde a técnicos y empleados. El cuarto nivel, a los comerciantes con local propio. En el nivel superior se encuentran los profesionistas, maestros, directivos, y agricultores (dueños de terrenos donde se cultiva para la exportación). Se añadieron las categorías ama de casa, desempleado y jubilado, con el fin de obtener un panorama más completo sobre la situación ocupacional de los padres y madres. Se incluyeron en el cuestionario también preguntas sobre las condiciones de vivienda y servicios. Los resultados se muestran a continuación.

TABLA 3. OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE LAS PARTICIPANTES

Ocupación	Madre (porcentaje)	Padre (porcentaje)
Ama de casa	72.3	0
Trabajador agrícola, campesino, trabajador industrial, trabajador doméstico	1.8	33.5
Técnico, empleado	7.3	28.4
Vendedor ambulante, oficios	2.2	4.5
Comerciante con local propio	6.9	15.3
Profesionista, maestro, directivo, agricultor	9	15.7
Retirado	0.2	2.1
Desempleado	0	0.2
TOTAL	100	100

TABLA 4. MATERIAL DE LA VIVIENDA DE LAS PARTICIPANTES

Material	Porcentaje
Lámina	1.5
Madera	2.6
Adobe	9.7
Ladrillo	86.2
TOTAL	100

TABLA 5. SERVICIOS EN LOS DOMICILIOS DE LAS PARTICIPANTES

Servicio	Porcentaje de la muestra con el servicio intradomiciliario
Agua	99.3
Electricidad	99.1
Televisión	97.6
Teléfono	65.9
Internet	12.4

A partir de estos datos, puede verse que la mayoría de las estudiantes cuentan con buenas condiciones de vivienda. En cuanto al nivel socioeconómico, de acuerdo con el nivel ocupacional de los padres, aproximadamente un tercio se encuentra en el nivel inferior, un tercio en los niveles segundo y tercero, y un tercio en los niveles superiores. El desempleo es bajo, de 0.2% en comparación con el 2.8% reportado a nivel nacional en la misma época (INEGI, página web).

Otro dato interesante para el tema de este trabajo, es la gran proporción de madres que son amas de casa. Esto nos habla de una predominancia del rol femenino tradicional, el cual, como veremos al comentar los resultados de la fase con métodos cualitativos, puede entrar en conflicto con el rol moderno que las hijas desean adoptar. La misma información puede extraerse al observar los niveles educativos de padres y madres, que se observan en la tabla 6. La mediana del nivel educativo de los padres se encuentra en el nivel de secundaria. En cuanto a las madres, la mediana se sitúa en la primaria completa.

TABLA 6. NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES DE LAS PARTICIPANTES

Nivel	Madres (porcentaje)	Padres (porcentaje)
Nunca fue a la escuela	7.3	7.5
Primaria incompleta	29.9	24.5
Primaria completa	17.8	15.2
Secundaria	17.6	19.3
Preparatoria	12.1	10.7
Técnico	6.2	7.7
Normal	3.7	3.9
Licenciatura	4.4	6.4
Postgrado	1.1	4.8
TOTAL	100	100

Considerando las diferencias de nivel educativo y ocupacional de los padres y madres, podemos inferir que la mayor parte de estas familias sostienen roles de género tradicionales. Al mismo tiempo, son familias que han mantenido a sus hijas en la escuela hasta un grado mayor al alcanzado por sus madres, e incluso por los padres en muchos de los casos. En los años sesenta, Selvini-Palazzoli (1985) hizo la observación de que la mayor parte de sus pacientes anoréxicas eran hijas de familias en ascenso en la pirámide social. Estas hijas, más educadas que los padres, reflejaban según esa autora el conflicto de la adaptación a la vida moderna y los cambios que esta conlleva en el papel esperado de las mujeres. Volveremos sobre esta reflexión más adelante.

Finalmente, la gran mayoría de las encuestadas se definen como católicas (96.5%). La proporción de cristianas (evangelistas, testigos de Jehová, adventistas, etcétera) es muy pequeña (2.2%), y menor aún la de las que dicen no tener ninguna religión (1.1%). Dada la relación entre religión y construcción de la corporeidad, este es un dato importante para el análisis, como se verá en el reporte de la segunda fase del estudio.

Resultados en los cuestionarios de actitudes y conductas alimentarias de riesgo

Eating Disorders Inventory

Hasta donde el conocimiento de la autora llega, en este estudio se utilizó por primera vez el Eating Disorders Inventory (EDI) en población mexicana no urbana. El EDI, como se dijo antes, ha sido validado en mujeres del Distrito Federal, en quienes mostró buena confiabilidad (alpha de Cronbach = 0.87) (Alvarez y Franco, 2001). El análisis factorial reportado por Alvarez y Franco (*op cit*) resulta en una agrupación de los items casi idéntica a la original. Estos autores encontraron también una buena validez del instrumento, al obtenerse promedios significativamente diferentes entre un grupo de pacientes y un grupo control sin diagnóstico de TA.

Con base en el trabajo de estos autores, se pensó que el EDI sería un instrumento adecuado también en la población estudiada. Sin embargo, al replicarse el procedimiento seguido por Alvarez y Franco, con la intención de obtener una validación del EDI en población no urbana mexicana, se observó un funcionamiento diferente.

En primer lugar, se obtuvo el valor de alpha de Cronbach, que al ser de 0.897 indicaba una buena consistencia interna. No obstante, al continuar el análisis se observaron resultados inadecuados.

Como muestra la tabla 7, las correlaciones item-total fueron bajas para muchos de los reactivos del cuestionario. Eliminando aquellos que tuvieron correlaciones menores de 0.3, permanecen solamente 47 de los 64 items originales.

TABLA 7. CORRELACIONES ITEM TOTAL

Subescala	No. de reactivo	Correlación item-total
Motivación para adelgazar	1	0.22
	7	0.44
	11	0.52
	16	0.52
	25	0.50
	32	0.48
	49	0.55

Bulimia	4	0.32
	5	0.40
	28	0.46
	38	0.34
	46	0.24
	53	0.39
	61	0.30
Insatisfacción con el cuerpo	2	0.48
	9	0.34
	12	0.45
	19	0.58
	31	0.34
	45	0.40
	55	0.36
	59	0.27
62	0.33	
Conciencia interoceptiva	8	0.40
	21	0.44
	26	0.37
	33	0.33
	40	0.001
	44	0.42
	47	0.33
	51	0.41
	60	0.49
	64	0.33
Ineficacia	10	0.35
	18	0.41
	20	0.30
	24	0.53
	27	0.46
	37	0.48
	41	0.50
	42	0.31
	50	0.13
	56	0.44

Miedo a madurar	3	0.41
	6	0.29
	14	0.28
	22	0.15
	35	0.41
	39	0.30
	48	0.37
Perfeccionismo	13	0.24
	29	0.21
	36	0.47
	43	- 0.03
	52	0.19
	63	0.10
Desconfianza interpersonal	15	0.39
	17	0.37
	23	0.29
	30	0.25
	34	0.37
	54	0.15
	57	0.43

Los valores de alpha de Cronbach de las subescalas tampoco fueron buenos en todos los casos, como muestra la tabla 8.

TABLA 8. VALORES DE ALPHA DE CRONBACH DEL EDI Y SUS SUBESCALAS

Subescala	Valor de alpha de Cronbach
Motivación para Adelgazar	0.837
Conciencia Interoceptiva	0.663
Bulimia	0.591
Insatisfacción Corporal	0.781
Ineficacia	0.730
Miedo a madurar	0.674
Perfeccionismo	0.334
Desconfianza interpersonal	0.670

Continuando con el procedimiento de Alvarez y Franco, se llevó a cabo un análisis factorial por el método de componentes principales con rotación varimax. Se obtuvieron así, en 27 iteraciones, 19 factores que explicaban el 62.5% de la varianza. Recordemos que la escala se compone de 8 subescalas, por lo que el resultado obtenido, por el número de factores tanto como por la manera en que los items se agruparon, se encuentra lejos del original.

Se tomó entonces la decisión de repetir el análisis, pero dejando fuera aquellos items que habían tenido una correlación item-total menor de 0.3, considerando que al incluir sólo reactivos que se relacionaban adecuadamente con los otros en el contexto de la escala, mejoraría el sentido de la estructura factorial. Se obtuvieron, en 27 iteraciones, 12 factores que explicaron el 58.9% de la varianza. De ellos, solamente 10 cumplieron con el criterio de agrupar al menos 3 items con cargas factoriales de 0.4 o más, en la forma que se muestra en la tabla 9.

TABLA 9. AGRUPACIÓN FACTORIAL DE REACTIVOS QUE TUVIERON CORRELACIONES ITEM-TOTAL DE 0.3 O MAYORES

Factores								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
7 (MA)	51 (CI)	26 (CI)	5 (B)	19 (IC)	10 (I)	53 (B)	44 (CI)	4 (B)
11 (MA)	60 (CI)	15 (DI)	28 (B)	31 (IC)	20 (I)	9 (IC)	35(MM)	64 (CI)
16 (MA)	18 (I)	17 (DI)	38 (B)	55 (IC)	37 (I)	45 (IC)	36 (P)	39(MM)
25 (MA)	27 (I)	34 (DI)		62 (IC)	41 (I)	47 (CI)		
32 (MA)	56 (I)	57 (DI)			42 (I)			
2 (IC)								
12 (IC)								
19 (IC)								
Porcentaje de varianza explicada por el factor								
21.39	7.25	5	3.81	3.09	3.03	2.85	2.77	2.37

Nota: el paréntesis indica la subescala original. MA = Motivación para Adelgazar. IC = Insatisfacción Corporal. CI = Conciencia Interoceptiva. I = Ineficacia. DI= Desconfianza Interpersonal. Bulimia = B.

La agrupación factorial sigue siendo diferente a la original. Sin embargo, las subescalas Motivación para Adelgazar e Insatisfacción Corporal, que apuntan directamente a manifestaciones de los TA, se agrupan entre sí. Por otro lado, Conciencia Interoceptiva, Ineficacia y Desconfianza Interpersonal, las características psicológicas, se combinan también en su agrupación. Quedan entonces separados dos grupos, por un lado la preocupación por la silueta y deseo de ser delgada, y por otro los rasgos psicológicos, tal como lo han reportado otros autores (Joiner y Heatherton, 1998).

Una posible explicación de las diferencias en el funcionamiento del EDI en esta muestra en relación con el original, podría ser que la manera en que están fraseados los reactivos los haga indicadores poco válidos del constructo al que pretenden apuntar. Por ejemplo, la subescala Perfeccionismo (de la cual sólo permanece un reactivo en la solución final) incluye frases tales como “mis padres han esperado cosas excelentes de mí”. Este reactivo mostró una correlación negativa con los referentes a conductas alimentarias de riesgo, por lo que supusimos que, para estas adolescentes, el que sus padres tuvieran expectativas altas acerca de ellas podría significar aprecio, más que presión percibida.

A partir de estos resultados, se sugiere que antes de utilizar el EDI en población mexicana no urbana, se lleve a cabo un estudio con métodos cualitativos acerca del significado que cada uno de los items tiene para los sujetos en los que se piense trabajar. Un estudio así permitiría también averiguar si el funcionamiento diferente al original que se observó en esta muestra se debe al modo en que están redactados los items, o a una verdadera diferencia entre esta población y otras en cuanto a los factores psicológicos que se relacionan con las actitudes y conductas alimentarias de riesgo.

Por otra parte, considerando los resultados del análisis factorial, se decidió emplear solamente la puntuación en las subescalas Motivación para Adelgazar e Insatisfacción Corporal para la selección de los sujetos a entrevistar en la segunda fase (el procedimiento se especifica en el siguiente capítulo). No se descartó del todo el uso de estas escalas dado que, por un lado, los factores en que se agruparon resultaron relativamente coherentes y explicaron la mayor proporción de varianza, y por otro que un análisis discriminante llevado a cabo con una muestra de pacientes con diagnóstico de TA mostró una buena capacidad de estas subescalas para distinguir entre casos y sujetos de la muestra comunitaria (Bojorquez, Unikel y Carreño, s/f).

Cuestionario de actitudes y conductas de riesgo

El cuestionario consta de 11 ítems acerca de la frecuencia con que el sujeto se preocupa por su peso, lleva a cabo conductas alimentarias restrictivas o purgativas, o experimenta descontrol en su ingestión. Las preguntas están referidas a los últimos 3 meses, y las opciones de respuesta son cuatro: nunca o casi nunca, algunas veces, 2 veces por semana y más de 2 veces por semana.

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes de sujetos en cada una de las opciones de respuesta.

Tabla 10. Frecuencia de conductas de riesgo en la muestra

Conducta	Nunca o casi nunca (porcentaje)	Algunas veces (porcentaje)	2 veces por semana (porcentaje)	Más de 2 veces por semana (porcentaje)	TOTAL
Preocupación por engordar	29.2	38.4	4.6	27.7	100
Comer demasiado	28.2	52	5.5	14.2	100
No poder parar de comer	70.6	20.4	2.5	6.5	100
Provocarse el vómito	89	7.5	1.1	2.4	100
Ayunar más de 12 horas	77.6	16.2	2	4.1	100
Hacer dieta	57.6	30.1	2.2	10.1	100
Hacer ejercicio	34.7	40.8	6.8	17.7	100
Usar pastillas para adelgazar	88.2	7.3	0.9	3.5	100
Usar diuréticos para adelgazar	76.7	15.2	2.6	5.3	100
Usar laxantes para adelgazar	91.6	4	0.9	3.5	100
Usar enemas para adelgazar	96.7	2	0	1.3	

Así, vemos que casi una tercera parte de las encuestadas se preocupan habitualmente por su peso, y casi una cuarta parte hacen ejercicio dos o más veces por semana con el fin de adelgazar. En cuanto a conductas de mayor riesgo, tenemos un 3.5% de encuestadas que se provocan el vómito con el fin de adelgazar, y la misma proporción hacen uso de pastillas.

Se trata de un porcentaje importante de sujetos que utilizan medios inadecuados y potencialmente peligrosos para conseguir la delgadez. Si volvemos a la tabla 1, vemos que los porcentajes son mayores que los reportados en estudiantes de edad similar en la Ciudad de México.

Correlaciones con datos sociodemográficos

El nivel socioeconómico fue considerado por largo tiempo un factor de riesgo para los TA. Esta idea ha sido puesta en duda desde hace ya varios años (Gard y Freeman, 1996). Sin embargo, considerando que el nivel socioeconómico podría funcionar como indicador aproximado de elementos culturales, nos pareció importante averiguar si existía relación entre el nivel de escolaridad y ocupación de los padres, y la puntuación obtenida por las participantes en los cuestionarios de actitudes y conductas alimentarias de riesgo.

Para ello, se llevó a cabo un análisis de diferencias de puntuación en el EDI entre participantes cuyos padres se encontraban en los diferentes niveles ocupacionales, sin resultados significativos. Pensando que esto podría deberse a las diferencias en agrupación factorial mencionadas antes, se repitió el análisis sólo con las subescalas Motivación para Adelgazar e Insatisfacción Corporal, sin que hubiera tampoco diferencias estadísticamente significativas. Lo mismo ocurrió al buscar diferencias en puntuación en el cuestionario de actitudes y conductas de riesgo. Se repitieron estos análisis utilizando el nivel ocupacional como variable independiente, sin que se encontraran tampoco diferencias estadísticamente significativas.

Resumen de resultados de la primera fase

El objetivo principal de esta primera fase fue describir los niveles de actitudes y conductas alimentarias de riesgo de un grupo de mujeres adolescentes. En ese sentido, se encontró que las encuestadas presentan niveles similares a los reportados en población urbana mexicana (Unikel et al, 2000).

En cuanto a la proporción de sujetos que podrían considerarse en riesgo de padecer un TA, se utilizó el algoritmo propuesto por la autora del cuestionario (Unikel *et al*, 2000). De acuerdo con este, están en riesgo los sujetos que reportan realizar las conductas restrictivas y purgativas con frecuencia de dos veces por semana o mayor, y preocuparse por su peso más de dos veces por semana. De acuerdo con lo anterior, 8.1% de las participantes pueden considerarse en riesgo. Este dato es superior a la prevalencia reportada en España, de 4.05% (Ruiz-Lázaro, 2003) y a la aceptada en el DSM-IV, de 1% para anorexia nerviosa y de 3% para bulimia nerviosa (APA, 1994). Es sin embargo similar a la encontrada por Mancilla y colaboradores utilizando el punto de corte del Eating Attitudes Test en mujeres universitarias mexicanas (8.3%) (Mancilla *et al*, 1998). Aunque estos datos no son estrictamente comparables, dado que han sido obtenidos con métodos, instrumentos y tamaños de muestra diferentes, pueden servirnos para enmarcar lo encontrado en este estudio.

Aunque no se puede afirmar que estas adolescentes sean o vayan a ser casos de TA, sí se trata de jóvenes que presentan con frecuencia alarmante actitudes y conductas relacionadas con el deseo de adelgazar. Por lo tanto, podemos afirmar que las actitudes y conductas alimentarias de riesgo son un problema de salud entre las jóvenes participantes en nuestro estudio, un problema que requiere atención y que hasta ahora ha sido poco tomado en cuenta.

IV SEGUNDA FASE (METODOS CUALITATIVOS)

En este capítulo se presenta la segunda fase de la investigación. Al comienzo se plantean las preguntas, objetivos e hipótesis correspondientes a esta fase. A continuación, se explican las razones que motivaron el uso de metodología cualitativa, así como los supuestos de ésta. Después, se detalla el procedimiento del estudio, se describe el sitio, la muestra y las técnicas empleadas para la recolección y manejo de los datos, y se presenta el marco interpretativo.

La presentación de resultados inicia con una explicación acerca de cuáles fueron los grupos de sujetos considerados en el análisis. A continuación se hace un breve retrato de cada una de las participantes. Se muestra luego el proceso de codificación axial seguido, y las redes de relaciones jerárquicas entre códigos que resultaron de este proceso. En base a esas redes, se presentan resultados en cuanto a las dos categorías principales, construcción de género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo.

La parte final de este capítulo es una exposición de las limitaciones del estudio en esta segunda fase.

4.1. 1 Preguntas de investigación de la segunda fase

- * ¿Cómo es la construcción de género femenino en las participantes en el estudio?
- * ¿Cuál es la relación entre la presencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo con la construcción de género de las participantes?
- * ¿Qué características hay en cuanto a la construcción de género femenino, que puedan estar relacionadas con la presencia diferenciada de actitudes y conductas alimentarias de riesgo?

4.1. 2 Objetivos de la segunda fase

- * Estudiar la construcción de género femenino en participantes con diferentes niveles de actitudes y conductas alimentarias de riesgo
- * Sugerir qué características de esa construcción podrían ser importantes en la determinación de actitudes y conductas alimentarias

4.1.3 Hipótesis

Entre las participantes, la construcción de género de aquellas que tengan niveles altos de actitudes y conductas alimentarias de riesgo será diferente a la de aquellas que tengan niveles bajos.

4.2 La metodología cualitativa

La metodología cualitativa, entendida como perspectiva y no sólo como técnica, implica tomar en cuenta el punto de vista de los sujetos y su contexto. Implica también que la investigación no procede de manera lineal, de la hipótesis a la prueba de hipótesis a la conclusión, sino circular, replanteando las hipótesis de acuerdo con los datos obtenidos, y buscando nuevas estrategias de obtención de datos y nuevos modos de agruparlos de acuerdo a lo que se va encontrando en el proceso (Hudelson, 1994). El método cualitativo permite comprender el por qué de las acciones de los sujetos, más allá de la sola descripción de estas acciones (Huberman y Miles, 1994).

En esta segunda fase del estudio se quería conocer la construcción de género femenino de las participantes, observando las diferencias entre aquellas que presentaron niveles elevados de actitudes y conductas alimentarias de riesgo y las que presentaron niveles bajos. Asimismo, se pretendía obtener un panorama del significado de las actitudes y conductas alimentarias de riesgo para estas jóvenes. Finalmente, describir cómo estos dos elementos se relacionan entre sí en el contexto vital de las participantes.

La principal razón de utilizar técnicas cualitativas fue que, al tratarse de un tema poco explorado, el uso de un cuestionario con respuestas cerradas hubiera implicado el cierre prematuro del campo de observación. Por otra parte, considerando que las conductas humanas son mejor entendidas como acciones, esto es, conductas con significado para el sujeto y los que lo rodean (García, 1995), se buscaba un acercamiento a la visión propia de

las participantes, el modo en que entienden su mundo y su experiencia de ser mujeres, con apertura a las categorías que surgieran a partir de lo dicho por ellas¹. Finalmente, al entender las normas, valores, significados y prácticas relacionadas con el género como una construcción, buscaba algo más que una “actitud” o “estereotipo”, que es lo que generalmente miden los inventarios de roles de género.

Medir las actitudes mediante inventarios implica varios supuestos: primero, que existe una entidad fija, la actitud, que el sujeto posee como una característica; segundo, puesto que la actitud es siempre hacia algo, se supone que lo que el sujeto y el investigador entienden por ese algo es lo mismo; y tercero, que a esta entidad puede accederse a través de las preguntas del instrumento utilizado. Estos supuestos han sido criticados por algunos autores (Hudelson, 1994; Potter y Wetherell, 1987). La construcción, en cambio, da por sentada la movilidad de las opiniones, respuestas y acciones del sujeto en relación a objetos que no existen de una vez y para siempre, sino que dependen de circunstancias. Así, por ejemplo, hacer dieta o desear adelgazar pueden significar una cosa u otra según el contexto (Malson, 1998). El género construido es un constituyente de la identidad femenina (Butler, 1999) que depende de contextos personales y sociales, y acceder a él a través de preguntas cerradas dejaría fuera la gran diversidad de elementos que lo constituyen. Siendo este un estudio básicamente exploratorio, se eligió mantener las puertas abiertas, suponiendo que a partir de los resultados así generados podría posteriormente elaborarse un instrumento con el cual obtener datos estadísticamente representativos.

