



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD

***ESTUDIO SOBRE FACTORES DE RIESGO PERSONAL,
FAMILIAR Y SOCIAL Y SU INTERRELACIÓN EN LA PRESENCIA DE
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA***

**TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN
TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA:
ANA PATRICIA CARREÑO MONDRAGÓN**

TUTORA

**DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA,
UNAM**

MÉXICO, D.F., JULIO 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

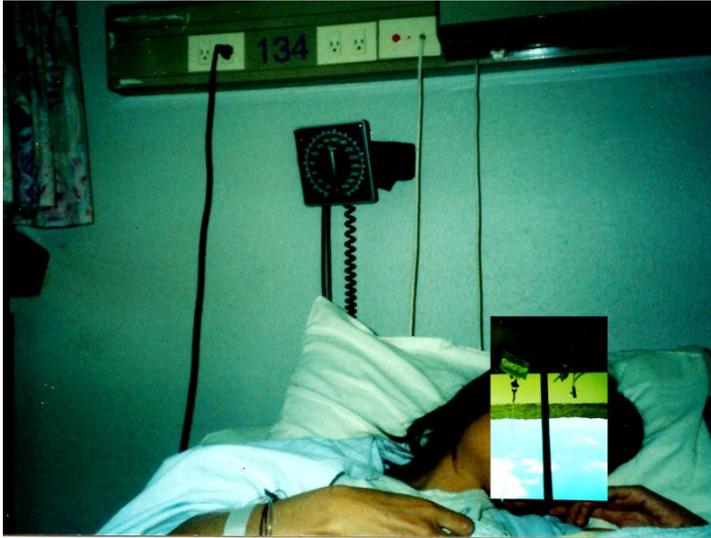


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



siempre me aconsejaron que fuera otro y hasta me sugirieron que tenía notorias cualidades para serlo por eso mi futuro estaba en la otredad

el único problema ha sido siempre mi tozudez congénita neciamente no quería ser otro por lo tanto continué siendo el mismo

(Mario Benedetti, "Otherness", Montevideo, 1989).

Fotografía de una paciente de TCA, tomada en uno de sus internamientos; se incluye, previa autorización, guardando la confidencialidad de los datos.

Dedico el esfuerzo precedente y su resultado, la presente tesis, a...

Mi esposo, Sergio M. Yañez Huitrón, quien desde 1994 ha sido compañero, novio, colega, complemento, "mi amor, mi cómplice y todo"; por su presencia imprescindible en mi vida; por todo lo compartido y por compartir: los diálogos, las risas, el llanto, los silencios, la música, el cine, el teatro, y cada momento vivido y pendiente de vivir; por la plenitud de ser y estar a su lado. Por esos dos maravillosos seres, nuestros amados hijos, pues tanto nos conjugan como complementan, Serxio Samuel y Mikel Orlando, a ellos este trabajo, a la par de mi respirar cotidiano, mis alegrías con minúscula, sinonimia de mi felicidad absoluta.

Mis padres, María Teresa y Samuel, ejemplos de fortaleza y de vida, amadas referencias inmediatas de la "no claudicación". A María Teresa (†) y Samuel Osvaldo (†), siempre presentes y extrañados; a Lucía, por cuidarme y apoyarme desde mis inicios, por ser más que la hermana mayor, y a Jessica, su compañera fiel; a mi tía Chabela, segunda madre.

Mi querido Mario Benedetti, escritor entrañable, próximo prójimo del "paisito"; mi más grande referente de la lealtad, integridad y dignidad humanas.

My dear friend, S. Johnny Indovina Jr., cause' his music has been essential part of every moment in my life, since almost 20 years, allowing to understand myself in hard and good times, I'm so thankful for that.

Mi maestra de siempre, María del Carmen Bermejo Martínez (†), por enseñarme la coherencia entre al pensar y escribir, así como la pasión por las letras; a nuestra querida Dra. María Guadalupe Acevedo López, que clase tras clase nos exigía todo a cambio de todo en relación con el quehacer de la investigación social.

Mis más grandes y sinceros agradecimientos...

Al Dr. Raúl Rojas Soriano, que confió en mí desde el inicio de esta investigación, cuya "primera parte", mi tesis de licenciatura, tuve el honor de elaborar bajo su dirección, desde luego que no podía dejar de acompañarme durante la continuación de mi esfuerzo.

A mi tutora, Dra. Guadalupe Acle Tomasini, quien estuvo conmigo "en las buenas", pero más aún "en las malas", durante mis estudios de Maestría y después, con la confianza de concluiríamos éste, nuestro trabajo en conjunto.

A mi Maestra Ruth Aguilar Padilla, por sus clases y sus siempre puntuales observaciones, pues sin la Teoría Social no se podrían explicar, analizar y dar solución a este y otros fenómenos sociales.

A mi máxima casa de estudios, mi hogar, la Universidad Nacional Autónoma de México, que a través de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales me dotó, sí, de las herramientas, pero sobre todo de la pasión para seguir ejercitando la "imaginación sociológica", guiándome también, hacia y durante, mis estudios de Maestría en la Escuela Nacional de Trabajo Social.

Al Maestro Jorge Hernández Valdés, y al equipo de la Coordinación del Programa de Maestría en Trabajo Social, por su invaluable apoyo al principio y al final.

A mis queridas amigas: Lynnet Delgado, Dina Hernández, Claudia González y Maribel Aceves, que soportaron y atestiguaron parte del proceso de investigación aquí plasmado. A mis amigos, más que compañeros de trabajo, que no los menciono para no cometer omisiones, gracias a todos aquellos que me apoyaron.

Sea la presente, mi humilde aporte, un preámbulo para futuras investigaciones.

Dedicado a todos, y cada uno, de quienes cotidianamente padecen en el ámbito privado y familiar, los estragos de alguno de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, los cuales guardan estrecha relación e incidencia con la esfera social, puesto que, por la inmediatez de la vida cotidiana actual, como sociedad hemos permanecido inmunes ante su gravedad y sus dimensiones individuales y colectivas.

Lic. Ana Patricia Carreño Mondragón

*“Por mi raza hablará el espíritu”
Ciudad Universitaria,
30 de junio de 2014.*

ANOREXIA

*Después de miles de sueños rotos,
de criptas, cementerios y procesiones,
después de recuerdos e instantes,
después de la esterilidad maldita
y la inanición permanente,
el hambre retorna, y hace presa de ti
la sed de muerte...*

*Antes que unas manos largas, clandestinas,
traspasen como agujas la piel,
antes de recibir el beso de un ángel
y las promesas de un “siempre”,
antes de desangrarse en la batalla
y perder todas las guerras,
persisten las dudas del fusil sobre la sien.*

*Después de la sobredosis,
después de las jeringas, las copas, los rituales,
sobre el espejo palidece una figura,
un borrador de huesos tristes,
una infancia perdida entre tinieblas,
un futuro escapando de las manos
entre las garras del nunca.*

*Demonios danzando en las paredes,
voces que llaman por mil nombres,
fantasmas emergentes del averno,
la inanición y las visiones...
el desierto en las entrañas,
las cuevas oculares reseca
y la mirada agonizante,
un perchero arrastrando... mi carne.*

*Después y antes soy un fantasma,
un espejismo, un bosquejo de quien alguna vez fui,
arrastro mi cadáver en el alma
y espero de unas manos la caricia*

*que caliente las venas heridas por mis vicios,
blasfemo con el irremediable paso del tiempo,
maldigo y rehúso aceptar un castigo
mayor que mi penitencia.*

*Aumenta la necesidad por sensaciones,
sedienta y azco de nuevos recuerdos,
antaño sueños rotos ahora sólo cenizas;
la esterilidad me ha devorado.
Confieso mis herejías, no me arrepiento,
me aferro a mi hermana muerte,
camino en silencio,
con inevitable necesidad de un cuerpo
el mío es ya sólo ruinas...*

*Después de largas luchas
por causas desvanecidas,
después de miles de entregas al borde del abismo,
después de mil suicidios,
de declararme vivir muerta, sin cuerpo,
después de tomar la cruz y la guadaña
como refugio único,
ahora que soy un puñado de huesos,
que estoy a un paso de ser sólo cenizas,
ahora, sin redención
confieso que en esta guerra
ante la anorexia he sucumbido...*

(Ana, diciembre 21 de 1999)

No sé por qué
Ella no lo entiende
¿Por qué va en dirección contraria a la mía?
Sus pasos tiran de los míos
Y yo retrocedo
El final está tan lejos
La luz
No sé por qué
Ella no lo entiende
Pero yo caigo con ella
No consigo nada
Lo intento una y otra vez, y nada cambia
Ella no se rinde
No sé por qué no lo entiende
Nunca entiende
A veces no ve
Nunca mira
No siempre quiere
Nunca sé lo que quiere decir
No siempre va hacia delante
Nunca me sigue
Es tan difícil saber, entender, escuchar, ver, oír, mirar
Cuando estás solo
Necesitas una fuerza como la tuya
Un pájaro que pueda entender tu alma
Es imposible que entienda,
Que tire de mí en la dirección correcta
No hacia la oscuridad, sino hacia la luz
Sólo me arrastra con ella, y quiero saber a dónde
No sé por qué no lo entiende
Y yo
Para bien o para mal
La sigo

(Ayelet, *Luchar contra la anorexia*, p. 106).

ÍNDICE

Resumen	9
Abstract	10
Acrónimos	11
Introducción	12
Conducta Alimentaria y Trastornos de la Conducta Alimentaria	16
Los TCA como problema de salud pública: panorama epidemiológico.....	26
Factores de riesgo y modelos explicativos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	37
Modelo médico-psiquiátrico.....	41
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).....	49
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud.....	52
Modelo psicológico.....	54
Modelo socioecológico y contexto sociocultural actual.....	58
El papel del Trabajo Social y su relación con el modelo socioecológico.....	76
Método	83
Tipo de estudio y objetivos.....	86
Herramientas metodológicas.....	87
Escenarios de la investigación.....	94
Análisis de resultado	101
Interrelación de los factores de riesgo presentes en los TCA.....	102
(1) Factores personales o individuales de riesgo.....	102
(1.1) Insatisfacción con la propia imagen corporal y miedo al sobrepeso.....	103
(1.2) Experiencia con el TCA	106
(1.2.1) Incidentes asociados al TCA.....	107
(1.2.2) Conductas y sentimientos adyacentes durante el TCA.....	109

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

(1.2.3) Percepción y relación con el personal especializado (médico, psicológico, Trabajo Social).....	114
(1.3) Los TCA en el contexto de evolución del propio TCA:.....	118
(1.4) Percepción y relación actual con los TCA.....	119
(2) Factores familiares de riesgo.....	121
(2.1) Contexto familiar.....	122
(2.2) Pautas alimentarias familiares.....	123
(2.3) Contexto escolar y de pareja.....	126
(2.4) Repercusión del TCA en el entorno familiar.....	128
(3) Factores sociales y socioculturales de riesgo.....	130
(3.1) Información y fuentes en torno a los TCA.....	130
(3.2) Modelos estéticos (anteriores y actuales) y sus medios de difusión.....	133
Sugerencias y Conclusiones.....	140
Anexos.....	144
Anexo 1	
Cuestionario sobre hábitos alimentarios.....	145
Resultados del Cuestionario exploratorio sobre hábitos alimentarios.....	149
Anexo 2	
Informe del taller sobre TCA impartido a adolescentes.....	157
Anexo 3	
Tres casos de TCA: transcripción de entrevistas	164
Anexo 4	
Lista de productos “pro – adelgazantes”	179
Bibliohemerografía y fuentes.....	182

RESUMEN

El presente estudio constituye no sólo una tesis para acceder al grado de Maestra en Trabajo Social, sino que también representa la culminación de una labor de investigación de carácter comprensivo y analítico, basada en el modelo explicativo socioecológico como propuesta para el estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) desde el Trabajo Social, considerando que los estudios predominantes han emergido desde las ciencias de la salud (psiquiatría y psicología), pero que para el caso de este fenómeno resultan ya insuficientes.

Cabe mencionar, que también da continuidad a nuestra tesis de licenciatura en Sociología, por lo que lleva implícito un compromiso con un fenómeno que para nosotros combina fascinación y preocupación, pero que se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, ya no sólo susceptible de estudio por las cifras epidemiológicas en aumento constante que reporta, sino porque cada vez se filtra en capas mayores de la población; en palabras de Lipovetsky, se “democratiza”, involucrando a niños, jóvenes y adultos; y porque sus raíces, constreñidas principalmente al ámbito individual y familiar en la literatura, cada vez denotan más la punta de un “iceberg” que involucra el contexto sociocultural más allá de lo que se le ha involucrado, haciendo que se interrelacionen las tres esferas cotidianas del individuo: la personal, la familiar y la social.

Nos hemos basado en los postulados de teóricos sociales que alertan sobre la vida efímera o líquida de la sociedad occidental u occidentalizada actual, y su difusión de modelos de belleza impuestos tiránicamente, como Zygmunt Bauman y Gilles Lipovetsky. Asimismo, hemos reforzado nuestros planteamientos con datos tomados de literatura médica en la materia y con los resultados de la presente investigación: un cuestionario exploratorio sobre hábitos alimentarios, aplicado a madres de familia; tres entrevistas con personas que cursaron, en algún momento de sus vidas, un TCA; un taller informativo impartido a alumnos de secundaria, y un breve análisis de productos publicitados, en televisión abierta y prensa escrita, como pro-adelgazantes, todo lo anterior con el objetivo de sustentar nuestros argumentos.

Nuestro objetivo principal es proponer la complementariedad entre los modelos explicativos psicomédico (médico psiquiátrico y psicológico) y socioecológico (sociocultural), para explicar el fenómeno de los TCA a partir de dar respuesta a nuestra pregunta de investigación: ***¿Cómo se relacionan los factores personales, familiares y socioculturales cuando se desencadena un TCA?***

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Trabajo Social, modelo socioecológico, factores de riesgo

ABSTRACT

The present study constitutes not only a thesis to access for a Master degree in Social Work, also represents the culmination of a comprehensive and analytical research based on the socio-ecological model as a proposal for studying the Eating Disorders (ED) from Social Work explanation, because the predominant studies have emerged from health sciences (psychiatry and psychology), but in case of this phenomenon seem to be already inadequate.

It is noteworthy that also gives continuity to our Sociology thesis, so implies a commitment with a phenomenon which we see as the combination of fascination and concern, but it has become a worldwide public health problem, not only capable of epidemiological study by the increasing numbers, but because increasingly seeps into higher layers of population; in words of Lipovetsky it's "democratized" including children, youth and adults, and because their roots have been constrained to the individual and family scope in literature, but it's denoting the tip of an iceberg that involves social and cultural context, beyond what it has been involved, causing daily interrelate this three spheres of the individual: personal, family and the social.

We have relied on the principles of social theorists, as Zygmunt Bauman and Gilles Lipovetsky, whom warn about the ephemeral and liquid life of Western or current westernized society, and its diffusion of beauty models tyrannically imposed. We have also strengthened our approach with data from literature on the subject, as well as the results of our research: an explorative questionnaire about eating habits applied to mothers; three interviews with persons that lived, in some point of their lives, an Eating Disorder (ED); an informative workshop with students of high school, and a brief analysis of pro-slimming products advertised on television and press, all with the aim to support our arguments.

Our main objective is to suggest complementarity between psycho-medical model (psychiatric and psychological explanation) and the socio-ecological model (socio-cultural), to explain the phenomenon of Eating Disorders starting from the response to our research question: **How the personal, family and sociocultural factors are inter-related when begins an Eating Disorder?**

Keywords: Eating behavior Disorders, Social Work, socio-ecological model, risk factors

ACRÓNIMOS

TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
ED	Eating Disorder (Trastorno alimentario)
TANE	Trastorno de la Alimentación no Específico o no Especificado
OMS	Organización Mundial de la Salud
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ADANER	Asociación para la defensa de la Anorexia Nerviosa
QS	Química Sanguínea
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
APA	American Psychiatric Association
BED	Binge Eating Disorder (Trastorno del Comer por Atracciones)
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud
ICD10	Cuestionario sobre Depresión e Imagen Corporal
ANA	Apócope de anorexia nerviosa
MÍA	Apócope de bulimia

INTRODUCCIÓN

La inquietud por estudiar los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), surgió al mismo tiempo que conocimos el caso de las gemelas Rachel y Claire Wallmeyer¹, en una publicación sensacionalista en la década de 1980, donde se hacía referencia al ‘pacto’ de ayuno voluntario que mantenían “alimentándose” casi exclusivamente de una dieta a base de té. En primera instancia, fue una ‘curiosidad’ pueril, pero con el paso del tiempo cobró fuerza hasta formalizarse en nuestra tesis de licenciatura en Sociología, dirigida por el Dr. Raúl Rojas Soriano. En este sentido, la continuidad en la línea de investigación nos condujo a elaborar, desde una perspectiva distinta a la tesis de licenciatura, la presente tesis de Maestría.

Para plantear que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un fenómeno de carácter social, sugerimos partir de la relación de reabastecimiento entre el individuo y la sociedad, puesto que el primero es capaz de influir en su medio tanto como la sociedad influye en él, al respecto Steiner-Adair (2002), señala como necesario poder y deber “intentar poner coto a la influencia social que empuja a estas muchachas a la enfermedad” (p. 15).

Con el fin de sustentar lo anterior, retomamos el argumento de Fromm (1992): considerar al individuo como entidad básica del proceso social, para entender a la sociedad hay que remitirse a los procesos psicológicos operantes individuales, y para entender a las personas, debemos observarlas dentro del marco de su cultura; ello implica una dialéctica, que para el caso de la sociedad actual, y en el marco de la alimentación, podemos ilustrar con el siguiente ejemplo de Lipovetsky (2013):

Ya no vamos de comilona, estamos a régimen. Los expositores de los supermercados se llenan de alimentos ‘bio’, de productos light, ‘probióticos’ y otros alimentos sanos. En cuanto a las tradicionales e interminables comidas de los domingos, nos horrorizan. Comer en abundancia, estar de francachela, ha dejado de ser una pasión popular, ya que la época vota por las comidas equilibradas, el alimento ligero que beneficia a la salud y a la línea. Ahora se espera de los alimentos que mejoren la salud, refuercen la vitalidad, retrasen la aparición de arrugas (cosmetoalimentación), impidan el aumento de peso. La alimentación se considera cada vez más un medio de

¹ Cabe hacer mención que Rachel y Claire Wallmeyer murieron en el mes de agosto de 2012, y no a causa de su anorexia crónica de más de 25 años de evolución, sino por el incendio de su casa en Geelong, Australia.

prevención, léase tratamiento, de ciertas enfermedades: la salud, la longevidad y la belleza se han convertido en referentes que abarcan hoy la relación con la comida. (p. 223).

Simultáneamente, argumenta Lipovetsky (2013), los productos y procedimientos para obtener y/o “perpetuar” la belleza, reportan un auge similar, aduciendo sus bondades y eficacia, promoviendo la obsesión por la perfecta silueta y la juventud:

Lo cual hace que Superwoman esté dedicada continuamente a sí misma, deseando eliminar las arrugas y corregir su silueta. Tras la belleza decorativa viene una belleza activista o prometeica que exige reparaciones (cirugía estética), esfuerzos y restricciones (actividades físicas, dietas), mantenimiento y prevención (alimentación sana, hidratación y regeneración de la piel). Dietas, consumos cosméticos, cirugía estética: en la fase III, la optimización de la apariencia (antienvjecimiento, antiarrugas, antiobesidad) aparece como una obsesión de masas. (p. 269).

De esta manera, la estructura, las referencias y las fuentes empleadas en la presente tesis, plantean la necesidad de profundizar en el análisis de las cifras, los datos, y también aquello que nos reporta la experiencia con las personas, esto último como parte del proceso de comprensión del acontecer humano, que en la sociedad actual se ignora, como señalara Lipovetsky (1988) en *La era del vacío*, al referirse al mundo como un desierto donde cohabitan soledades irreconciliables donde cada quien vive su propio yo en la incapacidad de vivir el “otro”. Los postulados de este autor, en relación con el reciente *boom* de los TCA, fueron fundamentales para emprender nuestra labor y nos permitieron establecer nuestra pregunta de investigación: **¿Cómo se relacionan los factores personales, familiares y socioculturales cuando se desencadena un TCA?**

El proceso para responder dicha pregunta implicó revisar los siguientes aspectos: a) la situación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en las esferas clínica y epidemiológica; b) los factores de riesgo individual presentes en personas con TCA, y el papel de la madre en la transmisión de la conducta alimentaria, y c) el papel de la sociedad en la difusión de pautas alimentarias, ello como factor de riesgo social, que, como advierte Freire (2002), “impone ideales imposibles con el fin de provocar insatisfacción, y que esa insatisfacción conduzca al consumo.” (p. 216).

Los objetivos que encauzaron nuestra investigación, fueron los siguientes:

❖ **Objetivo General:** Indagar la interrelación que guardan los factores de riesgo individual, familiar y social presentes en los TCA, a partir de un estudio desde el Trabajo Social.

➤ **Objetivos Particulares**

1. Conocer la información, que sobre los TCA manejan adolescentes de nivel de educación secundaria, mediante un Taller informativo.
2. Indagar, a través de la aplicación de un Cuestionario exploratorio de hábitos alimentarios, factores de riesgo presentes en madres de familia de las Delegaciones Álvaro Obregón y Benito Juárez, de la Ciudad de México.
3. Indagar factores de riesgo referidos por tres mujeres quienes padecieron TCA en algún momento, y voluntariamente, solicitaron ser entrevistadas.
4. Indagar tanto las características como la permeabilidad hacia la colectividad, de factores de riesgo inmersos en la publicidad de algunos productos pro-adelgazantes.

Cabe señalar que tras la revisión bibliográfica y hemerográfica en torno al tema de estudio, y para responder a la pregunta de investigación, planteamos la siguiente hipótesis:

El conocimiento y análisis de la interrelación de los factores de riesgo (personal, familiar y social), a partir de la aplicación de distintas herramientas metodológicas, propias de la investigación social cualitativa del Trabajo Social, permiten explicar el fenómeno de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y complementar, desde las Ciencias Sociales, las labores médica, psicológica y nutricional.

En relación con el contenido de la presente tesis, en primera instancia ofrecemos un panorama contextual y conceptual de los TCA, a fin de ponderar su importancia y trascendencia como problema de salud pública, con base en algunos datos epidemiológicos, lo cual nos permitió, y permitirá al lector, un acercamiento al tema de investigación como el fenómeno social que constituye.

Posteriormente, definimos los factores de riesgo que la literatura maneja como aquellos que contribuyen a la aparición o debut, a la evolución, y en algunos casos a la cronicidad, de los TCA. A partir de dicha definición, hacemos referencia a los distintos modelos explicativos de y a las disciplinas que los representan; cabe mencionar que partimos de los modelos médico psiquiátrico y psicológico, puesto que son los más exhaustivos y predominan en la literatura desde la secularización de la anorexia nerviosa y la bulimia en el siglo XIX hasta nuestros días; ahondamos también en el modelo explicativo socioecológico, el cual revaloriza la relación entre individuo y entorno inmediato, es decir, el contexto sociohistórico; este modelo resulta medular para el estudio de los TCA desde las disciplinas sociales, particularmente desde el Trabajo Social, porque como fenómeno, ha rebasado las explicaciones predominantes, sugiriendo en consecuencia, la complementariedad entre los distintos modelos.

En relación con el aspecto metodológico, referimos las características de nuestra investigación, así como sus alcances y limitaciones: tipo de estudio, objetivos, herramientas metodológicas implicadas y participantes (Cuestionario exploratorio sobre hábitos alimentarios, aplicado a madres de familia; Taller informativo dirigido a adolescentes; entrevistas a tres mujeres con antecedentes de TCA; y finalmente, un breve análisis enfocado en productos publicitados en televisión y prensa como pro-adelgazantes), asimismo, abordamos los escenarios donde se aplicaron estas herramientas.

Nuestro proceso de investigación, aunado al marco teórico, permitió analizar los resultados, previa categorización de los factores de riesgo individual, familiar y social, en referencia a la relación que guardan éstos en la presencia de los TCA. Para ello fue medular retomar el papel del Trabajo Social, con base en una metodología de carácter cualitativo.

Como conclusión, ofrecemos un breve apartado al respecto, proponiendo un aporte a la labor del Trabajo Social, ponderando la importancia de continuar el quehacer de investigación sobre este tema desde la perspectiva científico-social, en complementariedad con las disciplinas del área de la salud (médico-psiquiátrica) y psicológica.

Hacemos una cordial invitación al lector para que nos otorgue la oportunidad de conocer el presente trabajo de tesis de Maestría en Trabajo Social, y nos acompañe en la reflexión sobre la situación de un fenómeno que actualmente observamos, no sólo en los seres humanos implicados desde su esfera personal, sino también a través del ámbito social implicado.

CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los usos y actitudes hacia los alimentos son variados y se manifiestan al expresar qué significa comer, de qué sirve la comida a las personas o por qué comemos. Comer es también un modo de comunicarse y de identificarse con otras personas
(Mabel Gracia y Josep Comelles, *No comerás*, p. 26)

Conforme a su etimología, el concepto “individuo”, derivado del “*a tomos*” griego, evoca el atributo de *indivisibilidad* de cada persona; Bauman (2006), considera que “el ser humano es la unidad más pequeña a la que puede atribuirse la cualidad de ‘humanidad’.” (p. 31); por su parte, Norbert Elias (1987), argumenta que el individuo vive en una red de interdependencias que “no puede modificar ni romper a voluntad sino en tanto lo permite la propia estructura de esa red; vive dentro de un tejido de relaciones móviles que, al menos en parte, se han depositado sobre él dando forma a su carácter personal” (p. 29).

De acuerdo con Goffman (1991), es inherente a la condición humana pasar la vida diaria en presencia de los demás, donde probablemente nuestros actos se encuentran *socialmente situados* en un sentido estricto. De lo anterior, se desprende que como seres humanos nos situamos, nos concebimos y a la vez, también somos concebidos en referencia a la alteridad, es decir, por la presencia del otro: “Todo ser humano individual nace dentro de un grupo humano que existía antes que él. Más aún: todo ser humano individual posee una naturaleza tal, que para poder crecer necesita de otras personas que existían antes que él” (Elias, 1987: 36).

En el presente capítulo, abordamos el fenómeno que constituyen los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA, por sus siglas) partiendo del concepto de alimentación, entendiendo ésta más allá de los ámbitos personal, nutricional y sus efectos orgánicos, pues si bien el proceso alimentario es de carácter fisiológico, y permite a hombres y mujeres vivir y realizar sus actividades cotidianas aportándoles los nutrientes necesarios para ello, la alimentación también puede entenderse como una práctica sociocultural que surge y se reproduce al interior de las comunidades, al interior de la sociedad.

Toro (1996), puntualiza que “aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Desde el nacimiento, comer es un acto social. Y esta *socialidad* del comer se mantiene a lo largo de toda la vida” (p. 2); sin embargo, en la actualidad, y bajo las advertencias sobre los peligros de la obesidad y la extrema delgadez, causadas por comer en exceso o restringir el alimento por completo, Bauman (2006), cuestiona “¿dónde se encuentra lo normal de lo excesivo y de quién podemos fiarnos para que lo trace adecuadamente?” (p. 130).

En primera instancia, hemos de comprender, que las prácticas y rituales en torno a la alimentación no sólo nos permiten conformarnos individualmente, sino que también, propician la socialización y la transmisión de mensajes, la comunicación con nuestros semejantes, “comer es también un modo de comunicarse y de identificarse con otras personas” (Gracia y Comelles, 2007); en consecuencia, en todas las épocas y sociedades, el alimento posee un lugar distintivo en las interacciones humanas “tanto en el plano de lo simbólico como de lo material” (*Idem*, p. 49). Baas (cit. por Toro, 1999), refiere los siguientes usos y significados como atribuibles a los alimentos:

1. *Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.*
2. *Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.*
3. *Demstrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.*
4. *Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.*
5. *Expresar amor y cariño.*
6. *Expresar individualidad.*
7. *Proclamar la distintividad de un grupo.*
8. *Demstrar la pertenencia a un grupo.*
9. *Hacer frente al estrés psicológico o emocional.*
10. *Significar estatus social.*
11. *Recompensa o castigos.*
12. *Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.*
13. *Ejercer poder político y económico.*
14. *Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.*
15. *Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.*
16. *Simbolizar experiencias emocionales.*
17. *Manifestar piedad o devoción.*
18. *Representar seguridad.*
19. *Expresar sentimientos morales.*
20. *Significar riqueza.* (p. 3).

A lo largo de la historia, los alimentos y el acto de comer, han implicado vínculos y arraigos en un contexto determinado, razón por la cual varían en forma, presentación y simbolización de cultura en cultura. Para puntualizar en torno a la socioculturalidad de la alimentación, sugerimos partir de la conceptualización del hombre como constructor de símbolos, propuesta por Clifford Geertz (cit. por Bauman, 2002), refiriéndolo como animal que elabora instrumentos, que habla y simboliza, sin poseer mentalidad, sino conciencia, necesidades, pero también valores; es decir, el hombre como ser con miedo y sentido moral; con un pasado, y sobre todo con una historia, porque es el único que posee cultura. Este argumento sustenta la idea de que las conductas alimentarias se encuentran permeadas por el orden sociocultural vigente, complementario al “orden de la naturaleza”.

En el proceso de transmisión generacional del orden simbólico, la labor de los padres en el ámbito familiar, resulta esencial y es parte de la socialización planteada por Durkheim en su obra *Educación y Sociología*; y de acuerdo con Bauman (2002), también forma parte del “entrenamiento cultural” que permite conocer el código y comprender los significados culturales. La existencia de determinados símbolos en torno a las prácticas y conductas alimentarias, implica en consecuencia, un consenso sobre lo que culturalmente se acepta en relación con la alimentación, para Bourdieu (cit. por Contreras y Gracia, 2005):

El gusto en materia de alimentos depende también de la idea que cada clase se hace del cuerpo y de los efectos de la alimentación sobre el mismo: es decir, sobre su fuerza, su salud, su belleza, y de las categorías que emplea para evaluar estos efectos, pudiendo ser escogidos algunos de ellos por una clase e ignorados por otra, y pudiendo las diferentes clases establecer unas jerarquías muy distintas entre los diferentes efectos (...) Cultura convertida en natura, esto es, incorporada, clase hecha cuerpo, el gusto contribuye a hacer el cuerpo de la clase (p. 329).

Gracia y Comelles (2007), también refieren que “las mujeres han comido poco, mucho o nada, al margen de su apetito, para regular los recursos económicos del grupo, socializar a sus miembros, fijar formas de control social o para responder a razones ideológicas o materiales” (p. 85). Esta socialización alimentaria nos remite a las pautas culturales y a los cambios que sufren, relacionados con aspectos aparentemente formales de las comidas, por ejemplo, anteriormente en Occidente la familia tradicional, específicamente aquella de la atmósfera judeocristiana, estructuraba su ingestión alimentaria cotidiana mediante tres comidas: desayuno, almuerzo y cena (Toro, 1999).

En relación con lo anterior, Guillemot y Laxenaire (1994) advierten la reciente sustitución de la comida en torno a la mesa familiar, por la ofertada en los establecimientos de índole *fast-food*, debido al acelerado ritmo de vida en las grandes urbes y a la necesidad de “ahorrar tiempo”, ello propicia un clima que denominan “gastro-anomia”, con sus consecuentes cambios en la socialización alimentaria: “la redistribución equitativa del trabajo de la casa, ha contribuido a modificar las *maneras de comer*” (Gracia y Comelles, 2007: 50).

En virtud de la velocidad con que se transmite la información alimenticia, dietética y de salud, actualmente la socialización en materia alimentaria, implica que se la relacione estrechamente con el cuidado de la salud y el cuerpo, lo que Lipovetsky (1999) denomina *body management*; estas “nuevas” ideas y “cambios” han dictaminado y/o catalogado las conductas consideradas “adecuadas”, e inclusive socialmente aceptadas:

hoy es el cuerpo y su mantenimiento lo que moviliza cada vez más las pasiones y la energía estética femeninas. En la actualidad, las prácticas de belleza no buscan tanto construir un espectáculo de trampantojo como conservar un cuerpo joven y esbelto; la finalidad buscada no es tanto la sofisticación del aspecto físico como rejuvenecer, tonificar y reafirmar la piel. En la época de la antiedad y el antipeso, el centro de gravedad se ha desplazado de las técnicas de camuflaje a las técnicas de prevención, de los rituales de lo ficticio a las prácticas de mantenimiento del cuerpo, de las escenificaciones artificiosas a las exigencias nutricionales, de las sobrecargas barrocas a las operaciones para regenerar la piel. (Lipovetsky, 1999: 121-122).

Para Lipovetsky (*Idem*), el consumo cosmético, ligado al *body-management*, se aceleró en las décadas de 1920 y 1930 gracias al éxito del lápiz de labios, los aceites solares y el esmalte de uñas; mientras que la delgadez se “masificó” en la década de 1980, con el auge de las clínicas dietéticas y los productos *light*, resultando así, que “la conquista de la belleza ya no se concibe sin la búsqueda de la esbeltez, sin las restricciones alimentarias y los ejercicios corporales” (p.p. 123-124), estos últimos se realimentan con los modelos estéticos ultradelgados difundidos en las revistas femeninas y la publicidad actuales, en franca contraposición a los cánones de las sociedades de los siglos XVII, XVIII y XIX, que valoraban la corpulencia femenina vinculada a la fecundidad como destino supremo de la condición de las mujeres, y a su papel socialmente asignado como madres, cuidadoras y encargadas de la socialización en materia alimentaria.

Cabe puntualizar, que pese a su reciente inserción en el ámbito laboral durante el siglo XIX, las mujeres continúan en estrecha relación con las conductas alimentarias familiares, propias y de sus hijos, al regular, vigilar y preparar el alimento, sin embargo, actualmente bajo la paradójica consigna de cuidarse de los extremos (obesidad y delgadez), y cumplir con aquello que se dicta socialmente en referencia a la alimentación “sana” y el cuidado del cuerpo:

En las sociedades en que la obesidad se vive como un drama horrible, en que se multiplican las dietas de adelgazamiento, la relación con la comida se convierte en fuente permanente de ansiedad, de desánimo, de sensación de fracaso personal. El lugar privilegiado, en cuanto a resistencia a la decepción, que ocupaban hasta hace poco los productos alimentarios ha desaparecido: en la actualidad generan más amargura y contrariedad que los objetos técnicos. (Lipovetsky, 2013: 157).

Complementario al concepto de conducta alimentaria, y su transmisión, proponemos partir de lo que la literatura considera “Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)”, ello nos permitirá referir, y a la vez comprender, los argumentos que señalan a los TCA como problema de salud pública, aclarando que para efectos del presente trabajo, nos limitaremos a definir solamente aquellos en los que la literatura ha sido más prolífica: la anorexia nerviosa y la bulimia; lo anterior en virtud de que son base para las catalogaciones recientes por ejemplo, la de “Trastornos de la Alimentación no Específicos” (TANE).

Introductorio a las definiciones de ambos TCA, y para poder comprender el cambio conceptual que estos han sufrido, presentamos dos tablas en las cuales se observa la transición histórica de las conceptualizaciones, tanto para la anorexia (Tabla 1), como para la bulimia (Tabla 2).

Tabla 1	
Denominaciones históricas de la anorexia	
Inedia Prodigiosa	(Hildanus, 1646)
Nervus atrophy	(Morton, 1694)
Anorexia Mirabilis	(Boisser, 1772)
Apepsia hysterica	(Gull, 1868)
Anorexia nervosa	(Gull, 1874)
Anorexia hysterica	(Laségue, 1873)
Mental anorexia	(Huchard, 1863)
Self-starvation	(Palazzoli, 1963)
Pubertal Adiction to thinness	(Bruch, 1985)
(FUENTE: Mabel Gracia y Josep Comelles, <i>No comerás</i> , p. 110).	

Tabla 2	
Denominaciones históricas de la bulimia	
Bulimia	(Trevisa, 1398)
Caninus appetitus	(James, 1743)
Hiperorexia	(Soltman, 1894)
Cinorexia/Licorexia/Fringale	(Blachez, 1869)
Síndrome del gordo/delgado	(Bruch, 1973)
Bulimarexia	(Boskind Lodhal, 1976)
Bulimia nerviosa	(Rusell, 1979)
Síndrome del caos dietético	(Palmer, 1979)
Síndrome del control anormal/normal del peso	(Crisp, 1981)
(FUENTE: Mabel Gracia y Josep Comelles, <i>No comerás</i> , p. 113)	

Actualmente la anorexia nerviosa, que sólo en algunas ocasiones se ha utilizado en la literatura médica referida en correspondencia directa con su etimología, es considerada un problema de salud pública, a pesar de que la sintomatología que la comprende se aleja del vocablo griego **anorektous**, literalmente “falta de apetito”.

Sobre este ayuno “autoinducido” encontramos un número nada despreciable de alusiones al mismo durante la Edad Media, época de predominio de la Iglesia católica en Occidente, y por lo tanto, de mayor difusión de todo tipo de conductas penitenciales, que en lo general, tomaron dos vertientes: el ayuno (ascesis) y el vómito (emesis), como “camino” para expiar los pecados y purificar el cuerpo con el objetivo de acceder a Dios y lograr, en consecuencia, la virtud.

Sin embargo, Toro (1996), señala que en los diccionarios médicos del siglo XVII el término “anorexia” aludía a la inapetencia y a ciertos trastornos del estómago; Contreras y Gracia (2005) mencionan que la primera descripción con la connotación “nerviosa” fue realizada por Morton en 1689, quien la consideró una perturbación del sistema nervioso, consecuente a la restricción alimentaria; no será sino hasta 1874 que sir William Gull acuñe el término, en plena discusión sobre la naturaleza ‘milagrosa’ o no de las *fasting girls* (muchachas ayunadoras). Cabe insistir que en el trastorno anoréxico no existe inapetencia como tal, ya que involucra una inanición autoinducida, voluntaria, por lo que, pese a morir de hambre, casi en sentido literal, la persona se mantiene aferrada a la decisión de no alimentarse (Duker y Slade, 1995).

A partir de 1930 también se utiliza el término alemán *magersucht* ('adicción a la delgadez'), para referirse a la anorexia nerviosa; por su parte, Davis y Yager (cit. por Toro, 1999), señalan que no aparecerán en la literatura médica, sino hasta después de esa fecha, expresiones como 'malestar por estar gorda', 'deseo de ser delgada' o 'miedo a engordar', y como se verá predominantemente en la literatura, el objetivo a corto plazo, perseguido por la persona anoréxica, es disminuir de peso, lo cual explica regímenes dietéticos sumamente drásticos. Es importante enfatizar, que las complicaciones derivadas de la desnutrición y la pérdida ponderal², aunadas al número creciente de casos a nivel mundial, han convertido a este trastorno, el más conocido de los TCA, un problema de salud pública principalmente en las últimas tres décadas (Toro, 1999; Contreras y Gracia, 2005; Crispo, 2001).

En relación con la **bulimia**, hay indicios de su práctica en la antigüedad, específicamente en los bacanales romanos, que comprendían preparar grandes banquetes donde los asistentes ingerían cantidades excesivas de alimentos para posteriormente, mediante la estimulación del reflejo nauseoso y el consecuente vómito, vaciar su estómago y poder reiniciar un nuevo ciclo de glotonería (Holtz, cit. por Aparicio, 2001). Si bien, el término deriva de la expresión "hambre de buey", conductualmente no hay manifestaciones de un hambre desmedida, en el sentido literal, y más bien implica un descontrol en la ingesta alimentaria donde se alternan las siguientes conductas:

- a) atracón o ingesta alimentaria excesiva, la cual puede implicar el consumo de entre 3000 y 5000 kilocalorías diarias, equivalente al doble o más, de la ingesta diaria recomendada para un adulto con un peso promedio de 70 kg, (Duker y Slade, 1995, y Toro, 1983, 1999).

De acuerdo con Aguirre (cit. por Uribe, 2003), en cada atracón la persona bulímica presenta una secuencia de cuatro tiempos: "1) excitación y tensión previa, caracterizadas por una compulsión violenta hacia la ingesta; 2) ingesta precipitada y selectiva de alimentos; los más ricos en calorías y los más pobres en proteínas, como productos de pastelería o dulces; 3) culpa y desamparo por haber transgredido las normas, y 4) vómito abortivo o involuntario" (p. 36);

- b) purga (abuso y/o sobredosificación de laxantes y diuréticos a fin de eliminar alimentos y líquidos), y

² Término para referir la pérdida de peso.

c) emesis (vómito autoinducido). El vómito produce un desbalance electrolítico³, derivado de la disminución sanguínea de sodio (hiponatremia) y potasio (hipokalemia), lo que cataloga a la bulimia como el TCA con mayor índice de mortalidad debido a fallas orgánicas y complicaciones médicas.

Sin embargo, la ingesta hipercalórica o “atracon”, seguida del vómito, no impide que una cantidad de alimento permanezca en el estómago y sea metabolizado, hecho que explica por qué las personas bulímicas presentan comúnmente normopeso, es decir, un peso cercano a lo que se considera “normal”, y en ocasiones ligeramente elevado. La referencia del peso “normal” actualmente tiene como base el Índice de Masa Corporal (IMC)⁴.

En la bulimia, la falta de control sobre la ingesta se contrapone al excesivo control presente en la anorexia, quizá por ello Duker y Slade (1995), refieren que la anorexia es el “sueño dorado de la bulimia”. Este descontrol hace más proclives a las personas bulímicas para presentar conductas autolesivas, conocidas como *self-injury*, las cuales involucran laceraciones con objetos punzocortantes (navajas de afeitar, cuchillos, vidrios, agujas...), principalmente en abdomen, brazos y piernas, como una forma de “castigar” la falta de autocontrol, es decir, haber incurrido en atracones y/o purgas.

Existe, no obstante, un punto de encuentro entre la anorexia y la bulimia, denominado “bulimarexia”, resultante de las circunstancias en las cuales la persona no puede resistir, o se siente incapaz de resistir el ayuno, incurriendo en atracones y presentando conductas bulímicas, agravando así el cuadro clínico, y en consecuencia, las complicaciones médicas.

Consideramos importante referir que, si bien los motivos para ayunar o vomitar (comulgar con la espiritualidad y expiar los pecados, respectivamente), hacen que las anoréxicas místicas de los siglos XIV y XV se diferencien de las actuales, en tanto que la relación de las primeras con su cuerpo era de rechazo absoluto al considerarlo obstáculo material para acceder a la anhelada perfección

³ Desequilibrio en los minerales (sodio, potasio, cloro) de la sangre, así como de los líquidos del cuerpo, que llevan una carga eléctrica; el equilibrio es indispensable para el funcionamiento de todos los órganos, principalmente del corazón.

⁴ El índice de Masa Corporal (IMC), es el resultado de la siguiente fórmula: peso en kilos entre la talla en centímetros al cuadrado, y se guía por una tabla conforme a la edad, sexo, entre otros, como puede apreciarse en la Tabla 11, inserta en el apartado de “Análisis de resultados” de la presente tesis.

espiritual, siendo la carne (corporalidad) un estorbo, una cárcel para el alma; de acuerdo con Guillemot y Laxenaire (1994), subyace también una especie de “religiosidad” en las anoréxicas actuales, por la necesidad de ser aceptada por los otros, sólo que, agregamos, descansa en el vacío que la hipermodernidad (Lipovetsky, 1988, 1999) y la liquidez de la vida actual (Bauman, 2001) generan en los individuos.

De acuerdo con los “motivos” para ayunar, surgieron dos conceptualizaciones principales en la historia de la anorexia: “anorexia santa”⁵ (*holly anorexia*), atribuida a Rudolph Bell, y “anorexia nerviosa” (secular), a partir del siglo XIX, tras los estudios de Lasègue en Francia (1873), y Gull y Charcot en Inglaterra (1874). Recientemente autores como Anthony Giddens (1995) y Loreto Araya (2001) (cit. por Uribe, 2004), han considerado la anorexia “un síndrome transicional que en una época secularizada mantiene vestigios de una antigua cultura femenina religiosa. Pero, en la actualidad, ayuno no es igual a anorexia. El ayuno es y ha sido ampliamente utilizado en diversas sociedades y por diversas razones, bien sea religiosas o sociales, sin que en todos los casos se pueda asociar a la búsqueda de la delgadez, principal motivo que lleva a la anorexia en la actualidad” (p. 42)

Es así como durante el medioevo, la restricción en la ingesta alimentaria era llevada a cabo con fines religiosos, Araya (cit. por Uribe, 2007), considera que gran parte de las mujeres de esa época, catalogadas como santas, eran auténticas enfermas de anorexia; asimismo, la “anorexia sagrada” era una práctica preponderantemente femenina “en tanto la ideología religiosa y la concepción social del cuerpo femenino presionaban a la mujer hacia las conductas anoréxicas” (p. 43). Lipovetsky (1999) insiste en que durante los siglos cristianos se manifestó una hostilidad muy específica respecto de la seducción femenina, especialmente durante la Edad Media, y esporádicamente en el siglo XVIII: “los teólogos se ensañan con la mujer ‘ministro de idolatría’, criatura vanidosa y viciosa, cebo de que se sirve Satán para precipitar al hombre en el infierno” (p. 158), lo anterior refuerza aquellos argumentos que catalogan inicialmente la anorexia como un trastorno propio de la esfera femenina, aunque esto ya no sea lo prevaleciente en nuestro contexto.

⁵ Ejemplos de santas anoréxicas: “Santa Wilgerfortis identificada como santa Ont Kommena en Holanda, santa Kummermis en Alemania, santa Liberata en España, santa Livrade en Gascuña y santa Uncumber en Inglaterra.” (Toro, 1999: 19).

Al interior del cristianismo medieval, no resultaba incoherente buscar la trascendencia espiritual renunciando a la corporalidad; retomando esta perspectiva religiosa, Kim Chernin (cit. por Lipovetsky, 1999), ve en la actual obsesión por la delgadez, la prolongación de los valores ascéticos milenarios, y en esta lógica, también una expresión de odio contra la carne, idéntica a la profesada por los teólogos de aquel período histórico; de acuerdo con Susan Bordo (*Ibidem*), hay una continuidad entre las prácticas de mortificación de los santos de entonces y las dietas que actualmente se infligen a sí mismas las mujeres.

Un claro, y muy socorrido ejemplo de anorexia durante el siglo XIV, es la vida de Catalina de Siena, relatada por su confesor Francisco de Capúa, quien narra la evolución del ayuno de la “santa” desde la edad de siete años, así como la presencia constante de conductas bulímicas y autolesivas a lo largo de toda su corta vida, murió a los veintisiete años. Capúa refiere que Catalina se provocaba el vómito, no sólo a través de purgas y el consumo de infusiones herbolarias eméticas, sino también introduciendo varitas en su garganta. En este contexto, y muy probablemente percibido así por Catalina, la emesis o vómito autoinducido era parte de un ritual mediante el cual, el pecador o penitente, “arrojaba de sí sus pecados. Es por ello, que en esta época las grandes escuelas de medicina incluso prescribían eméticos, situación que prevalece hasta la época del Renacimiento” (Gianni, cit. por Aparicio, 2001: 32).

Los casos de TCA célebres, incluso anónimos, durante la Edad Media, proliferaron al amparo de la hegemonía cristiana; sin embargo, a partir de la época de la Revolución Industrial, y hasta principios del siglo XX, período en el cual la mujer adquiere un nuevo estatus social y económico con su inserción en el ámbito laboral, estos trastornos (secularizados para entonces), se relacionarán más con situaciones de estrés e histeria en virtud de la emergencia del psicoanálisis. Por ejemplo, Martínez de Mingo (2002), refiere que, de acuerdo con la teoría psicoanalítica de Lacan, la anoréxica es una niña que no ve a su madre como distinta y separada, y en consecuencia, la culpa y responsabiliza de su enfermedad, y es que no ha superado aún la “tercera fase del espejo”:

En la primera, el niño confunde su reflejo con el otro real, sería el caso del autista. En la segunda queda obnubilado ante la imagen, sin buscar nada detrás, pero en la tercera, el niño, al ver reflejada la figura de su madre y deducir que es ella, infiere que la otra es él. Ésa es la forma psíquica de cortar el cordón umbilical. (p.15).

Otra explicación para los TCA, es que son resultado del conflicto que enfrenta la mujer entre su antiguo rol y las nuevas exigencias de la sociedad, pues a pesar de ser cada vez más aceptada en el ámbito laboral y de la producción en masa, no logra emanciparse de sus antiguas “obligaciones” de esposa y madre (Silva, 2006).