4.3 Procedimiento de la fase cualitativa

Sitio de estudio

Los Reyes (LR) es una localidad en el cruce de caminos entre la tierra caliente y la sierra de Michoacán. Se cultiva caña, y el ingenio de la vecina Santa Clara concentra gran parte de la mano de obra. En LR tienen sus oficinas organizaciones campesinas y compañías exportadoras, y el movimiento de camiones de redilas, autobuses y automóviles particulares es constante a través de la carretera que lleva por un lado a Uruapan y por el otro a Zamora.

¹ Este es el método propuesto por la teoría fundamentada, método cuya principal utilidad radica en que facilita la generación de teorías nuevas (Henwood y Pidgeon, 1992; Guba y Lincoln, 1994). Acerca de las ventajas de esta aproximación, ver también Hammersley y Atkinson (1983).

Las calles de LR están pavimentadas. Las casas son de cemento. No hay cine, pero sí puestos de periódicos con revistas nacionales. En los portales de la plaza central está un café, uno de los sitios en que los jóvenes se encuentran. Toman capuchinos y comen pizza, entre paredes adornadas con retratos de Britney Spears que anuncia Pepsi Cola. Se sientan también en las bancas de la plaza, comen camotes con chile y limón, helados y refrescos.

Las muchachas llevan pantalón a la cadera y blusas que dejan al descubierto el ombligo, que constantemente intentan cubrirse tirando hacia abajo de la tela. El pelo largo, recogido en una trenza y con fijador. Pocas lo llevan corto, y sólo una o dos lo tienen pintado con mechas verdes o color bugambilia. Casi todas maquilladas. Ninguna de negro, ni con perforaciones.

En la calle, ellas circulan en motonetas. Manejan erguidas, sin casco. El tráfico en el centro de LR es pesado, y van despacio, mirando escaparates, saludando a los conocidos.

En cambio, en Tarecuato (T) casi no hay tránsito. La única calle pavimentada es la carretera, que pasa al lado de la iglesia y la plaza. Los domingos hay mercado, pero entre semana la plaza está prácticamente vacía.

Los jóvenes se reúnen en una tienda de abarrotes que ofrece además máquinas de videojuegos. De ahí sale casi todo el ruido que se oye en el pueblo, por lo demás profundamente callado.

T está en la tierra alta, entre pinos. Se cultivan aguacate y maíz. La mayoría de los muros son de adobe con techo de teja, pero los resultados de la migración a Estados Unidos ya se dejan ver: un par de casas de cemento con brillantes acabados de aluminio dorado. Y camionetas. Placas de Texas, Michigan, Nevada. Vidrios oscuros y atronador sonido cuando pasan.

Las mujeres adultas van con el traje tradicional: enredo azul oscuro de refajo bordado, delantal de bordes de encaje. La blusa en punto de cruz, rebozo a rayas azules y negras. Aretes en forma de media luna con colgantes. Ningún maquillaje.

Tampoco llevan maquillaje las adolescentes, y su pelo largo recogido en trenza es igual al de las mayores. Pero el atuendo cambia. Pantalones de mezclilla, suéter o chamarra. No hay blusas que descubran la cintura ni cabellos cortos, aunque algunas se lo tiñen de rubio o rojizo. Cuando caminan en familia, las madres hablan en purépecha, y las hijas responden en castellano.

Hay pocas jóvenes en la calle. No pasean por la plaza. Si pasan, es porque van a un lugar específico, y caminan sin mirar a los lados.

T es un pueblo purépecha. La iglesia, del siglo XVI, es aún el centro de la vida cotidiana. Las campanas convocan a misa los domingos, y a las fiestas. Frente a la iglesia se instalan las bandas y se espera a los muertos el 2 de noviembre. En el Bachilleres, los maestros locales dan clase, o al menos parte de ella, en purépecha, como parte de una intención de reivindicar lo indígena. Los alumnos entienden, aunque también aquí usan el castellano para sus respuestas.

En LR y T, lo más frecuente es que las jóvenes se sienten en el patio de la escuela juntas. A veces, un muchacho se acerca a ellas. Las muchachas lo provocan, y él ríe. Pero lo contrario nunca pasa. No se ve una joven rodeada de muchachos, y hay pocos grupos mixtos. Los dos mundos circulan lado a lado.

Muestra

En el enfoque cualitativo, se pretende que la muestra tenga representatividad teórica, y no estadística como en el enfoque cuantitativo. Para alcanzar el primer tipo de representatividad, debe elegirse a sujetos que presenten la máxima variabilidad posible en cuanto a las características de interés (Hudelson, 1994). En este caso, se buscó maximizar la variación mediante dos estrategias: primero, se eligieron participantes con puntuaciones extremas en los cuestionarios de actitudes y conductas alimentarias de riesgo utilizados en la primera fase del estudio; segundo, se eligieron participantes de las dos localidades, considerando que la diferente etnicidad se reflejaría en diferencias en la construcción de género. El método de muestreo teórico fue el de máxima variación (*op cit*, p. 41).

Para la selección de las participantes a entrevistar, se dividió primero a la muestra de la primera fase en sujetos con alto y bajo riesgo. Para ello, se utilizaron dos criterios.

Primero, se consideró de bajo riesgo a quienes hubieran obtenido una puntuación menor al percentil 25² en las subescalas del EDI Insatisfacción Corporal y Motivación para Adelgazar. Se consideró de alto riesgo a quienes estuvieran por encima del percentil 75 en alguna de estas mismas subescalas.

² En la distribución en la muestra de la primera fase

En segundo lugar, se utilizó el algoritmo propuesto por Unikel (Unikel *et al*, 2000) para evaluar el nivel de riesgo de padecer un TA de acuerdo con el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo de esta misma autora.

Con este procedimiento se obtuvieron marcos muestrales de participantes con alto y bajo riesgo. A continuación se dividieron estos marcos en participantes que estudiaban en el plantel LR y participantes del plantel T. Esta división obedeció a que, como se explicó antes, LR es una localidad de población mestiza, mientras que en T la población es predominantemente purépecha. Al ser este un estudio en el que las diferencias culturales ocupaban un papel central, se consideró que elegir participantes de ambas localidades permitiría mejorar el alcance de acuerdo al criterio de máxima variación.

Así, se obtuvieron cuatro grupos: estudiantes de alto riesgo en LR, estudiantes de bajo riesgo en LR, estudiantes de alto riesgo en T, y estudiantes de bajo riesgo en T. De cada uno de los marcos muestrales respectivos, se seleccionaron al azar a 10 sujetos. De este modo, el muestreo se enriqueció con el método de muestreo al azar deliberado³ (Hudelson, 1994, p. 42), en el que se busca “disminuir las dudas acerca de por qué se seleccionaron ciertos casos, aunque no permite generalizaciones estadísticas” (*loc cit*).

En las escuelas, se buscó a las participantes que habían sido seleccionadas con el método arriba mencionado. En los casos en que no se encontró a la participante, se buscó a la siguiente en la lista. De este modo, se encontraron a 12 adolescentes. Se eligió deliberadamente a una más (Alicia), que en el cuestionario de la primera fase, en la sección en la que se les solicitaban comentarios, había expresado una profunda angustia en relación con la alimentación.

Pasos seguidos

Las entrevistas se llevaron a cabo en salones desocupados en las escuelas, y en los domicilios de las entrevistadas. Tuvieron una duración promedio de 1 hora. Se grabaron las

³ *random purposeful sampling*

entrevistas, se transcribieron, y se analizaron⁴ con ayuda del programa ATLAS_ti, versión WIN 4.1 (Muhr, 1997).

Las entrevistas realizadas en salones de clase tuvieron la ventaja de una mayor privacidad. En las casas de las entrevistadas, el lugar de entrevista fue el corredor (Sofía y Carmen) y un dormitorio (Araceli). En estos casos, miembros de la familia estuvieron cerca al menos en algún momento de la entrevista, de modo que podían escuchar lo que se decía. La calidad de la grabación también fue mejor en las entrevistas en salones de clase. Sin embargo, las entrevistas en casa añadieron la posibilidad de observar algunos momentos de las relaciones en la familia, y el entorno de la entrevistada. Un ejemplo de ello es la entrevista con Carmen, en la que la hermana intervino con comentarios acerca del noviazgo, o la entrevista con Sofía, en que la madre le dirigió unas palabras en purépecha y ella, que había dicho no conocer el idioma, entendió la pregunta y contestó en castellano.

Instrumento

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, en las que se contaba con una guía (Anexo 2) de temas a tratar, con preguntas que podían frasearse de diferentes maneras u omitirse, al tiempo que se agregaban otras, según el desarrollo de la conversación. La entrevista semiestructurada permite que el sujeto y el entrevistador interactúen, dando a este último la oportunidad de clarificar las respuestas y discutir los temas que van surgiendo. Es un estilo que facilita la generación de nuevos conceptos y explicaciones de los fenómenos (Reinharz, 1992). En la investigación con mujeres, este método es particularmente útil dado que se aproxima al estilo conversacional, empático, en el que las mujeres somos socializadas (*op cit*, p. 19 y ss).

En la entrevista cualitativa, la intención es acercarse al conocimiento no desde una observación externa y supuestamente neutra, sino mediante una “conversación con los seres humanos a los que se quiere comprender” (Kvale, 1996, p. 11). En la entrevista semiestructurada, se cuenta con una guía de temas a tratar, así como preguntas guía que pueden hacerse, pero el entrevistador está dispuesto a seguir los temas que vayan surgiendo durante la conversación. La razón de usar este método es, por un lado, conseguir la apertura

⁴ El método de análisis se detalla más adelante

del campo de observación, al mismo tiempo que se mantiene cierta estructura, que facilita un análisis final que incluya comentarios acerca de diferencias entre grupos (Kvale, *op cit*, pp 97- 98).

Para la elaboración de la guía de entrevista se partió de los elementos de la construcción de género que de acuerdo con diversos autores (Steiner-Adair, 1986; Dio Bleichmar, 1991; Bordo,1993; Malson 1998) podrían estar relacionados con los TA. Se incluyeron también preguntas acerca de la experiencia del cuerpo, el deseo de adelgazar, y los TA mismos. El estudio se abordó a partir de las categorías propuestas en la guía, sin embargo, estas podían alterarse, o ser sustituidas por otras, de acuerdo con las respuestas que se iban obteniendo en el transcurso de la investigación. Las dimensiones consideradas en la guía de entrevista fueron: valoración del ser mujer, estereotipo de feminidad, éxito femenino, cuerpo, y actitudes y conductas alimentarias, las cuales se definieron de la siguiente manera:

Valoración del ser mujer: Si la entrevistada considera el ser mujer una identidad valorada, y en qué sentido lo es o no.

Estereotipo de feminidad : Lo que se cree acerca de las características de las mujeres, cuáles son y qué valor se asigna a éstas. Además, normas acerca de cómo deberían ser las mujeres.

Exito femenino: El estereotipo positivo, o ideal de mujer, tanto el que la entrevistada reconoce como socialmente valorado, como el que ella misma sostiene. Se tomó en cuenta también la diferencia percibida por la entrevistada entre ese estereotipo y ella misma.

Cuerpo: Normas, valores, significados atribuidos al cuerpo femenino.

Actitudes y conductas alimentarias: Prácticas, normas, valores, significados, asociados con la alimentación, con la imagen corporal y búsqueda de la delgadez.

Plan de análisis

Para el análisis de la información obtenida en las entrevistas, se utilizó el método de comparaciones constantes (teoría fundamentada) de Glaser y Strauss (Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 1994). Este es un método que proporciona un buen grado de sistematización, al tiempo que facilita el generar nuevos conceptos. El método de comparaciones constantes permite sugerir "... categorías, propiedades, e hipótesis acerca de problemas generales" (Glaser y Strauss, 1967, p. 104). En él, el proceso de codificación/ análisis/ extracción de conclusiones es cíclico, lo cual permite generar explicaciones teóricas fundadas en los datos (Henwood y Pidgeon, 1992; Strauss y Corbin, 1994).

Los autores arriba citados proponen cuatro pasos para el desarrollo del análisis.

Primero, se comparan códigos entre los casos. Para ello, se adjudican al texto transcrito de la entrevista códigos emanados de la teoría y enriquecidos con los significados de importancia que van apareciendo en lo dicho por los sujetos. El investigador redacta para cada uno de los códigos una definición de acuerdo a sus propiedades. Esta es la llamada codificación abierta. Las propiedades de los códigos se ordenan en un continuo o rango, para poder compararlas entre diferentes instancias. En esta investigación, los casos o instancias estaban constituidos por los cuatro grupos de sujetos (estudiantes de LR con alto riesgo, estudiantes de LR con bajo riesgo, estudiantes de T con alto riesgo, estudiantes de T con bajo riesgo).

El segundo paso es la integración de subcategorías a partir de los códigos, las cuales se definen también de acuerdo a sus propiedades. Nuevamente las propiedades se ordenan y se definen sus rangos con el fin de hacer comparaciones entre instancias.

En tercer lugar, se reducen las subcategorías, formándose una estructura jerárquica de códigos, subcategorías y categorías. Se trata de un ordenamiento conceptual de las conexiones entre estos tres elementos, en un proceso ascendente y descendente de abstracción denominado codificación axial.

El cuarto paso consiste en la redacción de la teoría, en la cual las categorías se convierten en los temas, la codificación axial proporciona las relaciones entre los temas, y las notas que se redactaron a lo largo de todo el proceso dan el contenido a los temas y sus relaciones.

En el método de comparaciones constantes, los pasos ocurren simultáneamente, avanzándose poco a poco hacia niveles mayores de abstracción (Miller y Crabtree, 1994). Al tiempo que se codifica, se extraen conclusiones preliminares, que se anotan en memos y comentarios. La codificación axial contribuye a la elaboración de conclusiones, a las cuales se agregan las comparaciones teóricas, analogías entre lo observado y lo que se encuentra en la literatura. Para integrar finalmente la teoría, se determinan unas pocas categorías centrales, y se postulan relaciones entre ellas (Henwood y Pidgeon, 1992).

Para esta investigación, se propusieron los códigos previos que se detallan a continuación.

TABLA 11. CODIGOS INICIALES Y CATEGORÍAS EN QUE SE PROPONIA AGRUPARLOS

Códigos	Categoría
Identidad de mujer, gusto por ser mujer	<i>Valoración del ser mujer</i>
Mujer ideal, aspecto físico, comportamiento, emociones, relaciones, ámbitos de acción, sexualidad, diferencias generacionales	<i>Estereotipo de feminidad</i>
Individual o relacional, belleza como criterio, súper mujer, pareja, gustar a hombres, ámbitos de éxito, sanciones	<i>Éxito femenino</i>
Normas, normas estéticas, sujeto/cuerpo, control/ descontrol, sexualidad	<i>Cuerpo</i>
Prácticas alimentarias, diferencias generacionales, alimentación femenina, imagen corporal, insatisfacción corporal, deseo de estar delgada, prácticas para adelgazar, conocimiento de TA, origen de actitudes y conductas .	<i>Actitudes y conductas alimentarias</i>

Así, se empezó asignando al texto de las entrevistas los códigos de la columna de la izquierda, al mismo tiempo que, a partir del mismo texto, se creaban otros nuevos. Los códigos iniciales se dividieron o sintetizaron en otros que parecían más adecuados para la información, y se aplicaron también códigos no relacionados con los iniciales.

El proceso de codificación axial seguido y las conclusiones que surgieron de este se detallan en la sección 4.4 “Resultados”.

Marco interpretativo

Lo anterior, a grandes rasgos, representa la orientación metodológica del análisis. Pero el trabajo cualitativo se fundamenta también en el marco teórico desde el cuál se interpretan los datos. Dado que el observador neutro es un imposible epistemológico, es necesario explicitar cuál es este marco (Henwood y Pidgeon, 1992). Kushner y Morrow (2003) señalan que un problema de la teoría fundamentada es que, en su pretensión de estar completamente abierta a los significados propios de los sujetos de estudio, se olvida de que el investigador no inicia desde cero. Proponen entonces que la teoría fundamentada es una herramienta útil para hacer sistemático el análisis cualitativo, siempre y cuando se la complemente con un marco.

En este caso, ese marco lo proporcionó el enfoque de género. Desde esta perspectiva puede observarse a la división que la cultura hace de los sexos como elemento constituyente, por un lado, de las relaciones sociales, y por otro de la identidad del sujeto (Salles, 1997). En esta investigación se le empleó sobre todo en el segundo sentido. En el capítulo I se explicó el marco teórico en relación con el género que guiaría esta investigación. Se añaden aquí algunas consideraciones sobre el modo en que se entendió al género en el análisis de las entrevistas.

De acuerdo con Butler (1999), es un error considerar al género como algo que se tiene, una característica añadida a un sujeto previamente formado. El género, dice ella, constituye al sujeto, el sujeto no existe sino a través de su posición en el esquema de los sexos/géneros que su sociedad acepta

“Sería un error pensar que la discusión acerca de la ‘identidad’ debe preceder a la discusión acerca de la identidad de género, por la sencilla razón de que la ‘personas’ se hacen inteligibles sólo a través de su género, en conformidad con parámetros reconocidos de géneros inteligibles” (Butler, 1999, p. 22) (la traducción es mía).

El género *es* el sujeto. Así, cuando las entrevistadas hablan de sí mismas, estas explicaciones no pueden entenderse separadas de su identidad de mujeres.

Por otra parte, la identidad genéricamente formada se da en el contexto de expectativas acerca de lo que la mujer debería ser, y de relaciones de poder generalmente inequitativas. Estas expectativas y estas inequidades son aceptadas, rechazadas o transformadas por cada individuo (Ortner, 1996). En el análisis de las entrevistas se puso especial atención en estas negociaciones de las participantes de su identidad en tanto mujeres, aún más importantes dado que los TA han sido considerados precisamente producto del rechazo a la identidad de mujer (MacSween, 1993).

Finalmente, las normas sociales acerca del género conforman al sujeto en un proceso de naturalización. La naturalización es un mecanismo ideológico mediante el cual condiciones socialmente determinadas, y sobre todo diferencias en las relaciones de poder, pasan como fenómenos naturales y por lo tanto necesarios (Thompson, 1998). En el caso del género, la naturalización se expresa en explicaciones del tipo “las mujeres son así”. Al analizar las entrevistas se tomaron en cuenta también esa clase de respuestas.

Además del enfoque de género, se utilizó como perspectiva interpretativa al feminismo. Dentro de la gran variedad de enfoques que caben bajo este término, lo que los feminismos tienen en común es la propuesta de que la condición de las mujeres no es natural, sino producto de circunstancias sociales, y el señalamiento de que existe una inequidad socialmente creada entre los géneros.

Siendo el feminismo un término que engloba a gran diversidad de propuestas teóricas y de la práctica, Salles (1997) propone una clasificación en cuatro grandes grupos. Primero, el feminismo de la igualdad, del que la más conocida representante sería Simone de Beauvoir. En este, se considera que mujeres y hombres somos esencialmente iguales en cuanto a inteligencia, personalidad, necesidades y capacidades, y que las diferencias observadas se deben al modo diferenciado en que se educa a los niños y a las niñas en el contexto de una sociedad que asigna papeles injustamente diferentes a los sexos. En segundo lugar, el feminismo de la diferencia, en el que podrían incluirse, por ejemplo, a Nancy Chodorow o Carol Gilligan, quienes proponen que el proceso de desarrollo de la personalidad de las mujeres tiene elementos que las hacen diferentes a los hombres, y que

la personalidad femenina incluye aspectos como la solidaridad, el cuidado hacia los demás, y la no competitividad, que han sido injustamente devaluados por una sociedad en que los valores masculinos de independencia y oposición son elevados al rango de norma. El feminismo de la opresión, el tercero en la clasificación de Salles, plantea el fenómeno del dominio patriarcal como un constituyente básico de la condición femenina, y centra sus análisis en el cómo se produce y sostiene ese dominio y sus efectos sobre las mujeres y las sociedades. En este grupo podría situarse a Sherry Ortner o Gayle Rubin. Finalmente, el feminismo de la posmodernidad es el que pone énfasis en la “heterogeneidad de configuraciones femeninas” (Salles, 1997, p. 23). La situación de las mujeres no es universal, sino que depende de condiciones específicas de, por ejemplo, clase social, etnia, nacionalidad, preferencia sexual o edad.

Como marco para la interpretación de las entrevistas, elegí una aproximación feminista cercana en parte a esta última postura. La teoría acerca de la relación entre género y TA ha sido producida principalmente en Europa y los Estados Unidos. En muchos casos, esta teoría ha dejado de lado las especificidades de raza o clase que pueden darse en esa relación (Buchanan, 1993). Al analizar las entrevistas me pareció importante tomar en cuenta las posibles diferencias en la experiencia del cuerpo, la delgadez, y la construcción de género, según el grupo étnico de las participantes.

Sin embargo, los análisis posmodernos acerca de la situación de las mujeres han sido criticados por dos vías. Primero, de acuerdo con Bourdieu (1998), la teoría feminista posmoderna parece implicar que la situación de las mujeres, al ser una construcción, podría fácilmente subvertirse. En segundo lugar, como vimos que propone Bordo (1991), la cultura posmoderna pretende que existe una relativización de los valores, y que todas las manifestaciones se vuelven igualmente válidas. Una de las demostraciones de que esto no es así es la prohibición de la gordura.

Así, mi aproximación al análisis de las entrevistas consideró la heterogeneidad a que se refiere Salles, pero sin olvidar que la heterogeneidad no incluye la igualdad de todas las posiciones en el ámbito de las relaciones sociales, y que esta desigualdad se refleja en la experiencia de las participantes.

Consideraciones éticas

Retomando lo mencionado en las consideraciones éticas de la primera fase, se procuró que las entrevistadas conocieran la finalidad de la entrevista, y que su participación fuera voluntaria. Para garantizar la confidencialidad de lo dicho por ellas, la autora, que realizó las entrevistas, fue también quien llevó a cabo la transcripción, y al hacerlo cambió los nombres por seudónimos. En las citas de transcripciones que se presentan a lo largo del texto, así como en la presentación de los sujetos, se procuró eliminar la información innecesaria que pudiera permitir su identificación.

Aplicando al enfoque de género la descripción que hace Reinharz (1992) del feminismo como herramienta en la investigación, podemos decir que se caracteriza por considerar a los sujetos como agentes con voz propia, y al investigador como un sujeto más dentro de una relación (*op cit*). Así, en el desarrollo de la segunda fase de esta investigación, mantuve siempre una postura de respeto a lo que fuera dicho. Al mismo tiempo, considerándome como una persona en relación con otra persona, intervine en la conversación dando opiniones y narrando mis experiencias propias cuando me pareció necesario. La entrevista semiestructurada, desde un marco feminista, debería implicar una relación abierta entre los participantes (*op cit*, pp. 27-34). Esto, que en otro enfoque epistemológico podría considerarse un elemento de sesgo, sirvió en cambio para obtener resultados que, de otro modo, hubieran permanecido ocultos. El estilo conversacional sirvió, también, para mantener un ánimo relativamente ligero a pesar de que, en ocasiones, los temas tratados eran dolorosos tanto para las entrevistadas como para mí.

Dos elementos, sin embargo, son errores en la práctica ética de la investigación que, lamentablemente, no vi sino hasta después de concluida ésta.

Primero, la participación en la primera fase no puede considerarse realmente voluntaria, cuando la aplicación de cuestionarios se realizó previa la intervención de un maestro (figura de autoridad) que indicó a las alumnas que prestaran ayuda a la investigadora. A pesar de que yo, en la presentación que seguía a la del maestro, insistí en que si alguien deseaba abstenerse podía hacerlo, la proporción de respuesta del 100% indica que mi aseveración no fue tomada en serio. En la segunda fase, fue también una figura de autoridad de la escuela quien se acercó inicialmente a las alumnas para solicitarles su colaboración. Tampoco en este caso hubo quien se negara a participar. Sin embargo, las conversaciones parecen haber

sido para ellas un espacio interesante, en el que podían hablar de sus problemas. Susana, por ejemplo, hace referencia explícita a ello:

A lo mejor lo que, lo que me hace falta es hablar y a lo mejor me van a decir “no, es que tu problema es así y así”, no va a ser grande, pero yo necesito saber si es grande o no

Esto nos lleva al segundo aspecto, la falta de capacidad para proporcionar una opción de manejo de los conflictos, tanto alimentarios como de otro tipo, que salieran a la luz. Susana va a la entrevista para que le digan qué tan grande es su problema. En casos como este, fue una tarea difícil marcar el límite entre una conversación y una sesión de terapia. Ante las dolorosas situaciones planteadas por algunas de las entrevistadas, mi opción fue opinar lo más abierta y sinceramente posible, señalar que yo no podía en ese momento actuar en calidad de terapeuta, sugerirles la búsqueda de atención especializada cuando me parecía necesaria, y, en el caso específico de los TA, proporcionar los datos de la única institución con la que tenía contacto, el Instituto Nacional de Psiquiatría. Sin embargo, tratándose de jóvenes que viven a ocho horas de viaje de la Ciudad de México, era poco probable que esa fuera una opción para el tratamiento. Pensando en lo anterior, organicé un taller acerca de TA para los profesores de las escuelas, el cual sólo pudo llevarse a cabo de manera parcial, por falta de tiempo por parte de ellos, y falta de recursos por parte mía para volver al sitio. Tuve también conversaciones con las orientadoras de los planteles, psicólogas ambas, las cuales se mostraron interesadas, pero poco convencidas de poder proporcionar atención a las estudiantes, dada su gran carga de trabajo.

4.4 Resultados de la fase cualitativa

4.4.1 Grupos y categorías para el análisis

Grupos

Las 13 participantes fueron elegidas con base en su puntuación en los cuestionarios de actitudes y conductas alimentarias de riesgo. Las participantes con puntuaciones altas y

bajas constituyeron las dos primeras instancias para la comparación. Una segunda instancia la constituyó la pertenencia o no a la etnia purépecha. De este modo, se obtuvieron cuatro grupos, de la siguiente manera:

	Purépechas	Mestizas
Alta puntuación	Lucía Perla Brenda	Leticia Karla Graciela Alicia
Baja puntuación	Carmen Araceli Sofía	Susana Alma Mónica

Sujetos

La tabla 12 continúa el cuadro anterior, añadiendo la edad y el índice de masa corporal (IMC) de las entrevistadas. El IMC se agrega a raíz del hallazgo durante el análisis de las entrevistas de que las participantes con peso por encima o en los límites superiores de la normalidad se diferenciaban de las participantes con pesos normales o bajos en diversos aspectos de su relación con la feminidad y su manera de entender las actitudes y conductas alimentarias de riesgo.

El IMC es una función que relaciona la talla y el peso de un sujeto. En la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (WHO, 1992), uno de los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa es el tener un IMC menor de 17.5. Para evaluar la normalidad del IMC de las entrevistadas, se utilizaron las curvas percentilares de estudiantes mexicanos, elaboradas por Saucedo-Molina y colaboradores (Saucedo-Molina, Unikel, Villatoro y Fleiz, 2003). Es importante recordar que en la clasificación del estado de nutrición, se consideran normales los valores de IMC situados entre los percentiles 15 y 85 (*op cit*).

TABLA 12. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENTREVISTADAS

Nombre*	Puntuación **	Etnicidad	Edad	Índice de masa corporal (IMC) ***	Posición percentilar del IMC
Lucía	Alta	Purépecha	16	25	> 85
Perla	Alta	Purépecha	16	24	85
Brenda	Alta	Purépecha	16	20	15-85
Carmen	Baja	Purépecha	18	23	15-85
Araceli	Baja	Purépecha	18	24	15-85
Sofía	Baja	Purépecha	17	24	85
Leticia	Alta	Mestiza	16	28	> 85
Karla	Alta	Mestiza	17	30	> 85
Graciela	Alta	Mestiza	17	24	85
Alicia	Alta	Mestiza	17	19	15
Susana	Baja	Mestiza	19	18	<15
Alma	Baja	Mestiza	17	22	15-85
Mónica	Baja	Mestiza	16	21	15-85

* Los nombres son seudónimos

** Las puntuaciones se refieren al resultado en los cuestionarios de actitudes y conductas alimentarias

*** El IMC se obtuvo a partir de autorreporte

A continuación se hace una breve presentación de las entrevistadas.

En T. (purépechas)

Lucía (alta puntuación, purépecha, IMC > percentil 85)

Lucía es bajita y robusta. Tiene el pelo en una trenza larga, y los ojos maquillados con rimel. Aprieta los puños y, en general, parece malhumorada. Se queja de que la molestan por su peso, de que eso la hace enojar y entonces come y no puede controlarse. Su padre está desempleado, su madre se ocupa del hogar. La familia sobrevive gracias al dinero que

les mandan los hermanos desde Estados Unidos. Lucía quiere seguir estudiando, pero no está segura de que pueda. Le gustaría ser médica o maestra de inglés.

Perla (alta puntuación, purépecha, IMC en el percentil 85)

Perla es físicamente muy parecida a Lucía. Son amigas, y uno de sus temas de conversación es acerca del peso y cómo perderlo. Perla se describe como en recuperación de una época en que fue muy gorda e intentó adelgazar usando pastillas. Ahora, con ayuda de una nutrióloga, está bajando de peso de una manera sana. Quiere ser locutora de una estación de radio en alguna ciudad. Su padre es repartidor de refrescos, y su madre se dedica al hogar.

Brenda (alta puntuación, purépecha, IMC normal)

Brenda es alta y delgada, cabello largo recogido en un lazo. Sonríe constantemente, pero esquiva la mirada. Participó el semestre pasado en el concurso de belleza del Colegio de Bachilleres de Michoacán, para lo cual le pidieron que bajara de peso. Quedó en segundo lugar, y se le llenan los ojos de lágrimas cuando lo recuerda y dice que les falló a todos. Después del concurso empezó a tener atracones, que compensa con restricción alimentaria. Su padre es funcionario de la Secretaría de Agricultura, nacido en Tarecuato. Su madre, también originaria del lugar, se dedica al hogar y a vender ropa por catálogo. Ella quiere estudiar psicología, comunicación, o gastronomía.

Carmen (baja puntuación, purépecha, IMC normal)

Carmen tiene mechass rubias en el pelo, y una perforación en la ceja. Lleva camiseta negra y tenis. Le gusta leer, bailar, y quiere ser ingeniera electrónica. La entrevisto en el patio de su casa, donde descansa después de ayudar en el puesto de su familia en el mercado. Su hermana está lavando trastes en la pileta, mientras la madre, vestida con el atuendo tradicional, acarrea leña para las tortillas.

Araceli (baja puntuación, purépecha, IMC normal)

Sin maquillaje, con trenza larga, me recibe también en el patio. Sentada en una silla baja, borda una servilleta en punto de cruz. En la cocina de leña, a unos metros, su madre regaña

en purépecha al hermano menor. Entramos al cuarto de su hermana para tener más privacidad. Habla con cariño y respeto de su padre, jornalero agrícola. Ella quiere dar clases en secundaria, en la materia Formación Cívica y Ética, para promover la formación de valores en los jóvenes. Es de religión cristiana, la única no católica de la muestra.

Sofía (baja puntuación, purépecha, IMC en el percentil 85)

Vive en una casa de muros de adobe, aunque los cuartos nuevos son de cemento. Lleva el pelo teñido de rubio. Dice que no entiende el purépecha, pero cuando la madre le dice algo en ese idioma, ella responde en español como si hubiera entendido perfectamente. El padre es mediero⁵. Ella quiere ser médica.

En LR (mestizas)

Leticia (alta puntuación, mestiza, IMC > percentil 85)

Decidida y alegre, peinada con fijador y maquillada. Hija de arquitecto y enfermera, quiere estudiar leyes. De pequeña era gorda y no había problema, pero ahora en la familia la molestan para que baje de peso. Su madre la llevó a un grupo de Weight Watchers, y funcionó, pero ya no hay grupo en LR, y no consigue hacer dieta sola. No tiene amigos, excepto por Internet, donde tiene un novio, al que no espera conocer en persona.

Karla (alta puntuación, mestiza, IMC > percentil 85)

Es gorda, y la madre la molesta por ello. De niña vivió en la costa de Jalisco, donde sus padres peleaban constantemente, hasta que él se fue con otra mujer y la madre y Karla regresaron al pueblo de origen. La madre trabaja como sirvienta, el padre es lancharero. Ella quiere ser maestra de kinder, pero sobre todo vivir sola, tener su propio dinero, y viajar. Cuando eso ocurra, dice, se pondrá a dieta y hará ejercicio, para poder lucir ropa bonita en alguna playa.

⁵ En Michoacán, se llama mediero al que trabaja la tierra propiedad de otra persona, y recibe la mitad del beneficio de la cosecha.

Graciela (alta puntuación, mestiza, IMC en el percentil 85)

Le da miedo tener relaciones sexuales. Nunca ha tenido novio. No se viste a la moda. Estudió la primaria y secundaria en una escuela de monjas, y no le preocupaba su peso, pero al entrar al Bachillerés encontró que era necesario estar delgada para gustarles a los hombres. Quisiera adelgazar. Su padre vive en Estados Unidos, trabaja en una fábrica. Su madre se dedica al hogar. Ella quiere estudiar administración de empresas o finanzas.

Alicia (alta puntuación, mestiza, IMC en el percentil 15)

“Francamente me siento muy mal, y no entiendo lo que me pasa, ni esta obsesión por bajar de peso”, escribió en el cuestionario de la primera fase. Tras un periodo de ayuno y ejercicio compulsivo, estuvo hospitalizada, con diagnóstico de anemia. Salió del hospital hace unos meses, evita comer y en cuanto pueda piensa volver al gimnasio. Su padre es albañil, su madre sirvienta. Quiere estudiar derecho “... más que nada porque me llama mucho la atención, dar a conocer, que todo mundo me escuche, que, que sepa de lo que hay dentro de una persona...”

Susana (baja puntuación, mestiza, IMC <15)

Muy delgada, pero no a propósito, es así desde pequeña, e incluso desearía subir de peso. Narra los problemas en su casa, desde regaños hasta el abuso sexual que sufrió de niña por parte de sus hermanos: “Lo que pasa es que yo no quise guardarles un rencor, porque, como éramos jóvenes, o sea, yo dije, bueno, pues a lo mejor ellos que, querían satisfacer sus necesidades y, yo para qué me voy a poner a criticarlos”. Sus padres tienen una papelería, trabajan todo el día. Ella se ocupa de la casa. Tiene un novio al que adora, y su esperanza es casarse pronto para librarse de su familia de origen. El novio le dijo que cuando estén casados ella no va a trabajar. Susana está de acuerdo, le gusta que él sea así, que la cuide.

Alma (baja puntuación, mestiza, IMC normal)

Abundante cabello en peinado moderno, maquillada. Ropa cara. Es hija de un directivo de la Secretaría de Salud del estado. Su madre es maestra de secundaria. El padre vive en Morelia, y viene los fines de semana. Alma tiene un aspecto más maduro que las otras

entrevistadas, analiza la situación de las mujeres jóvenes con un lenguaje claro y complejo. Quiere estudiar derecho o contaduría.

Mónica (baja puntuación, mestiza, IMC normal)

Cintura descubierta y mechas rubias. Riendo constantemente durante la entrevista. Su padre falleció, la madre es sirvienta. Tuvo un abuelo, campesino, al que adoraba. Se siente bien consigo misma. Quiere estudiar derecho.

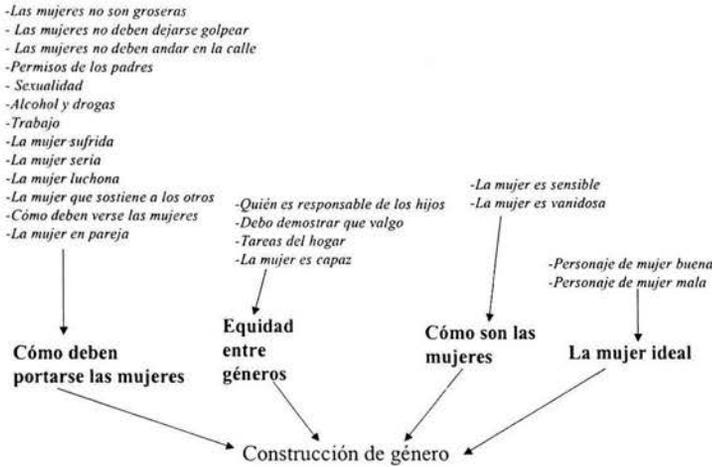
Proceso de codificación axial

En esta sección se presenta el proceso de codificación axial de las entrevistas. Como se explicó antes, en el método de comparaciones constantes se agrupan los códigos asignados al texto de las entrevistas en categorías de un nivel superior, y estas categorías a su vez pueden agruparse en otras. En el caso de mi análisis, este proceso dio lugar a tres niveles: códigos, subcategorías y categorías.

Las figuras 1 a 5 muestran la manera en que se decidió agrupar los códigos, con base tanto en el marco teórico como en lo interpretado a partir del texto de las entrevistas. Es importante recordar que los códigos presentados en la tabla 11 (sección Plan de Análisis) constituían la propuesta inicial hecha a partir del marco teórico. Sin embargo, a lo largo del proceso de lectura, codificación abierta y codificación axial, surgieron otros diferentes, que son los que se muestran en las figuras. Para leer las figuras, debe entenderse que los niveles jerárquicos se relacionan unos con otros en las direcciones marcadas por las flechas.

La figura 1 contiene la codificación axial de códigos relacionados con la categoría Construcción de Género, que constituye uno de los elementos centrales de la presente investigación. Los códigos (señalados en *cursivas*) provienen de afirmaciones hechas por los sujetos acerca de temas planteados en la guía de entrevista, o que surgieron espontáneamente. Las subcategorías (en **negritas**), son la elaboración interpretativa de la autora acerca del agrupamiento de esas afirmaciones.

FIGURA 1. CODIFICACION AXIAL PARA "CONSTRUCCION DE GENERO"



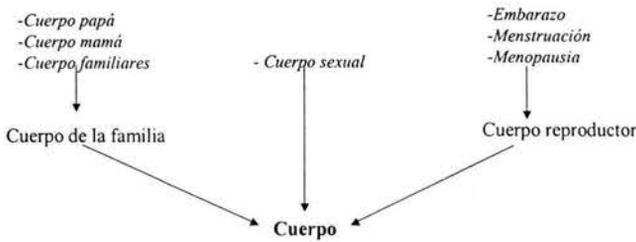
En relación con la otra categoría central de la investigación, Actitudes y Conductas Alimentarias de Riesgo, se formaron dos subcategorías: Significado de la Delgadez, y Cuerpo. La figura 2 muestra los códigos que se agruparon para formar la primera de estas.

FIGURA 2. CODIFICACION AXIAL PARA "SIGNIFICADO DE LA DELGADEZ"



La figura 3 muestra la agrupación de códigos que dio lugar a la subcategoría Cuerpo.

FIGURA 3. CODIFICACION AXIAL PARA "CUERPO"



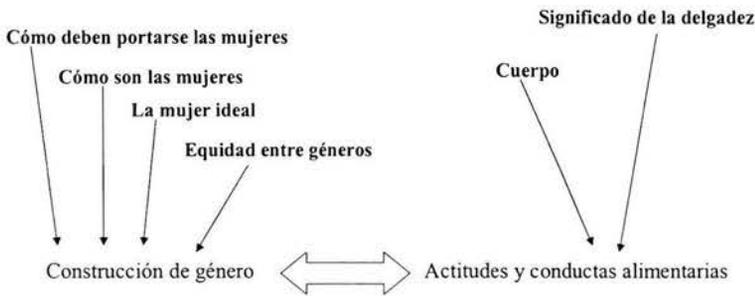
La figura 4 muestra la red de elementos relacionados con la categoría Actitudes y Conductas Alimentarias. Además de las subcategorías ya presentadas (Significado de la Delgadez y Cuerpo), se incluyen códigos que estuvieron relacionadas con ambas subcategorías.

FIGURA 4. CODIFICACION AXIAL PARA "ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS"



Por último, la figura 5 muestra la codificación axial final, con las subcategorías y las dos categorías principales.

FIGURA 5. CODIFICACION AXIAL FINAL



Como se explicó antes, el análisis de las entrevistas se hizo mediante comparaciones de lo dicho por los sujetos de los diferentes grupos (altas y bajas puntuaciones, purépechas y mestizas) en cuanto a los temas indicados como códigos, sintetizando esta información en subcategorías y categorías, y estableciendo relaciones entre todos estos elementos. Los resultados del análisis se presentan en la siguiente sección.

4.4.2 Resultados del análisis de las entrevistas

Para exponer los resultados del análisis de las entrevistas, se agrupan estos en las dos categorías principales, construcción de género, y actitudes y conductas alimentarias de riesgo, subrayando las diferencias y similitudes entre las instancia de comparación.

Construcción de género

Entender al género como una construcción tiene varias implicaciones. Una, que las características de los sexos no son naturales, sino producto de interrelaciones sociales. Otra, que estas relaciones sociales son históricas, contextuales, y ocurren en el terreno de relaciones de poder. En tercer lugar, los individuos se adhieren a prácticas basadas en los estereotipos de género que sostienen (Bouchard y St-Amant, 1996; Courtenay 2000).

El análisis siguiente se divide en tres secciones. Primero, la construcción de femineidad como aquello que las entrevistadas piensan acerca de las mujeres en general, y que a su vez explica el por qué de conductas y posiciones. Después, la construcción de femineidad como aquellos elementos de la identidad de las entrevistadas que están ahí en tanto que son mujeres, y el efecto de estos en sus vidas y sus nociones de quiénes son. Finalmente, una sección dedicada al cuerpo femenino y sus significados, así como la experiencia del cuerpo vivido por las entrevistadas.

Lo que son las mujeres

En cuanto a la noción sostenida por las participantes de cómo deben ser las mujeres, la mayor parte considera que el ideal de mujer es la mujer sufrida. Las narraciones en las que describen a la mujer que admiran hablan de un personaje femenino que atraviesa por dificultades, que no es apreciado, y que en vez de escapar al maltrato o defenderse se mantiene en su sitio, que es la familia.