Durante el siglo XX, en virtud de los vertiginosos avances científicos y tecnológicos, del creciente aumento de casos y el naciente interés en la anorexia nerviosa primero, y en la bulimia y los demás TCA después, surgen y se formalizan paulatinamente las tipificaciones para su explicación, estudio y tratamiento. Nuevamente el contexto resulta crucial para entender su connotación, es decir, el entorno preponderantemente religioso, determinó que en los siglos anteriores se hablase de ascetas o herejes, y que actualmente sean considerados “psicopatologías”, en especial a raíz de su alarmante *boom* en la década de 1980, del cual hablaremos a continuación, no sin antes mencionar que Guillemot y Laxenaire (1994) reafirman la incidencia de la socioculturalidad en este fenómeno “quizá la anorexia nerviosa existiese en la Edad Media, pero el contexto sociocultural de la época no permitía reconocerla como entidad patológica.” (p. 20).

Los TCA como problema de salud pública: panorama epidemiológico

En primer lugar, abordaremos los cambios acontecidos en el impulso “inicial” para adelgazar; como ya fue señalado, en los siglos XIV y XV había un estrecho vínculo al ideal religioso de inmortalidad del alma, mientras que actualmente el acento recae en conservar lo que denominaremos “efímera inmortalidad” del cuerpo, que consiste principalmente en combatir los efectos de la edad y la obesidad.

Toro (1999) refiere que por mucho tiempo, la anorexia nerviosa fue considerada único TCA, y su presencia remitía casi necesariamente al nivel socioeconómico del paciente (clase media alta), porque eran quienes se podían dar el “lujo” de vomitar comida sin merma financiera; no obstante, con el concepto de “democratización” propuesto por Lipovetsky (1988, 1999, 2008), resulta no ser ya indicativo, determinante y/o excluyente pertenecer a una esfera favorecida económicamente para observar casos de TCA, pues la promoción y multiplicación de modelos ultradelgados, representantes del ideal estético dominante, difundidos en los medios de comunicación de masas, (televisión, publicidad audiovisual, Internet...), han permitido la veloz y constante proliferación de estos trastornos.

Es posible constatar de manera cuantitativa la mundialización de los TCA mediante estadísticas que ofrecen instituciones de salud, tanto locales como internacionales; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2006), los TCA afectan a siete millones de mujeres y a un millón de hombres en todo el mundo, siendo la bulimia la de mayor incidencia, ya que “el 75% de las pacientes con patología alimentaria sufre bulimia y el 25% restante, anorexia. La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1 al 3%, y entre los varones diez veces menor. La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común entre las mujeres adolescentes (...), el 90% de quienes padecen anorexia y bulimia son mujeres de temprana edad, entre los 12 y los 25 años” (Gómez Vecchio, 2009).

De acuerdo con Lipovetsky (1999), “el 90% de los anoréxicos son mujeres; del 12 al 33% de las jóvenes estudiantes se esfuerzan por controlar su peso obligándose a vomitar, consumiendo laxantes o diuréticos. Diversos estudios estiman que una de cada 250 mujeres, entre 13 y 22 años, presenta trastornos anoréxicos; en Estados Unidos, hoy día, se sabe que incluso niñas de 7 u 8 años hacen régimen” (p. 138); Toro (1999) refiere que la mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10%, y la evolución mayor a 12 años (cronicidad), hace prácticamente imposible la rehabilitación.

Las presiones sociales en torno a la delgadez son aplastantes y se difunden con intermitencia, dirigiéndose de manera más enfática hacia las mujeres, en primera instancia porque socialmente “la belleza no tiene el mismo valor en el hombre que en la mujer. Tanto los anuncios publicitarios como las canciones, la moda como las modelos, la mirada de los hombre como el deseo de las mujeres, todo nos recuerda con insistencia la posición privilegiada de que goza la hermosura femenina, la identificación de la mujer con el ‘bello sexo’ ” (Lipovetsky, 1999: 93).

De manera general, el feminismo considera que la difusión de dicha imagen es una de las causas principales de los problemas de conducta alimentaria, pues “la obligación social que recae sobre ellas de ser artificialmente delgadas, la contribución de los medios de comunicación a la fetichización y a la cosificación de un cuerpo femenino anormalmente esbelto y los apremios para que las mujeres se esfuercen en ser buenas esposas, madres, trabajadoras y atractivas amantes (*superwomen*) constituyen algunas de las razones originarias que envuelven a estos problemas.” (Contreras y Gracia, 2007: 350).

El esfuerzo implacable por cumplir las expectativas sociales (ser joven, ser bella, ser delgada), permite contextualizar claramente, que para 1993 en Francia “cuatro de cada diez francesas querían adelgazar, 70% de ellas por razones estéticas, mientras que en Estados Unidos 75% de las mujeres se consideran demasiado gordas e incluso el 63% de las estudiantes americanas hacen régimen; finalmente, 80% de las niñas entre 10 y 13 años han intentado adelgazar.” (Lipovetsky, 1999: 121-122).

Lipovetsky (1999), considera que el culto a la delgadez ya no es excluyente ni artífice dirigido sólo a las mujeres, por lo que, aun siendo mayormente “tiranizadas” que los hombres para equiparar su apariencia al “canon estético vigente”, implicándose en mayor medida que ellos en el ideal del cuerpo desprovisto de grasa, en nuestra sociedad ellos no quedan eximidos del deseo por adelgazar, y también llevan a cabo prácticas para controlar su peso y su alimentación, practican ejercicio físico para “guardar la línea” y mantenerse en forma, es decir, ya “no son las mujeres las únicas que conocen la creciente pujanza de la cultura lipófoba: durante los años ochenta, la proporción de franceses que se consideraba demasiado gordos pasó del 24% al 43%” (*Ibid.*, p.p. 126-127).

Para puntualizar sobre el alcance epidemiológico de los TCA a nivel mundial, mencionaremos algunos datos relativos a distintos países, con el objetivo de mostrar, como anteriormente se refirió, que estos trastornos ya no son un fenómeno privativo de la población femenina, razón que los ha llevado a ser catalogados como un problema de salud pública, pues además afectan a varios sectores de la población.

De acuerdo con Lucas (cit. por Silva, 2006), en **Europa Occidental** y en **Estados Unidos** las estadísticas refieren un incremento del 0.5 por 100,000 en 1950, a un 5 por 100,000 en 1980; y un aumento de 36% cada 5 años en el periodo de 1950 a 1984, en la tasa de mujeres de 10 a 19 años que padecen estos trastornos. Grogan (cit. por Silva, 2006), considera que ello puede explicarse porque los afro-americanos y los británicos afro-caribeños, poseen un ideal de cuerpo más pesado y fuerte, contrastando con los americanos y los británicos blancos quienes, aunado al ideal estético occidental, se sienten más insatisfechos con sus cuerpos, asimismo, se reafirma el etnocentrismo del modelo que cita Lipovetsky en *La tercera mujer* (1999), mismo que retomaremos posteriormente.

De acuerdo con el diario *El mundo* (cit. por Matey, 2009), **España** puede catalogarse como país “sede” de los TCA, pues existen aproximadamente 500.000 casos de anorexia, la mayoría en personas de entre 10 y 29 años; Abril (2009),

señala que la ausencia de investigaciones recientes sobre desórdenes alimentarios en este país impide conocer si existe mayor prevalencia que hace cinco años puesto que el último estudio epidemiológico, de 2003, los situaba en el 4.7% de las mujeres. La Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa (ADANER)⁶, que también ejerce funciones de hospital de día, a través de sus “almuerzos asistidos”, recibió en 2008 3,510 llamadas telefónicas por este tipo de problemas, y atendió en consulta aproximadamente a 600 personas que solicitaron ayuda para superar alguno de los TCA, que en ese país afectan a jóvenes de entre 14 y 22 años (EUROPA PRESS, 2009).

De acuerdo con datos de ADANER (cit. por Estrada, 2009), entre 5 y 10 por ciento de la población masculina a nivel mundial, padece anorexia nerviosa, y entre 10 y 15 por ciento, bulimia nerviosa, recalcando que muchos de estos casos no están diagnosticados. En este país los TCA presentan una morbi-mortalidad importante, “habiéndose demostrado en estudios de seguimiento en el largo plazo [INSALUD, 2005] una mortalidad de hasta el 20% en anorexia nerviosa a los 20 años, y de un 5% en bulimia nerviosa” (PINEDA, 2006: 4).

En 1997 se llevó a cabo un estudio en Aragón, arrojando que 16 por ciento de las mujeres adolescentes presentaba riesgo de sufrir algún TCA, frente a una baja frecuencia en varones, de sólo 3% (NOVA, 2006). Con base en lo anterior, y relativo a la prevalencia de la bulimia en ese país, podemos mencionar que ésta tiene un predominio del 5 por ciento en mujeres adolescentes y del 0.5 al 1 por ciento en hombres adolescentes; Nájera (2002), refiere que es poco frecuente la mortalidad y se relaciona principalmente con la aspiración involuntaria del vómito.

Alemania ostenta una tasa de mortalidad de entre 10 y 15 por ciento, para los cien mil alemanes de 35 años o menos que padecen anorexia (DPA, 2005); la Agencia de Información sobre la Salud reportó cerca de 100.000 jóvenes, hombres y mujeres, que sufren anorexia, y 600.000, bulimia, y la prospectiva indica, que habrá cada vez más hombres, víctimas de bulimia y/o anorexia a edades más tempranas, es decir, si antes de 2005 los jóvenes afectados desarrollaban un TCA, a partir de los 12 años, posterior a ese año, comenzaron a presentarse casos de niños de 9 años abstinentes a comer, o que vomitan los alimentos (Ospina, 2009).

⁶ ADANER está constituida por médicos, pacientes y familiares, y funciona en las siguientes provincias españolas: Albacete, Cantabria, Córdoba, Granada, Madrid, Murcia, Alcalá de Henares, Huelva, Jaén, Málaga, Sevilla (Fuente: http://foros.hispavista.com/salud_y_medicina/5/776770/m/-tu-amiga-%22-ana%22/, recuperado el 18 de junio de 2009).

Durante noviembre de 2010, en **Francia** causó estupor, incluso a nivel mundial, y más allá de las pasarelas, la noticia de la muerte de la modelo Isabelle Caro⁷ a los 28 años de edad, de los cuales, 15 padeció anorexia. Caro medía 1.65 metros y pesaba tan sólo 31 kilogramos, las causas de su deceso no fueron claras pero, desde luego, se habló de complicaciones secundarias a su anorexia crónica.

Lola Galán (cit. por Chouza, 2010), transcribió algunos de los relatos del *blog* de Isabelle, he aquí un ejemplo: “esperaba con impaciencia a que llegaran las cinco de la madrugada, hora a la que me concedía el derecho a beber por fin unos tragos de coca-cola *light* y mis dos tacitas de té, que degustaba en una suerte de ritual eufórico (...) rechazaba todo deseo, todo placer; nociones prohibidas en mi vida, que iba en busca de la perfección de un ideal de pureza”⁸. en todo momento, la modelo responsabilizó de su anorexia, a su madre, Marie Caro, quien se suicidó en enero de 2011, luego de declarar sentirse culpable de la muerte de su hija, tras haberla llevado al hospital donde falleció; la situación de Marie, de por sí ya había sido incómoda, puesto que en su autobiografía, *La chica que no quería crecer*, Isabelle afirmó que su madre dejaría de quererla si dejaba de ser “su pequeña niña” (*El mundo*, 2011)⁹.

En relación con los países desarrollados, una de cada 200 jóvenes de entre 12 y 14 años, padece anorexia nerviosa, y las personas más afectadas continúan siendo mujeres de entre 14 y 18 años, no obstante, los varones, las mujeres maduras y los menores de 12 comienzan a figurar en las cifras en constante aumento, relativas a este trastorno, el cual reporta una mortalidad de entre el 8 y el 10 por ciento, la más alta entre los padecimientos psiquiátricos.

De acuerdo con el “National Latino and Asian American Study”, en **América Latina**, el 1 por ciento de la población padece anorexia, y el 1.9 por ciento, bulimia (Flores, 2009). Los ejemplos de muertes derivadas de algún TCA, principalmente anorexia, no son disímiles ni menos alarmantes, en relación con el citado de Isabelle Caro, baste mencionar los fallecimientos de las siguientes modelos latinoamericanas, acaecidos durante 2008: el primero, de la uruguayana Luisel

⁷ En 2007, Isabelle Caro colaboró con el fotógrafo Oliviero Toscani, y protagonizó una polémica campaña “en contra” de la anorexia, denominada “No-lita, No-anorexia”, en la cual aparecía desnuda, mostrando los estragos de su extrema delgadez. Su imagen también tuvo el efecto contrario: ser una apología de lo que se “combatía”.

⁸ Chouza, Paula, “Muere Isabelle Caro, la modelo anoréxica de Toscani”, en: http://www.elpais.com/articulo/cultura/Muere/Isabelle/Caro/modelo/anorexica/Toscani/elpepucul/20101229elpepucul_3/Tes (recuperado el 11 de septiembre de 2011).

⁹ <http://www.elmundo.es/elmundo/2011/01/20/cultura/1295518733.html> (recuperado el 11 de septiembre de 2011).

Ramos (de 22 años), quien murió de un paro cardíaco mientras participaba en un desfile de la “Semana de la Moda” en Montevideo, Uruguay; y los de las brasileñas María Galvao Vieira (de 14 años), que medía 1.70 metros y pesaba 38 kilos, internada durante más de un mes en el hospital Miguel Couto, y Ana Carolina Reston, quien falleció a causa de una infección generalizada, derivada de la anorexia; también están en la lista Thayrinne Machado y Beatriz Fuentes Ferraz (DPA, 2007b; REUTERS, 2006; y Cruz, Ma. Fernanda, 2007).

Para **Argentina**, el porcentaje de quienes padecen algún TCA es tres veces mayor en comparación con el de los Estados Unidos; este país ostenta el segundo lugar a nivel mundial, después de Japón, con el mayor número de casos de jóvenes con bulimia y anorexia, y los datos indican, que aproximadamente una de cada diez adolescentes, padece uno de estos trastornos, a tal grado que por ley, la obesidad, la bulimia y la anorexia, fueron incorporadas al “Programa Médico Obligatorio” que deben cubrir las obras sociales (Gómez Vecchio, 2009). De acuerdo con datos de la “Asociación para la Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA¹⁰)”, una de cada 10 adolescentes argentinas presenta alguna patología alimentaria (NEWS BBC, 2009).

En **Chile** también se ha registrado un incremento progresivo de casos de TCA durante los últimos 20 años, y pese a que no existen cifras oficiales, el aumento se ha evidenciado por el número de pacientes atendidos en los centros de derivación, de los sistemas de salud pública y privada, surgiendo la necesidad de crear nuevos centros para de atención integrados por equipos multidisciplinarios especializados, con el fin de satisfacer la creciente demanda (Aguirre, 2006); ejemplo de ello es la Unidad del Departamento de Pediatría y Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que funciona desde 1997 y cuenta con un equipo de 12 miembros, integrado por cuatro médicos nutriólogos, dos de ellos especializados en niños y adolescentes, y dos, en adultos; tres médicos psiquiatras, seis terapeutas familiares y una terapeuta estratégica-cognitiva en adultos (*Ibidem*).

¹⁰ ALUBA (Anorexia y Bulimia) cuenta con sedes en varias provincias de la República Argentina pero, también con centros especializados en los siguientes países: Uruguay, Chile, Estados Unidos, España y los Países Bajos (Fuente: <http://www.bulimarexia.com.ar/centros.html>, recuperado el 18 de junio de 2009).

En el período de 2003 a 2008, en **Ecuador**, la bulimia aumentó a una velocidad mayor que la anorexia; durante el año 2008 se realizó un estudio en un colegio, que reportó conductas bulímicas en 2.7% de las adolescentes y 1.4 por ciento de los chicos; asimismo, los cálculos de prevalencia de la bulimia en las mujeres jóvenes, oscilan en rangos que van del 3 al 10 por ciento (Villacreses, 2008).

El caso de **Venezuela** posee una particularidad, porque de acuerdo con Eleonora Vivas y Zoraida Luigli (2006), no existen estadísticas oficiales relacionadas con los TCA, y aquellas con las que se cuentan provienen mayoritariamente de estudios realizados por investigadores, ligados a la academia; lo anterior implica que en ese país aún no hayan sido ponderados, ni reconocidos, los TCA como problema de salud pública.

En relación con **México**, en el mes de septiembre de 2003, Francisco Valencia Granados, coordinador de servicios de psiquiatría del Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE, declaró que menos del 2 por ciento de la población padece anorexia, y lo constituyen mujeres de entre 12 y 25 años; con base en estos datos, se obtuvo un índice de mortalidad de 10 por ciento, del cual el 6 tiene como causa el suicidio, complicación psiquiátrica. (Camarillo, 2005: 32-33).

En Veracruz, los TCA se presentan principalmente en jóvenes de entre 14 y 20 años, inicialmente en mujeres, ya se han detectado los primeros casos en hombres (Miranda, 2006); en el estado de Jalisco, 15 por ciento de las mujeres menores de 20 años padece algún tipo de TCA (García, Maru, 2008), mientras que en Ciudad Juárez, Chihuahua, autoridades de la Dirección Municipal de Desarrollo Social, atienden problemas de anorexia en menores de edad que habitan colonias populares (Ortega, 2009), este dato nos permite comprender el concepto de “democratización” propuesto por Lipovetsky.

En relación con el área metropolitana, en 2005, datos de los Servicios Educativos en el Distrito Federal, referían que cerca del 15 por ciento de las jóvenes de nivel secundaria presentaba algún TCA, es decir, de las 407 mil alumnas de entre 12 y 15 años, 61,050 padecen alguno de estos trastornos (Silva, 2006). Durante 2008, Marcela Medrano, secretaria particular de la Subsecretaría de Servicios e Insumos de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, señalaba que, junto con la obesidad, los TCA afectan a dos mujeres de cada diez y a un hombre de cada diez (Simón, 2007), ello se relaciona con el registro de más de un millón de casos de anorexia durante el período 1996-2006 (Miranda, 2006).

Cabe mencionar, que en 1987 el INCMNSZ¹¹, y el Instituto Nacional de Psiquiatría, “Juan Ramón de la Fuente”, en 1996, abrieron las clínicas especializadas de atención a TCA; no obstante, en virtud de la sobresaturación de sus servicios, en 2007 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2007), puso en marcha la primera “Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria” en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”, tomando en consideración que para entonces los TCA ya se habían quintuplicado durante los 10 años previos, con un registro de 20 mil casos anuales, y una afectación total de más de 2 millones de mexicanos, principalmente mujeres. En 2006, el INCMNSZ reportó, que entre 1997 y 2003, la incidencia de anorexia en mujeres había aumentado de 6 a 9 por ciento, mientras que en los hombres mostró un inusitado incremento de 1.3 a 3.8 por ciento (Sánchez, Cinthya, 2006).

Con base en los datos expuestos, constatamos que actualmente los TCA se presentan tanto en mujeres como en hombres, aunque todavía en menor proporción en ellos; el aumento, ya sin distinción de género, posición socioeconómica ni edad, indica que estos trastornos constituyen afecciones del ser humano actual, y a pesar de que, culturalmente los hombres son menos proclives a confesar la práctica de conductas anoréxicas o bulímicas, ya no son menos vulnerables que las mujeres ante la presión social de lucir un cuerpo “esbelto”, como apunta Lipovetsky (1999).

En consecuencia, pertenecer al género femenino y ser adolescente, ya no es determinante para desarrollar un TCA, aunque hace algunos años la mayoría de los pacientes era mujeres “del orden del 90 al 97% en el caso de la anorexia y del 80 al 85% para la bulimia” (Guillemot y Laxenaire, 1994: 77).

La incidencia en ambos sexos, refiere la trascendencia que han adquirido los TCA, aunado al hecho de que comprenden los padecimientos con el mayor índice de mortalidad en la práctica psiquiátrica, para el caso de la anorexia nerviosa restrictiva (ayuno), y compulsivo-purgativa (purgas, atracones y ayunos combinados), del 8 por ciento; y para la bulimia nerviosa, del 1 por ciento. Claude-Pierre (1998), señala entre el 10 y el 25 por ciento de sus “víctimas” mueren o “se les permite morir”, fenómeno que se intensifica cuando la ingesta alimentaria se reduce drásticamente, y se combina con diuresis, abuso de laxantes y vómitos incluso hasta llegar a un nivel de peso del 50 por ciento menor al considerado como normal, caso que Duker y Slade (1994), advierten como una urgencia médica, pues si el paciente no come, puede morir en cualquier momento.

¹¹ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Con base en la literatura revisada, y con el objetivo de ofrecer un panorama sobre la heterogeneidad de clasificación de los TCA en nuestro país, en la Tabla 3 presentamos datos relativos a su prevalencia, hasta el año 2010¹², así como algunos de los criterios considerados importantes para tal fin.

Tabla 3 Prevalencia de los TCA en México				
Institución	Fecha	Prevalencia	Criterio etáreo	Criterio de consignación de dato
ISSSTE	2003	2% de la población mexicana	12-25 años	Mujeres Índice de mortalidad del 10% (6% corresponde a suicidio)
Eating Disorders	2007	--	--	2 de cada 10 personas con anorexia o bulimia mueren
Ensanut	2006	6.5%	12 años	Se hace referencia a la talla baja en mujeres (bajo peso)
		19.7%	17 años	
Veracruz	2006	--	12 – 20 años	Mujeres y primeros casos de hombres
Servicios Educativos del D.F.	2005	15%	12 – 15 años	Mujeres
INCMNSZ	1997-2003	Aumento del 6 al 9%	--	En población femenina
		Aumento del 1.3 al 3.8%	--	En población masculina
IMSS	2007	20 mil casos anuales	A partir de los 17 años	Afectan a más de 2 millones de mexicanos
		90% mujeres De las cuales 50% desarrollará bulimia		
UNAM (Fac. de Psicología) Dra. Gilda Gómez Peresmitré	2007	Estudio con base en una muestra de 8,673 personas	9 a 25 años	Hombres y mujeres

¹² En virtud de que aún no se dispone de una actualización sobre la prevalencia de los TCA en nuestro país, los datos consignados en la Tabla 3, corresponden al hallazgo bibliográfico y hemerográfico, mismo que abarca hasta el año 2010.

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla 3... Prevalencia de los TCA en México				
Institución	Fecha	Prevalencia	Criterio etáreo	Criterio de consignación de dato
OMS Facultad de Medicina de la UNAM	2010	5 – 13% de adolescentes y adultos jóvenes Con síndromes parciales de anorexia y bulimia. La obesidad se considera como imperfección	14 – 18 años	Adolescentes de ambos sexos, pero con mayor incidencia en mujeres de 14 a 16 años. Hay una depresión asociada con la obesidad
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (con base en datos de Hoek, 2006; Keski-Rahkonen, Hoek, Susser, Linna, Sihvola, Rae-vori, Bulik, Kaprio y Rissanen, 2007).	2010	Anorexia nerviosa: 8 por cada 1000 habitantes en la población general y hasta 270 casos por cada 100 000	15 – 19 años	Ambos sexos
		bulimia nerviosa la incidencia se ha estimado en 13 por cada 100 000 habitantes		
		La anorexia nerviosa se presenta 95% en mujeres, la	10 – 30 años	Mujeres
		bulimia nerviosa ocurre más frecuentemente entre los 12 y 40 años.	12 – 40 años	
		La proporción hombre/mujer es de 1:10 para ambos trastornos	—	Proporcionalidad
FUENTE: Elaboración propia, con base en los datos de la bibliografía revisada durante la elaboración del presente trabajo.				

A modo de conclusión del presente capítulo, sugerimos establecer los siguientes argumentos:

1. Para el año 2010, que es el que delimitó el presente estudio, aún no existía un criterio étéreo para establecer una edad promedio de inicio o debut para los TCA, si bien el grupo más vulnerable se focaliza en la adolescencia, observamos que el rango de edades oscila entre los 9 y los 25 años, demostrando con ello no sólo su amplitud, sino también que, de ser un fenómeno privativo de adolescentes hace casi cincuenta años, ahora se encuentra presente en todas las capas poblacionales (desde la niñez hasta la edad adulta).
2. Anteriormente los TCA eran trastornos predominantemente femeninos, de ahí la referencia inmediata en la literatura a las “anoréxicas”, no obstante, los datos aquí contenidos refieren, que si bien entre la población femenina aún se presenta más del 90 por ciento de estos casos, actualmente existen cifras que van en aumento y corroboran la presencia y el aumento de TCA en la población masculina.
3. Con los indicadores referidos, logramos constatar el importante incremento de los TCA a nivel mundial, y también en nuestro país; consideramos que ello otorga relevancia a este fenómeno, haciéndolo susceptible de ser estudiado y abordado, ya no sólo por parte de las disciplinas del área de la salud, sino también por parte de las Ciencias Sociales, principalmente porque a pesar de la multiplicación de acciones y estrategias de atención en torno a los TCA, éstos continúan presentándose de manera creciente entre la población, volviéndolos un fenómeno complejo que, al implicar factores de riesgo que van del espectro individual al social, nos permite revalorar la necesidad de ampliar las explicaciones más allá del terreno personal, principalmente cuando los “dramas individuales” se multiplican inmersos en el ámbito social.

FACTORES DE RIESGO Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

*¹³Con Santa Catalina¹⁴, Juana de Arco y hasta la décima musa¹⁵
serví a los fines del sacrificio, en una inmolación de sí mismas,
el cuerpo era una carga mundana en ese contexto
y todos se inclinaban para pedir milagros,
y todos se maravillaban de las fuerzas sobrehumanas de las santas¹⁶,
mientras ellas desfallecían inermes pero, conseguían expiar sus pecados
y hasta los pecados ajenos.
Cuando Gull y Lasègue¹⁷ me categorizaron, siglos después,
usé las galas de la ciencia médica, ya era una patología
pero con escasa presencia social...
Sissy¹⁸, la emperatriz, recurrió a mí, igual que las hermanas Bronte¹⁹;
no obstante, debí aguardar en las penumbras de la clorosis²⁰ y la histeria,
debí atenerme a los planteamientos de Freud²¹
y me estigmatizaron...
Sin embargo, a mediados del siglo pasado
mi auge se evidenció con fuerza,
pasé a ser más que un hecho social,
me convertí en epidemia
Twiggy²² fue de los primeros estandartes públicos,
me afiancé en el ballet y las pasarelas (...)*

¹³ Fragmento del poema “¿Existen reglas para un TANE?”, elaboración propia durante los estudios de Maestría, 2009.

¹⁴ Nacida en 1347 cursó con anorexia restrictiva desde los 7 años, hasta su muerte a los 27.

¹⁵ Uribe (2007) señala que muy probablemente Juana de Arco y Juana Inés de la Cruz padecieron anorexia.

¹⁶ Un rasgo de la “adicción al hambre” es que con el ayuno prolongado se liberan endorfinas que mantienen una alta actividad y rendimiento físicos.

¹⁷ Médicos de Inglaterra y Francia respectivamente, que en el siglo XIX utilizaron por primera vez el término “anorexia” (Guillemot y Laxenaire, 1994).

¹⁸ Referencia de Ginette Raimbault y Carolina Eliacheff en *Las indomables. Figuras de la anorexia*.

¹⁹ Emily y Charlotte Bronte, escritoras, probablemente también cursaron con anorexia nerviosa.

²⁰ Uribe (2007) menciona que en la era victoriana la *clorosis*, propia de las jóvenes de clase alta era similar a la anorexia por sus síntomas: palidez, rechazo al alimento y amenorrea [ausencia de menstruación].

²¹ Freud (cit. por Uribe, 2007) vincula el “síndrome anoréxico” con la “histeria de conversión”, es decir, el rechazo al erotismo oral (sexualización de las funciones alimentarias).

²² Martínez (1995) menciona que durante la década de 1960 con la popularidad de la modelo Twiggy estar delgada se volvió una “enfermedad de moda”.

En el presente capítulo abordamos los modelos explicativos, que por sus características, se relacionan y dan cuenta de los factores de riesgo de carácter individual o personal (modelos médico-psiquiátrico y psicológico); posteriormente referimos la explicación de los TCA a partir del modelo socioecológico, vinculado al factor social y/o sociocultural. Para complementar esta exposición, partimos del concepto de “riesgo”, que acorde con la Real Academia de la Lengua Española, implica la contingencia o la proximidad de un daño, el “estar expuesto”²³, y para las ciencias de la salud, comprende la exposición a múltiples factores que orientan para “actuar, tanto sobre los factores específicos, como los predisponentes, a fin de promover la salud y evitar la enfermedad” (Álvarez, 1998: 12).

En el caso de los TCA, podemos vincular sus límites explicativos con lo que se ha denominado “factores de riesgo asociados”, pues a pesar de que no existe un consenso en torno a la delimitación de dichos factores, éstos involucran esencialmente las siguientes áreas: psicológica (individuales o personales), médica (impacto fisiológico y genéticos), familiar (entorno inmediato) y social (contexto sociohistórico y cultural).

Una categorización de los factores de riesgo, es la propuesta por Crispo (2001), basada en los argumentos de Garner y Garfinkel, médicos del Hospital de Toronto, Canadá; la cual podemos apreciar en la Tabla 4, donde también se consigna su interrelación. Crispo enfatiza que estos factores no pueden marginarse, pues al hacerlo, se verían sólo como causantes de un trastorno del comer, cuando en realidad son factores que hacen que una persona sea más *vulnerable* para desarrollar un TCA.

Tabla 4		
Factores de riesgo de acuerdo con Garner y Garfinkel		
I. Factores predisponentes	II. Factores precipitantes	III. Factores perpetuantes
<ul style="list-style-type: none"> - socioculturales - familiares - individuales 	<ul style="list-style-type: none"> - estresores - actitudes normales con peso y figura - dietas extremas y pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> - atracones y purgas - secuelas fisiológicas y psicológicas
FUENTE: CRISPO, Rosina, <i>et al.</i> (2001), <i>Anorexia Nerviosa y Bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado</i> , Gedisa, Barcelona, España.		

²³ <http://buscon.rae.es/drae/> (recuperado el 19 de septiembre de 2011).

Por su parte, Vera (2001), propone la agrupación de los factores de riesgo en cuatro rubros:

- 1) **Factores genéticos:** congregan aquellos datos que alientan la hipótesis de la transmisión genética del sobrepeso, así como la afectación neuroquímica del organismo que da lugar a la tristeza, el aislamiento social, la irritabilidad, la ansiedad, las obsesiones y las compulsiones, todos ellos estados anímicos presentes en personas que desarrollan algún TCA, de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Psiquiatría.

- 2) **Factores individuales:** enfatizan la importancia de la edad puberal y la adolescencia como períodos críticos para el inicio de algún TCA, porque es en esta etapa cuando la atención se enfoca en el propio cuerpo y se lo compara con el modelo estético vigente. Lo anterior nos remite a la incidencia que el contexto sociocultural ejerce sobre el individuo, es decir, la interrelación que guardan los ámbitos individual y social. Lipovetsky (1999) refiere algunas de las restricciones alimentarias que se imponen las mujeres, con la intención de acercarse al ideal estético vigente, desde luego, con la consecuente alteración a su salud física y psicológica:

Fatiga crónica, irritabilidad, trastornos menstruales, disminución del deseo sexual, lesiones del estómago y del esófago, trastornos intestinales, crisis nerviosas, tales son las consecuencias de las dietas, los abusos de laxantes y los vómitos. A esto se suma el hecho de que el fracaso frecuente de los métodos adelgazantes va acompañado de desmoralización, depresión, sentimiento de culpa, vergüenza, así como de desvalorización y asco de sí misma. Por debajo del culto al aspecto físico se estaría ejerciendo una acción de demolición psicológica de las mujeres, la acción de una máquina infernal destinada a minar su confianza en sí mismas y su autoestima (p. 139).

- 3) **Factores familiares:** abarcan todas aquellas características del grupo familiar (de origen) de la persona, indistintamente del trastorno que ésta desarrolle, así como al impacto que el TCA tiene sobre el grupo familiar y sus integrantes, no sólo sobre el paciente.

- 4) **Factores socioculturales:** el contexto sociocultural reviste un peso fundamental para explicar los TCA, debido a que nos permite ubicar, histórica y geográficamente, tanto las personas como sus conductas.

Entre los factores socioculturales se encuentran:

- a) la presión social y los estereotipos culturales (sobreevaluación de las dimensiones femeninas, y delgadez como ideal estético);
- b) los medios de comunicación de masas, que funcionan como creadores, difusores y portavoces de los estereotipos estéticos corporales imperantes y vigentes, y
- c) la etapa adolescente como la de mayor riesgo, en virtud de que es cuando la persona busca la aprobación social.

Vera (2001) concluye, que de acuerdo con sus valores predominantes, en las sociedades desarrolladas se establece un modelo estético corporal, delgado para el caso de la sociedad occidental y/u occidentalizada, cuya consecuencia para las personas es su interiorización.

El ideal estético se refuerza y permea hacia la población a través de los medios masivos de comunicación. Lipovetsky (1999) considera, que es en virtud de la prensa femenina moderna, que la difusión social de los modelos estéticos ha redimensionado su escala, y poco a poco las representaciones y los mensajes ligados a la belleza femenina, han dejado de ser signos excepcionales para invadir indistintamente la vida cotidiana de las mujeres de toda condición social, lo cual, como ya se mencionó, ha incidido en el aumento de las cifras de TCA en todos los estratos socioeconómicos.

Con base en los factores de riesgo referidos, que son los comúnmente aceptados para explicar el inicio o debut, desarrollo (evolución), y cronicidad de los TCA, podemos identificar lo siguiente:

- a) en el ámbito individual y/o personal, se enfatiza en los problemas psicológicos, así como en algunos argumentos de carácter genético para explicar ciertas conductas;
- b) en el ámbito familiar, se alude a la interrelación al interior de la estructura familiar, su rigidez y su funcionamiento, así como la afectación que sufren todos los miembros frente al desarrollo de un TCA en alguno de ellos;

- c) en el aspecto sociocultural, encontramos la transmisión de pautas de conducta y consumo, así como aquellos patrones socialmente aceptados que refuerzan las “bondades” de alcanzar la delgadez, a toda costa.

Sin embargo, hasta el momento no se ha puntualizado en la interrelación de dichos factores, y generalmente se les ha considerado de manera aislada, y cuando no ha sido así, parcialmente conexos. En relación con los modelos explicativos para los TCA, estos se corresponden con las tres vertientes de factores de riesgo, dividiéndose así en: modelo médico-psiquiátrico, modelo psicológico y modelo socioecológico; los cuales expondremos a continuación.

MODELO MÉDICO – PSIQUIÁTRICO

Haciendo un recuento histórico en torno a las conceptualizaciones de los TCA, referidas anteriormente (cfr. Tablas 1 y 2), recordemos y precisemos que no fue sino hasta la época victoriana, en 1874, cuando el médico inglés William Gull, concedió el nombre de “anorexia” a la autoinanición de carácter secular o ayuno voluntario, ajeno a los claustros y monasterios donde había proliferado durante la Edad Media. En el contexto sociohistórico de Gull, el ideal femenino giraba en torno a una figura delicada, enfermiza y frágil, sin embargo, “consideraba que los casos de restricción alimentaria se debían fundamentalmente a un problema orgánico, particularmente a una disfunción del aparato digestivo” (Aparicio, 2001: 18), razón por la cual, el misticismo pasó a un segundo plano dando pauta a las explicaciones de índole científica.

No obstante, en 1873 Ernest Lasègue, en Francia, ya había hecho uso del concepto “anorexia histérica”, otorgando de esta manera, una connotación de origen mental o nervioso debido a que los pacientes no sufrían de falta de apetito, sino que rechazaban el alimento por un temor anormal a engordar y un trastorno adyacente de la imagen corporal; con lo anterior, Lasègue, casi en paralelo con Gull, logró desechar de manera definitiva que se tratase de una entidad sobrehumana, divina o demoniaca “y entra en la ciencia médica desde su estado más empeñoso: el ámbito de la psique” (Caparrós y Sanfelió, 1997: 35).

Sin embargo, es hasta el siglo XX cuando los estudios médicos se formalizan, dando pauta a explicaciones, principalmente relativas a la anorexia nerviosa, desde las diversas disciplinas médicas: Internistas, endocrinólogos, psiquiatras, digestólogos, etc. Entre 1914 y 1916 Simmons, desde el campo de la endocrinología, habla de ‘caquexia hipofisaria’, con lo cual una parte de los casos son arrebatados del campo estricto de la Anorexia Nerviosa; en 1944 Delay, propone el nombre ‘endocrino-neurosis juvenil’, considerando así el cuadro clínico como una patología endocrino-orgánica más bien de etiología emocional (Martínez y Ferrer, 2000: 18).

Si bien hubo importantes esfuerzos explicativos en las primeras décadas del siglo XX, es innegable que fue la aportación de Hilde Bruch, en la década de 1960, comprendida en su *Comunicación de Gotinga* (García Rodríguez, 1993: 11), la que permitió al modelo médico acuñar, para conservar desde entonces como criterio diagnóstico, el concepto de “distorsión en la imagen corporal” (Martínez y Ferrer, 2000: 18), dicha conceptualización surgió a raíz de su experiencia con pacientes anoréxicas.

Para Bruch (Cit. por Fernández Aranda, 2001), la anorexia nerviosa puede definirse como:

- a) trastorno del propio concepto corporal;
- b) trastorno en la percepción e interpretación cognitiva de los propios estímulos interoceptivos, y
- c) sensación de descontrol respecto a las propias funciones corporales.

Con bases más sólidas, tanto para su conceptualización como para la diagnosis, será que después del año 1969, se logran estipular algunos de los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, fundamentados en los trastornos psicobiológicos y psicopatológicos, desarrollados con el objetivo de atender tanto necesidades clínicas como de investigación. Garner y Garfinkel, en Canadá, establecen una relación entre el aislamiento social y la falta de autoestima y autoafirmación en pacientes anoréxicas; en España, Toro y Vilardell, explican las dificultades en las relaciones sociales de estas pacientes reafirmando así los argumentos de Bruch: “como padeciendo *una paralizante sensación de ineficacia personal*, con ausencia de autoaserción, con destacada deferencia y sumisión” (Behar, 2006: 313).

En la década de 1970 finalmente se integran los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, destacando los siguientes: pérdida importante de peso, preocupación mórbida (obsesión) frente al riesgo de engordar, alteraciones en la percepción corporal y disfunciones endocrinas (amenorrea en mujeres); aspectos considerados inicialmente para el diagnóstico de anorexia nerviosa, y posteriormente para el de los demás TCA, por los sistemas clasificatorios actuales: *Clasificación Internacional de las enfermedades*, 10ª edición (CIE-10, Organización Mundial de la Salud {OMS}, 1993), y *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4ª edición (DSM-IV, American Psychiatric Association {APA}, 1994) (Nunes, 2006: 25-26), de los cuales hablaremos más adelante.

Foreyt y McGavin (cit. por Ronen y Ayelet, 2004), consideran que el modelo médico (biológico), adopta y profundiza en los criterios citados en el párrafo precedente, sosteniendo tres etiologías posibles para la anorexia nerviosa: los cambios hormonales que se suscitan en la pubertad; la relación entre la depresión y los trastornos de la alimentación, y el funcionamiento cerebral. En este sentido, el tratamiento involucra medicación para modificar el funcionamiento emocional, cerebral y del estado de ánimo, y para inducir la homeostasis (equilibrio) hormonal.

De esta manera, la perspectiva médica caracteriza los TCA por “los trastornos cognitivos y las alteraciones conductuales asociados a la dieta, al peso y a la figura, y se manifiestan siempre asociados a una psicopatología importante y rica” (Fernández y Turón, 2001: 27); Camarillo (2005), refiere que la anorexia y la bulimia, como caras de una misma moneda, comparten las siguientes características:

Amplia gama de síntomas de ansiedad y depresión.

Características obsesivas.

Pobre concentración.

Funcionamiento social deficiente.

Ocultación y obsesión con la pérdida de peso.

Preocupación extrema sobre el peso y la silueta.

Autoevaluación en función de estos conceptos.

Comportamientos dirigidos a controlar el peso (p. 52).

Para comprender el impacto fisiológico de los TCA, y por qué la medicina ha sido la encargada y reconocida institucionalmente para explicar e incidir frente a su presencia, en las Tablas 5 y 6 se enlistan los signos y síntomas de la anorexia nerviosa, el TCA con mayor prevalencia, así como las principales alteraciones sistémicas derivadas.

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla 5	
Signos y síntomas de la anorexia nerviosa	
<p>Caída de cabello, vello fino (lanugo) que crece en todo el cuerpo, incluso en la cara, descenso de la temperatura corporal y de la frecuencia cardíaca, baja presión sanguínea, sensación de frío, mala circulación, piel seca y uñas quebradizas, insomnio,</p>	<p>ejercicio físico excesivo enfocado en perder peso, interés obsesivo por la comida y las calorías, soledad, aislamiento social, conducta retraída, pérdida de la capacidad de concentración en cualquier otra cosa, baja autoestima, y odio a sí misma.</p>
<p>FUENTE: BUCKROYD, Julia (1997), <i>Anorexia y Bulimia</i>, Ediciones Martínez Roca, Barcelona, España.</p>	

Tabla 6	
Principales alteraciones sistémicas por anorexia nerviosa	
<p>❖ Sistema cardiovascular Arritmias cardíacas Atrofia del miocardio [corazón] Hipotensión y desvanecimiento Edemas [hinchazón] en piernas y brazos</p> <p>❖ Sistema digestivo y renal Estreñimiento y cólicos digestivos Dilatación aguda del estómago Alteraciones renales Infecciones urinarias</p> <p>❖ Dermatología Aparición de vello en el cuerpo (lanugo) Resequedad y enrojecimiento de la piel</p> <p>❖ Problemas psiquiátricos Depresión, aumento del riesgo de suicidio Pérdida de la concentración Trastornos obsesivos</p>	<p>❖ Sistema óseo Osteoporosis, que causa huesos frágiles Interrupción en el crecimiento Parálisis musculares</p> <p>❖ Hematología Disminución del número de células sanguíneas Alteración en la inmunidad</p> <p>❖ Endocrinología Alteraciones de las hormonas hipotalámicas Infertilidad Diabetes Alteraciones tiroideas Hipotermia [temperatura corporal baja] Mayor fatigabilidad Alteraciones en los iones de la sangre</p> <p>FUENTES: www.netdoctor.es/XML/articuloNet.jsp?XML=000082, y www.liberadictus.org/2Informacion/Anorexia.html, (recuperados el 25 de abril de 2008).</p>

En la exploración física, los signos de la anorexia son evidentes y abarcan todos aquellos derivados de la caquexia, es decir, del adelgazamiento extremo y la desnutrición, razón por la cual el aspecto del paciente recuerda al de un sobreviviente de los campos de concentración: “la facies está pálida, amarillenta, demacrada; los ojos hundidos y sin brillo. Aparece lanugo²⁴ en mejillas, brazos y piernas” (Fernández y Turón, 2001: 38). En las placas radiológicas se observa una disminución de las medidas cardíacas, debido al empequeñecimiento del corazón, subsecuente a la pérdida ponderal²⁵. La desnutrición también desencadena alteraciones emocionales, por ejemplo, el carácter de la persona cambia radicalmente y puede estar más susceptible e irritable, y a menudo se siente malhumorada, en combinación con síntomas de depresión y ansiedad (Pineda, 2006). En el caso de la bulimia los signos son menos evidentes, pero ello no implica un riesgo menor en las complicaciones médicas secundarias.

A pesar del aspecto emaciado²⁶, la fragilidad de cabello, uñas, huesos y dientes; a pesar, también, de las alteraciones orgánicas que arrojan el electrocardiograma y los análisis de laboratorio, la persona anoréxica se vuelve un enigma al sorprender con su vitalidad, manteniéndose activa, aunque con insomnio, con alta tolerancia al cansancio, contrario a lo que pudiera pensarse, y es sólo hasta que el índice de masa corporal cae a ocho²⁷ cuando se presenta el aletargamiento²⁸ (Duker y Slade, 1995); especialistas del centro de tratamiento Ellen West señalan, que un índice de masa corporal menor a 18, puede corresponder a personas enfermas de SIDA o en fase terminal de cáncer, por lo que esta engañosa vitalidad resulta del esfuerzo adaptativo del organismo a la desnutrición, haciendo uso de todos los recursos y sustancias almacenadas para “funcionar” hasta llegar el límite, antes de fallar definitivamente.

Fisiológicamente el ayuno ininterrumpido es estimulado por una sensación de omnipotencia: “al poner a prueba las leyes de la biología el sujeto tiene la impresión de rozar lo trascendente, del triunfo sobre la materia/cárcel” (Caparrós y Sanfelió, 1997). Investigaciones bioquímicas han evidenciado que la “autofagia” de

²⁴ Vello fino, como el que se observa en un recién nacido.

²⁵ Término clínico para referir la pérdida de peso.

²⁶ Término para referir el adelgazamiento morbo, extremo.

²⁷ El Índice de Masa Corporal (IMC), medida propuesta por la Organización Mundial de la Salud para referir la relación entre el peso y la talla, determina como normal, en adultos, un valor en el rango de los 18,50 a 24,99 puntos; un índice menor a 16 puntos es clasificado como delgadez severa; por lo que, una puntuación igual a 8 implica un riesgo a la salud, y el estar en una delgadez más allá de lo que la clasificación determina como grave.

²⁸ Se refiere a la falta de respuesta a estímulos, es decir, cuando el paciente ya no reacciona, e incluso presenta alteraciones en el estado de conciencia.

los músculos da pauta a la producción de sustancias como la dopamina, la noradrenalina y la endorfina, neurotransmisores que funcionan como euforizantes (Masip, 2009: 74), y fue quizá gracias al efecto eufórico de estos estimulantes naturales, que emergió el concepto de “adicción al hambre” como una referencia a la anorexia nerviosa y a sus conductas irrefrenables (Duker y Slade, 1995).

Los estudios bioquímicos también han permitido establecer que el ayuno provoca una disminución en los niveles de serotonina, neurotransmisor al que se atribuye la función de regular el estado anímico, cuyo déficit, por tanto, incrementa la probabilidad de padecer depresión, aumentando el riesgo de cometer suicidio, en este caso, secundario a la anorexia (Servín, 2000); Sullivan (cit. por Padierna, 2001), menciona que la probabilidad de suicidarse entre personas anoréxicas, es 200 veces superior al de la población en general; Ogden (2005) refiere que una mujer anoréxica tiene una probabilidad de suicidarse 58,1 veces mayor a la de una mujer sana. Para el caso de nuestro país, de acuerdo con cifras proporcionadas por la Secretaría de Salud, seis por ciento de las muertes por suicidio corresponde a pacientes anoréxicos (Pérez-Stadelmann, 2006).

El modelo médico y sus criterios diagnósticos, han sido fundamentales para establecer la gravedad clínica y resarcir, dependiendo los daños, las complicaciones que comprometen el funcionamiento orgánico de las personas con algún TCA, lo cual ha permitido establecer y orientar la terapéutica conjugando los dos modelos explicativos, médico y psicológico, dando así lugar a una atención basada en cuatro directrices, supeditadas a las necesidades, urgencias y complicaciones de cada caso en particular:

- a) **Atención ambulatoria:** para ser candidata a este tipo de atención, la persona debe continuar en su entorno habitual, no presentar una sintomatología grave y contar con una situación psicológica y familiar que lo permita. La psicoterapia puede ser de carácter individual, familiar o grupal (entrevistas, test psicológicos y consultas periódicas, vigilando que la pérdida ponderal no comprometa las funciones o la vida del individuo). Se considera que la evolución del TCA sea menor a cuatro meses y no existan bulimia ni vómitos; lo anterior es de suma importancia debido a que la pérdida de electrolitos, principalmente sodio y potasio, derivada de la emesis compromete el funcionamiento eléctrico del corazón, razón por la que la bulimia presenta un alto índice de mortalidad asociada a fallas cardíacas; en consecuencia, ante la existencia de conductas bulímicas se

analiza la viabilidad de un tratamiento ambulatorio, en caso de que los niveles de electrolitos séricos (en sangre) se encuentran dentro de los parámetros normales, basándose en los resultados de exámenes de laboratorio, por ejemplo la Química Sanguínea (QS).