“Porque, pues ella sufrió mucho, cuando se quería casar no la querían dejar casar, y este, y luego, con la familia de mi papá sufrió muchísimo mi mamá y aguantó y aguantó, nomás por nosotros. Y, o sea, sufrió, o sea horrible, porque siempre le decían cosas y eso. Y mi mamá aguantó, y ha aguantado, hasta ahorita. Y por eso.” (Graciela, mestiza, puntuación alta)

Se trata de un personaje clásico en la identificación femenina mexicana. Es la que ante todo es mujer de su casa y cuida a su familia de manera sacrificada, sin esperar nada a cambio, y ha sido denominada “el ángel del hogar”, por Susana Montero en su análisis de la literatura mexicana del siglo XIX (Montero 2002). Pero el énfasis en el sufrimiento de este personaje lo pone más allá del papel de la madrecita buena. La mujer sufrida de estas

adolescentes es una mártir que pasa dolores, tal vez expiando así las culpas ajenas, y tal vez solamente porque es eso lo que la hace mujer

“Porque su marido, la engañaba, la golpeaba, y mi mamá le soportó siempre todo lo que le hacía. Y hasta el último momento en que él vivió. Porque él tomaba mucho, y él murió de, de cirrosis. Entonces, mi mamá lo soportó mucho. Y estuvo con él hasta el último momento, a pesar de que él era así, y de que casi la mataba, cuando le pegaba, y eso.” (Perla, purépecha, puntuación alta)

Para algunas de las participantes, el estereotipo es ligeramente diferente. La mujer debe sufrir, pero sobre todo sobreponerse, luchar. Se trata de un personaje más activo, cuyo mérito está en salir adelante, y no sólo en el sufrimiento previo.

“Aaa, de la de las, “Clase 406”, admiro a, Gaby, porque, a pesar de que la violaron, tuvo su niña, su casa, ha se, ha seguido adelante, a pesar de todo, y la admiro mucho porque tiene valor a sacar todo... su vida hacia adelante, y sola” (Leticia, mestiza, puntuación alta)

Otro componente del ideal es la capacidad de la mujer de sostener emocionalmente a los demás, sobre todo, de nuevo, a su familia.

“Pues... así con, como que, o sea que, que piense, así, así, o sea que entienda a todos, que, que sepa, o sea, entenderlos” (Lucía, purépecha, puntuación alta)

“Para mí la mujer perfecta sería... que si, entendiera al hombre.” (Karla, mestiza, puntuación alta)

Sin embargo, cuando se les pregunta a las participantes si ese modelo es el que quieren para sí, lo niegan. Se observa una primera diferencia entre un rol femenino tradicional, y uno más moderno que ellas empiezan a sostener.

“I: ¿Y a ti te gustaría ser como ella en algún sentido?”

G: Este, sí. Pero no en el sentido de que aguantó tanto, yo siento que yo no aguantaría. Yo si veo que me hacen así, yo me iría o no sé. Aunque dice mi mamá 'no, pues es que te tienen que importar los hijos, y darles un ejemplo', pero a la vez no, yo siento que no aguantaría. Estar sufriendo yo, no, no." (Graciela, mestiza, puntuación alta)

En cuanto a la valoración del rol de madre, una diferencia entre las entrevistadas purépechas y las mestizas, es que sólo entre las primeras aparece la admiración de la maternidad como fenómeno corporal, y no sólo como relación. Ellas entienden el embarazo como un poder femenino, y por lo tanto como una situación deseable.

"¿Lo que más me gusta de ser mujer?... Yo creo que una mujer, este, bueno, lo que a mí me gusta más de ser mujer es que... la mujer es, es lo que... que tiene al, a los bebés, es la mujer que da a luz a los niños, a las mujeres y a los hombres." (Araceli, purépecha, puntuación baja)

En cambio, para las entrevistadas en LR el embarazo existe sólo como la consecuencia indeseable del mal comportamiento sexual

"O sea no es bien visto. Yo no lo veo bien, y creo que mucha gente no lo ve bien, que ya a, la edad, salgas de tu prepa porque saliste embarazada, no mucho eso." (Alma, mestiza, puntuación baja)

Otro componente esencial en la feminidad exitosa, de acuerdo con las entrevistadas en ambas localidades, es la pareja heterosexual. Aunque la mayoría de ellas dice que lo principal es estudiar, y desean esperar a tener una profesión antes de casarse, la necesidad de tener novio es clara.

I: ¿Tú qué piensas hacer, en tu vida, qué planes tienes?

M: Pues, tengo planes de seguir estudiando, hasta tener una carrera, de eso tengo planes, y ya después, si se puede o si me alcanza el tiempo casarme." (Mónica, mestiza, puntuación baja)

“¿Por qué?, porque como, todas tienen novio, o que, todos tienen novia, yo soy la única que ando así, y yo digo “no, pues, no, mejor vayan ustedes, yo aquí me quedo en mi casa”. (Karla, mestiza, puntuación alta)

Las mujeres que no se casan, llamadas en la zona “cotorras”, son vistas como personajes malhumorados, que no viven vidas felices

“Sí, tengo unas tías que son así. Ya están grandes, y, no se casaron. Pero ella, ellas, una de ellas es enfermera, y trabaja, y, pues nunca he visto que salga así a divertirse con sus amigas, no, más bien se la pasan ahí encerradas, en su casa, y trabajando, y ya. Ni siquiera a nosotros nos visitan, ni nada, y nosotros, como si fuera ‘pues si no me visitan pues yo tampoco’, y así estamos, pero hay veces que sí las visitamos.” (Leticia, mestiza, puntuación alta)

En cuanto al comportamiento apropiado de una mujer, también es general entre las participantes la idea de que la mujer debe ser casta y la virginidad es importante.

I: ¿tú has tenido relaciones con tus novios?

P: No, jamás, no. Para mí es muy importante la virginidad. No, jamás, y si me lo pidiera tampoco. Yo siento que, si me pidieran eso sería como una ofensa. O sea no, no sé, a mí no, no me gustaría, la verdad.” (Perla, purépecha, puntuación alta)

Esto es así aún cuando algunas, en LR, consideran la posibilidad de tener relaciones. Serían válidas, según ellas, sólo en un contexto de pareja estable, y por amor, no por goce sexual.

“No, creo que, que eso es algo que... que yo quiero que yo quiero que a mí me entiendan, o sea es algo que quiera yo, y que él quiera, quiero que sea así bien, bien por amor. Mi pensamiento es hacerlo cuando me case, si no se hace así por una de estas cosas de que antes o, pues que sí, que eso. Pero más bien con la persona que me case o, o si no antes, después. Eso es lo que pienso yo sobre las relaciones sexuales, porque muchas lo hacen por experimentar, por a ver qué onda, porque el chavo está bueno, o por esto y por el otro y, no veo yo así las relaciones sexuales.” (Alma, mestiza, puntuación baja)

La mujer decente, para citar de nuevo a Montero (2002) (y recordemos que esta autora está analizando al modelo de feminidad en el siglo XIX), es: "... amorosa, pero no ardiente; receptiva para el sexo, mas siempre candorosa y casta" (*op cit*, p. 105). El amor, para ella, es una cuestión de emociones, y eso la hace frágil ante el ente sexual y descuidado que es el hombre.

"Creo que las mujeres somos como más, este, más sentimentales, o buscamos más a lo mejor sí lo de adentro" (Alma, mestiza, puntuación baja)

"Y son novios, pero él no la trata con, con cariño, y la mujer sí nomás le entrega todo. Y este, y, se puede decir que, que la que sufre más es la mujer que el hombre." (Karla, mestiza, puntuación alta)

Las mujeres, en general, deben ser bien portadas, obedientes, no contestar ni protestar. Y esto se naturaliza como parte de lo que ellas son

"Que a la mejor nosotras a veces titubeamos, dices ay, no, ¿cómo? ¿cómo les voy a decir eso? O por ejemplo con los papás, ¿no? Yo veo a mi hermano y digo, ay no, qué bueno que no es mujer (RISA). Porque... son más difíciles de, de controlar." (Brenda, purépecha, puntuación alta)

En este contexto, defender una posición es considerado una falla en el carácter

"Y hay veces que sí, hay veces que, no, los muchachos del salón son muy llevados, o sea, yo a mí me gusta participar en las clases y todo y por eso es cuando empiezan a, a hablar y todo. Y yo a veces no soy de las personas que me quedo callada y yo también les respondo, y a veces mi mamá "Por eso no tienes amigos" y que "por tu carácter", y que no sé qué." (Leticia, mestiza, puntuación alta)

Lo anterior podría entenderse como un ejemplo de la pérdida de voz de las mujeres al salir de la infancia. De acuerdo con Martín (1996), al enfrentarse las niñas al mundo adulto, en el que se espera de las mujeres un comportamiento sumiso, experimentan la prohibición

de expresarse, y en cambio deben aprender a decir lo que es correcto. Esto se traduce en una dificultad para comunicarse, por el miedo a que lo que se desea expresar no sea aceptado. De manera interesante, dos de las participantes con puntuaciones altas manifiestan un intenso deseo de ser oídas

“Siempre me ha gustado este, que todo mundo sepa, yo estoy aquí, y me gusta decirle a todo mundo, hablar.” (Alicia, mestiza, puntuación alta)

I: ¿Y tú ya pensaste en cuál (carrera) te quieres meter?

L: Pues sí, he estado pensando y creo que me inclino más hacia leyes. Yo creo que, más me interesan.

I: ¿Y por qué?

L: La verdad, porque, me gusta mucho alegar, no sé, me disgusta y, me pongo y me pongo y me pongo, hasta que no (RISA). Con mi mamá no se queda callada, y dice ‘no, contigo no se puede’” (Leticia, mestiza, puntuación alta)

Este último ejemplo nos lleva a discutir una diferencia observada al comparar entre las entrevistadas con alta puntuación, según si tienen un índice de masa corporal (IMC) bajo o alto, y que, según se verá en la discusión, es uno de los principales hallazgos de esta tesis. Las primeras, tal como se esperaría de acuerdo con la teoría que pone al perfeccionismo como un factor de riesgo para TA (Bruch, 1978; Garner *et al*, 1983), dicen querer cumplir con los elementos del estereotipo de comportamiento. Las segundas, en cambio, se resisten a él. Esto es aún más interesante cuando consideramos que tanto un IMC excesivamente bajo como uno excesivamente alto implican ruptura con lo aceptado, de modo que en ambos casos los cuerpos de las entrevistadas expresan una transgresión de las normas.

“Mis papás ya que vieron que yo siempre, fui de la escolta, siempre tuve las calificaciones muy excelentes ven que yo sí quiero en realidad superarme y que, realmente quiero ser alguien” (Alicia, mestiza, puntuación alta, IMC bajo)

“Y yo a veces no soy de las personas que me quedo callada y yo también les respondo, y a veces mi mamá ‘Por eso no tienes amigos’ y que ‘por tu carácter’, y que no sé qué. Le digo a mi mamá ‘es que yo no tengo por qué dejarme’. Yo en mi pensamiento, no

tengo por qué dejarme de que ellos me sigan diciendo a mí cosas, y, y ser la que 'ay, pues no, no te defiendas' que no sé qué." (Leticia, mestiza, puntuación alta, IMC alto)

Por otra parte, los ámbitos considerados aceptables para las mujeres son más amplios de lo que la afirmación del modelo tradicionalista podría hacer suponer. La mujer, de acuerdo con las entrevistadas, debe antes todo estudiar y tener trabajo, aunque este último se justifica, no por satisfacción o desarrollo personales, sino por la posibilidad de que un mal hombre descuide sus tareas de proveedor y la mujer quede desprotegida. Las mujeres deberían ocupar puestos importantes, y tienen la misma capacidad que los hombres. Para algunas de las participantes, esta noción choca con la de sus padres, pero sobre ese conflicto volveremos más adelante.

"Pues mi papá dice que tanto como el hombre y la mujer tienen derecho a superarse y estudiar" (Araceli, purépecha, puntuación baja)

"Y ahorita ya casi la mayoría de los papás te dicen 'no, tú tienes que estudiar', porque... es su preocupación, este, de que te vas a casar y te va a tocar un marido este, borracho, que te trate mal, y tú de perdis vas a tener tu trabajo, vas a tener, este.. vas a ¿?? de algo para que él, tú puedas mantener a tus hijos o te puedas mantener a ti. Eso yo digo." (Sofía, purépecha, puntuación baja)

En resumen, el modelo de femineidad generalmente aceptado por las participantes incluye elementos tradicionales (sacrificio, dedicación al hogar), y elementos modernos (importancia de la profesión). Como veíamos en la sección de antecedentes, esta combinación ha sido considerada como factor de riesgo para los TA. La doble exigencia contenida en el ideal de la súper mujer se observa en las entrevistadas en una versión diferente a la descrita por autoras anglosajonas. Allí, el ideal se compone de éxito laboral y económico, pareja heterosexual e hijos, y delgadez como representante de belleza física. Para las entrevistadas, el éxito laboral tiene criterios más humildes, se trata sólo de tener una carrera universitaria y un empleo, pero está igualmente presente, acompañado de la necesidad de matrimonio y de los hijos que nadie pone en duda que son su consecuencia. En cuanto a la delgadez, los resultados en este sentido se muestran más adelante. Antes de

analizar este y otros factores de crisis en la identidad femenina relacionados con las actitudes y conductas alimentarias de riesgo, haremos un aparte para discutir un elemento en su relación con la construcción de género de las participantes: la migración a los Estados Unidos.

Los Estados Unidos, para las entrevistadas, son un territorio de exclusividad masculina. Los hombres van allá, y a veces regresan, pero a ellas no les es permitido el acceso. Las buenas mujeres se quedan en casa, y esperan. Ir a los Estados Unidos implicaría el riesgo de volverse malas, perezosas, sexuales.

I: Y nunca pensaron que ustedes se pudieran ir también a vivir allá con él?

G: No porque, a mi papá no le gusta, porque dice que allá las costumbres son diferentes, y que, las muchachas así se echan a perder luego, luego, llegando allá.” (Graciela, mestiza, puntuación alta)

“Sí, bueno, porque allá son como más liberales. Este, no tienen como quien dice moral. Porque hay una chava que yo conozco que viene de Estados Unidos, que a ella no sé, no le importa que la, lo que la demás gente piense, entonces se pone, por ejemplo ropa, súper cortita o eso, a ella no le importa lo que diga la gente. Sin embargo a nosotros sí nos importa. Porque, el qué dirán, y a ella no. Y allá, por ejemplo, pueden llegar a la hora que sea a sus casas, no les dicen nada, y acá no, acá sí tenemos que llegar a una hora, a una hora determinada.” (Graciela, mestiza, puntuación alta)

Por otro lado, Estados Unidos es la razón de la separación del padre. La falta de figura paterna trae consecuencias negativas.

“Bueno, yo digo que por mi parte, mi amiga, tengo, le faltaba comunicación, con sus papás, porque, su papá no estaba, no estaba casi, porque estaba en Estados Unidos, y bueno, ahí hubo un problema y pues, yo veo que ahí se necesitaba comunicación. Porque, ella pensaba drogarse.” (Araceli, purépecha, puntuación baja)

Volviendo a los elementos que convierten al ser mujer en una identidad difícil, las entrevistadas consideran que la valoración social de la feminidad es negativa. En este

aspecto, sin embargo, hay una notable diferencia entre las que tuvieron alta puntuación y las que tuvieron puntuación baja. Para las primeras, la discriminación de género se ha dado en un nivel palpable.

“Desde que nací, pues, me rechazaron por el hecho de ser niña, mi papá no quería, este, ni siquiera que, bueno, ni siquiera cuando me bautizaron fue, mi papá. Porque siempre se tiene la idea de que el niño es mucho mejor que una niña.” (Alicia, mestiza, puntuación alta)

mientras que para las segundas se trata de algo que se sabe que ocurre, pero que no las toca tan de cerca

I: ¿Tú en qué has sentido discriminación?

M: Este, pues... ¿con el hombre y la mujer? **I:** mhm/ **M:**

¿Sí? Pues... pues como ya te dije que a veces no les dan las mismas oportunidades a las mujeres.

I: Pero a ti, a ti ¿Alguna vez te han discriminado por ser mujer?

M: ¿A mí? A mí no.” (Mónica, mestiza, puntuación baja)

Al mismo tiempo, las participantes con puntuaciones altas han experimentado conflicto entre el estilo de feminidad que desean adoptar, y el que sus padres esperan de ellas

“Lo que pasa que, yo mi familia así, mis abuelos, no querían que yo estudiara, mis papás un poquito sí pero se dejaban influenciar por ellos, porque era mujer. Porque se cree que, que las mujeres, no tenemos el derecho que a final de cuentas, nos vamos a casar y, y eso no tiene ningún provecho ni beneficio, el estudiar.” (Alicia, mestiza, puntuación alta)

En cambio, las participantes con puntuaciones bajas experimentan acuerdo entre el rol esperado de ellas por sus padres y el que ellas mismas desean

I: O sea tus papás no son de los que dicen que las mujeres no

tienen que estudiar.

A: No, no es eso sino pus, todo. Pues mi papá dice que tanto como el hombre y la mujer tienen derecho a superarse y estudiar.” (Araceli, purépecha, puntuación baja)

Situaciones que podrían considerarse discriminatorias de las mujeres, como es la negación de permisos para salir, son entendidas por las participantes con puntuaciones bajas como demostraciones del cuidado amoroso de sus padres hacia ellas. El control ejercido por los padres se percibe como una cualidad de la relación

“No que, bueno, o sea, sí me parece bien, pero... O sea a mí también, por las condiciones que me dicen de que pues ya está noche, en qué te vas a venir, eso, como que sí me parece algo lógico de ellos.” (Alma, mestiza, puntuación baja)

Las participantes con puntuaciones altas describen situaciones similares como límites impuestos a las mujeres, límites que resienten

“Pero allá es como que sí te cuesta mucho trabajo, que, que le pidas permiso para ir a un baile, que dice ‘no, pues como mujer tú no debes de ir a los bailes’” (Perla, purépecha, puntuación alta)

Así, la ambivalencia o franco disgusto hacia el ser mujer, uno de los elementos considerados como de riesgo para TA, es más pronunciado entre las participantes con puntuaciones altas. Son ellas las únicas que sienten que deben justificar que valen, pese a ser mujeres

“... y únicamente lo que yo he hecho en la vida es demostrar, a mí misma y a los demás, que tú puedes, y que, siendo mujer o hombre, no importa que, a veces aunque se nos prive de algunos derechos, si tú en realidad lo deseas, tú eres capaz de lograrlo” (Alicia, mestiza, puntuación alta)

“Como más sobresalientes, tienen que hacer méritos para que, ya no digan que, que los hombres, este, son superiores. Como, trabajar en puestos más importantes, como

en la política o en eso que sobresalgan.” (Graciela, mestiza, puntuación alta)

Resumiendo, en el análisis de la construcción de género, se observó en las entrevistas que existe un acuerdo acerca de que la mujer debería ser sufrida, dedicada a su familia, asexual y poco asertiva. Las entrevistadas suscriben un ideal de la súper mujer a la mexicana, según el cual las mujeres deberían trabajar, por si falla el esposo, y al mismo tiempo cuidar de su familia, pero el sufrimiento, más que el éxito, parece ser el criterio que las hace valiosas. La importancia de la delgadez como parte de este ideal se discute en la parte siguiente.

Las comparaciones entre instancias mostraron que las entrevistadas con puntuaciones altas experimentan un conflicto entre el papel que desean adoptar, y el que sus padres esperan de ellas como mujeres. Asimismo, las participantes de este grupo han vivido el ser mujeres como una identidad poco valorada, a diferencia de las entrevistadas con puntuaciones bajas. De las entrevistadas del grupo de alta puntuación, las que tienen un alto IMC se muestran explícitamente rebeldes ante su condición de mujeres, lo cual no es así entre las que tienen un IMC bajo. Sin embargo, en ambos casos el tener un peso que transgrede los límites de la normalidad podría ser interpretado como una rebelión inconsciente (MacSween, 1993).

Identidad y género

Dentro del tema de construcción de género, un aspecto importante es el de la relación entre esta construcción y la identidad, el modo en que lo social se convierte en lo personal. Para guiar el análisis siguiente, retomaré los conceptos de demostración de género e identidad.

La identidad, de acuerdo con Castañeda (1995, p. 34), puede ser entendida de tres modos. El primero es el ontológico, según el cual la identidad es aquello que constituye la esencia del ser. El segundo es el psicológico, la identidad como aquello que constituye a un sujeto psíquico. Por último, el socioantropológico, según el cual los individuos son constituidos en tanto miembros de un grupo. La identidad de género es, nos dice esta autora, la dimensión del proceso de identificación donde el reconocimiento de ser parte de un género orienta y articula la experiencia vital del individuo (*op cit*, p. 12).

En el análisis que a continuación presento, la identidad se entiende en los dos últimos sentidos. Es, primero, identidad genérica, el modo en que se experimentan a sí mismas las entrevistadas en tanto mujeres, las valoraciones y significados que asocian a esta pertenencia. Luego, es la persona que constituyen ante sí mismas, persona cuya valoración y componentes también han sido determinados por su género, desde el momento de su nacimiento y de la atribución que recibieron de sus padres y otros adultos. Estos dos ejes no están separados, constituyen una sola experiencia vital, y es de este modo como procedo a analizarla.

La mayoría de las entrevistadas, al preguntárseles directamente si les gusta ser mujeres, responden en sentido afirmativo. Los elementos que componen ese gusto son la maternidad (en el caso de las purépechas), y la mayor capacidad, responsabilidad, o “inteligencia” que las mujeres tenemos

I: ¿qué otra cosa te gusta de ser mujer?

A: Muchas cosas (RISA)

I: A ver, hazme la lista.

A: Mmm... Bueno, pues, una mujer es más, más capaz, que el hombre, de realizar sus cosas. Es más... Yo digo que una mujer es más inteligente que el hombre... Estoy bien, así, de ser mujer. Todo.” (Araceli, purépecha, puntuación baja)

“Pero me gusta ser mujer porque... ay, no sé, no sé, pero me gusta. Hay más cosas, también, para comprar, hay más ropa (RISA). Para empezar. Mmm, tener familia. Porque como que los hombres son más irresponsables, nunca, nunca están ahí, y las mujeres sí. Son más, leales, como que dan más con el corazón, no nada más de la boca para afuera. Por eso me gusta.” (Brenda, purépecha, puntuación alta)

Así, la entrevistadas se valoran en tanto mujeres precisamente por las características que son la norma del ideal de conducta femenina. Les gusta ser mujeres porque son más responsables, cuidan más de los otros, tienen mayor capacidad para cumplir con los deberes que les son asignados.