- b) **Hospital de día:** Combina psicoterapia, atención médica (endocrinológica y psiquiátrica), y nutricional a través de un “medio internamiento”; fue implementado por los médicos Garner y Garfinkel en la década de 1980 (Toro, 1999), en el hospital de Toronto, Canadá, a fin de ofrecer un tratamiento integral, comprendiendo desde la mañana hasta la noche, permitiendo a los pacientes realizar una alimentación regular, generalmente compuesta por almuerzo, comida, merienda y cena, así como ciertas actividades terapéuticas de grupo de manera que no interfieran con las otras actividades que comúnmente efectúan (Fernández y Turón, 2001: 114).

Un modalidad similar de tratamiento, fue “Centro de tratamiento Montreux”, en Canadá, creado en 1988 y concebido inicialmente como consultorio a cargo de la psicóloga Peggy Claude-Pierre, quien instauró un tratamiento de carácter “paulatino” cuando se enfrentó a la anorexia nerviosa en sus dos hijas; la innovación de este Centro se fundó en la meticulosidad para preparar y ofrecer comidas, que “engañan”, a lo que Claude-Pierre denominó “mente negativa”, sin embargo, así como fue de innovador su método, recibió severas críticas.²⁹

- c) **Grupos de autoayuda:** Ha sido una opción muy socorrida, como alternativa a los tratamientos “institucionales”. El primer grupo de autoayuda fue *Anorexia Nervosa and Associated Disorders* en Estados Unidos en 1976 (Fernández y Turón, 2001) basado en el modelo de los “doce pasos” de Alcohólicos Anónimos (AA) (Flores, 2009). Claude-Pierre (1998), considera que estos grupos acarrear consecuencias negativas para sus integrantes, pues si sólo están compuestos por “víctimas” de TCA, éstas encuentran al interior de ellos un ambiente idóneo para reforzar sus conductas y su negatividad.

²⁹ Es posible acceder a estas críticas en algunas páginas de Internet, donde paradójicamente se pugna contra los TCA, mientras que al mismo tiempo se hacen apologías de ellos.

En la siguiente narración, hecha por Ayelet (Ronen y Ayelet, 2004), respecto a una de las terapias grupales, bajo vigilancia médica, durante uno de sus internamientos hospitalarios, podemos apreciar cómo las internas reforzaban sus conductas anoréxicas y/o bulímicas, instaurando con ello un margen de duda sobre la efectividad de este tipo de atención:

No nos ayudábamos para luchar contra nuestros problemas o para intentar cambiar nosotras mismas o nuestras conductas. Al contrario, el grupo se convirtió en un terreno en el que competíamos para ver quién perdía más peso y quién decepcionaba más a los terapeutas (p. 80).

- d) **Hospitalización:** Se recurre a ella cuando la gravedad así lo amerita. En un principio, el internamiento en una institución psiquiátrica llegó a ser la terapéutica más socorrida, incluso la única opción, hasta que se replantearon el diagnóstico y la acción multidisciplinarios. Actualmente se elige la hospitalización cuando la pérdida ponderal pone en riesgo la vida del paciente, cuando el desequilibrio electrolítico, en el caso de la bulimia, es alarmante, o cuando existen ideaciones suicidas (Duker y Slade, 1995).

Considerando los avances explicativos y los constantes replanteamientos desde la perspectiva médica, hemos de reconocer que la investidura actual de los TCA fue, y sigue siendo, una ardua e inacabada labor de reconceptualización, constatable gracias a la revisión continua de los criterios diagnósticos al interior de la práctica médica, especialmente la psiquiátrica, y a la consecuente introducción de “nuevos” TCA en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), relacionados con aquellas conductas que resultan atípicas en algunos casos, combinación de distintas conductas.

Esta constante revisión se plasma en caracterizaciones específicas al interior de los manuales oficiales (institucionalizados y hegemónicos), los cuales exponemos a continuación, pues ello también nos permitirá contar con elementos que muestren la necesidad de complementariedad del modelo médico-psiquiátrico, con disciplinas que aporten estudios desde el ámbito sociocultural, como lo es el Trabajo Social.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

De acuerdo con Halmi (cit. por Aparicio, 2001), cuando en 1952 se publicó la primera versión del DSM, se incluyeron problemas relacionados con la alimentación, sin embargo no se les dio la cobertura que hoy en día se les otorga ya que estaban constreñidos a los llamados “trastornos o reacciones psicofisiológicas”, es decir, a un amplio grupo de problemas médicos cuyos cambios a nivel orgánico eran producidos por factores psicológicos, de tal suerte que “las personas en quienes se desarrollaban estos trastornos se describían como poseedoras de una personalidad frágil e inmadura” (p. 51); lo anterior implicó, que no fuera sino hasta 1980 cuando la anorexia nerviosa se incluyera formalmente por la American Psychiatric Association en el DSM-III.

Para la edición de 1994 (DSM-IV), se adicionan dos subtipos de anorexia nerviosa, purgativa y restrictiva, con el objetivo de agilizar el diagnóstico diferencial. La anorexia purgativa consiste en incurrir en conductas de purga y/o laxación, mientras que la restrictiva, implica ayunar por voluntad propia, con la consecuente restricción progresiva de los alimentos; en ambos subtipos prevalece la motivación para adelgazar como criterio necesario para la diagnosis.

En el caso de la bulimia fue distinta la categorización debido a que los pacientes presentaban “normopeso”, o un ligero índice de obesidad, aunque llama la atención que en ambos TCA (anorexia y bulimia), la persona distorsiona las dimensiones de su cuerpo, viéndolo más voluminoso de lo que realmente es, o exagerando algún rasgo físico que le desagrada (Pineda, 2006), recordemos que el criterio de distorsión de la imagen corporal fue establecido por Hilde Bruch en la década de 1960 y prevalece en los criterios diagnósticos contenidos en el DSM.

Con el objetivo de dar cuenta de las principales características y diferenciaciones entre los TCA, incluidas en el DSM-IV de 1994 (anorexia, bulimia, comer compulsivo y Trastorno no Especificado de la Alimentación –TANE-), en la Tabla 7 referimos los datos condensados por Silva (2006).

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla 7			
Condensación de criterios diagnósticos para los Trastornos de la Conducta Alimentaria			
Anorexia nerviosa	Bulimia	Comer compulsivo	Trastorno no especificado
Rechazo a comer con el objetivo de bajar de peso.	Atracones seguidos de conductas compensatorias.	Atracones y pérdida de control sobre la ingesta.	Atracones sin conductas compensatorias, ni pérdida de control.
Miedo intenso a ganar peso incluso estando por debajo del peso normal.	Provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos y/o enemas. Ayuno y ejercicio excesivo.	Se come rápido y hasta sentirse incómodo pero sin hambre.	Conductas compensatorias después de ingerir pequeñas cantidades de comida.
Alteración en la percepción del peso o la silueta. Se niega el peligro que conlleva el peso.	Atracones y conductas compensatorias al menos dos veces a la semana durante tres meses.	Atracones en solitario seguidos de sentimientos depresivos y culpa.	Atracones y conductas compensatorias al menos de dos veces por semana.
Amenorrea (al menos tres ciclos menstruales consecutivos).	Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.	No existe preocupación por el peso o la figura, a pesar de su insatisfacción con la misma.	Se cumplen todos los criterios para la anorexia, pero no se presenta amenorrea.
Pérdida ponderal de hasta un 15% del esperado.	La alteración no aparece sólo en la anorexia nerviosa.	No necesariamente se relaciona con la obesidad.	Se cumplen los criterios para la anorexia pero el peso es normal.
Restrictiva: no se recurre a purgas. Compulsiva purgativa: se recurre a ellas.	Purgativa: se recurre al vómito, laxantes o diuréticos. No purgativa: se hace ejercicio o ayuno.	No se recurre a ningún tipo de conducta purgativa compensatoria.	Masticar y expulsar la comida sin tragarla.
FUENTE: SILVA Gutiérrez, Cecilia (2006), <i>Ambiente Familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria</i> , Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología, Dr. Juan José Sánchez Sosa (Tutor), Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM, México.			

Una limitación diagnóstica relacionada con la categorización de la anorexia y la bulimia en el DSM, se hizo notoria cuando se incluyeron los Trastornos de la Alimentación no Especificados (TANE), para la edición de 1994 (DSM-IV); estos presentan un patrón de alimentación desordenado al no reunir los criterios clínicos “puros” de bulimia o anorexia nerviosa, sino comprender una serie de conductas “atípicas”. De acuerdo con el equipo dirigido por Fairburn en *American Journal of Psychiatry* (2007), los criterios diagnósticos de los TANE incluyen la posibilidad de que:

- (1) *se encuentren todos los criterios para una Anorexia Nerviosa, salvo que el individuo [únicamente para el caso de la mujer] tiene menstruaciones regulares;*
- (2) *se encuentren todos los criterios para una Anorexia Nerviosa, salvo que a pesar de la pérdida significativa de peso, el peso esperado para el individuo se encuentre dentro del rango normal [generalmente en la anorexia nerviosa la pérdida ponderal es mayor al 25% del peso “normal”, pero en presencia de obesidad, dicha pérdida puede no estar por debajo del peso esperado por lo que se toma como referencia el percentil];*
- (3) *se encuentren todos los criterios para una Bulimia Nerviosa, salvo que los atracones ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana o desde hace menos de tres meses; [en el caso de la bulimia, los atracones son frecuentes y están presentes en un lapso mayor a tres meses];*
- (4) *un individuo de peso normal se embarque regularmente en comportamientos compensatorios inadecuados después de comer pequeñas cantidades de comida (por ejemplo, vómito autoinducido después de la ingesta de dos galletas); [la diferencia con el “atracon” es que éste implica una ingesta hipercalórica, por ejemplo, comerse un pastel completo, mientras que los vómitos a que se hace referencia, incluyen cantidades prácticamente mínimas de comida];*
- (5) *un individuo reiteradamente mastique y escupa, pero no trague grandes cantidades de comida [otra conducta “atípica” consiste en envolver la comida en servilletas para posteriormente arrojarlas al cesto de la basura, o bien, esconderlas];*
- (6) *exista un desorden compulsivo: episodios recurrentes de atracones en ausencia de los comportamientos compensatorios inadecuados, característicos de la Bulimia Nerviosa. [de acuerdo con Crispo (2001), a este desorden también se le ha denominado BED (Binge Eating Disorder), algo así como “trastorno del comer por atracones”].*

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud

A diferencia del DSM-IV, en la CIE el diagnóstico de anorexia nerviosa tiene preferencia sobre el de bulimia nerviosa, con lo cual se excluye de la diagnosis la primera, si se han dado atracones de forma regular (Salazar, 2001), con base en el “Cuestionario sobre Depresión e Imagen Corporal (ICD 10)” de la OMS, que comprende cinco puntos:

- I) *Pérdida de peso significativa: en púberes que no pueden aumentar de peso, previo a la menstruación.*
- II) *La pérdida de peso es autoinducida por medio de la evitación de los alimentos, más algunos de los siguientes ítems:*
 - *Vómitos*
 - *Laxantes*
 - *Exceso de actividad física*
 - *Diuréticos*
 - *Uso de anorexígenos [inhibidores del apetito, por ejemplo sibutramina³⁰ o fluoxetina³¹, en grandes cantidades].*
- III) *Hay una psicopatología específica según la cual persiste una idea sobrevalorada e intrusiva de horror a la gordura y/o flacidez [esto se relaciona estrechamente con la distorsión de la imagen corporal].*
- IV) *Trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal que se manifiesta clínicamente como amenorrea [ausencia de menstruación en mujeres, al menos por tres ciclos, de acuerdo con el DSM-IV].*
- V) *Si la aparición es prepuberal, se retrasa o detiene la secuencia de acontecimientos (falta del desarrollo de los pechos, falta de la menarca – primera menstruación-, amenorrea primaria. En los varones, genitales sin desarrollo) (Hekier y Miller, 1994: 42-43).*

En referencia a la edad de inicio, tanto el DSM como la CIE, coinciden en señalar la adolescencia como la etapa en la que hay una mayor, inclusive acentuada, vulnerabilidad para desarrollar algún TCA. Lo anterior se explica al considerar ésta como una etapa de transición, de reforzamiento de conductas y hábitos pero, sobre todo, de definición de la personalidad; en razón de ello “el inicio

³⁰ La sibutramina era vendida de manera libre al público en las farmacias, hasta su prohibición en 2011 en nuestro país.

³¹ La fluoxetina (Prozac®), antidepresivo cuyo uso ha sido fuertemente difundido, actualmente expandido sin receta médica en las farmacias, tiene efectos anorexígenos cuando se ingiere a una dosis mayor de 60 mg por día.

del cuadro de la anorexia aparece en la adolescencia entre los 14 y 20 años [y coincide con el momento en el que se comienza a producir la separación de la familia” (Camarillo, 2005: 35).

A pesar de las divergencias existentes entre el DSM y la CIE-10, el cuadro clínico y las consecuencias fisiológicas de los TCA son innegables, y nos permiten entender las dimensiones del fenómeno al que nos enfrentamos. Cabe señalar que masivamente, gracias a los medios electrónicos de comunicación como la *Internet*, específicamente a las páginas “pro-ana³²” y “pro-mía³³”, se difunden y promueven ataques físicos a la propia integridad (*Self injury*), los cuales aún no han sido incorporados dentro de los criterios diagnósticos, ni del DSM ni de la CIE, pues se consideran “complementarios” a la personalidad de cada paciente, un ejemplo es la personalidad limítrofe o “borderline³⁴”. El siguiente relato se relaciona con dichas conductas, en las cuales más adelante ahondaremos:

Empecé a hacerme daño a mí misma y recibí el diagnóstico de persona autodestructiva. No podía luchar contra ello. Allí donde fueres, haz lo que vieres. Y en los hospitales psiquiátricos, la gente está loca e intenta suicidarse. De modo que me uní al club, intentando matarme continuamente. De vez en cuando, me permitían volver a casa los fines de semana. Una de esas veces, cogí todas las pastillas que encontré y me las tragué. Mis padres notaron que estaba medio dormida y se dieron cuenta de que trataba de suicidarme. Me llevaron a un hospital para que me hicieran un lavado de estómago, y allí pasé durmiendo tres días seguidos y sus tres noches. Otras veces cuando estaba estresada o deprimida, me hacía cortes utilizando un cuchillo, un trozo de cristal u otras cosas afiladas que encontraba y escondía en secreto (Ronen y Ayelet, 2004: 123).

³² “ana”: apócope para referirse a la anorexia.

³³ “mía”: apócope para referirse a la bulimia.

³⁴ De acuerdo con el DSM-IV, la persona diagnosticada como “limítrofe” o “borderline” presenta una inestabilidad respecto a la vivencia de su propia imagen, a las relaciones interpersonales y el estado de ánimo, y una característica es su tendencia a ser impulsiva, principalmente en actividades potencialmente autodestructivas

MODELO PSICOLÓGICO

Las explicaciones surgidas desde el ámbito de estudio de la *psique*, se relacionan con los factores de riesgo familiares y personales que ya mencionamos. De acuerdo con Ronen y Ayelet (2004), el enfoque psicodinámico tiene como tema fundamental, no la ingesta de comida en sí misma, sino los motivos y emociones que subyacen al TCA; el enfoque familiar establecido por Bruch, en 1973 (cit. por Ronen y Ayelet, 2004), sostenía que el origen de la anorexia nerviosa descansaba en las relaciones tempranas madre-hijo, al no haber una respuesta adecuada de la madre a las necesidades del hijo, por lo que, en lugar de atender éstas, la madre se comporta en función de su necesidad, al sentir que ella es quien posee el control.

En el enfoque familiar hallamos una primera aproximación a lo que podemos denominar “génesis” de los TCA, considerando el aspecto psicológico de la relación problemática “ser humano-comida”, a partir del primer contacto con el alimento (lactancia materna). De acuerdo con Guillemot y Laxenaire (1994), en la relación materno-filial “la comida es el primer objeto externo con el que se encuentra el recién nacido. Al principio se confunde con la madre, antes de diferenciarse por sí misma” (p. 96). Quizá sea ésta una de las razones principales para que, algunas teorías psicoanalíticas, centren su estudio en la relación madre-hijo(a), bajo el argumento que es durante la infancia cuando conocemos quiénes somos a través de las referencias de los otros, así como por la experiencia de nuestra corporalidad y sus límites, demarcando nuestro espacio íntimo a través de la relación con el propio cuerpo.

Podemos ubicar cinco teorías, para abordar el estudio de los TCA desde el ámbito de la psicología:

- a) **Teoría y terapia conductual:** centrada en los métodos de aprendizaje, enfatizando el vínculo entre la conducta y sus consecuencias; su objetivo es analizar esta última en función de sus resultados, cuando “va seguida por un resultado positivo, se repite”; de esta manera, sólo cuando se ha resuelto el problema de salud (complicaciones médicas), “puede desviarse la atención a otros aspectos como las ideas irracionales, los miedos y las emociones” (Ronen y Ayelet, 2004: 224).
- b) **Teoría cognitiva:** enfocada en las correlaciones funcionales entre los antecedentes, las consecuencias y las conductas concretas, para entender las percepciones erróneas de los jóvenes anoréxicos en relación con su autoimagen, su identidad, su perfeccionismo y sus

relaciones. Uno de sus principios es considerar a las personas como participantes activos en sus propios procesos de cambio y aprendizaje, de ahí su adaptabilidad a las características individuales de cada paciente, pues las intervenciones van acorde con las necesidades específicas de cada persona, considera “la conducta humana como algo que está en continuo proceso de cambio” (*Ibid.*, p. 229).

- c) **Teoría y terapia constructivista:** de acuerdo con Kelly (cit. por Ronen y Ayelet, 2004), el constructivismo, último desarrollo de la teoría cognitiva, ve a la persona como la combinación entre científico y arquitecto. La metáfora del ser humano como “arquitecto” hace referencia al papel que juega en la construcción de su propio mundo y de su realidad personal, mediante un proceso de construcción de significados (Kelly, 1995; Mahoney, 1991, 1995, cit. por Ronen y Ayelet, 2004: 231). Su centro terapéutico es el proceso personal para construir significados, Neimeyer (cit. por Ronen y Ayelet, 2004) considera que “los seres humanos son los responsables de la forma idiosincrática en que se construyen e interpretan sus propias conductas, pensamientos y emociones.” (p. 226).
- d) **Teoría y terapia cognitivo-constructivista:** como su nombre lo indica, combina la terapia cognitiva con el constructivismo, de acuerdo con Swell (cit. por Ronen y Ayelet, 2004), su base es un intento por comprender a la persona y la forma que tiene de anticipar las experiencias, por lo que, elabora una intervención adaptada para cada ser humano, centrada en la *persona* en lugar de la respuesta patológica; su objetivo principal es ayudar a las personas a afrontar mejor sus vidas.
- e) **Enfoque psicoanalítico:** de acuerdo con el psicoanálisis lacaniano, la intención de la emaciación crónica (adelgazamiento) mediante el ayuno, no es acceder a la muerte, sino representarla simbólicamente, ser la nada a través de la asunción y personificación misma de la nada. Paul Auster (cit. por Masip, 2009), considera que el ayunador secular no busca la vida celestial, sino una invasión de la muerte en el espacio de la vida: una vida en el borde. Con base en los postulados de Lacan, aquel que se alimenta de la nada logra ser la misma nada al “autoconsumirse”, por lo tanto, quien elige el ayuno voluntario no lo hace con el fin de acceder a la felicidad, “sino para ponerle una barrera a la angustia, al mundo” (*Ibid.*, p. 76), metafóricamente esta barrera es la “cárcel de huesos” en que se convierte el propio cuerpo.

Nardone y Milanese (2002) distinguen dos tipos de pacientes anoréxicas: *sacrificante* y *abstinente*; cuando la primera entra en crisis, evidencia una sintomatología sincronizada con una situación familiar específica (el sistema familiar está cargado de “energía patógena”); por su parte, la segunda involucra jóvenes muy capaces en el ámbito intelectual, pero poseedoras de una sensibilidad extrema que las hace vulnerables, razón por la cual mediante la abstinencia, el ayuno prolongado y el adelgazamiento, se provoca una anestesia perceptiva y emotiva, real y progresiva; Claude-Pierre (1998), y Tammie Ronen y Ayelet (2004), coinciden, y señalan como rasgo psicológico de los TCA, la anestesia ante las propias necesidades, lo cual se traduce en un fuerte e inusual sentido del altruismo y “preocupación” por los demás, excluyendo de todo a sí mismas, apreciable en el siguiente fragmento:

El deseo de cuidar de los demás y ayudar a las personas formaba parte de mi personalidad. Incluso entonces sabía que cualquier cosa a la que me dedicara en el futuro tendría que implicar el trabajo con personas que necesitaran ayuda (...) nunca pude ayudarme a mí misma (Ronen y Ayelet, 2004: 90).

Desde la perspectiva psicológica, el “altruismo” se vincula de manera estrecha con una baja autoestima, con la necesidad de reafirmarse a sí mismas asistiendo a los demás; tal inseguridad también las hace proclives para autolesionarse, no hay que olvidar que hay una alteración en la percepción de sí misma, es decir, una autoimagen distorsionada. Steiner-Adair (2002), refiere que la inseguridad, asustarse, sentirse insignificante y ansiosa, se relacionan con el sentimiento de estar “gorda”, por lo que “los sentimientos que una llega a experimentar son incluso más extremos: muchas veces representan heridas profundas que se manifiestan a través del lenguaje del cuerpo” (p. 17); un ejemplo de lo anterior es el siguiente relato extraído de un *blog* “pro-ana”, donde se evidencian las conductas de *self injury*³⁵, ampliamente difundidas en la *Internet*:

Porque entre llantos y desesperación, entre imágenes, recuerdos, y más lágrimas, lo primero que hacemos es tomar un cuchillo con el que ya nos hemos cortado mil veces, o tomamos una vela para quemarnos (...) Porque te lastimas por fuera, te hieres, te cortas, te quemas, para tratar de sanar el

³⁵ Se refiere a todas aquellas conductas autolesivas.

dolor de adentro, creyendo de esta manera que estamos sacando eso que nos hace sufrir de nuestro interior (...)

Sentimos placer al hacerlo, observando la sangre, que sale de a poco pero en cantidades, una válvula de escape para sacar el dolor de nuestro cuerpo, ya que las lágrimas son la sangre del alma. Y apretamos cada vez más, expresando nuestra ira, nuestra bronca. Con el pasar de los minutos, volvemos a la “normalidad” y es ahí, cuando nos miramos la herida y nos preguntamos ¿Qué hicimos? ¿Por qué lo hicimos? y ¿Para qué? Después llega la etapa de la mentira, en donde hay que decirle a toda la gente que pregunta que fue un accidente, que fue sin querer, escondiendo detrás de cada palabra la imagen, en la cual agarramos el cuchillo y con nuestra ira lo enterramos en nuestra piel, rezando por no tener el valor para hundirlo más y así acabar con nuestra vida...³⁶

De acuerdo con Freire (2002), las autolesiones se vinculan con la expresión de un intenso dolor o angustia, límite que al llegar a él, la persona recurre a estas conductas: “matarse de hambre. Eso incluye un comportamiento sexual sin precauciones. Eso incluye vomitar. Eso incluye consumir drogas, o beber. Eso incluye cortarse o quemarse. El problema está en que esas soluciones sólo aportan remedios temporales. Y que resultan adictivas, porque todas ellas proporcionan un alivio rápido y momentáneo” (p. 146)

En *Luchar contra la anorexia*, Ayelet (la paciente), relata sus intentos de suicidio, a lo largo de sus siete años de anorexia, mismos en que las intervenciones terapéuticas (psicológicas y médicas), fueron insuficientes para abandonar la anorexia debido a su alto grado de autodestrucción:

Mi primer intento de suicidio fue mi primer encuentro real con ese agujero negro que antes sólo había sido una metáfora, y que seguiría acompañándome durante mucho tiempo (...) Durante el día me quedaba sola en casa, y empecé a reunir todo tipo de pastillas (...) Me tomé todas esas pastillas a la vez. Después de unos minutos, empecé a sentirme mareada. Fui a echarme en la cama. Y entonces entré en un verdadero agujero negro. Perdí la noción del tiempo (Ronen y Ayelet, 2004: 98).

Finalmente, agregamos que, para el modelo psicológico, componentes también presentes en los TCA, son: el deseo de morir, la depresión, la

³⁶ <http://princesa-ana-mia.blogspot.com/2008/06/self-injury-o-auto-mutilacion.html>, recuperado el 28 de mayo de 2010.

autoflagelación, la culpa, la ira, el odio a sí mismo..., razón por la cual enfatizamos en la alarma que implican la transmisión y reproducción de conductas autodestructivas a través de los *blogs*, pues además de representar un fenómeno social reciente, nos remiten a la revaloración del contexto sociocultural para explicar este fenómeno, representado por el modelo socioecológico, del cual nos ocuparemos a continuación, insistiendo en que las Ciencias Sociales, en este caso el Trabajo Social, pueden aportar herramientas adicionales en el orden de lo conceptual, lo explicativo y lo comprensivo, en torno a estos trastornos y sus implicaciones, las cuales trascienden los ámbitos individual y familiar:

En la actualidad, no hay ninguna técnica o método que parezca suficiente para solucionar por sí solo las complejas dificultades que presenta el trastorno anoréxico, así como los demás TCA. Sigue siendo necesario diseñar un enfoque de tratamiento que incluya varios modelos y que se centre en el conjunto particular de características disfuncionales que presenta cada cliente concreto (Ronen y Ayelet, 2004: 227).

MODELO SOCIOECOLÓGICO Y CONTEXTO SOCIOCULTURAL ACTUAL

La labor más exhaustiva en torno a la caracterización de los TCA, proviene del modelo psicomédico, enraizado fuertemente en el concepto de “distorsión de la imagen corporal”, derivado del trabajo de Hilde Bruch con mujeres anoréxicas, cuando se trataba de un fenómeno exclusivo del género femenino; sin embargo, la alteración en la propiocepción, percepción de sí mismo, y la obsesión por adelgazar por sí solas, no dan cuenta de la complejidad de este fenómeno, y tampoco del porqué ha crecido exponencialmente durante los últimos años. Nardone y Milanese (2002), señalan que sólo forma parte de los criterios a cumplir para agilizar el diagnóstico, dentro de una perspectiva descriptiva, la de los DSM (Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales), y la de la mayoría de los manuales en los cuales se ofrece una visión estática del problema, una especie de ‘fotografía’ en la que se catalogan todas las características esenciales de un trastorno, pero sin ofrecer alguna indicación a nivel operativo sobre cómo funciona y cómo puede resolverse el problema; el siguiente fragmento esclarece lo anterior:

Creo que confundía a los doctores, como indica la variedad de diagnósticos que me daban. Uno creía que era fundamentalmente anoréxica, otro decía que tenía una personalidad depresiva, el tercero creía que tenía un trastorno límite de la personalidad y al cuarto le impresionaba principalmente mi conducta suicida y autodestructiva. El quinto estaba convencido de que era esquizofrénica. Si ellos no eran capaces de ponerse de acuerdo sobre quién era, ¿cómo iba a saberlo yo, una chica joven, confusa e indefensa? (...) Si me hubieran hecho una evaluación psiquiátrica después de esa hospitalización, el diagnóstico más adecuado hubiera sido probablemente el de trastorno por estrés postraumático (Ronen y Ayelet, 2004: 107, 114-115).

Como podemos observar, de manera predominante, los TCA han sido denominados “psicopatologías”, enfermedades y/o trastornos mentales, a partir de la década de 1960, y principalmente tras los estudios de Hilde Bruch³⁷, en Estados Unidos, y Mara Selvini Palazzoli (1999), en Italia; sin embargo, con la finalidad de entender de manera más precisa, tanto la denominación como su evolución explicativa, proponemos remitirnos a la conceptualización de “enfermedad” desde las perspectivas médica y antropológica.

De acuerdo con la primera, las enfermedades pueden entenderse como anomalías biológicas o psicobiológicas, que afectan funciones o estructuras del organismo humano y se expresan mediante signos (mediciones objetivas como la temperatura, la tensión arterial y la frecuencia cardíaca), y síntomas (malestar referido por la persona –subjetivo-) (Martínez, 2008). Para Illich (1975), la clasificación hegemónica (médica) de enfermedades (nosología) adoptada por la sociedad, refleja su estructura institucional, en este sentido, la enfermedad es interpretada para el paciente en el lenguaje que las instituciones han engendrado.

Por su parte, la perspectiva antropológica propone que la enfermedad, la salud, la aflicción y la muerte son fenómenos dependientes de la cultura y de la vida social, ello implica que la patología trascienda al organismo en donde se le ha “localizado” e incida en diferentes grados, sobre todos en aquellos ámbitos que rodean a la persona. Martínez (2008) se basa en la conceptualización de enfermedad de Erving Goffman, e integra el contexto sociocultural de los pacientes ampliando, en consecuencia, el rango de comprensión y explicación de las llamadas psicopatologías más allá del individuo, hacia el entorno donde éste se

³⁷ Autora de *La Jaula dorada*, basada en su experiencia con pacientes anoréxicas.

interrelaciona con sus semejantes; de tal manera, la enfermedad mental se conforma de 'síntomas psíquicos', que pueden diferenciarse de los 'síntomas médicos', y que involucran otros referentes como los valores y las obligaciones sociales, las transgresiones y las ofensas de los actores sociales que se convierten en espectadores de excepción del brote psicótico o de la conducta psicopatológica.

Goffman (1991) considera que la relación entre el individuo y "su" sociedad, surge por dos lazos principales que él establece: a las colectividades por su condición de miembro de ellas, y a otros individuos por las relaciones sociales, constituyéndose así una red que vincula por conducto de sí mismo a las unidades sociales que están en relación con él; ello permite explicar la mutua incidencia entre individuo y sociedad, es decir, entre el ámbito personal y el contexto.

Así pues, el modelo explicativo socioecológico, para efectos del presente trabajo, se basa en la influencia sociocultural sobre el origen y la evolución de los TCA; de acuerdo con Casullo (2003), este modelo sugiere centrar el estudio de los comportamientos de riesgo que ya hemos referido en tres áreas básicas, mismas que se corresponden con los núcleos en los que se desenvuelve la persona cotidianamente:

- a) **Familia:** *Se estudia y observa la presencia de conflictos, falta de apego, pobres patrones de comunicación y crianza excesivamente permisiva al interior del núcleo familiar.*
- b) **Escuela:** *El acento recae en la ausencia de motivación, las relaciones conflictivas con los profesores y estilos de enseñanza poco democráticos como detonantes de conflictos desde el núcleo escolar.*
- c) **Grupo de pares:** *Estudia la relación con amigos que presentan comportamientos antisociales, demasiado tiempo libre, sin orientación adulta así como las relaciones conflictivas con amigos (p. 4).*

No obstante, a pesar de que se ha planteado el fenómeno de los TCA como un problema de salud pública, bajo la consideración de sus actuales dimensiones epidemiológicas, y a que las explicaciones aluden al contexto sociocultural como un factor de riesgo, pareciera que se ha desligado de los procesos socioeconómicos y culturales del proceso salud-enfermedad, dejando de lado lo que Rojas Soriano (1988), cataloga como patologías propias de un tiempo determinado: "cada tipo de sociedad crea su propia patología" (p. 30).

En este orden de ideas, estaríamos frente a un fenómeno propio de la sociedad occidental y/u occidentalizada, aquella que, de acuerdo con Lipovetsky (1999) se basa en el culto al “bello sexo”, y que, con “el advenimiento del mundo democrático no ha hecho retroceder en modo alguno la idolatría estética hacia la mujer antes bien, paradójicamente, la ha intensificado” (p. 173), creando así una obsesión por la belleza femenina y su consecución, además de la difusión del *body management* implícito.

Durante la década de 1970, Mara Selvini Palazzoli, en Italia (cit. por Toro, 1999), desde la Psiquiatría dio los primeros pasos, en lo que a la hipótesis cultural respecta, al atribuir “el desarrollo de la anorexia nerviosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo” (p. 45). De acuerdo con Selvini (cit. por Uribe, 2007), el alimento y las comidas son elementos susceptibles de simbolizar las luchas y conflictos que se producen en el medio familiar, fenómeno sólo posible en las sociedades opulentas, donde el alimento es abundante, fácilmente asequible y sistemáticamente ofertado; cabe aclarar nuevamente, que hace más de cuarenta años los casos de TCA se diagnosticaban en personas cuyas familias eran de las clases socioeconómicas más favorecidas, por lo que el concepto de “democratización” propuesto por Lipovetsky (1999) resulta idóneo para explicar que los TCA ya no sean exclusivos de las clases sociales altas.

Para Lipovetsky (1988, 1999, 2003, 2008), el reciente proceso “democratizador” de la moda, la belleza – el bello sexo – el *body management*, la higiene alimentaria, el neindividualismo, en el contexto de la sociedad “hipermoderna”, la sociedad de consumo, difunde masivamente la homogeneización de patrones y conductas, permeando todas las capas sociales, siempre y cuando tengan acceso a estos medios de difusión, porque aunque los medios se dirijan a individuos disímiles, su impacto “lleva aparejado un proceso de estandarización de masas de los modos de vida, los gustos y las costumbres” (Lipovetsky, 2003: 101), propio de esta sociedad.

En este sentido, nos atreveríamos a suponer, que el fenómeno de homogeneización se relaciona con la influencia de los medios de comunicación que, para la Teoría Crítica de la Escuela de Frankfurt, transmiten la “industria cultural” al difundir determinadas pautas de comportamiento y ciertos modelos; al respecto, Lipovetsky (2003) señala que la Escuela de Frankfurt estigmatizó a las industrias culturales que transforman las obras de arte en productos de consumo, denunciando en los medios de comunicación una fábrica de estereotipos, cuyo papel es consolidar el conformismo, justificar el orden establecido, e inamovible,

desarrollar la ‘falsa conciencia’ y asfixiar el espacio público para la discusión. Actualmente una parte de esta industria se dedica a promover el “autocuidado”, que si bien implica conservar la alimentación “también el uso masivo de productos, tecnología y servicios” (Gracia y Comelles, 2007: 94).

Bauman (2001, 2003, 2005), Lipovetsky (1988, 2002, 2003, 2005, 2008) y Morin (2005), advierten los riesgos implícitos en la difusión y homogeneización de estos modelos en la sociedad consumista. Para Bauman (2001), se trata de una sociedad donde el individuo es considerado una mercancía más, un objeto de consumo, desechable, prescindible; para Morin (2005), el hombre productor está subordinado al hombre consumidor que es pasivo, y señala: “El consumo desajustado se convierte en sobreconsumo bulímico que se alterna con cura de privación; la obsesión dietética y la obsesión de la línea multiplican los temores narcisistas y los caprichos alimenticios, mantienen el costoso culto a las vitaminas y a los oligoelementos” (p. 100); por último, Lipovetsky (2008), argumenta que la sociedad de consumo nos condena a vivir en un estado de insuficiencia perpetua, de insatisfacción, al desear siempre más de lo que es posible comprar, manteniendo constantes la insatisfacción, pero sobre todo, la decepción.

En la sociedad, cuyo eje es el consumo, Toro (1999) menciona que el bienestar económico, sea individual o colectivo, se supedita al mercado, a la influencia de los medios de comunicación de masas homogeneizados (y homogeneizadores), y a su transmisión de valores y costumbres; también a la imitación de los modelos sociales triunfadores, cuyos ejemplos, son: la delgadez, la antiedad y la “higiene alimentaria” (Lipovetsky, 1999), mientras que en el discurso de la “cultura de la salud” predominan el consumo de alimentos *light* y el abuso de productos para adelgazar (Silva, 2006).

Observamos así, varios elementos (la moda, la higiene alimentaria y la salud...), que al interactuar conforman el abanico de “factores socioculturales”, entre los que Toro (2006) destaca los siguientes:

la evolución de las modas del vestir, con predominio de las prendas unisex; la progresiva exhibición pública del cuerpo; la proliferación de mujeres populares, incluyendo las top-models, cuyos cuerpos delgados se han ido constituyendo y afirmando como modelos estéticos; la satanización social de la obesidad e incluso del sobrepeso, no por razones de salud sino por consideraciones psicoestéticas; la presión de industrias destinadas a fabricar productos adelgazantes, reales o supuestos, o a producir alimentos y bebidas light; los mensajes comerciales lanzados de manera reiterada por un

ejército de centros de belleza, de estética, de nutrición, de cirugía rectificadora, que dan por buena en términos absolutos la adquisición de la delgadez; la extensión social de actividades físicas o deportivas de alto riesgo para los TCA y, sobre todo, los cambios que han sobrevenido en el ámbito social (familiar, laboral, económico, político) del rol de la mujer (p. 204).

Para entender lo que Toro (2006) denomina *rol de la mujer*, podemos partir del modelo estético femenino que también es un referente de factor de riesgo sociocultural para los TCA, de hecho, el que más atención ha recibido. Lipovetsky (2002) considera que la apoteosis de las *top models* corona un ideal de belleza física, fuera del alcance de la mayoría, cuyo imperativo es la consecución de la extrema delgadez a toda costa, ligada a un sueño cada vez más insistente en una juventud eterna. Uribe (2007) refiere que el cuerpo de la mujer anoréxica es la corporalización, la personificación de las presiones sociales, de las relaciones de poder y de las exigencias de la cultura, por lo que la anorexia puede verse como un ejercicio o un modelamiento del cuerpo por medio de la cultura, trascendiendo así lo fisiológico.

Contrastando las diferencias entre la socioculturalidad de distintas épocas, resalta la época medieval, cuando el ayuno y la abstinencia (restricción alimentaria) eran vinculadas con la salvación, la penitencia, el modo de vida ascético (renunciar a los bienes terrenales), y la culpa (la expiación por medio de estas penitencias); mientras que actualmente la restricción alimentaria tiene que ver con el fondo y no con la forma. Para Toro (1999) esta práctica se asocia con la estética corporal y la aceptación social, esta última alcanzable en la medida que se logra la primera. Lo anterior se constata en las sociedades occidental y occidentalizada, donde la alimentación “sana” se ha vuelto una fuente de preocupación, obsesión y angustia ante el temor de quedar al margen de lo que se ha denominado (y consensuado) como “belleza” e “higiene alimentaria”:

Hoy comemos con culpa y con temor. Primero, porque estamos informados a través de los medios que hacen de intermediarios de la ciencia: así pasamos de un comer tradicional a un comer reflexivo y cauteloso. Segundo, porque en nuestra época se ha disparado la obsesión por la delgadez y las dietas; en Estados Unidos, una cantidad elevada de mujeres afirma que su peso es el tema fundamental de su vida (Lipovetsky, 2008: 46-47).

De acuerdo con Lipovetsky (1999), el actual culto a la belleza femenina, basado en la extrema delgadez, data de hace seis siglos en Occidente bajo la forma de culto al “bello sexo”; sin embargo, con el advenimiento del mundo democrático (el fenómeno de la “globalización”), la idolatría estética hacia la mujer no ha retrocedido, sino más bien se ha intensificado, pues aunque se creó un modelo de belleza homogeneizador, las vías para acceder a él son cada vez más heterogéneas e implican una serie de acciones de la más diversa índole, desde dietas extremas hasta cirugías estéticas.

Con el desarrollo y la creciente influencia de los medios de comunicación social, así como el abaratamiento de la industria del ocio a partir de la posguerra, se difunden masivamente el cuidado, la atención del cuerpo y los servicios personales derivados de la creciente capacidad de consumo de las clases medias en Europa y Norteamérica (Gracia y Comelles, 2007). No obstante, advierte Lipovetsky (2008) que los medios de comunicación se han dirigido a individuos disímiles, mediante un proceso de estandarización de masas de los modos de vida, los gustos y las costumbres.

Gracia y Comelles (2007) señalan que la hegemonía del cuerpo sobre el alma ha motivado cambios culturales e industriales, y el combustible del que se alimenta dicha hegemonía, procede, en los países occidentales, de una reguladísima –por miles de normativas extremadamente minuciosas- industria alimentaria, a través de la cual los modelos de esbeltez y de alimentación “sana” se han difundido amplia y rápidamente, de manera que en la sociedad actual inciden directamente en el vínculo, tanto de hombres como de mujeres, con su manera de subsistir y de ser, ya no refiriéndose exclusivamente a la supervivencia, sino a la constante adopción y creación de nuevas conductas y necesidades.

No olvidemos la proliferación de los expendios *fast food*, a la par de la oferta de dietas y planes de ejercicio estrechamente dirigidos a reforzar el estigma sobre la obesidad, que no sólo obedece al hecho de que un mayor índice poblacional presenta problemas de sobrepeso, sino también al enfatizar la idea “pro adelgazamiento” en una población ya de por sí obsesionada con la “higiene alimentaria”, cuyos modelos ‘saludables’ y ‘esbeltos’ se promueven en las publicaciones de moda, donde se venden a granel imágenes sobre lo que es (debe ser) bello y, por tanto, aceptable.

Lipovetsky (2013) puntualiza que la sociedad hiperconsumista “no es sólo la de los excesos perfeccionistas, es más aún la de los excesos de la inactividad física y del ocio espectacular, de la comida basura y otros trastornos alimentarios. La sociedad que nos gobierna es menos una sociedad de dopaje que una sociedad de consumo de modelos e imágenes de excelencia” (p. 268).

En esta “sociedad líquida”, denominada así por Bauman (2001, 2003), el cuerpo se mercantiliza, lo cual se constata en los anuncios publicitarios que hacen referencia explícita a dietas, vestidos, productos de belleza, en su mayoría dirigidos a la población femenina. Lipovetsky (1999) menciona que la estética de la delgadez ocupa un lugar preponderante en lo que llama “planeta belleza”, donde las publicaciones femeninas rebosan de fórmulas para adelgazar, secciones que exponen los méritos de la alimentación equilibrada, recetas de cocina ligera y ejercicios de mantenimiento para estar en forma, entre otros, proliferando la publicidad en favor de los productos adelgazantes y los libros sobre dietas, este autor también refiere, que en 1984, se publicaron sólo en Estados Unidos al menos unas trescientas obras sobre regímenes adelgazantes, y una docena de ellos se convirtió en *bestsellers*; en Francia, el libro de Michel Montignac (1987), *Comer para adelgazar*, vendió un millón y medio de ejemplares, ejemplificar lo anterior, citamos el testimonio de Moïra Müller (2001), ex paciente de anorexia:

La de Montignac fue la primera dieta que seguí. Con ella empecé a escoger concienzudamente lo que tenía que comer y lo que no. Era fácil de seguir: podía comer todo lo que quería mientras no combinase ciertos alimentos con otros (...) Mi madre reaccionaba de forma entusiasta, pues una alimentación sana siempre ha sido muy importante en casa, y realizamos nuestras compras principalmente en tiendas naturistas (p. 83).

La sobrevaloración de la esbeltez, casi equivalente en la actualidad a la extrema delgadez, origina que los pesos ligeramente encima del promedio, antaño considerados normales, no sólo se vuelvan “indeseables”, sino que incluso se les catalogue de “patológicos”. La supremacía de la delgadez hace que las dietas y los alimentos, supuestamente bajos en calorías, se conviertan en artículos y procesos de moda, de “primera necesidad”, incluso con el visto bueno de las autoridades médicas (Uribe, 2007).

Asimismo, la medicalización de la vida, advertida por Illich (1975) en *Némesis médica*, lleva actualmente aparejado un miedo intenso a la enfermedad (la obesidad) y a la edad (las líneas de la 'belleza' que con el tiempo se convierten en arrugas); para Lipovetsky (2013) "El neoconsumidor ya no busca tanto la visibilidad social como un mayor control sobre su cuerpo mediante tecnologías médicas: modo de combatir la mortalidad natural, el consumo tiende a funcionar como un antídoto." (p. 50).

Cuando Lipovetsky aludió al hedonismo, hace más de dos décadas en *La era del vacío*, advertía que el narcisismo cobraba nuevas dimensiones en el siglo XX, con un acentuado miedo por la edad, pues al estar Narciso tan enamorado de sí mismo, como aterrorizado por la cotidianidad, por su cuerpo y por un entorno social agresivo, el "neoidividualismo" comenzó a implicar "cada vez más un trabajo de construcción de sí, de toma de posesión del propio cuerpo y la propia vida" (Lipovetsky, 2008: 27). En este sentido, la construcción de sí, se vincula con la obsesión por el cuerpo y su mantenimiento, movilizándolo cada vez más las pasiones y la energía estética femeninas, sobre todo, porque la finalidad no es tanto la sofisticación del aspecto físico, sino rejuvenecer, tonificar y reafirmar la piel; Lipovetsky (1999) argumenta que en la época de la "antiedad" y el "antipeso", el centro de gravedad se desplaza a las prácticas de mantenimiento del cuerpo (*body management*); de las técnicas de camuflaje a las técnicas de prevención, a los rituales de lo ficticio (maquillaje).

En consecuencia, quienes actúan conforme a estas reglas son aquellas personas que "cuidan la línea", que comen "sanamente", que previenen las arrugas y la obesidad, aunque preferiblemente las debieran evitar a costa de todo, porque la tiranía de la "antiedad" y el "antipeso" referida por Lipovetsky (1999), resulta inflexible, y desde luego nos permite explicar desde lo social, el aumento de TCA, si bien como una acción secularizada, aún con una fuerte carga de religiosidad, pues de acuerdo con este autor "la fiebre contemporánea de la belleza femenina supone la continuación de la religión por otros medios." (p. 129); es decir, a una ritualización donde las elegidas son las *top models* y las no elegidas, las mujeres obesas y arrugadas (Toro, 1999).

Como todo culto religioso, la “belleza” posee un sistema de adoctrinamiento (la publicidad de los productos cosméticos y pro-adelgazantes); textos sagrados (los métodos de adelgazamiento); ciclos de purificación (los regímenes dietéticos); sus gurús (actrices o modelos como Jane Fonda y Kate Moss); grupos rituales (centros y clínicas dietéticas como “Weight Watchers” y “Slim Center”); creencias en la resurrección (las cremas revitalizantes); ángeles (productos cosméticos y de belleza), y salvadores (los cirujanos plásticos) (*Ibidem*).

La indiscriminada producción informativa en materia alimentaria, referente a la reducción de peso, sus métodos y dietas, los canales de transmisión y las conductas difundidas, la emergencia de ciertos productos como los denominados *light* o bajos en calorías (grasas y azúcares), han permitido que el consumismo en torno a la delgadez se constituya como mercado de masas, acorde con el modelo económico occidental.

En este contexto sociocultural, observamos, incluso constatamos, que el ayuno y la privación alimentaria se relacionan con la valoración del efecto que éstos tienen sobre el cuerpo, sea el consumo y/o la evitación de ciertos alimentos. Para Fischler y Selvini (cit. por Uribe, 2007), cuando la imagen corporal, aceptada y aceptable, tiene como modelo la delgadez, el alimento se convierte en el enemigo, ya no sólo se trata de un sueño de juventud y belleza porque éstas adoptan un carácter prescriptivo. En el caso de la belleza no sólo es se busca el placer estético, sino que también se estimula el consumo, “y cuya finalidad no consiste tanto en la contemplación como en la acción correctora del aspecto físico” (Lipovetsky, 2002: 169); así, el ideal resulta inalcanzable para la mayoría de las mujeres, y ello forma parte de la lógica de consumo.

Bauman (2007) señala que los argumentos de la sociedad consumista se basan en la promesa de satisfacer los deseos humanos en un grado en que ninguna otra sociedad anterior pudo, o soñó hacerlo, y de este modo la promesa de la satisfacción conserva su poder de seducción, siempre y cuando los deseos permanezcan insatisfechos, asimismo, “los bienes de consumo actuales prometen no convertirse en intrusos ni en un aburrimiento. Nos envían el tranquilizador mensaje de que nos lo deben todo sin que nosotros les debemos nada a ellos. Prometen estar preparados para su uso inmediato y para ofrecer una satisfacción instantánea sin que sea preciso por nuestra parte un entrenamiento ni un ahorro prolongados: nos complacen sin demora.” (Bauman, 2006: 120).

Lipovetsky (1999) refiere que “en Estados Unidos, las industrias relacionadas con las dietas facturaron en 1989 treinta y tres mil millones de dólares, y las estancias en clínicas especializadas supusieron unos diez mil millones de dólares (...) En Francia se contabilizan unas cinco mil referencias de productos bajos en calorías, y en todo el mundo se lanzan anualmente mil quinientos nuevos productos *light*” (p. 122). De esta manera, y en congruencia con los actuales imperativos estéticos, el consumo dietético y de productos *light*, ha convertido la obesidad en un estigma social en el cual no se desea caer, ello implica “el rechazo más o menos manifiesto de cualquier persona que no siga las reglas de la estética corporal vigente” (Toro, 1999: 163-164).