La transgresión de normas, en cambio, es privativa de los hombres, y es en este sentido que algunas de la participantes mencionan un cierto interés por ser miembros del otro género. Esto es explícito en algunas

“Y de lo de hombre a lo mejor como para hacer una travesurilla de que... hacer cosas que... que darle una nalgada a una mujer, algo así, pero (RISA) no es algo de que a mí me guste sino, travesurillas así, pero no, cambiarlo no, porque ya tengo mi, mi vida así a lo mejor sí.” (Alma, mestiza, puntuación baja)

e implícito en otras, como en Lucía, que desea acceder a un espacio que, como dijimos antes, es considerado por ellas masculino

“Me gustaría estudiar así, medicina, o, o bueno pues también ser una maestra, o. Pero una maestra así, de inglés, una maestra de inglés. Quiero aprender a hablar inglés, leer, todo eso, saber inglés.

I: ¿Te irías a vivir a Estados Unidos?

L: A vivir no. Pero ir, sí, sí me gustaría.” (Lucía, purépecha, puntuación alta)

De este modo, las participantes valoran su identidad de mujeres en tanto ésta se corresponde con las normas de la femineidad, las cuales revisamos en la sección anterior. Siempre y cuando se apeguen a estas normas, estas adolescentes pueden disfrutar su ser mujeres.

Entre las entrevistadas con puntuación alta y baja se observan diferencias en cuanto a la relación con su condición de mujeres. Las de puntuación baja, en general, la disfrutaban en los términos anteriormente señalados. En cambio, las entrevistadas con puntuaciones altas expresan conflicto con su identidad femenina en tres ángulos.

Por un lado, las que tienen un IMC alto sienten como una falta personal su incapacidad para cumplir con la norma de la delgadez. Su preocupación por el peso se expresa sobre todo en términos del deseo de acercarse a ese cumplimiento. Así, ellas suponen que si tan sólo pudieran ser como debe ser una mujer, esto es, delgadas, disfrutarían de su femineidad usando la ropa de moda, teniendo novio, luciendo su silueta en una playa. Así, tal como

ocurre con las participantes de puntuación baja, consideran que ser mujer es disfrutable siempre y cuando se cumpla con una cierta norma.

En segundo lugar, las entrevistadas de este mismo grupo se rebelan explícitamente ante algunos elementos de la norma (por ejemplo, la obligación de encargarse de las tareas del hogar, la negación de permisos). Esta rebelión explícita no aparece en ninguna de las participantes con puntuación baja.

Tercero, las entrevistadas con puntuación alta, independientemente de su IMC en general experimentan el ser mujeres como una condición de inferioridad, sienten que deben demostrar que valen aunque sean mujeres, mientras que las de puntuación baja no sienten esa necesidad.

Así, lo dicho por las participantes indica, por un lado, que la condición femenina es aceptable siempre y cuando cumpla con lo socialmente aceptado. Por otro, se observa una relación entre las actitudes y conductas de riesgo, y el conflicto con esa condición.

Cuerpo

Se discutirá ahora lo encontrado en las entrevistas acerca de la experiencia del cuerpo. La llamada “alteración de la imagen corporal”, es un elemento enlistado tanto entre los síntomas como entre las causas de los TA (APA, 1994). Al explorar aquí la forma en que las participantes construyen simbólicamente su corporeidad, intenté ir más allá de este concepto. El cuerpo al que hago referencia no es, para empezar, el cuerpo natural o físico, antes o más allá de su aprehensión por la conciencia. El cuerpo que entra en juego, tanto en la construcción de género como en el riesgo de TA, está en el terreno de lo imaginario, “... imágenes, símbolos, metáforas y representaciones que ayudan a construir diversas formas de subjetividad.” (Gatens, 1996, p. viii). Es el imaginario socialmente construido el que determina la vivencia individual del cuerpo. El cuerpo en el imaginario es histórico y pertenece a un género, del mismo modo que pertenece a un grupo social, étnico o de edad (Weiss, 1999). El cuerpo experimentado por el sujeto, por otra parte, no es unitario, y por lo tanto hablar de imagen corporal es errado en tanto que apunta a una identidad corporal fija. “Las imágenes del cuerpo no son discretas sino que forman una serie de identidades

superpuestas, de modo que uno o más aspectos del cuerpo sobresalen en cada punto específico del tiempo” (Weiss, *op cit*, p. 1).

Indagando en los usos del cuerpo, pregunté a las participantes por su participación en deportes, baile. Pero estos son referidos como eventos sociales, más que corporales. El cuerpo es nombrado en tres aspectos: el cuerpo reproductor, el cuerpo para gustar a los hombres, y el cuerpo sano.

El cuerpo reproductor es valorado solamente por las purépechas, para quienes el embarazo y el parto son momentos importantes y deseados, lugares de poder de las mujeres. La menstruación, en cambio, es casi universalmente rechazada

“No me gustaba, y no me sigue gustando, no me gusta que nos baje. Porque dejas de hacer cosas que, que a veces tienes planeado, lo tiene que cancelar, porque... Ni modo que te vayas a la alberca en tus días, ¿verdad?” (Mónica, mestiza, puntuación baja)

Este rechazo es más marcado entre las participantes con puntuación alta, que relatan experiencias de primera menstruación en general desagradables, incluso humillantes

“Estaba exponiendo y, y echándome un, un discurso de, de ora, y todo eso, y llega ahí, y paso la vergüenza más horrible porque... todo mundo empieza a, a integrarte a un grupo, estaba apenas entrando y, y me pasa eso entonces quería morirme (RISA), quería que, desaparecer del planeta porque...pues sí, me dio muchísima vergüenza.” (Alicia, mestiza, puntuación alta)

Algunas de las adolescentes purépechas, sin embargo, hablan de la menstruación también en términos positivos. Una de las participantes con puntuación alta, en contra de la teoría que indica que en los TA hay un rechazo tanto a la menstruación como a la madurez (Garner *et al*, 1983), aprecia a la menstruación como indicador de una madurez deseada,

I: Cuando tú empezaste a menstruar, cuando tuviste tu primera menstruación, ¿cómo te sentiste?

L: O sea, me sentí como que... si ya era muy grande, así, dije ah. Yo me sentía antes así una niña todavía, y, de, que pasó, de que pasó este, yo dije no, ya no soy una niña.

O sea, también empecé a portar así, como que si ya fuera grande, así, empecé a hacer, cosas que no hacía de niña.” (Lucía, purépecha, puntuación alta)

El segundo cuerpo dicho, el que es para gustar, tiene gran importancia en tanto contribuye a la obtención de una pareja, que es a su vez criterio del éxito.

“I: ¿Pero entonces tú si crees que es muy importante estar delgada, para gustarles a lo chavos?

L: En eso sí. Yo pienso para mí, sí. Porque bueno, pues, sí se siente uno mal, cuando un chavo te dice ‘no, ¿sabes que?, no me hables’, y después te enteras que te dijo eso porque estabas gorda, estás gorda” (Lucía, purépecha, puntuación alta)

A este respecto, dice Bartky (1994, p. 77): “En el régimen de heterosexualidad institucionalizada, las mujeres deben convertirse en ‘objeto y presa’ para el hombre... En las sociedades patriarcales contemporáneas, hay un hombre experto residiendo en la conciencia de cada mujer: están perpetuamente bajo su mirada y bajo su juicio. Las mujeres viven su cuerpo como visto por otro, por un anónimo ‘otro’ patriarcal.” De acuerdo con sus respuestas, las entrevistadas perciben que los hombres prefieren a las delgadas, y es esa su principal razón para desear adelgazar.

Martin (1996) señala cómo el proyecto vital de las adolescentes fácilmente se centra en su cuerpo en tanto cuerpo que gusta al otro. Williams (2002) ha observado que esto es más marcado en las jóvenes de niveles socioeconómicos inferiores, que ven al matrimonio como su mejor posibilidad para un cambio de vida.

Para casi todas las participantes, el cuerpo es parte del arreglo personal, de lo que hace deseable a una mujer. Y para cumplir con ello, debe ser delgado.

“Pues que se empezaron a sacar esos pantalones, y que se tenían que usar así. Y ver que las muchachas tenían que estar bien delgadas.” (Perla, purépecha, puntuación alta)

Sin embargo, el énfasis en el cuerpo delgado como componente de la mujer ideal aparece sobre todo en las participantes con puntuación alta.

Un tercer cuerpo, el cuerpo sano, es mencionado solamente por las participantes purépechas. Son ellas las que dicen practicar ejercicio por salud, no por deseo de adelgazar, y también las únicas que consideran que la delgadez, tanto como la gordura, pueden representar enfermedad.

I: ¿Tú crees que es importante cuánto pesa uno?

A: Sí.

I: ¿Sí? ¿Por qué?

A: Porque hay... si por ejemplo una persona, está chaparrita, y pesa de más, es porque... este, anda mal de peso, tiene que bajar de peso. Su cuerpo no soporta más peso, y, o si alguna persona le falta, pus también es porque quiere decir que está débil o... y tiene que subir de peso.

I: O sea igual está mal pesar de menos y pesar de más /**A:** sí, de más. Tiene que pesar lo que su estatura es, lo que corresponde, a cuanto debe, de pesar.” (Araceli, purépecha, puntuación baja)

“... pero más que nada es por salud, porque yo he visto, pues, que unas se ponen a hacer ejercicio pero que porque el doctor les dijo que tienes kilos de más, o eso. Más que nada pues hay, aquí es sólo por salud, he visto eso, pues.” (Carmen, purépecha, puntuación baja)

Los profesionales contribuyen a que el cuerpo sano se imbrique con el cuerpo delgado. Nutriólogos, médicos y maestros promueven la delgadez como parte de un discurso sanitario, que para algunas participantes se mezcla estrechamente con la problemática de las conductas de riesgo.

“Porque me he estado tratando con una nutrióloga en Zamora, ella me dijo que... que no era eso, que mi problema era de que, yo estaba enferma del colon, que tenía colitis, y que, y que era por eso que no, no podía adelgazar mucho, me decía que, me inflamaba mucho del vientre, y que, ese era mi problema, que no era de obesidad ni nada de eso” (Perla, purépecha, puntuación alta)

I: ¿Pero de qué te quieren operar?

B: De... de una hernia en el disco.

I: Ah, ajá.

B: En la columna. Entonces, el doctor había dicho que me cuidara, que no subiera de peso. Pero no sé, como que eso me dio coraje, y empecé a comer y a comer y a comer y a comer. Y subí, y ahorita, es más que nada eso. Y ‘nada más cómete esto’, y ‘nada más cómete esto’, pero, no sé, me desespera mucho.” (Brenda, purépecha, puntuación alta)

En suma, son tres los cuerpos dichos por las participantes. Primero, el cuerpo reproductor, que es valorado sólo por las purépechas, y particularmente rechazado por las entrevistadas con puntuación alta. Luego, el cuerpo a los ojos de los hombres, que para este último grupo tiene una especial importancia. Finalmente, el cuerpo sano, promovido por un discurso médico que en algunos casos se suma al deseo de adelgazar por razones estéticas.

“Lo que suponemos que es la esencia propia del género se produce mediante una serie constante de acciones, se crea a través de la estilización genérica del cuerpo” (Butler, 1999, p. XV). El cuerpo femenino ha sido socialmente representado como cercano a lo animal, a lo no civilizado (Bordo, 1993; Ortner, 1996). Por lo tanto, las técnicas regulatorias del cuerpo son especialmente aplicadas en las mujeres. Mientras que el cuerpo masculino toma forma con técnicas destinadas a desarrollar sus habilidades, a ampliar su dominio del mundo exterior, el femenino se crea sobre todo en actividades que lo contienen. De los tres cuerpos destacados por las participantes en este estudio, dos de ellos, el de gustar y el sano, corresponden a este cuerpo controlado. El cuerpo reproductor, tal como es enunciado por las purépechas, es en cambio un cuerpo creador, más que normado. Por otra parte, así como la mujer tradicionalmente existe para los otros, y no para sí misma, el cuerpo de gustar depende para su existencia de la mirada masculina (*op cit*). El cuerpo reproductor, en cambio, si bien es el cuerpo de la madre, la que como ya hemos visto existe sobre todo para sacrificarse por su familia, se menciona en el sentido de un cuerpo capaz, que trae consigo la experiencia placentera de la maternidad.

Resalta la ausencia de un disfrute del cuerpo que pueda ser enunciado. No se menciona ni siquiera la posibilidad de disfrutar de ese cuerpo que gusta a los hombres, o del cuerpo sano. El único cuerpo que se acerca en la forma de ser dicho a lo gozoso, es el cuerpo reproductor mencionado por las purépechas.

Actitudes y conductas alimentarias

Las adolescentes entrevistadas saben que las mujeres delgadas son más valiosas. Saben que la delgadez es deseable. Sin embargo, como dije antes, la delgadez es un componente esencial del ideal femenino sólo para aquellas que tuvieron una puntuación alta en los cuestionarios.

Un concepto propuesto al comienzo para la interpretación del por qué de estas conductas fue el de prácticas de género. La pertenencia de género se refuerza, ante uno mismo y ante los otros, mediante conductas que manifiestan esta pertenencia (Courtenay, 2000; Kessler y McKenna, 1978). En este sentido, cuando las entrevistadas dicen que estar delgada es la moda, muestran su conocimiento de esta característica como algo esperado de ellas

“Pues que se empezaron a sacar esos pantalones, y que se tenían que usar así. Y ver que las muchachas tenían que estar bien delgadas.” (Perla, purépecha, puntuación alta)

Cuidar el aspecto, además, es parte de lo que es femenino

“Sí, porque, bueno a lo mejor también tiene que ver que yo era más... no me arreglaba, me daba igual como viniera. Este, era muy, no sé, a la mejor muy guandajona. Así, como que todo a la ligera y me valía todo. Para la escuela era buenísima, era más buena que ahorita, porque ahorita soy muy mala. Este... pero cuando entré, al concurso, fue como que agarrar las cosas femeninas... Y era algo que yo no tenía.” (Brenda, purépecha, puntuación alta)

“Pero empecé a agarrar eso, porque, la persona que me preparaba (para el concurso de belleza) me decía ‘mira, tienes que estar así’ y ‘camina así’ y ‘aunque no estés en el concurso trata de poner, que eso les gusta a, a las personas, de una mujer’. Y pues era elegante.” (Brenda, purépecha, puntuación alta)

“ (la mujer ideal es) Bueno, lógicamente, sí, así delgada. No digo así una exageración ¿verdad?, pero sí delgada. Que se vea elegante.” (Brenda, purépecha, puntuación alta)

El interés de las mujeres por su aspecto se naturaliza en la idea de la mujer vanidosa

C: Ay, yo siento, yo pienso que siempre ha sido igual. Sí. Sí, porque imagínate, desde Egipto (RISA). Que desde quién sabe cuántos años atrás pues sí, no. No, pienso que sí sigue siendo igual.

I: ¿Y por qué somos vanidosas, o sea?

C: (RISA) Eso sí no sabría responder. Pues no sé.

I: ¿Ya lo traemos, o?

C: Sí. Ya viene en la sangre (RISA).” (Carmen, purépecha, puntuación baja)

Siendo la vanidad una característica de las mujeres, ejercerla es demostración de feminidad. Como parte de esto, un tema de conversación habitual entre amigas es el del peso. Hablar del peso y preocuparse por él es un tema de conversación femenino.

I: Y entre tus compañeras de la escuela, se preocupan mucho por estar delgadas, ellas?

A: Sí.

I: ¿Sí?

A: Unas, y otras sí que ‘ay que, que ya estoy engordando aquí’ y así. Dicen algunas. Unas y otras.” (Araceli, purépecha, puntuación baja)

“Porque, hay otras.. o hay otras amigas que, o unas compañeras que, que luego, que dicen ‘ay, no, esto y aquello, y no voy a comer, no voy a comer esto’ nomás se la pasan comiendo pura fruta...” (Sofía, purépecha, puntuación baja)

Estas conductas deben ser entendidas en el contexto de un grupo de mujeres adolescentes que están pasando por un proceso de diferenciación en cuanto a estereotipos de género, en relación con la generación de sus madres.

I: Oye, la generación de tu mamá se preocupaban menos por el peso, ¿no?

G: Sí. O sea... si estabas flaca qué bueno, si estabas gordita también. Así se casaban y eso.” (Graciela, mestiza, puntuación alta)

Así, la delgadez se constituye en marcador de esa diferencia. Las madres no se preocupaban por el peso. La búsqueda de la delgadez es parte de la vida en un mundo más moderno.

I: Por ejemplo tu mamá ¿tú la has oído que diga ‘ay, estoy gorda, quiero bajar de peso’?

C: No, ella dice ‘yo quiero subir’ (RISA). Lo que pasa es que hace poquito tuvo una enfermedad y bajó mucho de peso, y ya más bien se tardó de recuperar otra vez a su peso normal. Y ahí está quieta, como si nada.” (Carmen, purépecha, puntuación baja)

I: ¿Y a tus tías (que estaban en Estados Unidos), las has oído decir que quieran bajar de peso?

C: Sí, pero... pero se iban a correr nada más. Ya entonces, ya ahorita ya mis tías ya se fueron también a Estados Unidos y ya... ya no he oído a nadie.” (Carmen, purépecha, puntuación baja)

Entre las purépechas, esa diferenciación por generaciones es aún más marcada. El vestido y el idioma que ellas usan son diferentes a los que usaban sus madres

I: ¿Y ella qué dice de que tú no andes vestida así? ¿de que te vistas diferente?

A: No, pues... no dice nada porque ahora ya, casi ya la mayoría ya no se viste así, aunque ella dice que en su época a los de 12 años ya se vestían así, no, no usaban falda ni pantalón. Sino que se vestían así, ese era su, vestido de diario, de todos los días, y ahora pues no, los tiempos están cambiando, pues ya. Ya casi se usan faldas, si no pantalón.” (Araceli, purépecha, puntuación baja)

I: ¿Y tú a veces te vistes con el traje tradicional?

L: Nnn, no.

I: ¿Nunca?

L: Sí me he vestido, dos veces, en mi vida, nada más. No me gustó. No me gustó cómo, cómo me veía, cómo, cómo. O sea, pues más que nada me decían que no, que no se me veía bien, que me veía así, y yo, ya no me lo volví a poner desde que me dijeron eso.” (Lucía, purépecha, puntuación alta)

La diferencia, además, debe ser entendida en el marco de la discriminación racial, en el que el estereotipo de belleza tiene un doble significado. Por un lado, representa un ideal supuestamente universal, una norma que no deja lugar a la diversidad, la señal de una femineidad única a la que todas las mujeres deberían plegarse (Butler, 1999). Pero además, es un estereotipo étnicamente específico. La mujer alta, delgada, de piernas largas y espalda estrecha, con nariz fina y piel clara, es un modelo anglosajón, que para las mujeres de otros grupos étnicos es particularmente difícil alcanzar (Buchanan, 1993). En este sentido, el modelo estético representa también la pertenencia a un grupo socialmente privilegiado, y se convierte en un elemento de distinción, en el sentido de Bourdieu (2002): aquello que marca a quien lo posee como miembro de un grupo, y deja fuera de este a quien no lo posee.

I: ¿Tú tienes amigas, o compañeras, que sus mamás todavía se vistan con el traje tradicional?

P: Sí, casi la mayoría, la mayoría. Y como ahorita ya cambió mucho eso de, las modas, ya hasta se avergüenzan de, de cómo se visten sus mamás, sus parientes. Yo no estudiaba aquí, yo estaba estudiando en Zamora, en una preparatoria, y, y yo cuando estudié allá, estaba estudiando, este, tenía una compañera de La Cantera que, que su mamá se vestía así, con su traje, y una vez fue allá, y como es una escuela de ricos, le dicen, llega ella, y le habla, pues todos se empezaron a reír, que ella iba vestida así su mamá. Y pues ella sí se avergonzó mucho y no le gustaba que ella fuera a la escuela, que porque se vestía así. No le gustaba. Y pues sí iba, pero, como que ella se escondía. Como que le daba mucha pena, por eso.” (Perla, purépecha, puntuación alta)

Tal vez esto explica por qué las mestizas, al preguntárseles “¿a qué mujer admiras?”, contestan todas en primer lugar que a su madre, mientras que ninguna de las purépechas lo hace

“Pero mi mamá no sabe leer. A veces que le estamos diciendo ‘esta es la A, esta es la A, esta es la C’. Este... y ya digo, pues mi mamá es así, aunque sea así yo la quiero mucho, y... pues es mi mamá.” (Sofía, purépecha, puntuación baja)

La alimentación, en el mundo tradicional purépecha, es un elemento de cohesión, y una parte importante de la crianza (Barriguete *et al*, 1998). Algunas de las entrevistadas aún lo viven así

I: ¿Y quién hace de comer?

S: Casi siempre mi mamá. Casi siempre ella porque ya llegamos de la escuela y, ya nos tiene la comida hecha. Ya nomás de comer y ya, comemos, ya platicamos un rato y ya cada quien a hacer sus cosas.” (Sofía, purépecha, puntuación baja)

Para otras, en cambio, la comida empieza a estar más relacionada con las dietas y el miedo a engordar

“Siempre, aunque tengo, me estoy peleando así con la comida, pero me llama la atención. Me gusta hacer de comer. Y este... repostería y eso sí sé hacer.