Con base en lo anterior, identificamos una contradicción entre el modelo psicomédico y la cultura en que éste se encuentra contextualizado, especialmente cuando Gracia y Comelles (2007) refieren, que tanto psiquiatras como nutricionistas, condenan el excesivo valor otorgado a la delgadez femenina, suscitada y mantenida, según ellos, por la cultura de masas y la moda, pero simultáneamente, alertan en contra de los “nefastos” efectos de los regímenes que ellos mismos promovieron con la estigmatización tiránica de la obesidad.

El enfoque psicomédico, que detenta reconocimiento oficial, es decir, legitimidad y hegemonía ante la sociedad, y aporta la explicación, abordaje y tratamiento de los TCA, se ha encargado de difundir el descrédito a la obesidad. De acuerdo con Toro (1996), la medicina y los médicos han contribuido a extender oficialmente el desprecio social por la obesidad y el sobrepeso y “las razones médicas han venido a ‘confirmar’ de algún modo las motivaciones estéticas del culto a la delgadez y, por ende, del rechazo a la obesidad” (p. 169). Mancilla y Gómez (2006), constataron lo anterior al observar cómo los preescolares, desde los cinco años, ya habían desarrollado una actitud negativa hacia la obesidad, evidenciando que el temor y el rechazo hacia la gordura, se gesta desde edades muy tempranas, lo que con el tiempo dota a la sociedad de rasgos lipofóbicos.

El modelo psicomédico también se ha encargado de decretar rígidamente el cauce terapéutico “idóneo” para cada uno de los TCA, que de manera general involucra psicoterapias, medicalización del trastorno psicogénico (prescripción de ansiolíticos y antidepresivos), y tratamiento de las complicaciones orgánicas derivadas (ambulatorio o con internamiento hospitalario). Dicha prescripción, fundada en cómo debe ser, y no cómo es el fenómeno, implica subvalorar la dimensión sociocultural al basarse en un diagnóstico “correcto”, compuesto por criterios presuntamente objetivos; ejemplo de lo anterior es la relación talla/peso,

“discutible puesto que la oscilación entre el 15-18% parece arbitraria, otro es la amenorrea, consecuencia frecuente del adelgazamiento pero también propio de situaciones de estrés o ansiedad. Otros síntomas tales como el miedo a engordar, la alteración de la propia imagen corporal, la hiperactividad o la obsesión no siempre coinciden, de modo que los protocolos clínicos tienden a hablar de *comorbilidad*, un modo de acentuar los límites confusos y poco claros entre entidades” (Gracia y Comelles, 2007: 112).

Gracia y Comelles (2007) consideran que “la etiqueta patológica es siempre *externa y social*. Para el sujeto no siempre hay sufrimiento con estas prácticas, sino también convencimiento y placer” (p. 37), y estos elementos, que parecieran exclusivamente personales en el caso de los TCA, aún no han sido estudiados desde la socioculturalidad.

Otra acción derivada de la medicalización es el internamiento, considerando que al interior del hospital la terapéutica es estrictamente prescriptiva, basada en determinadas normas y procedimientos. Los argumentos de Goffman (1991), relativos a las instituciones totales, por ejemplo los manicomios, permiten esclarecer, que en un modelo prescriptivo, quien ingrese en una institución mental es porque ha obrado de manera inaceptable u ofensiva para alguien que no puede tolerar más tiempo su conducta. En este orden de ideas, los pacientes de TCA son internados por haber transgredido normas de salud contradictorias, que simultáneamente prohíben la extrema delgadez y “satanizan” estar obeso.

Acorde con las dimensiones y la perspectiva del presente trabajo, resulta limitado explicar los TCA desligados del contexto sociocultural en el que están insertos, sobre todo si estimamos, como Hekier y Miller (1994), que las afecciones (médicas), dependen del imaginario que domina en cada época; en el caso de los TCA tanto los factores culturales como el contexto son los mismos, para la anorexia y para la bulimia: “el miedo al sobrepeso, los problemas relativos a la imagen corporal y la disposición al adelgazamiento constituyen el denominador común de ambos trastornos, por lo menos en el momento actual” (Toro, 1999: 52).

Bajo los postulados de Gracia y Comelles (2007), ambos TCA no son desviaciones irracionales o estigmatizables, ya que presentan una *continuidad* subyacente a los elementos normales de la cultura, manifestando las tensiones esenciales generalizadas en nuestro orden cultural contemporáneo, asociadas principalmente a las mujeres (p.p. 340-341); asimismo, no son las únicas entidades que han quedado constreñidas a la rigidez de las explicaciones psicomédicas, de acuerdo con Béjar (2007):

La cultura psicoterapéutica medicaliza los problemas cotidianos. Los expertos, a su vez, inventan nuevas enfermedades (como el estrés postraumático) que conllevan síntomas característicos (...) La cultura contemporánea transmite la creencia de que los problemas emocionales no puede resolverse en soledad. Tampoco en compañía de los próximos, potenciales fuentes de dependencia (p. 192).

Insistimos, por tanto, en llevar a cabo una lectura crítica y analítica del modelo psicomédico, advirtiendo su necesaria complementariedad con el modelo socioecológico, pues como señalan Gracia y Comelles (2007), este modelo se nutre de un imponente dispositivo diagnóstico y terapéutico que tiene como inconveniente ignorar parte de la causalidad y no tratar de comprender, sino sólo enfocar e 'identificar' para dictaminar un tratamiento, y aunque es cierto que alude al carácter *bio-psico-social* de los TCA, alienta la investigación principalmente en la esfera de lo *bio*, y algo en lo *psico*, ignorando o negando lo social.

De acuerdo con Crispo (2001), el modelo bio-psico-social (socioecológico), coadyuvante en la explicación de los TCA, relacionado estrechamente con los factores de riesgo personal, familiar y social, nos permite observar conductas que:

- a) *afectan directamente al cuerpo;*
- b) *reflejan un cierto tipo de vulnerabilidad individual en cuanto a personalidad y maduración [este inciso y el anterior se refieren al factor de riesgo personal];*
- c) *ocurren en una familia con determinadas características previas a la aparición del trastorno y que sufre, además, el efecto de la presencia del problema una vez que éste se instala [factor de riesgo familiar];*
- d) *ocurren predominantemente en una sociedad en particular: la postindustrial de fin de siglo, marcada por una ética y una estética determinadas, para este caso, la de dar prioridad a la imagen externa por encima de cualquier otro valor (p. 19) [se considera el factor sociocultural, al mencionar la influencia de modelos y patrones de belleza, cabe aclarar que en la literatura se siguen priorizando los tres primeros incisos].*

Al ser menos prolífica la explicación de los TCA desde el modelo socioecológico (donde yacen los factores de riesgo social), consideramos importante retomar la explicación propuesta por Devereux en 1975 (cit. por Gracia y Comelles, 2007, y Contreras y Gracia, 2005), de raigambre antropológica, la cual se basa en lo que él denomina “desorden étnico”, concepto que recupera y redimensiona el peso sociocultural y ambiental que rodea al individuo y sus conductas. El desorden étnico, relacionado con los TCA, descansa en los siguientes argumentos:

1. *El trastorno se presenta con frecuencia en la cultura en cuestión.* Para el caso de los TCA, hay una mayor incidencia en Occidente y en las denominadas sociedades “occidentalizadas”; Guillemot y Laxenaire (1994) señalan que la anorexia nerviosa se encuentra relacionada con cierto tipo de cultura, específicamente la occidental, también llamada europea, aunque haya sido exportada a Estados Unidos, y ejemplifican con el país nipón en tanto se produce su “occidentalización”; al respecto, datos de ALUBA³⁸ (2011), remiten a los estudios de Mervat Nasser, psiquiatra, especializado en investigación en temas de salud y desarrollo del instituto Kings College, de Londres, los cuales revelan que Japón reporta un 35% de su población afectada por algún TCA³⁹.
2. *Debido a la continuidad de los síntomas y la dinámica subyacente a los elementos normales de la cultura, el trastorno se expresa en grados de intensidad y en un espectro de formas dudosas subclínicas.* Ejemplo de ello es que, en un primer esfuerzo explicativo por parte del modelo psicomédico, se manejó el concepto “bulimarexia” para denominar al TCA que combinaba las formas subclínicas de la anorexia y la bulimia, tipificando en uno solo la intercalación de vómitos y ayuno, no obstante, dicho concepto resultó insuficiente, razón por la cual en el DSM-IV se integró el Trastorno de la Alimentación no Especificado, TANE, para dar cuenta de la anorexia o bulimia “atípicas”.

³⁸ Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia en Argentina

³⁹ INFANCIA HOY, Agencia internacional de noticias, “Japón es el país con más patologías de alimentación”, http://www.infanciahoy.com/despachos.asp?cod_des=7979&ID_Seccion=192, recuperado el 31 de mayo de 2014.

3. *El trastorno expresa los conflictos esenciales y las tensiones psicológicas que están generalizadas en la cultura.* Podemos referir al respecto la generalización del ideal estético ultradelgado como base de la conquista de la belleza, inconcebible sin la esbeltez; ello induce a la restricción alimentaria y a conductas como los ejercicios físicos para alcanzarla; la evolución de las medidas de las modelos y de las candidatas al título Miss América resulta ilustrativa al respecto: “a principios de los años veinte, una de las primeras Miss América medía 1,73 metros y pesaba 63,5 kilos; en 1954, las concursantes medían por término medio 1,71 metros y pesaban 54, 9 kilos. Entre 1980 y 1983, el peso medio de una concursante que midiera 1,76 metros era de 53 kilos” (Lipovetsky, 1999: 123-124).

La disminución de medidas en las mujeres se fue instaurando gradualmente, como modelo socialmente aceptado, de tal forma que exhibir tales se convirtió en sinónimo de aprobación y reconocimiento social, en consecuencia, las tensiones culturales que acompañan a los TCA surgen al querer conseguir ideales estéticos basados en la sobrevaloración de la delgadez, en estrecha relación con los regímenes dietéticos ofertados y consumidos intermitentemente para alcanzarla; tensión que se mantiene constante y se expresa en un malestar general, para Lipovetsky (2008): “la civilización del bienestar de masas ha hecho desaparecer la pobreza absoluta, pero ha aumentado la pobreza interior, la sensación de subsistir, de sub-existir; entre quienes no participan en la fiesta consumista prometida a todos” (p.p. 29-30).

4. *El trastorno es un sendero común definitivo para la expresión de una amplia variedad de problemas personales y de angustia psicológica.* En los TCA, la angustia expresada individualmente, posee una raíz sociocultural que se ha subvalorado en favor de su individualización como psicopatología, con su correspondiente acento en los factores personales, por lo que, nos atrevemos a argumentar que la expresión individual de un TCA es, en buena medida, una expresión del malestar compartido socialmente, o bien, una respuesta a las presiones e imperativos sociales en torno a la delgadez y a la eterna juventud.
5. *Los síntomas de los trastornos son extensiones y exageraciones directas de conductas y actitudes normales dentro de la cultura que, a menudo, incluyen conductas que, por lo general, son muy valoradas.* Contreras y Gracia (2005), Martínez (2008), y Gracia y Comelles (2007), coinciden en señalar que culturalmente los TCA son “normales”, y por lo mismo no pueden ser considerados “desviaciones”, al estar contextualizados en una sociedad que

estimula las dietas y la delgadez. Lipovetsky (1999) sugiere la existencia de un *continuum* entre medicina y cultura, puesto que la primera estigmatiza la obesidad, mientras que la segunda refuerza el estigma ensalzando la esbeltez, la alimentación “sana” y la conservación del cuerpo mediante el *body management*.

6. *El trastorno es un patrón altamente diseñado y ampliamente imitado para la expresión de la angustia.* Para comprender lo anterior, nos remitimos al auge de los *blogs* “pro ana” y “pro mía”, sitios donde, de acuerdo con Bauman (2007) “los usuarios están felices de poder ‘revelar detalles íntimos de sus vidas íntimas’, ‘de dejar asentada información verdadera’ e ‘intercambiar fotografías’.” (p. 12). En estos espacios virtuales Freire (2002), no aprecia mucha originalidad, pues “las chicas copian frases, fotos, mandamientos (...) cuanto más radicales mejor. Homogeneizan criterios para darse más fuerza y ser conscientes de pertenecer a una comunidad.” (p. 195); asimismo, converge un gran número de confesiones de adolescentes angustiadas por su peso.

Una variante de estos *blogs* son los “diarios interactivos”, en los cuales “las chicas inician un diario que cuelgan en páginas especializadas, y que pueden ser consultados por quien lo desee, o quien sea socio de la página. El procedimiento resulta escalofriante (...) las niñas cuentan, día a día, con apenas seis horas de diferencia horaria, cómo se esfuerzan por continuar con su anorexia, o cómo se entregan a prácticas de ayuno y restricción de alimentos.” (*Ibid.*, p.p. 207-208). De manera general, en estos espacios virtuales las adolescentes obtienen y transmiten métodos para minimizar su miedo y su angustia, realimentando los patrones conductuales característicos de los TCA:

*Y esta soy yo, asustada y decidida
Una especie en extinción,
Tan real como la vida,
Y esta soy yo, ahora llega mi momento
No pienso renunciar,
no quiero perder el tiempo.⁴⁰*

⁴⁰ <http://princesasoleidad.blogdiario.com/>, recuperado el 13 de mayo de 2010.

7. *Puesto que, por una parte, en el trastorno, se recurre a conductas valoradas, pero, por otra, es una expresión de desviación, provoca respuestas sumamente ambivalentes por parte de los otros (respeto, temor, reacciones, punitivas, etc.) El trastorno adquiere notoriedad en la cultura y genera su propia 'política' de 'tratamiento'. Con base en los argumentos de Contreras y Gracia (2005), la política de tratamiento resulta acorde con el modelo explicativo vigente (psicomédico), el cual conceptualiza los TCA como psicopatologías que deben ser abordadas por la medicina, la nutrición y la psicología, excluyendo del terreno explicativo a otras profesiones que pudieran ampliar el campo comprensivo y terapéutico.*

La trascendencia del aporte de Devereux representa una herramienta analítica para los TCA y permite se puedan explicar, no sólo como un problema propio de la esfera médica (clínica), sino también desde el ámbito cultural. En este orden de ideas, Rusell (cit. por Contreras y Gracia, 2005), considera la siguiente limitante de la literatura médica: “estamos ante manifestaciones que se caracterizan por su gran maleabilidad, en el sentido de que los síntomas asociados varían bajo la influencia de factores históricos o de circunstancias sociales cambiantes” (p. 334); Di Nicola (cit. por Contreras y Gracia, 2005), plantea que los TCA son “sociopatologías”, sin embargo, esta conceptualización aún no ha sido reforzada, mucho menos aceptada por el modelo psicomédico.

Los referentes sociales, propios del modelo socioecológico, también nos permiten comprender el actual mapa planetario de enfermedades, caracterizado por un mundo pobre con enfermedades endémicas (diarrea infantil, infecciones), y uno rico con enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, cardiopatías, obesidad), que “no puede entenderse desde la doctrina de la etiología específica, sino a partir del papel que los factores sociales y culturales juegan en las redes multicausales que producen la enfermedad y la muerte” (Martínez, 2008: 77).

Nuestra intención es puntualizar que los TCA no son fenómenos aislados, ni enteramente individuales, son trastornos holísticos, de carácter multidimensional que afectan áreas completas de la vida de la persona y, como señalan Ronen y Ayelet (2004), incluyen componentes personales (autoaceptación, autoimagen, estilos de pensamiento); relaciones de familia y actitudes familiares hacia la vida en general y hacia sí mismos; relaciones sociales, y aceptación de los iguales.

Martínez (2008) propone vincular enfermedad-contexto sociocultural, bajo el argumento cognitivo-constructivista de que las enfermedades, sus síntomas y la vida cotidiana, son construcciones de significado que se articulan en un contexto cultural determinado. De acuerdo con este autor, la idea de multidimensionalidad de la enfermedad, la noción de redes multicausales y el énfasis en la localidad o particularidad de la enfermedad, son principios que permiten una aprehensión holística de ésta, y un territorio donde la antropología, y otras ciencias sociales, encuentran un campo abierto para la investigación. En este tenor, la investigación desde el Trabajo Social como disciplina propia del ámbito de las Ciencias Sociales, puede lograr tener un papel mucho más importante en la explicación sociocultural de los TCA.

Hemos llegado pues, al planteamiento que da pauta para proponer una mayor incidencia del factor socioecológico en la explicación, análisis, e incluso tratamiento, de los TCA: el carácter personal, aunado a la interrelación de factores individuales, médicos y psicológicos, han dificultado observar los componentes sociales que entran en juego en este fenómeno, sobre todo porque reconocer la existencia de estos últimos sugiere la pertinencia de un abordaje y un tratamiento multidimensional, que retome la explicación sociocultural.

En relación con lo anterior, Steiner-Adair (2002) argumenta no conocer otro “desorden psicológico que requiera un enfoque tan interdisciplinar como éste.” (p. 14); y Freire (2002) puntualiza en la insuficiencia de sólo tratar los síntomas, considerando como “necesario proponer nuevos modelos de mujer que se aparten de los que hasta ahora se han ofrecido. Es necesario que convivan nuevos perfiles femeninos, nuevos conceptos de belleza no excluyentes, y que se relaje la presión que se ejerce sobre las que hasta ahora son consideradas gurús de la moda y el estilo.” (p. 211). Ambas autoras coinciden en que el tratamiento, que hasta ahora se ha esgrimido para los TCA, ha resultado insuficiente, y tanto una como otra sugieren la necesidad de complementariedad, así como la pertinencia de incluir, de manera más formal y exhaustiva, el factor sociocultural para explicar este fenómeno.

El papel del Trabajo Social y su relación con el modelo socioecológico

Hemos intentado esclarecer la necesidad de retomar los argumentos de la socioculturalidad (modelo socioecológico), para dar cuenta de manera más integral sobre la génesis, evolución y abordaje terapéutico (preventivo y de rehabilitación) de los TCA en la actualidad, es decir, proponemos estudiar este fenómeno, ya no exclusivamente considerando su carácter individual, sino ponderando en mayor grado el social, con base en la recíproca incidencia individuo-sociedad, ello implica:

- a) revalorar las influencias contextuales sobre el ámbito individual;
- b) emprender una revisión analítica de lo que la sociedad ha catalogado, y separado de sí, como privativo del ámbito individual, y
- c) replantear el papel de la sociedad en la construcción de las enfermedades como una labor que trasciende a la prescripción psicomédica, es decir, estrechando el vínculo con la labor de las Ciencias Sociales, de manera particular del Trabajo Social, para la comprensión y el análisis a partir de este fenómeno.

Para plantear el papel de esta disciplina en relación con la explicación e investigación de los TCA, sugerimos partir de la definición propuesta por Alfred Kahn (cit. por Trigueros *et al.*, 1995):

El Trabajo Social es la profesión que se dedica a fortalecer las relaciones sociales entre los individuos, los grupos y las instituciones sociales. Tiene, por tanto, una responsabilidad en la identificación, análisis e interpretación de las necesidades no satisfechas, en la elevación del nivel de la reconocida obligación social sobre la sociedad y sus miembros individuales y en la aplicación de un conocimiento, experiencia e inventiva específicos a aquellos problemas que puedan resolverse por medio de los métodos de bienestar social (p. 90).

De acuerdo con Trigueros *et al.*, (2001), con el objetivo de obtener el bienestar social, las funciones del Trabajador Social, comprenden tres niveles de atención que parten de lo individual, y son:

- **Caso.** En este nivel [individual] las funciones son de carácter corrector pero, también, de carácter preventivo, así como de información, orientación, capacitación, promoción, provisión de recursos, tratamiento social, etc.
- **Grupo.** En el nivel grupal el Trabajo Social colabora en la organización, el autogobierno, la programación, la resolución de conflictos internos, y en la interrelación con otros grupos para alcanzar un determinado grado de madurez.
- **Comunidad.** En este nivel el Trabajador Social coadyuva en la adaptación social de la comunidad, es decir, que se logre un equilibrio entre recursos y necesidades y que la comunidad participe en el proceso de desarrollo.

Puntualizando en las funciones de esta disciplina en el ámbito de la salud, consideramos pertinente exponer los modelos de intervención, comúnmente utilizados en la práctica profesional:

- 1) **Modelo psicosocial:** se basa en la teoría de sistemas, cuyos principales exponentes son Talcott Parsons, Spencer, Merton, y Levi-Strauss, entre otros, y consiste en la obtención de datos y el diagnóstico o plan de acción; es la primera forma del *casework* social, y va dirigido a la persona que solicita ayuda en su contexto, el cual puede llegar a ser objetivo de los esfuerzos del Trabajador Social (Du Ranquet, 1991: 69).

La teoría sistémica establece que los sistemas social y familiar se relacionan con el sistema del individuo, y los elementos de este modelo son: a) considerar el aspecto psicológico y social de cada caso (la persona en su situación), y b) ponderar el diagnóstico-evaluación para tratar los problemas y los recursos, los puntos fuertes y débiles de la persona y la situación.

- 2) **Modelo familiar:** al igual que el modelo psicosocial, se fundamenta en la teoría sistémica, pero a diferencia del primero que se focaliza en el individuo, el objeto de la intervención es el sistema familiar, entendiendo éste como unidad de vida y comunicación. El objetivo del Trabajador Social es transformar a la familia en un sistema terapéutico incluyéndose en él, es decir, uniéndose para ayudar a reparar y modificar el funcionamiento familiar, de forma que pueda desempeñar mejor sus tareas en relación con sus miembros.

Consideramos pertinente señalar, que una limitación del Trabajo Social es haberse cimentado principalmente en el método clínico [prescriptivo], que guarda una estrecha relación con el modelo psicomédico y cuyo objetivo, de acuerdo con Du Ranquet (1991), es perseguir una cura, prevención, promoción o mejora social, haciendo uso de elementos del método científico de las ciencias experimentales descrito en 1865 por Claude Bernard en la *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Lo anterior ha originado que se subestime, y en consecuencia, se limiten las potencialidades de esta disciplina, así como también a sus profesionistas en lo que respecta a las labores de investigación sociocultural.

De acuerdo con Yáñez (2007), un conocimiento que encuentra en el empirismo su base fundamental se reserva sólo la *opinión*, poniendo fuertes trabas al pensamiento científico al reducir el sistema de relaciones y nexos a una dinámica de *causa y efecto*, a través de la cual se interpreta, explica y justifica todo. Tello y Arteaga (2004) consideran necesario fortalecer y consolidar esta profesión, sobre todo porque “el Trabajo Social actualmente se encuentra en una encrucijada definida por dos variables: la centralidad de lo social y el ser la única profesión, la única práctica, que hace de las necesidades y de la problemática social su objeto de trabajo” (p. 230).

En lo que atañe a nuestro objeto de estudio, podemos referir, que hasta el momento en nuestro país, los TCA no han sido apropiados como objeto de investigación por parte del Trabajo Social, baste como ejemplo, que tras una búsqueda por el tema “anorexia nerviosa” en la base de datos de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México realizada durante el mes de enero de 2011, el resultado arrojó en ese momento 57 tesis, de las cuales sólo una, para obtener el grado de licenciatura, procede de la Escuela Nacional de Trabajo Social.

En dicha tesis, *Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer*, las autoras Araceli Ayala y Diana Sofía Vargas (2005), refieren precisamente la escasez de estudios en torno a la anorexia y la bulimia desde el Trabajo Social; asimismo, la metodología empleada fue de índole cuantitativa y de alcance exploratorio, y se basó en la aplicación de un cuestionario de 60 preguntas cerradas (con las opciones “sí” o “no”), dirigidas a adolescentes, estudiantes del “CETIS 53” de la Ciudad de México. En su trabajo no se aprecia, sino sólo la descripción de este fenómeno, no hay contextualización, y los resultados versan sobre la información que los adolescentes conocen en torno a los TCA.