Entonces, mmm, es lo que dice mi mamá, que cómo voy a estudiar eso (GASTRONOMIA), si a cada rato estoy con que ‘no, hoy no como’, y al rato vuelvo a comer. Le digo ‘ay, pues yo preparo la comida y no me la como, yo nada más la sirvo’ (RISA).” (Brenda, purépecha, puntuación alta)

Pasemos ahora al tema de la discriminación experimentada por las adolescentes que no tienen la figura delgada. Cuando la delgadez es un elemento de distinción, los gordos son parte de un grupo inferior.

“Ahorita también tengo una sobrina que está igual que yo, también, tiene 9 años, y también está muy gordita. Y hasta sus papás pues la discriminan, le dicen, ‘que estás bien gorda, que cuando te subes a un camión hasta el camión se mueve’. O sea te dicen cualquier cosa. Y ella, pues ella no dice nada, que a veces sí se pone a llorar mi sobrina, pero.” (Perla, purépecha, puntuación alta)

Tener un alto IMC implica estar expuesta al maltrato por parte de compañeros y familia

“Y al momento que ya estoy arreglada, me dice ‘¿no te puedes poner otra ropa?’ Y yo

‘¿por qué?’, pero me lo dice pues gritando, me lo dice molesta. Me dice ‘¿es que no te das, no te das asco? le hace ‘estás bien gorda’ le hace...’ (Karla, mestiza, puntuación alta)

Para algunas participantes, además, existe un conflicto entre dos modelos estéticos: de niñas les hicieron saber que estar gordas era estar sanas, algo aprobado por sus madres. Ahora, de adolescentes, deben cambiar su figura para adaptarse a lo requerido por sus pares, y a veces por esas mismas madres.

“Pero yo lo hice porque, y todavía me acuerdo, desde que estaba niña, teníamos una vecina que... que su hija era gordita, y le decía, le decía mi mamá a, pues a la vecina, le dice ‘oyes, que niña tan, tan gordita tienes, qué bien que come’, le dice ‘no, pues sí come muy bien’, le dice ‘no, pues mi hija no come nada de bien, cómo me gustaría que estuviera como la tuya, así de gordita, de llenita’, porque yo era muy delgada. Y, y yo oí eso que mi mamá me quería así, y yo dije ah, pues entonces ahora voy a engordar. Pero yo sin pensar que en un futuro me iba a afectar o que me iba a traumar con eso. Y sí, comía mucho, y, en lugar de caminar, me acostaba en el sillón. O sea, me puse bien gorda y, y ya hasta después que, que llegué aquí al pueblo, es muy, muy raro que veas a una gordita, porque la discriminan aquí. También en Zamora, pero, como que allá, este, en ese tiempo, estaban muy de moda las gorditas, o sea no, no se veía mucho una flaca, delgada, o sea no, había puras gorditas” (Perla, purépecha, puntuación alta)

La importancia de la belleza, y con ella de la delgadez, es raramente cuestionada. La resistencia al ideal, cuando ocurre, se da como parte de un discurso según el cual el cuerpo es transitorio y debería tener menos importancia

“Ay no sé. Pero yo pienso que, que, que no debemos de pensar en, en lo físico, al último, sí, sí cuidarnos, pero, pero no arriesgar nuestra salud por estar delgadas. Porque... porque al último de todos modos, esto se me va a podrir, se lo van a comer los gusanos, y, y lo que importa pues es lo interior. Esto ya no, ahí que quede.” (Perla, purépecha, puntuación alta)

El cuerpo, en este discurso, es no sólo menos importante que el alma, como propone gran parte de la filosofía occidental (Bordo, 1993), sino repugnante, un discurso que parece relacionado con la dicotomía cristiana entre cuerpo como sitio de pecado y alma como lugar de la salvación.

Sólo una de las participantes esboza la posibilidad de que el ideal estético sea diverso, de que la belleza no sea sólo una

“Aunque también un, un muchacho también me dijo, que conocí por Internet ‘no’, le digo, ‘yo estoy bien fea, estoy gorda’, y que no sé qué. Y dice ‘no, es que nadie somos feos’. Y es el que está, él está delgado y yo, es la primera persona que escucho de que me dice ‘es que nadie es feo’. Y, de veras que ahí me cayó mucho mejor. Muy bien (RISA).” (Leticia, mestiza, puntuación alta)

La resistencia al ideal es más marcada en Araceli. Para ella, la necesidad de ser delgada es un error, al que se opone desde su pertenencia a una comunidad religiosa. El apoyo de esta comunidad le permite ser diferente a sus compañeras, no requerir, como ellas, llevar a cabo una demostración de género ligada al cuerpo atractivo. En este sentido, la religión y la sensación de ser parte de una comunidad aparecen como un posible factor protector contra las conductas de riesgo (Bhugra, Bhui y Gupta, 2000).

“pues uno ahí es lo que está aprendiendo, de ser amable, tenerle amor a otras personas, y este, respetarlo y... ser paciente con los demás.” (Araceli, purépecha, puntuación baja)

I: ¿qué es lo más importante para ti en la vida, ¿qué sería?

A: Mm, más importante... en la vida... Para mí, sería servirle a Dios... Y pus... y estudiar.

I: Eh, ¿de qué manera le servirías, o le sirves, a Dios?

A: Bueno, como, no sé si ha, nunca usted ha platicado con un testigo de Jehová, así de esa manera le serviría a Dios. A comunicarles a otras personas el, el objetivo de Dios, lo que es, traiga en este mundo, no sé si, le han platicado, que el objetivo de Dios es que, toda la gente, este... que aquí el quiere que sea un paraíso como fue antes, cuando estuvo Adán y Eva, y todos... se... lleven bien, se, bueno, ese objetivo. Y, me gustaría ahí, platicarle a todos.” (Araceli, purépecha, puntuación baja)

Resumiendo, la delgadez es un valor aceptado, en general, por todas las entrevistadas. Puede entenderse como un elemento en su demostración de feminidad, y en su separación del estereotipo tradicional sostenido por sus madres. Pocas de ellas llegan a cuestionar ese ideal, y en este sentido parece ser un factor protector la religión, con su discurso de el cuerpo como poco importante. La posibilidad de una diversidad de modelos estéticos, de un cuerpo entendido como valioso sin importar su semejanza a un solo estereotipo, es apenas rozada por la participantes.

4.5 Limitaciones de la fase cualitativa

La principal limitación en esta segunda fase del estudio fue la falta de tiempo y recursos, que impidieron la inmersión de la autora en la vida cotidiana de las participantes, y eliminó la posibilidad de volver a entrevistarlas para profundizar en las cuestiones que el análisis de las transcripciones iban revelando. Esta última práctica, esencial para llevar a cabo un buen estudio con el método de comparaciones constantes, hubiera mejorado la precisión de las conclusiones.

La limitación temporal impidió también la búsqueda de casos que fueran contradictorios de las interpretaciones presentadas. Tampoco fue posible la búsqueda intencionada de sujetos que suscribieran el rol femenino tradicional purépecha, para indagar con ellas en otros posibles significados de la delgadez, la alimentación, y en general de la femineidad.

V DISCUSIÓN

En este capítulo se comentan los principales datos encontrados en este estudio, a la luz de lo propuesto por otros investigadores en cuanto a las relaciones de cultura, género, y conductas alimentarias de riesgo. Se sugiere también que un supuesto con el cual inició el trabajo, el de que los TA y las conductas alimentarias de riesgo conforman un continuo, es menos útil para la comprensión y manejo de estos fenómenos que el entenderlos como entidades separadas, y se contrasta esta propuesta con lo encontrado en otras investigaciones.

5.1 TA y cultura

Como vimos en los antecedentes, la idea de que la cultura juega un papel en la determinación de los TA y conductas relacionadas se basa en la presencia diferenciada de éstos en grupos humanos diferentes.

Un hallazgo interesante en este trabajo fue el encontrar niveles elevados de actitudes y conductas alimentarias de riesgo, e incluso probables casos de TA, en una zona no urbana. Como se dijo antes, la propuesta de una determinación cultural de los TA se apoyó en parte en la presencia de éstos en regiones urbanas de los países desarrollados, y su supuesta ausencia en zonas rurales. Esta diferencia ha sido puesta en duda desde hace varios años (Van Hoeken *et al*, 1998), y se ha planteado la posibilidad de que los casos en zonas rurales hayan aumentado al extenderse a ellas elementos culturales como el culto a la delgadez (Becker *et al*, 2002). A pesar de ello, la mayoría de las investigaciones de TA siguen realizándose exclusivamente en las grandes ciudades.

Los resultados aquí presentados llaman la atención hacia la problemática de los TA y conductas relacionadas en localidades menores. En el contexto del racismo que aún se observa en nuestro país, es posible que estas conductas se vuelvan incluso más prevalentes, al intentar las adolescentes asimilarse a un modelo de mujer que es difícil que puedan alcanzar (Buchanan, 1993). Esto indica la necesidad de estrategias específicas de promoción y manejo.

Otra discusión existente versa sobre de la existencia o no de relación entre TA y nivel socioeconómico (NSE) (Gard y Freeman, 1996). Del mismo modo que en el caso de las zonas urbanas vs las rurales, la relación inicialmente observada entre NSE alto y mayor presencia de TA parece haber desaparecido, y el aumento en la prevalencia en NSE bajos se explica, tanto por una mayor detección, como por la difusión de valores culturales (Becker *et al*, 2002). En este estudio, no se encontró correlación entre NSE y puntuación en los instrumentos para actitudes y conductas de riesgo.

5.2 TA y género

Este trabajo inició con la hipótesis de que ciertos elementos de la construcción de género femenino podían ser parte de los determinantes de actitudes y conductas alimentarias de riesgo. Como mostramos en los antecedentes, las teorías acerca de cómo se da esta relación proponen al menos cuatro vías.

Primero, está la noción de que ser mujer es una identidad devaluada, aún en el contexto de importantes cambios sociales ocurridos en el último siglo. La percepción de esta inferioridad asociada al ser mujer instala el malestar en la formación de la identidad en las niñas (Dio Bleichmar, 1991 y 1998). Confirmando lo anterior, al analizar las entrevistas, la percepción de ser mujer como una condición inferior aparece como una de las diferencias entre las participantes con puntuaciones altas y bajas en los cuestionarios. Mientras que las entrevistadas con puntuaciones bajas hablan de la discriminación hacia las mujeres como algo lejano a ellas, las entrevistadas con puntuaciones altas sí tienen la experiencia cercana de un trato diferenciado.

En segundo lugar, se ha propuesto que la belleza como criterio para apreciar a las mujeres contribuye a que sea éste el ámbito en que centran sus preocupaciones (Fallon, Katzman y Wooley, 1994). Se ha dicho también que, en poblaciones en que la delgadez es el principal de los elementos que componen la belleza femenina, aumenta la frecuencia de TA y conductas asociadas (Garner y Garfinkel, 1980). En el estudio aquí reportado, todas las entrevistadas con puntuaciones altas, y ninguna con baja puntuación, colocan a la delgadez como ingrediente esencial de la mujer ideal. Si bien esto no puede interpretarse como prueba de una relación causa-efecto, sí aparece en las entrevistas una relación entre el valor

atribuido a la delgadez como elemento de la femineidad, y la puesta en práctica de conductas alimentarias restrictivas o purgativas y la elevada preocupación por la silueta.

El tercer componente de la construcción de género mencionado como de riesgo, es el conflicto entre papeles socialmente esperados de las mujeres. El paso del papel tradicional al moderno ha sido propuesto como uno de los elementos que dispararon la epidemia de TA (Selvini-Palazzoli, 1985; Steiner-Adair, 1986). Este conflicto se observó en las entrevistas referido sobre todo a la distribución de las tareas del hogar. Para las participantes con alta puntuación, la obligación femenina de limpiar, cocinar y atender a los hombres de la casa es una carga, algo que no debería ocurrir. Aún cuando se describen a sí mismas como deseosas de complacer y cumplir con las normas, su crítica de la división del trabajo en casa expresa un deseo de transgresión, el mismo que, de acuerdo con algunos autores, podría estar detrás de las manifestaciones de los TA (MacSween, 1993).

En cambio, las participantes con baja puntuación aceptan el realizar las labores en casa, como algo natural, o como parte de un contrato en el que a los hombres les corresponden las tareas, físicamente más exigentes, de la labor agrícola. Ya sea por esto, o por pertenecer a familias menos tradicionales, en las que las tareas hogareñas se reparten más equitativamente, las participantes con baja puntuación no manifiestan conflicto entre el rol que se espera que cumplan, y el que están dispuestas a cumplir.

Por otra parte, la ambivalencia experimentada por las mujeres hacia su condición parece estar relacionada con actitudes y conductas alimentarias de riesgo (Mahowald, 1992; Silverstein 1990). Confirmando esto, las participantes con puntuaciones bajas expresan en general gusto, incluso orgullo por su condición de mujeres, aún cuando algunas sienten curiosidad o interés por aspectos de la condición masculina. En cambio, las entrevistadas con alta puntuación manifiestan conflicto con su género, el cual es vivido como una situación que debe justificarse o por la que hay que compensar mediante logros superiores a la norma.

De este modo, de acuerdo con lo observado por otros autores (Bhugra *et al*, 2000; Nasser y Katzamn, 1999), parecería que la aceptación de un rol tradicional es un elemento protector contra los TA. Si bien es posible que esto sea así, tampoco debe conducirnos a una idealización del estereotipo femenino sumiso y limitado al hogar. En cambio, si continuamos con la línea de pensamiento de Butler (1999) en *The psychic life of power*, el

sujeto psíquico, para poder existir, debe ser constituido de acuerdo con la norma. La aceptación de la norma produce un sujeto armonizado con su entorno, aún cuando en este exista una situación de inequidad que la norma contribuye a prolongar.

Las participantes con alta puntuación manifiestan explícitamente un rechazo al estereotipo que coloca a las mujeres en un sitio inferior. De acuerdo con la idea del síndrome étnico, es posible entender a los TA como una manifestación de rebelión femenina (Littlewood y Lipsedge, 1987; Glenny, 1999; MacSween, 1993). Sin embargo, hay que apuntar que la rebelión y negociación de poder en el síndrome étnico no altera la problemática social de fondo, limitándose, en el mejor de los casos, a resolver el problema de un individuo aislado. Como dice Bourdieu (1998), es común que los dominados utilicen en su rebelión armas simbólicamente consideradas poco respetables. La locura y la invalidez de la histeria y los TA son ejemplos de este tipo de armas, cuyo uso perpetúa el problema (Bourdieu, *op cit*).

Volviendo a Butler (1999), la norma que constituye al sujeto no es, sin embargo, inamovible, sino que puede ser alterada por cambios históricos o personales. Si la norma es la que da cuerpo al sujeto, quien no se ajusta a ella puede quedar en cierto modo fuera de existencia. Es en este sentido que la transición entre estereotipos de género podría ser un factor de riesgo para los TA. El rechazo a la norma provoca angustia, el apego a otra norma permite reordenar la subjetividad. La persecución de la delgadez se convierte en el ancla del orden perdido.

De este modo, no sería tanto el apego al estereotipo tradicional, como la falta de conflicto con un estereotipo, lo que resultaría protector. Vemos esto en el caso de las participantes que no tienen que luchar entre el estereotipo que sostienen ellas y el de sus padres, porque ambas partes se adscriben a un modelo de feminidad más igualitario.

Finalmente, un aspecto subrayado en la literatura acerca de TA es el “ideal de la súper mujer” (Steiner-Adair, 1986). Entre las entrevistadas, éste es apoyado sobre todo por las que tuvieron puntuaciones altas en el cuestionario. De entre las participantes con baja puntuación, sólo dos comparten elementos de este ideal. Aunque estos dos casos parecerían contradecir a la teoría, hay circunstancias que podrían considerarse protectoras. La primera de ellas, Sofía (purépecha, IMC alto), además de este apoyo al ideal de la súper mujer, es consciente de la importancia de la delgadez, pero la figura robusta la hace similar a su

familia. Así, aunque Sofia acepta el estereotipo moderno de lo que una mujer debería ser, y sabe que esta lejos de cumplir con este, ser como su familia es importante para ella, y no necesita buscar la delgadez. El otro caso contradictorio es Susana (mestiza, IMC bajo). Ella apoya el ideal de la súper mujer, pero sus conflictos emocionales no van acompañados de conductas alimentarias de riesgo. Una posible explicación es que Susana, desde niña, es delgada. Aunque su historia incluye otros factores que han sido mencionados como de riesgo para los TA (abuso sexual, malas relaciones familiares) (Stice, 2001), nunca ha tenido que preocuparse por adelgazar. Entendiendo los TA como lenguaje de la enfermedad, las conductas alimentarias restrictivas o purgativas no serían para Susana un lenguaje útil para expresar su malestar.

Así, se observó en este estudio que, en acuerdo con la literatura, la desvaloración de la condición femenina, la belleza como criterio para el éxito femenino, el conflicto entre papeles esperados de las mujeres, la ambivalencia u oposición a la condición de ser mujer, y la aceptación del ideal de la súper mujer, estuvieron presentes entre las participantes con puntuaciones altas en el cuestionario, y ausentes o disminuidos entre las que tuvieron puntuaciones bajas.

Sin embargo, en cuanto a la relación que se buscaba investigar, entre construcción de género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo, propongo que esta debe ser entendida de modos diferentes en el caso de dos tipos de mujeres con puntuaciones elevadas: las que obedecen a normas culturales, y aquellas que llevan estas actitudes y conductas a extremos culturalmente inaceptables. Esta distinción se discute en el apartado siguiente.

5.3 Dos grupos diferentes

La teoría del continuo, hasta hace poco aceptada, ha sido puesta en duda en los últimos años. Estudios que utilizan técnicas estadísticas especialmente diseñadas para delimitar grupos (estadística taxonómica) han encontrado resultados contrarios al continuo mencionado (Gleaves, Lowe, Green, Cororve y Williams, 2000)¹.

¹La taxonomía es un método utilizado originalmente en el campo de la biología para ayudar a la clasificación correcta de las especies, que permite diferenciar entre entidades diferentes (taxones) y variaciones de la misma entidad (como sería el caso de un continuo) con base en qué tanto se comparten una serie de características definitorias (Joiner y Schmidt, 2002).

En este trabajo, los resultados de la segunda fase muestran diferencias importantes entre dos grupos de participantes: las que tuvieron puntuación alta siendo su figura llena o francamente obesa (IMC alto), y las participantes con puntuación elevada y figura delgada (IMC bajo).

Para empezar, las primeras relacionan su deseo de adelgazar con la necesidad de gustar a los hombres y evitar el ser molestadas por su gordura. En cambio, las segundas lo describen en términos de un triunfo o compromiso. Además, a diferencia de las primeras, que quieren adelgazar para ser como las otras, las segundas expresan su deseo de delgadez en términos de querer diferenciarse, sobresalir, o relatan el placer que obtienen con la debilidad corporal provocada por el ayuno. Por otro lado, el deseo de adelgazar de las adolescentes con IMC alto es promovido por su familia y amigos. En cambio, las que tienen IMC bajo llevan a cabo sus prácticas alimentarias en secreto, aunque se enorgullecen de ellas. A partir de lo anterior, propongo que hay una diferencia importante entre las adolescentes del primer grupo, que no están siendo capaces de adaptarse al modelo cultural de lo que debe ser una mujer, y cuyo malestar proviene principalmente de la falta de aceptación que experimentan, y las del segundo, que exageran el cumplimiento de ese modelo.

Antes de seguir con la discusión de si estos dos grupos son iguales, es necesario definir los términos en que se considerará la igualdad.

En la teoría del continuo, ante la existencia de actitudes y comportamientos iguales en forma, pero diferentes en cantidad, se considera que ambos polos del espectro son en esencia lo mismo. En cambio, la psiquiatría, en tanto que disciplina médica, requiere establecer límites más claros. Para saber a quién dar tratamiento, y para fines epidemiológicos, la medicina necesita llegar a definiciones precisas de quién es un caso². El criterio de igualdad consiste aquí en una serie de datos observables y pretendidamente objetivos. Son iguales, y anoréxicas, las personas que a) tengan un IMC menor de 17.6; b) tengan miedo a engordar; c) sufran alteraciones en la percepción de su forma y peso corporales, y den excesiva importancia al peso en su autoevaluación, negando el peligro que representa su extrema delgadez; d) hayan dejado de menstruar dos meses consecutivos o, si son más jóvenes, no hayan empezado a menstruar a la edad esperada. De acuerdo con

² Desde el punto de vista de la psiquiatría, estas son las razones primordiales. Existe también una amplia discusión acerca de la utilidad de la delimitación con fines de control y como expresión de relaciones de poder (Parker *et al* 1995).

estos criterios, las anoréxicas no son iguales al resto de las mujeres que hacen dieta, sino que constituyen una categoría diferente.

Si, como hace Kleinman (1988), entendemos al síntoma como acto comunicativo, tampoco podemos adscribir el mismo significado a una conducta socialmente aceptada, que a una que lleva a quien la expresa a ser considerado enfermo. La noción de “síndrome étnico” de George Devereux (1980) explica cómo una conducta aprobada puede, llevada a su extremo, constituir una anomalía. Un síndrome étnico, según Gordon (1990), es un molde para enfermar, un lenguaje común culturalmente aceptable, a través del cual se transmite el malestar personal. Littlewood y Lipsedge (1987) proponen que los “síndromes ligados a la cultura” son expresiones que

“articulan predicamentos personales pero representan también inquietudes públicas, generalmente oposiciones estructurales básicas entre grupos de edad o sexo. Tienen un significado compartido como representaciones públicas y dramáticas en individuos cuya situación personal muestra estas oposiciones...”
(*Op cit*, p. 290).

No se trata, entonces, del medio de expresión culturalmente aceptado de *cualquier* tipo de malestar psicológico personal, sino del malestar de sujetos *particularmente atrapados en las contradicciones centrales de la cultura*, y de ahí su manifestación en actitudes y conductas con una gran carga simbólica compartida por el grupo³. En su artículo “The butterfly and the serpent” (*op cit*), estos autores proponen como ejemplos en la cultura occidental, entre otros, a la agorafobia y la anorexia nervosa, padecimientos más frecuentes en mujeres que en hombres, a través de los cuales se expresaría la subordinación femenina mediante comportamientos valorados llevados a su extremo (el apego al hogar, en la agorafobia; la búsqueda de la delgadez, en la anorexia). Al llevar a cabo este acto simbólico de caricaturización de su propio papel socialmente asignado, el sujeto ejerce una “... ‘presión mística’, que permite el reajuste de su situación personal...” (*op cit*, p. 297). Enfermar funciona como arma en la negociación representada por el proceso de cura. El derecho a ser parte de esta negociación lo adjudica el grupo social, pero sobre todo la autoridad reconocida que, en el caso de la anorexia nervosa, es el psiquiatra (Swartz, 1987).

³ Ver también Lock y Schepers-Hughes, 1996: “El malestar físico y la enfermedad pueden también pensarse como actos de rechazo o ironía, una forma de protesta (si bien generalmente inconsciente), contra los roles e ideologías sociales opresivos” (p. 64)

De este modo, el comportamiento llevado al extremo no puede entenderse como igual al comportamiento normativo. Más allá del ideal, se entra en el terreno de lo grotesco.

“Sólo la pregunta a la ley la pone en cuestión. Hay dos modos de preguntar: el subversivo o irónico (es una pregunta a la pregunta: pregunta por los fundamentos de la ley), y el reversivo o humorístico (es una pregunta a la respuesta: ceñirse tan estrechamente a la ley que la hace estallar...)” (Ibáñez, 1994, p. 28).

En las participantes con puntuación alta e IMC bajo, la restricción alimentaria podría considerarse un comportamiento reversivo, la obediencia que se convierte en resistencia.

A partir de lo observado en esta investigación, se sugiere que resulta útil pensar como diferentes a los dos grupos descritos, cada uno con diferentes determinantes de género. En la comprensión de cómo la construcción de género interviene en las conductas de riesgo, podríamos poner por un lado su efecto sobre mujeres que tienen un peso más elevado que el socialmente valorado, y por otro su efecto dañino sobre la formación de identidad femenina cuando implica una devaluación de esta última.

Para las participantes con puntuación alta e IMC bajo, la determinación social estaría constituida sólo en parte por el mensaje de que belleza es igual a delgadez. Más importantes serían las problemáticas, también determinadas por la sociedad, de la formación de la personalidad femenina.

En cambio, el mensaje estético, y de la importancia de lo estético en el éxito femenino, probablemente sea el elemento central en la determinación de las conductas alimentarias de las mujeres con peso alto. Considerar a quien intenta adecuarse a un estereotipo socialmente aceptado, y sufre por no conseguirlo, como una enferma, sería individualizar lo que es colectivo. Las acciones preventivas, en este caso, tendrían que ir orientadas a cambios sociales amplios, cambios de relaciones de poder y cambios en significaciones. Se ha observado, por ejemplo, que las intervenciones más efectivas para disminuir la intensidad del comportamiento dietético dañino en grupos de adolescentes son aquellas que

se enfocan a aumentar la autoestima y a reforzar significados positivos del cuerpo femenino (Dorian y Garfinkel, 2002).

En cambio, para las adolescentes que pasan más allá de la búsqueda normativa de la delgadez, podría pensarse en una elección del síntoma dependiente de mensajes culturales. El malestar que es base del problema tiene un origen más personal. Es a este malestar al que debería dirigirse la terapia (Bruch, 1962 y 1966), y sólo después de resuelto sería útil cuestionar con la paciente el mensaje social de delgadez.

En conclusión, se sugiere que entender a los dos grupos de adolescentes preocupadas por el peso como puntos en un continuo, resulta insuficiente como herramienta heurística, y también como base para una terapéutica y prevención adecuadas. No se trata aquí de cuestionar si “en realidad” hay una diferencia categórica entre ambas manifestaciones, sino de preguntarnos por la utilidad de pensar el asunto de uno u otro modo. Se trata, sobre todo, de desbrozar un poco el territorio conceptual en los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la femineidad, esperando que una mayor finura conceptual ayude a incubar nuevas ideas.

5.4 Resumen de la discusión

Así, los datos proporcionados por esta investigación apoyan la existencia de una relación entre construcción de género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo. De manera acorde con lo propuesto en la literatura, las adolescentes que consideran la delgadez un elemento importante de la femineidad ideal, son aquellas que presentan mayor intensidad y frecuencia de esas actitudes y conductas. En ellas, también de acuerdo con lo que ha sido propuesto, el conflicto con la condición de mujer, que es claramente percibida como devaluada, es más intenso. Sin embargo, la relación entre los dos factores mencionados parece ser diferente en dos grupos de adolescentes con alto riesgo. Por un lado, las que tienen IMC corporal cercano o por encima de los límites superiores del normal, responden a la norma estética de su grupo social con un intenso deseo de aproximarse a esta. En cambio, las que tienen IMC corporal bajo, aunque reconocen esa norma estética, explican su deseo de adelgazar en otros términos. Por lo tanto, se sugiere que la manera en que la construcción de género sí interviene en la presencia de actitudes y conductas alimentarias, pero esta relación se da de manera diferente en cada uno de estos dos grupos.

VI CONCLUSION

En esta sección se presentan de manera sintética los principales hallazgos de la investigación, en cuanto a la pregunta inicial acerca de la relación entre construcción de género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo. Sin embargo, antes de centrarnos en ese tema, se mencionan dos beneficios colaterales que tuvo este trabajo. En primer lugar, el empleo de una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos permitió aumentar la riqueza de la información, y constituyó un ejercicio de investigación interdisciplinaria. En segundo, se trata de uno de los pocos estudios acerca del tema de los TA realizados en nuestro país en zona no urbana. La información obtenida en la primera fase acerca de la frecuencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo contribuye en este sentido a llamar la atención sobre una problemática hasta ahora poco tomada en cuenta.

Volviendo al tema central del estudio aquí presentado, el objetivo inicial fue indagar en la relación entre construcción de género y actitudes y conductas alimentarias de riesgo. Se observó que esta relación existe, y que es similar a la descrita en la literatura, en tanto que la devaluación de la identidad femenina, la importancia socialmente adjudicada a la delgadez, la crisis en el estereotipo de feminidad, y el ideal de la súper mujer, se presentaron todos con mayor intensidad en las participantes que tuvieron puntuación alta en los cuestionarios de actitudes y conductas alimentarias de riesgo. Los datos obtenidos proporcionan así apoyo empírico a esas propuestas, ya muy trabajadas en el terreno teórico.

Dos observaciones originales deben resaltarse. Primero, la presencia de niveles importantes de disgusto con la silueta y deseo de adelgazar, en una zona en la que no se esperaba encontrarlos. Segundo, la diferencia observada entre jóvenes con actitudes y conductas de riesgo, según su IMC.

Esta segunda observación permitió presentar dos ideas. Por un lado, que el deseo de adelgazar y las conductas relacionadas con este deberían entenderse, no como parte de un continuo, sino como dos problemáticas diferentes. Por un lado, la de las adolescentes cuyo peso no es el considerado ideal por su grupo social, versus la de aquellas cuyo peso es, no sólo aceptable, sino extremadamente delgado, en quienes las conductas de riesgo son el lenguaje en el que comunican su malestar psicológico. Relacionada con esta, la segunda

idea es que hay dos modos distintos en que la construcción de género puede contribuir a la patología alimentaria.

La feminidad construida como válida sólo cuando hay belleza, sumada al prototipo de la delgadez como criterio central de esa belleza, se constituye en factor de riesgo cuando las jóvenes no son naturalmente delgadas, y cuando el ideal estético aceptado entre sus pares es diferente al que sus padres promovieron en ellas de pequeñas. La existencia de un solo modelo aceptable de feminidad (Butler, 1999), que es transmitido a través de los medios de comunicación y promovido socialmente, lleva consigo la discriminación que quienes no consiguen adaptarse a él. El manejo y prevención de ésta, que podría considerarse una patología social, tiene que ver con cambios en las relaciones de poder, en los estereotipos de género, y en la posibilidad de que sean aceptados como válidas una variedad de feminidades, y no sólo una.

La construcción del género femenino como inferior determina, por otra parte, una formación problemática de identidad en la infancia. En este caso, la delgadez es parte de los rasgos de perfección que la joven desea alcanzar, y una protesta reversiva. El manejo y prevención deberían ser diferentes que en el caso anterior.

Para terminar, quiero proponer algunas líneas de investigación que se desprenden de los resultados de este trabajo.

El que la relación entre construcción de género y actitudes y conductas alimentarias sea diferente en los dos grupos propuestos contribuye a poner en cuestión la teoría del continuo. Para profundizar en esto, hacen falta estudios estadísticos taxonómicos. En el caso de que la teoría del continuo no fuera apoyada por estos, tendrían que implementarse estrategias diferentes para el manejo y prevención de la problemática de cada grupo.

La observación de que las actitudes y conductas de riesgo están presentes de manera importante zonas no urbanas, implica la necesidad de más estudios epidemiológicos al respecto. Para esto, el haber encontrado en esta muestra un mal funcionamiento del EDI apunta a la importancia de desarrollar instrumentos adecuados para la población no urbana mexicana. El que las subescalas que preguntan por conductas, así como el cuestionario de conductas de riesgo, hayan tenido un mejor comportamiento en cuanto a validez y confiabilidad, sugiere que este tipo de reactivos son los más útiles si lo que se desea es identificar frecuencias. En cambio, si la intención es identificar factores psicológicos

asociados, sería necesario usar instrumentos que hayan demostrado su validez en ese sentido en el grupo poblacional al que se pretende estudiar.

Por último, en cuanto a posibles factores protectores, la sensación de pertenencia a un grupo (familia, sobre todo, pero también iglesia, comunidad), estuvo más presente en las entrevistadas con puntuaciones bajas. La pertenencia como factor protector ha sido investigada por algunos autores (Bhugra *et al*, 2000). Aunque el diseño de este estudio no permite observar relaciones direccionales, se trata de un elemento que sería interesante investigar en trabajos subsecuentes.

ANEXO 1. INSTRUMENTO UTILIZADO EN LA PRIMERA FASE

Grupo: _____ ¿En qué localidad has vivido la mayor parte de tu vida? :

En las siguientes preguntas, escoge una sola opción.

La mayor parte de
tu vida

Actualmente vives con:

viviste con:

Mamá, papá y hermanos		
Mamá y hermanos, mi papá no vive con nosotros		
Mamá y hermanos, mi papá es migrante		
Mi familia y mis tíos, primos o abuelos		
Familiares		
Casa de asistencia		
Otros (especificar)		

Tu religión es: Católica (), Cristiana (), Ninguna (), Otra (especifica)

El máximo nivel de estudios de tus padres o tutores es:

	Madre	Padre
No estudió		
Primaria incompleta		
Primaria completa		
Secundaria completa		
Preparatoria completa		
Carrera técnica o Comercial completa		
Normal		
Licenciatura		
Maestría o Doctorado		

Escoge la opción que más se parezca a la ocupación de tus padres:

	Madre	Padre
Profesionista, funcionario, directivo, agricultor		
Técnico, controlador de producción, administrativo		
Maestro		
Trabajador en el campo, chofer, operador		
Oficios: albañil, plomero, carpintero, etc.		
Hogar		
Empleado		
Obrero		
Empleado doméstico		
Comerciante ambulante		
Comerciante con local fijo		
Jubilado		
Desempleado		
Otro (especifica)		

La casa donde vive tu familia es:

Propia (), Rentada (), Prestada ()

La casa donde vive tu familia es de : Lámina (), Madera (), Adobe (), Ladrillo o cemento () .

En la casa donde vive tu familia hay (puedes marcar varias opciones): Agua (), Luz (),

Teléfono (), Drenaje (), Gas (), Televisión (), Internet ()

Las que siguen son las preguntas del cuestionario. Por favor contéstalas todas.

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1	Puedo comer dulces y carbohidratos (pan, papitas, etc.) sin sentirme nerviosa						
2	Pienso que mi estómago es demasiado grande.						
3	Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia.						
4	Cuando estoy disgustada, me pongo a comer						
5	Me atasco de comida.						
6	Me gustaría tener menos edad.						
7	Pienso en seguir una dieta.						
8	Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos						
9	Pienso que mis piernas son demasiado anchas						
10	Me siento inútil como persona.						
11	Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso						
12	Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado						
13	Mi familia solo valora los logros que están por encima de lo común						
14	El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño.						

15	Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos						
16	Me aterroriza ganar peso						
17	Confío en los demás.						
18	Me siento sola en el mundo						
19	Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo						
20	Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control						
21	Me siento confundida ante las emociones que siento						
22	Prefiero ser adulto que niña.						
23	Me comunico fácilmente con los demás						
24	Me gustaría ser otra persona						
25	Exagero la importancia del peso						
26	Puedo identificar claramente las emociones que siento						
27	Me siento inadaptada (no me hallo)						
28	Cuando estoy comiendo demasiado, siento que no puedo parar de hacerlo						
29	Cuando era niña evitaba estar en desacuerdo con mis padres y maestros						
30	Tengo amistades muy cercanas						
31	Me gusta la forma de mis nalgas						
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
32	Quisiera estar más delgada						
33	No sé lo que está pasando dentro de mí						
34	Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás						
35	Las exigencias de la vida del adulto son demasiado grandes						
36	Me molesta sentirme menos buena que otros en las cosas que hago						
37	Me siento segura de mí misma.						
38	Pienso en comer en exceso.						
39	Me siento feliz de ya no ser una niña						
40	No me doy cuenta de si tengo hambre o no.						
41	Tengo una mala opinión de mí misma.						
42	Pienso que puedo alcanzar mis metas						
43	Mis padres han esperado cosas excelentes de mí						
44	Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control						
45	Pienso que mis caderas son demasiado anchas						
46	Como moderadamente cuando estoy con gente, y como demasiado cuando estoy sola						
47	Después de haber comido poco, me siento excesivamente llena.						
48	Pienso que las personas son más felices cuando son niñas						
49	Si subo un poco de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando						
50	Pienso que soy una persona útil.						
51	Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, aterrorizada o enojada						
52	Creo que debo de hacer perfectamente las cosas o si no mejor no hacerlas						
53	Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso						

54	Mantengo a las personas a distancia, porque me siento incómoda si alguien intenta hacer amistad conmigo						
55	Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado						
56	Me siento interiormente vacía						
57	Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales						
58	El convertirme en adulto ha sido lo mejor en mi vida.						
59	Creo que mis nalgas son demasiado anchas						
60	Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente						
61	Como o bebo a escondidas						
62	Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado						
63	Mis metas son excesivamente altas						
64	Cuando estoy disgustada me preocupa el que pueda empezar a comer						

Lo que sigue son algunos datos acerca de tu peso y talla, y de lo que opinas de ellos

¿Cuántos años tienes? _____ Cuánto pesas? _____ ¿Cuánto mides? _____

¿Cuánto es lo más que has pesado en toda tu vida? _____ ¿Cuánto es lo menos que has pesado, desde que empezaste a menstruar hasta ahora? _____

¿Te consideras? Muy delgada () Delgada () Ni gorda ni delgada () Gorda () Muy gorda ()

Ahora siguen algunas preguntas acerca de lo que has hecho en los últimos 3 meses. Marca la respuesta correcta.

	Nunca o casi nunca	A veces	2 veces por semana	Más de 2 veces por semana
Me ha preocupado engordar				
He comido demasiado				
He sentido que no puedo parar de comer				
He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso				
He dejado de comer por más de 12 horas para tratar de bajar de peso				
He hecho dieta para tratar de bajar de peso				
He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
He usado pastillas para tratar de bajar de peso				
He usado diuréticos				
He tomado laxantes para tratar de bajar de peso				
He usado enemas para tratar de bajar de peso				

Muchas gracias por tu participación.

Si tienes algún comentario o pregunta, anótalo aquí:

ANEXO 2. GUIA DE ENTREVISTA DE LA SEGUNDA FASE

INTRODUCCIÓN

(Con la finalidad de establecer contacto, y también de obtener un marco contextual de la entrevistada)

- Te voy a pedir que te presentes. Puedes decir tu nombre, un nombre inventado, o ninguno. *Si no tocó esos puntos: ¿Cuántos años tienes? ¿A qué te dedicas?*
- ¿Qué haces cuando no estás en la escuela?
- ¿Dónde naciste, y dónde has vivido?
- ¿Con quién vives? ¿Cómo es tu familia?
- ¿Con quién pasas más tiempo entre semana, y los fines de semana?
- ¿Tienes amigas, amigos, novio? ¿Cómo te llevas con ellos?

VALORACION DEL SER MUJER

(Averiguar si la entrevistada considera el ser mujer una parte importante de su identidad, si ser mujer es una identidad valorada, y en qué sentido lo es o no.)

- ¿Tú te identificas como mujer?
- Trata de acordarte de la primera vez que te diste cuenta de que eras mujer, a qué edad fue, cómo te diste cuenta ¿De niña te gustaba ser mujer?
- ¿Cómo te sientes ahora siendo mujer? ¿te gusta? ¿por qué sí y por qué no?

ESTEREOTIPO Y ROL

(Lo que se cree acerca de las características de las mujeres, cuáles son y qué valor se asigna a éstas. Además, normas acerca de cómo deberían ser estas características.)

Aspecto físico –cómo se supone que es y debería ser el cuerpo femenino, tanto en lo estético como en lo funcional, valores asociados

Comportamiento –cómo se supone que actúan y deberían actuar las mujeres, sus reacciones en diversas circunstancias, valores asociados

Emociones –cómo se supone que son y deberían ser los sentimientos femeninos, qué los provoca y qué reacción tienen ante ellos las mujeres, valores asociados

Relaciones –cómo se supone que son y deberían ser las mujeres en sus relaciones, la importancia que les dan, cómo actúan en ellas, cuáles son las relaciones que más les importan

Ambitos de acción –en qué ámbitos se desenvuelven las mujeres, ámbitos adecuados e inadecuados para ellas, valor asignado a esos espacios

Sexualidad –cómo se supone que es y debería ser la sexualidad femenina, valores asociados

Diferencias generacionales –cómo eran las mujeres antes, y cómo son ahora, valores asociados

- ¿Cómo son las mujeres?
- ¿Qué es femenino en una mujer?
- ¿A qué mujer admiras, y por qué?
- Preguntas para cubrir los aspectos mencionados arriba: ¿cómo son las mujeres físicamente?, ¿las mujeres se portan igual que los hombres?, ¿cómo son las mujeres en sus emociones?, ¿a qué cosas se dedican más las mujeres, en qué cosas son buenas, a qué cosas deberían dedicarse?, ¿cómo son las mujeres en sus relaciones?, ¿y en sus relaciones de pareja?, ¿y en el aspecto sexual?*
- ¿Era diferente ser mujer cuando tu mamá era joven, y ahora que tú eres joven?

- ¿Qué está mal visto en una mujer? ¿A ti te parece mal?
- ¿Qué está bien visto en una mujer? ¿A ti te parece bien?

ÉXITO FEMENINO

(El estereotipo positivo, o ideal de mujer, tanto el que la entrevistada reconoce como socialmente valorado, como el que ella misma sostiene. Considerar también la diferencia percibida por la entrevistada entre ese estereotipo y ella misma)

Individual o relacional –si la mujer debe tener éxito sobre todo como individuo, o como parte de una comunidad (familiar o más amplia)

Belleza como criterio –si la belleza es un elemento importante en el estereotipo femenino positivo

Otros criterios –qué otros criterios son importantes en el estereotipo femenino positivo

Súper mujer –si el ideal de la súper mujer es el principal estereotipo femenino positivo

Pareja, gustar a hombres –importancia de tener pareja y/o gustar a los hombres en el estereotipo femenino positivo

Ámbitos de éxito –ámbitos en los que es valorado que la mujer tenga éxito, y valor asignado a esos ámbitos

Diferencias generacionales –percepción de la entrevistada de que ha habido un cambio en el estereotipo femenino positivo de generaciones anteriores a la suya

Sanciones –qué ocurre si una mujer no cumple con el estereotipo positivo

- ¿Te gusta cómo eres? ¿Cómo te gustaría ser?
- Platicame de alguna ocasión en que te hayas sentido orgullosa de ti misma
- ¿Cómo quieres que sea tu vida cuando seas adulta?
- ¿Qué es lo más importante en tu vida?
- ¿Para las mujeres en general, qué es lo más importante?
- ¿Qué se espera de las mujeres?
- ¿Tú eres así?
- ¿Qué pasa con una mujer que no cumple con eso?
- Más las preguntas que hagan falta para cubrir los aspectos específicos mencionados arriba*

CUERPO

(Normas, valores, significados atribuidos al cuerpo femenino)

Otras normas –normas referentes a aspectos que no sean el estético (por ejemplo, de salud, de resistencia física, de capacidad reproductiva), y su peso en comparación con éste en la definición del ideal femenino

Normas estéticas –ideal de belleza femenina, significados relacionados con ese ideal

Sujeto/ cuerpo –relación entre la percepción de “yo” y el cuerpo, ¿es el cuerpo parte de “yo”, o le es externo? ¿cómo es y debe ser la relación de “yo” con el cuerpo?

Control/ descontrol –si existe la oposición cuerpo dominado/ cuerpo descontrolado, en qué términos se plantea, valores y significados asignados a cada polo

Sexualidad –normas, valores, significados atribuidos a la sexualidad

- Imagínate que quedamos de vernos en algún lugar, y no nos conocemos
¿Cómo te describes para que yo te reconozca?
- ¿Cómo te sientes tú con tu cuerpo?
- De tu cuerpo, ¿qué te gusta más? ¿Hay algo que no te guste?
- ¿Cómo debería ser el cuerpo de una mujer? ¿Por qué?
- ¿Cómo es una mujer hermosa?
- ¿Qué cosas físicas te gusta hacer: ejercicio, bailar, jugar?
- Si tiene novio, preguntar en presente, si no, averiguar en pasado* ¿Cómo es él? ¿Pasan mucho tiempo juntos? ¿A dónde van, qué les gusta hacer? ¿Lo has besado? *Y continuar con el tema de sexualidad hasta donde sea posible*

ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS

(Prácticas, normas, valores, significados, asociados con la alimentación, con la imagen corporal y búsqueda de la delgadez. Relación entre estado psicológico y alimentación).

Prácticas alimentarias –qué se come, cuándo, cantidad, significados y valores asociados. Contexto de la alimentación: con quién, quién da de comer y quién recibe la comida, significados y valores asociados.
Diferencias generacionales –diferencias en las prácticas alimentarias entre generaciones anteriores y la de la entrevistada

Alimentación femenina –estereotipo de prácticas alimentarias femeninas, significados y valores asociados
Imagen corporal –percepción de la entrevistada de su propio cuerpo, en términos descriptivos y valorativos
Insatisfacción corporal –si la entrevistada está insatisfecha con su aspecto físico, y en cuanto a qué elementos, significados asociados

Deseo de estar delgada –importancia que la entrevistada da a estar delgada, significados asociados
Prácticas para adelgazar –lo que ha hecho la entrevistada, y lo que sabe que puede hacerse, para adelgazar
Conocimiento de TA y otros trastornos –si la entrevistada sabe que existen los TA, y si sabe de otros trastornos psicológicos con manifestaciones alimentarias. Si ha conocido a personas con problemas de este tipo, valores y significados asociados

Origen de actitudes y conductas –origen social (¿familia, pares, grupo social propio u otro?) de las prácticas y actitudes que la entrevistada tiene respecto a la alimentación, a través de qué medios los aprendió (¿comunicación directa, televisión, revistas?)

- ¿Qué comes normalmente? ¿Qué cantidad? ¿A qué horas? ¿Qué te gusta y que no te gusta comer? ¿Por qué?
- ¿Todos en tu familia comen lo mismo? ¿Quién cocina, quién sirve la comida? ¿Con quién comes?
- ¿Comen lo mismo los adultos y los jóvenes, los hombres y las mujeres?
- Los temas de imagen e insatisfacción corporal ya se tocaron en la sección anterior. Si hace falta, abundar aquí en cuanto a la satisfacción/ insatisfacción y sus significados asociados. Si hace falta: ¿tú quisieras estar más delgada?*
- Si aplica: ¿Cuándo fue la primera vez que quisiste estar más delgada / quisiste que tu aspecto físico fuera diferente? ¿Por qué ocurrió?*
- ¿Tus amigas están satisfechas con su apariencia física? ¿Hacen algo para cambiarla?
- ¿A tus papás les gusta tu apariencia física? ¿A tus hermanos? ¿A tu novio? ¿Están ellos satisfechos con su propia apariencia física?
- Si aplica: ¿haces o has hecho algo para adelgazar? ¿Qué?*
- ¿Sabes de alguna enfermedad relacionada con la alimentación? *Si no menciona TA, ¿has sabido de alguien que no quiera comer, que sólo coma algún tipo de cosas, que coma demasiado? ¿Por qué lo hacía? ¿Has sabido de alguien que deje de comer por tristeza, o que coma mucho cuando está enojada?*
- ¿Has oído hablar de la anorexia, de la bulimia, del comer compulsivamente? ¿Por qué ocurren? ¿Conoces algún caso?

CONCLUSIÓN, COMENTARIOS, PREGUNTAS, AGRADECIMIENTOS.

¿Te gustaría agregar algo? ¿Tienes algún comentario?
Ahora te toca preguntar a ti ¿Qué te gustaría preguntar?
Muchas gracias por tu ayuda.

REFERENCIAS

- Alvarez, D. y Franco, K. (2001). Validación del Eating Disorders Inventory (EDI) en población mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM campus-Iztacala, México.
- Alvarez, G., Lopez, X., Martínez, A., Mancilla, J. M. y Vázquez, R. (2000). Valuación de la asociación entre la presencia de sintomatología de trastornos alimentario y la depresión. *Revista de psicología del Valle de México*.
- Alvarez, D. y Paredes, F. (2001) *Validación del Eating Disorders Inventory (EDI) en población mexicana*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, ENEP Iztacala.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª ed. American Psychiatric Association, Washington.
- Barriguete, J. A., Moro, M. R., Botbol, M., Aguilar, C., Talavera, G., Martínez, F., Herzog, D. y Suarez, A. (1998). Etude preliminaire des soins précoces mère-bébé (crianza) chez les P'urhe. Vers une ethnopsychanalyse périnatale. En Mazet, M. y Lebovici (Eds). *Psychiatrie perinatale*. P.U.F., Paris. Pp. 471- 487.
- Bartky, S. L. (1994). Foucault, feminismo y la modernización del poder patriarcal. En E. Larrauri (comp.) *Mujeres, derecho penal y criminología*. Siglo XXI, Madrid. Pp. 63-92.
- Becker, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E., Herzoh, D. E. y Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180 : 509-514.
- Behar, R. (1992). Roles genéricos y anorexia nerviosa. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 38 (2): 119-122.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42: 155-162.
- Berger, P. L. y Luckman, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. 17ª reimpresión, Amorrortu, Buenos Aires.
- Bhugra, D., Bhui, K. y Gupta, K. R. (2000). Bulimic disorders and sociocentric values in north India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35 (2): 86-93.
- Bojorquez, I. y Unikel, C. (2004). Presence of disordered eating among Mexican teenage women from a semi-urban area: its relation to the cultural hypothesis. *European Journal of Eating Disorders*. 12: 197-202.
- Bojorquez, I., Unikel, C. y Carreño, S. (s/f). Características psicométricas del Eating Disorders Inventory (EDI) en una población semiurbana mexicana: la influencia de las diferencias culturales.

- Bordo, S. (1991). "Material girl": the effacements of postmodern culture. En L. Goldstein (Ed.), *The Female Body: Figures, Styles, Speculations*. The University of Michigan Press, Ann Arbor.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press, Berkeley.
- Bordo, S. (1999). The body and the reproduction of femininity: a feminist appropriation of Foucault. En Jaggar, A. M. y Bordo, S. (eds). *Gender/body/knowledge: feminist reconstructions of being and knowing*. Rodgers University Press, Nueva Jersey. Pp. 13-31.
- Bouchard, P. y St-Amant, J. C. (1996). *Garçons et filles: stereotypes et réussite scolaire*. Les éditions du remue-ménage, Quebec.
- Bourdieu, P. (1991/1980). La creencia y el cuerpo. En P. Bourdieu, *El sentido práctico*. Taurus, Madrid. Pp. 113-135.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Anagrama, Barcelona.
- Bourdieu, P. (2002). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Taurus, México.
- Brown, C. (1993). The continuum: anorexia, bulimia, and weight preoccupation. En Brown, C. y Jasper, K. (Eds.) (1993). *Consuming passions: feminist approaches to weight preoccupations and eating disorders*. Second Story Press, Toronto. Pp. 53-68.
- Brown, C. y Jasper, K. (eds.) (1993). *Consuming passions: feminist approaches to weight preoccupations and eating disorders*. Second Story Press, Toronto.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24 (2): 187-194.
- Bruch, H. (1966). Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 141 (5): 555-566.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*. Harvard University Press, Cambridge.
- Brumberg, J. J. (2000). *Fasting girls: the history of anorexia nervosa*. Vintage Books, Nueva York.
- Buchanan, K. S. (1993). Creating beauty in blackness. En Brown, C. y Jasper, K. (Eds.) (1993). *Consuming passions: feminist approaches to weight preoccupations and eating disorders*. Second Story Press, Toronto. Pp. 36-51.
- Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge, Londres.
- Burr, V. (1998). *Gender and Social Psychology*. Routledge, Londres.
- Butler, J. (1997). *The psychic life of power: theories in subjection*. Stanford University Press, Stanford, California.
- Butler, J. (1999). *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity*. Routledge, Nueva York.
- Castañeda, M. P. (1995). Construyéndonos: identidad y subjetividad femenina. En Riquer, F. (comp.) *Bosquejos: identidades femeninas*. Universidad Iberoamericana, México. Pp. 11-38.

- Chamorro, R. y Flores-Ortiz, Y. (2000). Acculturation and disordered eating patterns among Mexican American Women. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (1), 125-129.
- Chodorow, N. (1974). Family structure and feminine personality. En M. Zimbaldist-Rosaldo y L. Lamphere (eds.) *Woman, culture and society*. Stanford University Press, Stanford. Pp. 43-66.
- Connell, R. W. (1986). *Which way is up? Essays on sex, class and culture*. George Allen & Unwin, Sidney.
- Connell, R. W. (2000). *The men and the boys*. University of California Press, Los Angeles.
- Connors, M. E. (1996). Developmental Vulnerabilities for eating Disorders, en L. Smolak, P. Michael y R. Strieger-Moore (eds.), *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders*. Lawrence Erlbaum Associates, Nueva Jersey.
- Conway, J. K., Bourque, S. C. y Scott, J. W. (1996) El concepto de género, en Lamas, M. (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Porrúa/UNAM/PUEG, México. Pp 21-96.
- Courtenay, W. H. (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50 : 1385-1401.
- Crago, M., Shisslak, C., Estes, L. (1996). Eating disturbances among American minority groups: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (3): 239-248.
- Crago, M., Shisslak, C. y Ruble, A. (2001). Protective factors in the development of eating disorders. En Striegel-Moore, R. y Smolak, L. *Eating disorders: innovative directions in research and practice*. American Psychological Association, Washington. Pp. 75- 89.
- Davis, C. y Yager, J. (1992). Transcultural aspects of eating disorders: a critical literature review. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16: 377-394.
- Devereux, G. (1980). Normal and abnormal. En G. Devereux, *Basic Problems of Ethnopsychiatry*. University of Chicago Press, Chicago.
- Dio Bleichmar, E. (1991). *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. 3ª edición, Siglo XXI, España.
- Dio Bleichmar, E. (1998). Femenino/masculino, la "roca de base" de *Análisis Terminable e Interminable*. En Rubí, M. L., (comp..) *Psicoanálisis e identidad de género*. Biblioteca Nueva, Madrid. Pp. 79-91.
- Dolan, B. (1991). Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 67-79.
- Donovan, J. (2000). *Feminist theory: the intellectual traditions*. 3a edición, Continuum, Nueva York.
- Fallon, P., Katzman, M. y Wooley, S. C. (Eds.) (1994) *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. Guilford Press, Nueva York.

- García, F. (1995). Análisis del sentido de la acción: el trasfondo de la intencionalidad. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Editorial Síntesis, Madrid. (pp 493-527).
- Gard, M. C. y Freeman, C. P. (1996). The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socio-economic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20 (1): 1-12.
- Garduño, M. A. (1994) La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres. *Salud Problema*, 25: 17-26. UAM-Xoxhimilco, México.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Prentice Hall, Nueva Jersey.
- Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Bruner/Mazel, Nueva York.
- Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H. y Kaplan, A. S. (1995). Views on classification and diagnosis of eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40: 445-456.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9: 273-279.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10: 647-656.
- Garner, D.M., Olmsted, M. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (2): 15-33.
- Gatens, M. (1996). *Imaginary bodies: ethics, power and corporeality*. Routledge, Londres.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península, Barcelona.
- Giles-Banks, C. (1992). "Culture" in culture-bound syndromes: the case of anorexia nervosa. *Social Science and Medicine*, 34 (8): 867-884.
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies of qualitative research*. Aldine Publishing Co., Chicago.
- Gleaves, D. H., Lowe, M. R., Green, B. A., Cororve, M. B. y Williams, T. L. (2000). Do anorexia and bulimia nervosa occur in a continuum? A taxometric analysis. *Behavior Therapy* 31: 195-219.
- Glenny, A. (1999). *Ravenous identity: eating and eating distress in the life and work of Virginia Woolf*. MacMillan, Londres.
- Gobierno del Edo. de Michoacán. Recuperado el 6 de agosto de 2003, de <http://www.michoacan.gob.mx>
- Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and bulimia: anatomy of a social epidemic*. Blackwell, Oxford.

- Gordon, R. A. (1998). Concepts of eating disorders: a historical reflection, en H. W. Hoek, J. L. Treasure y M. A. Katzman (eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. John Wiley and Sons, Sussex.
- Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in qualitative research, en Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S., (1994). *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Thousand Oaks, California (pp. 105-137).
- Guerro-Prado, D., Barjau, J. M. y Chinchilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29 (6): 403-410.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1983). *Ethnography: principles in practice*. Routledge, Londres.
- Henwood, K. L. y Pidgeon, N. F. (1992). Qualitative research and psychological theorizing. *British Journal of Psychology*, 83:97-111.
- Huberman, A. M. y Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods. En Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (Eds.) *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Thousand Oaks, California. Pp. 428-444.
- Hudelson, P. M. (1994). *Qualitative research for health programmes*. Division of Mental Health, World Health Organization, Ginebra.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México (INEGI). Recuperado el 6 de agosto de 2003, de [http:// www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Joiner, G. y Kashubeck, S. (1996). Acculturation, body image, self-esteem, and eating disorders symptomatology in adolescent Mexican American women. *Psychology of Women Quarterly*, 20: 419-435.
- Joiner, T. E. y Heatherton, T. F. (1998). First and second order factor structure of five subscales of the Eating Disorders Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 23: 189-198.
- Joiner, T. E. y Schmidt, N. B. (2002). Taxometrics can 'do diagnostics right' (and isn't quite as hard as you think). En Beutler, L. E. y Malin, M. L. (Eds.). *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. American Psychological Association, Washington. Pp. 107-120.
- Katzman, M. y Lee, S. (1997). Beyond body image: the integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 385-394
- Kessler, S. J. y McKenna, W. (1978). *Gender: An ethnomethodological approach*. John Wiley and Sons, Nueva York.
- Khandelwal, S., Sharan, P. y Saxena, S. (1995) Eating disorders: an Indian perspective. *International Journal of Social Psychiatry* 41 (2): 132-146.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press, Berkeley.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry*. The Free Press, Nueva York.
- Kottak, C. P. (2000). *Cultural anthropology*. 8a edición, Mc Graw Hill, Boston.
- Kushner, K. E. y Morrow, R. (2003). Grounded theory, feminist theory, critical theory: toward theoretical triangulation. *Advances in Nursing Science*, 26 (1): 30-43.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Lamas, M. (comp.) (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Porrúa/UNAM/PUEG, México.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. Taurus, México.
- Lara, A. (1993). *Inventario de masculinidad y feminidad (IMAFE)*. El Manual Moderno, México.
- Lee, S. (1993). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine* 23: 999-1017.
- Lee, S. (1995). Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Social Science and Medicine*, 41 (1): 25-36.
- Lipovetsky, G (1986). *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Anagrama, Barcelona.
- Littlewood, R. (1990). From categories to contexts: a decade of the "new cross-cultural psychiatry". *British Journal of Psychiatry*, 156: 308-327.
- Littlewood, R. y Lipsedge, M. (1987). The butterfly and the serpent: culture, psychopathology and biomedicine. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11: 289-335.
- Lock, M. y Scheper-Hughes, N. (1996). A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. En Sargent, C. F. y Johnson, T. M. (Eds.) *Handbook of medical anthropology. Contemporary theory and method*. Greenwood Press, Connecticut. Pp. 41-70.
- Lopata, H. Z. Y Thorne, B. (1999). Sobre roles sexuales. En M. Navarro y C. R. Stimpson (comps.) *Sexualidad, género y roles sexuales*. Fondo de Cultura Económica, México. Pp. 103-107.
- MacSween, M. (1993). *Anorexic bodies: A feminist and sociological perspective on anorexia nervosa*. Routledge, Londres.
- Mahowald, M. B. (1992). To be or not to be a woman: anorexia nervosa, normative gender roles, and feminism. *The Journal of Medicine and Philosophy* 17: 233-251.
- Malson, H. (1998). *The thin woman: feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. Routledge, Londres.

- Mancilla, J. M., Alvarez, G., López, X., Mercado, L., Manríquez, E. y Román, M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1) : 34-58.
- Martin, K. A. (1996) *Puberty, sexuality, and the self: girls and boys at adolescence*. Routledge, Nueva York.
- Mauss, M. (1971). Técnicas y movimientos corporales, en *Sociología y Antropología*. Tecnos, Madrid.
- McDonald, K. (1999). Between the body and the self: the anorexic terrain. En K. McDonald, *Struggles for subjectivity: identity, action and youth experience*. Cambridge University Press, Cambirdge. Pp. 155-179.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E. Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4): 1-16.
- Miller, W. L. y Crabtree, B. F. (1994). Clinical Research, en N. K. Denzin e Y. S.Lincoln, *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Thousand Oaks, California (pp. 340-352).
- Muhr, T. (1997). ATLAS/ti version WIN 4.1 (Build 051). Scientific Software Development, Berlin.
- Mumford, D. B., Whitehouse, A. M. y Platts, M. (1991). Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. *British Journal of Psychiatry*, 158: 222-228.
- Murnen, S. K. y Smolak, L. (1997) Femininity, masculinity, and disordered eating: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 231-242.
- Nasser, M. y Katzman, M. (1999). Eating disorders: transcultural perspectives inform prevention, en N. Piran, M. P. Levine y C. Steiner-Adar (eds.), *Preventing Eating Disorders: a Handbook of Interventions and Special Challenges*. Brunner/Mazel, Philadelphia.
- Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24 (2): 201-214.
- O'Dea, J. A. y Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 43-57.
- Ortner, S (1996). *Making gender: the politics and erotics of culture*. Beacon Press, Boston.
- Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T. y Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing Psychopathology*. Sage, Londres.
- Pate, J. E., Pumariega, A. J., Hester, C. y Garner, D. M. (1992). Cross- cultural patterns in eating disorders: a review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5): 802-809.

- Potter, J. y Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour*. Sage, Londres.
- Reinharz, S. (1992). *Feminist methods in social research*. Oxford University Press, Nueva York.
- Rosenfield, S. (2000). Gender and dimensions of the self: implications for internalizing and externalizing behavior. En E. Frank (ed.) *Gender and its effects in psychopathology*. American Psychopathological Association, Washington. Pp. 23-36.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (2): 85-94.
- Salles, V. (1997) (Mimeo). *El género: ¿una perspectiva útil para la elaboración de indicadores?*. Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, México.
- Saucedo-Molina, T., Unikel, C., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2003). Curvas percentilares del índice de masa corporal. Auto-informe de peso y estatura de estudiantes mexicanos. *Acta Pediátrica de México*, 24(1):23-28.
- Selvini-Palazzoli, M. (1985). *Self-Starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. (Reimpresión) Jason Aronson, Nueva York.
- Shisslak, C. M., Crago, M. y Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18:209-219.
- Silverstein, B. (1990) Non traditional sex-role aspirations, gender identity conflict and disordered eating among college women. *Sex Roles*, 23 (11-12): 687-695.
- Sontag, S. (2001). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. Picador, EUA.
- SPSS Inc., 1989-1999
- Steiner-Adair, C. (1986). The body politics: normal female adolescent development and the development of eating disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14: 95-114.
- Stice, E. (2001). Risk factors for eating pathology: recent advances and future directions. En Striegel-Moore, R. y Smolak, L. *Eating disorders: innovative directions in research and practice*. American Psychological Association, Washington. Pp. 51-73.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. En Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Striegel-Moore, R. (1995). Psychological factors in the etiology of binge eating. *Addictive Behaviors*, 20(6) : 713-23.
- Striegel-Moore, R. (1997). Risk factors for eating disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 817: 98-109.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152:1073-1074.

- Swartz, L. (1987). Illness negotiation: the case of eating disorders. *Social Science and Medicine*, 24 (7): 613-618.
- Tejada, R. (1999). Inserción laboral y movilidad ocupacional en México, 1995. Tesis de maestría en Estudios de Población, FLACSO, México.
- Thompson, J. B. (1998). *Ideología y cultura moderna*. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.
- Thornton, B., et al (1991) Gender role typing, the superwoman ideal, and the potential for eating disorders. *Sex Roles*, 25 (7-8): 469-484
- Turner, B. (1992). *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. Routledge, Londres.
- Turner, B. (1996). *The body and society. Explorations in social theory*. 2a edición, Sage, Londres.
- Unikel, C. (2003). Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Unikel, C. y Gómez, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*, 7 (3) : 417-429.
- Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002) Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 25 (2) : 49-57.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Alcántar, E. y Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52 (2): 140-147.
- Van Hoeken, D., Lucas, A. R. y Hoek, H. W. (1998). Epidemiology, en H. W. Hoek, J. L. Treasure y M. A. Katzman (eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. John Wiley and Sons, Sussex.
- Weiss, G. (1999). *Body images: embodiment as intercorporeality*. Routledge, Nueva York.
- West, C. y Zimmerman, D. H. (1999). Haciendo género. En M. Navarro y C. R. Stimpson (comps.) *Sexualidad, género y roles sexuales*. Fondo de Cultura Económica, México. Pp. 109-143.
- Williams, L. S. (2002). Trying on gender, gender regimes, and the process of becoming women. *Gender and Society*, 16 (1): 29-52.
- Woodward, M. (1999). *Epidemiology. Study design and data analysis*. Chapman & Hall/CRC, Londres.
- World Health Organization (WHO) (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO, Ginebra.