A continuación referimos nuestros resultados, tras un ejercicio de carácter empírico, por el cual damos una referencia general de la práctica del Trabajador Social en relación con los TCA en la Ciudad de México; los relatos surgieron de breves pláticas, que tuvieron lugar entre los meses de abril y mayo de 2010; el primero, con un profesionista en Trabajo Social, especialista en modelos de intervención para jóvenes, con experiencia laboral en una casa de rehabilitación para adolescentes en situación de calle; el segundo, con una compañera de la Maestría en Trabajo Social, con experiencia laboral en una clínica de atención y tratamiento para TCA; y el tercero, con una ex paciente de anorexia, quien nos refirió uno de sus internamientos en un hospital público.

Consignamos brevemente cada plática, con el objeto de puntualizar la necesaria revaloración de las potencialidades del Trabajo Social en nuestro país, susceptibles de ser enriquecidas y revitalizadas con nuevos aportes teóricos y metodológicos.

1. La experiencia profesional de un especialista en Trabajo Social: *En Casa Alianza hemos tenido varios casos de chavos con anorexia, lo peor es que, como se encuentran en situación de calle todo se complica... lo que llama la atención es que se trata en su mayoría de hombres, homosexuales ellos, los que tienen anorexia y una obsesión muy fuerte por adelgazar; es muy duro verlos y tratar con ellos porque además se drogan, pero eso sí, son chavos muy leales aunque su situación es muy triste y muy complicada... luego no sabemos qué hacer.* (Relato de un educador de Casa Alianza, Ciudad de México, especialista en Trabajo Social en modelos de intervención con jóvenes).

2. La experiencia de una Trabajadora Social dedicada a elaborar estudios socioeconómicos en una clínica de atención de TCA: *Mientras exponías⁴¹ me acordé que mencionaste a Avalon, yo trabajé allí, bueno me contrataban de forma externa... la casa era impresionante, grandísima y muy elegante, con una puerta muy grande. Había un guardia de seguridad muy elegante en la entrada, con traje y todo. Como tienen un fondo para financiar a las chicas que no tienen recursos para pagar el tratamiento, me contrataban de manera externa para que, cuando llegaran varias chicas, fuera a hacer un estudio socioeconómico y*

⁴¹ Se refiere a la presentación de la sustentante de los avances del presente trabajo en el “V Coloquio de Maestros en Trabajo Social” de la ENTS (UNAM) el 22 de abril de 2010.

podieran determinar quién necesitaba el tratamiento y si realmente no lo podía costear, sólo en ese caso me llamaban... no conocí todas las instalaciones, no me dejaban entrar, sólo me abrían la puerta y me llevaban al área donde tenían a la chica que había que entrevistar pero, eso sí, recuerdo que se respiraba un ambiente de muerte, así, un ambiente de muerte como nunca he respirado en ningún otro lado... por eso me acordé (Compañera de la Maestría en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social – UNAM).

- 3. La experiencia de una paciente anoréxica:** *Cuando me internaron en el Seguro Social, en urgencias, recuerdo que hicieron que me quitara casi toda la ropa y me pusiera una bata verde. Iba sola, así que una de las Trabajadoras Sociales la guardó en una bolsa verde y la selló con un diurex blanco, grueso... un enfermero me llevó al laboratorio en silla de ruedas porque me mareaba mucho al caminar, me sacaron dos jeringas de sangre y al regresar a “observación” me pusieron una botella de suero, de esas de vidrio; me quedé sentada en una silla por más de cuatro horas porque no había camas y yo no iba grave. De pronto llegó otra Trabajadora Social, y nunca voy a olvidar cuando le preguntó a una de las enfermeras: “¿Dónde está la anoréxica?, ¿es ella?” y me señaló. Supongo que no pensó que me había dado cuenta; me sentí peor que con el mareo, como un bicho raro. Luego se acercó la señorita y me pidió un teléfono para que avisaran en mi casa, cuando me dieran de alta para que fueran por mí porque no podían dejar que me fuera sola. Cuando se fue la señorita les reclamé a los doctores y a las enfermeras que me hubieran señalado de esa forma, no supieron qué contestar, sólo una enfermera me dijo que no lo hacían con mala intención... pero yo no lo pude olvidar (Relato de una ex paciente de anorexia).*

En relación con los relatos precedentes, hemos de aclarar que no es nuestra intención generalizar en torno a las experiencias que se suscitan con el área de Trabajo Social, sólo los hemos incluido a efecto de puntualizar en dos aspectos que involucran el papel de esta disciplina en nuestro país, susceptibles de revalorarse: en primer lugar está la intervención, y en segundo, la investigación, no olvidemos respecto a esta última que el Trabajo Social toma como base las Ciencias Sociales, y en consecuencia, las diferentes teorías que de ellas emergen; por lo que, para clarificar estos puntos vale la pena referirlos con mayor detalle.

- a) **La intervención en el Trabajo Social.** En relación con la problemática de los TCA hemos planteado la necesidad de una labor especializada en apoyo social para atender a las personas afectadas por este tipo de problemas u otros; por tal motivo ejemplificamos con la experiencia profesional de una Trabajadora Social en España, Pilar San Pío (2001), quien ha trabajado con pacientes y sus familias, y que considera importante retomar tres aspectos para su atención:
- ✓ **Atención primaria de la salud:** en este aspecto se trabaja poco, por lo mismo resulta necesario *coordinar la asistencia médica* con otras actividades relacionadas con la salud, como *la educación, el ocio, mejoras ambientales y bienestar social*.
 - ✓ **Conseguir los servicios necesarios a los grupos necesitados:** San Pío (2001), menciona que el grupo de personas afectadas por anorexia y bulimia requiere que el sistema sanitario, de manera responsable, les dé una respuesta.
 - ✓ **Participación comunitaria:** implica el tratamiento de los problemas de salud al interior de la comunidad, principalmente en las fases de promoción y prevención de hábitos saludables de vida, primer nivel de atención de salud.

La autora concluye en la necesidad de brindar un apoyo social que incida también en la salud física y psíquica de las personas con TCA y en sus familiares, lo cual puede darse a través de algunos grupos, por ejemplo Adaner (Asociación para la defensa de la Anorexia Nerviosa) en España, pues considera que en éstos se cubren los siguientes aspectos: información para corregir conceptos y clarificar dudas ,nivel cognitivo; apoyo afectivo, nivel afectivo, y estrategias para abordar las diversas problemáticas a través del contacto, nivel conductual.

- b) **La investigación socioecológica desde el Trabajo Social.** Para efectos del presente trabajo, consideramos que a partir del conocimiento de los factores de riesgo, resulta necesario fomentar las labores de investigación desde el modelo socioecológico como parte de la formación disciplinar del Trabajo Social; de acuerdo con Yáñez (2007), le dotaría “de unos medios de reflexión crítica que le permitan revisar, flexible y permanentemente, el desarrollo de su investigación/intervención” (p. 218).

Integrar las dimensiones de la vida social e individual en un contexto sociohistórico determinado (enfoque socioecológico), otorga al Trabajo Social herramientas analíticas que vinculan los ámbitos individual y social de manera comprensiva y no prescriptiva. Yáñez (2007) revisa los supuestos epistemológicos de esta disciplina, y señala que un obstáculo para la reflexión crítica es la tendencia de los Trabajadores Sociales para analizar por separado las partes que componen un todo, a través de un juicio equivocado, puesto que se tiende a concebir que *“todas las cuestiones y todas las dificultades se resuelven ante una visión general del mundo, mediante una simple referencia a un principio general de la naturaleza y de la sociedad”* (p. 232); para el estudio de los TCA, la limitación de basarse en un nivel explicativo que atomiza los factores de este fenómeno, impide ver cómo el contexto sociocultural es un campo fértil para su aumento epidemiológico, y en consecuencia, para su reproducción en las esferas individuales.

Hasta ahora hemos referido las dimensiones, características y contexto sociocultural en que se presentan y desarrollan los TCA, y de manera muy general en este apartado, el papel y las funciones del Trabajo Social con base en los modelos de intervención que aplica, pero sugiriendo las funciones e impacto que pudiera tener a partir de la investigación socioecológica.

Nuestra intención reside en enfatizar la necesaria inserción del Trabajo Social, mediante la investigación y aplicación de metodologías no prescriptivas de estudio, relativas a este fenómeno y otras problemáticas, hasta ahora privativas del ámbito de la salud, razón por la cual finalizamos el presente capítulo con una cita de Tello y Arteaga (2004) relacionada con los retos que esta disciplina enfrenta en nuestra realidad social:

Lo amplio y complejo de nuestra profesión implica un ejercicio constante de ruptura con viejas formas y acercamiento a nuevos o diferentes entendimientos que nos permitan explorar otras alternativas para explicar su historia, pero siempre rescatando el conocimiento socialmente acumulado. Recoger teorías, conceptos y posturas diversas, pensamos, contribuye al debate y al encuentro de puntos comunes en la historia del Trabajo Social; tal vez para reescribirla, pero lo más importante es cómo, a partir de ella, podemos pensar, discutir y plantear nuevas estrategias, para un mejor ejercicio profesional acorde a la realidad actual (p. 214).

MÉTODO

*¿Existen reglas para definirme?⁴²
 ¿hay algún método para estudiarme?,
 ¿cómo quieres saber de mí?
 ¿a través de las cifras, de la estadística?
 ¿a través del éxito de una psicocirugía⁴³?
 ¿a través de los blogs que me alaban?
 ¿a través de lo místico y lo profano?;
 define primero qué es lo que quieres de mí,
 define primero qué es lo que esperas de ti
 mientras, espero del otro lado del espejo,
 espero en la sangre de una autolesión⁴⁴,
 espero en el silencio absoluto
 y aguardo yo misma en silencio
 mientras se escucha en miles de voces mi voz...*

De acuerdo con Rojas Soriano (2005), la investigación es un proceso objetivo-subjetivo donde están presentes “por un lado, el conocimiento científico, la experiencia acumulada y la utilización de métodos, técnicas e instrumentos sustentados científicamente, y por el otro, en dicho proceso se dejan sentir de distinto modo, dependiendo de las circunstancias sociales e individuales, los aspectos subjetivos (valores, prejuicios, motivaciones, expectativas, frustraciones, etcétera)” (p.p. 13-14). En consecuencia, la metodología es una actividad complementaria y fundamental dentro del trabajo de investigación, al incluir las estrategias y recursos con los cuales cuenta el investigador social para dar cumplimiento a los objetivos que se ha planteado.

Rovere (s/a) señala que el Trabajo Social opera mediante el método profesional universal, ordenando las actividades intelectuales que llevan a conocer la realidad, y las actividades prácticas que conducen a transformarla.

⁴² Fragmento del poema “¿Existen reglas para un TANE?”, elaboración propia durante los estudios de Maestría, 2009.

⁴³ Procedimiento quirúrgico, efectuado por primera vez en abril de 2006 a una paciente con anorexia en el Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE (publicado el 6 de abril en *El Universal*).

⁴⁴ Las personas con bulimia son más propensas a autolesionarse que aquellas con anorexia.

Siguiendo este orden de ideas, en el presente capítulo exponemos el aspecto metodológico en el cual nos basamos para responder a nuestra pregunta de investigación: **¿Cómo se relacionan los factores personales, familiares y socioculturales cuando se desencadena un TCA?**

Consideramos importante destacar, que en virtud de la naturaleza de nuestro tema de estudio, la breve referencia conceptual y explicativa de los TCA, nos permitió esclarecer sus características y referir cómo han sido estudiados, bajo qué conceptos y en qué contextos, permitiéndonos constatar que el reciente énfasis atribuible a ellos nos pone frente a un fenómeno, si bien no nuevo en su conceptualización, sí en las dimensiones que ha cobrado, principalmente aquellas de índole social, pues a pesar de que los datos epidemiológicos divergen en las cifras porcentuales, e incluso en la edad de debut de los TCA, coinciden en señalar su aumento exponencial tanto en el ámbito internacional como en el nacional, principalmente en las últimas tres décadas.

Los actuales estudios formalizados y “legitimados” en torno a este fenómeno combinan primordialmente explicaciones psicológicas y médicas, y se centran en su aspecto cuantitativo (epidemiología e índices de morbi-mortalidad), marginando así el cualitativo, y aunque la literatura psicomédica señala el factor social como de riesgo, el acento persiste en las dimensiones médicas (impacto fisiológico de la inanición y/o de la purga en los pacientes), las características etarias de la población afectada, y sus aspectos psicológicos (ámbito personal). Lo anterior se explica con base en lo que Contreras y Gracia (2005) advierten, que tanto en el debate público como en el abordaje clínico “prevalece el que más poder y reconocimiento social tiene, y en este caso, no cabe duda que el modelo médico y psiquiátrico hegemónico es el que cuenta con una mayor legitimación” (p. 354).

La idoneidad de complementar el modelo psicomédico con el socioecológico, a partir de la labor del Trabajo Social, resalta en virtud de que el primero, al prevalecer la urgencia por atender las complicaciones fisiológicas de los pacientes, ha descuidado, en parte, la alarma relacionada a este fenómeno en el ámbito sociocultural, en consecuencia, tal complementariedad permitiría un modelo explicativo más vasto.

Yáñez (2007) considera que el espíritu científico del Trabajo Social debe unir la flexibilidad con el rigor, en virtud de que cada mirada es una observación sobre cada realidad, abriendo la posibilidad de prescindir de la prescripción para ciertos campos de acción, en el caso de nuestra investigación, para proponer un análisis de lo prescrito por el modelo psicomédico a partir de lo social en conceptualizaciones, como por ejemplo:

- I. la incorporación del Trastorno de la Alimentación no Especificado (TANE) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), para hacer referencia a los TCA que no cumplen puntualmente con los criterios diagnósticos para anorexia o bulimia: esta adición implica *per se* una limitante en el proceso de conceptualización por parte del modelo psicomédico, que si bien se explica por la actualización y revisión constante de los criterios diagnósticos para los trastornos mentales, también sugiere analizar qué tanto peso se otorga al contexto del proceso salud-enfermedad en que cada trastorno se inscribe o incluso, se va “transformando”, un claro ejemplo es la “anorexia santa” de la Edad Media en contraposición a la “anorexia secular” del siglo XVIII, y a la inserción de los TANE en el DSM en la década de 1990; y

- II. la insuficiencia de la profilaxis y la terapéutica médicas (remisión, atenuación y rehabilitación) de los TCA, frente a su inminente *boom*, al privilegiar los aspectos médico, nutricional y psicológico, desatendiendo el contexto sociocultural y la incidencia de éste en la individualidad de cada paciente. Ejemplo de lo anterior es el bombardeo publicitario en torno al cuidado del cuerpo y los hábitos alimentarios denominados actualmente “sanos” o “saludables”, relacionados con los programas de amplio respaldo por parte de las autoridades en materia sanitaria, donde se estigmatiza la obesidad reforzando así, en el imaginario social, las “bondades” de la delgadez y estableciendo una sinonimia entre ésta y la “salud”; al respecto Lipovetsky (2013), señala: “cuando se multiplican los temores alimentarios se privilegian los productos etiquetados ‘bio’, las marcas cuya imagen se asocia con lo natural y con lo ‘auténtico’.”(p. 45).

Lo anterior implica una contradicción al interior del modelo psicomédico al no establecer límites precisos, sino extremos peligrosos: ser obeso es antónimo de salud por las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión...) implícitas del sobrepeso, en consecuencia, hay que conservarse delgado; no obstante, en el otro extremo se encuentra la delgadez, que llevada al límite puede derivar en la presencia de conductas tipificadas como propias de TCA.

Con base en el conocimiento y análisis de la interrelación que guardan los factores de riesgo (personal, familiar y social), previa aplicación de distintas herramientas metodológicas, propias del Trabajo Social, que sean complementarias a las labores médica, psicológica y nutricional, proponemos llevar a cabo un ejercicio de comprensión y análisis interrelacionando la individualidad y el contexto sociocultural presentes en los TCA, de tal forma que las Ciencias Sociales sean complementarias a otras disciplinas en la investigación y análisis de éste y otros fenómenos de índole médica; para dar sustento a dicha propuesta, se llevó a cabo el nuestro trabajo con base en los lineamientos, enunciados a continuación.

Tipo de estudio y objetivos

Con el propósito de indagar la interrelación de los factores de riesgo (personal, familiar y social) presentes en los TCA, y para responder a nuestra pregunta de investigación, realizamos un estudio de tipo exploratorio y alcance cualitativo, fundamentado en la labor del Trabajo Social, partiendo de los siguientes objetivos:

❖ **Objetivo General:** Indagar la interrelación que guardan los factores de riesgo individual, familiar y social presentes en los TCA, a partir de un estudio desde el Trabajo Social.

❖ **Objetivos Particulares**

➤ Conocer la información, que sobre los TCA manejan adolescentes de nivel de educación secundaria, mediante un Taller informativo.

- Indagar, a través de la aplicación de un Cuestionario exploratorio de hábitos alimentarios, factores de riesgo presentes en madres de familia de las Delegaciones Álvaro Obregón y Benito Juárez, de la Ciudad de México.
- Indagar factores de riesgo referidos por tres mujeres quienes padecieron TCA en algún momento, y voluntariamente, solicitaron ser entrevistadas.
- Indagar tanto las características como la permeabilidad hacia la colectividad, de factores de riesgo inmersos en la publicidad de algunos productos pro-adelgazantes.

Herramientas metodológicas

Para dar cumplimiento a nuestros objetivos, se estructuraron cuatro herramientas metodológicas: 1) Cuestionario exploratorio sobre hábitos alimentarios, 2) Taller informativo preventivo dirigido a adolescentes, 3) entrevistas con tres mujeres, con antecedentes de TCA, y 4) informe sobre productos pro-adelgazantes publicitados en televisión y prensa escrita; las características de cada una se describen a continuación.

1. Cuestionario sobre hábitos alimentarios

Durante los meses de enero y febrero de 2010, se aplicó un Cuestionario exploratorio sobre hábitos alimentarios a un total de cincuenta madres de familia, de la escuela pública de educación primaria “Lic. Eduardo Facha Gutiérrez”, en la Delegación Álvaro Obregón, y del Centro de Enseñanza en Sistema Abierto Intensivo (CESAI), de la Delegación Benito Juárez, en virtud que ambos planteles educativos nos proporcionaron las facilidades para realizar la aplicación. Con base en los resultados, efectuamos un breve análisis, y asimismo, establecimos los criterios de selección para estructurar la guía de entrevista con tres mujeres voluntarias, a quienes contactamos en el CESAI, y que, durante la aplicación del Cuestionario, nos refirieron haber padecido algún TCA.

Elegimos aplicar el cuestionario a madres de familia con el objetivo de indagar la presencia de factores de riesgo personales y familiares a partir de datos relativos a su alimentación, a la percepción de su propia imagen corporal y la de sus hijos. En este sentido, retomamos lo señalado por Narotzky y Subirats (cit. por Contreras y Gracia, 2005), para quienes las mujeres, a diferencia de los hombres, por disposición fisiológica y cultural han sido las encargadas de alimentar a las personas durante los primeros meses de vida y en numerosos contextos, asumiendo también las funciones de cuidado físico y psíquico de los miembros del grupo doméstico.

En una etapa inicial, el cuestionario constó de 40 preguntas, combinando las de tipo “abierto” y “cerrado”; se realizó una aplicación piloto a treinta madres de familia, a fin de eliminar todas aquellas preguntas de deseabilidad social. Posteriormente se elaboraron dos versiones más, una de 52 reactivos y la versión final de 21; de esta última se hizo un análisis de gráficas, mismo que se reporta en los anexos.

La estructura general del cuestionario, fue la siguiente:

- ✓ Datos generales de la madre: edad, escolaridad, estado civil, peso y talla.
- ✓ Situación familiar: tipo de familia (monoparental, nuclear y extensa), número de hijos y edades de los mismos.
- ✓ Perfil socioeconómico familiar: tipo de vivienda (propia, rentada, de un familiar), personas encargadas de la manutención y gasto destinado a la alimentación.
- ✓ Grado de insatisfacción o satisfacción con la imagen corporal, tanto de la madre como de los hijos; peso y talla de los hijos para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), para cotejar con el grado de satisfacción que refirió la madre.
- ✓ Prácticas alimentarias, familiares y personales: consumo de comida *light*, regímenes dietéticos, uso de diuréticos y laxantes, entre otros.

1.1. Participantes: madres de familia

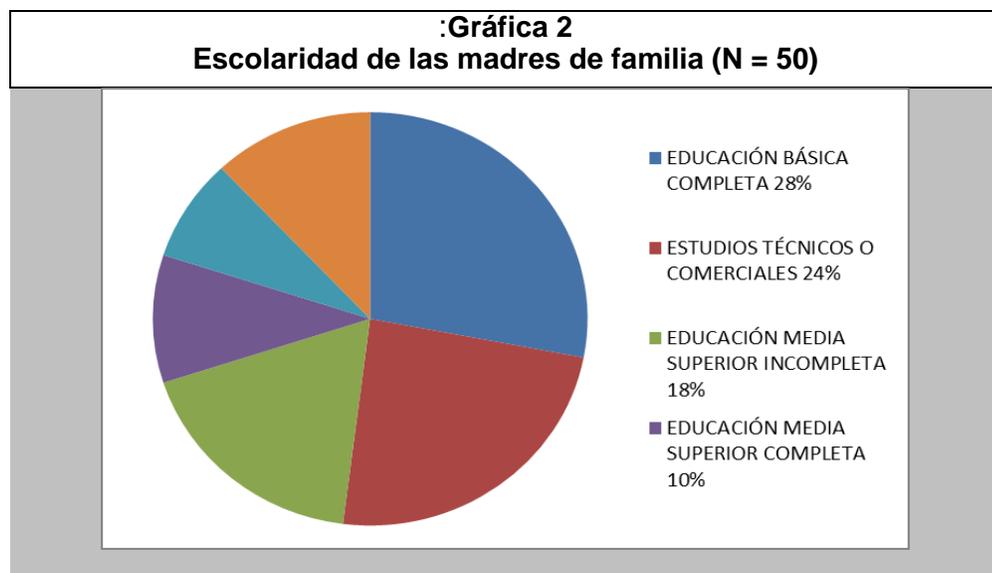
Participaron un total de cincuenta madres de familia, con edades oscilantes entre los 23 y los 58 años, un promedio de 41 años, y una desviación estándar de 8.35. Si bien el rango refiere la heterogeneidad de la muestra, nos permitió constatar que la preocupación por la delgadez no está determinada por el factor etario e inclusive

madres de familia mayores de 40 años muestran preocupación por su peso, su imagen corporal y la de sus hijos, aunque no lo manifiesten abiertamente.

Otros datos de las madres participantes, son los siguientes:



Los datos de la gráfica 2 (escolaridad), implican que sólo 20% de las madres concluyeron la educación media superior y accedieron a estudios universitarios (los hayan concluido o no)⁴⁵.



⁴⁵Cfr. Anexo 1 para consultar los datos de este cuestionario, así como las tablas y estadísticas del mismo.

Asimismo, se tomaron en cuenta variables como ingresos, características de la vivienda, grado de satisfacción referido con la imagen corporal propia y de los hijos, y características alimentarias generales incluyendo en éstas, algunas de las catalogadas como conductas de riesgo.⁴⁶

2. Taller informativo-preventivo

El día viernes 12 de febrero de 2010, se aplicó un Taller sobre TCA, de carácter informativo-preventivo, dirigido a adolescentes de educación secundaria, alumnos de 2º y 3er. grado de secundaria del Colegio “Valle Americano”, institución que nos brindó las facilidades para aplicarlo, ubicado en la Colonia del Valle, de la Delegación Benito Juárez de la Ciudad de México.

La llegada a las instalaciones del colegio fue a las 10:29 horas, con el objetivo de presentar el proyecto ante el director del plantel, C. P. Miguel A. F. Elizalde M., quien agradeció que se les diera esta plática a petición de la profesora de la materia “Educación Cívica y Ética”, Lic. Ana Paola Terrazas⁴⁷, debido a que el tema de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), mal denominado “Trastornos de la Alimentación”, forma parte del programa oficial de la materia que ella imparte.

2.1. Participantes: Alumnos de segundo y tercer grado de secundaria

Tuvimos una participación de 23 adolescentes, 9 hombres y 14 mujeres, de entre 13 y 16 años de edad, alumnos de segundo y tercer grado de secundaria, con un estrato socioeconómico medio. Los objetivos del taller fueron: a) proporcionar información documentada y actualizada, con apoyo de material audiovisual de elaboración propia, sobre los TCA, y b) indagar el tipo de información y las fuentes que sobre el tema tenían los participantes, información que en su mayoría refirieron obtener a través de páginas de *Internet*.

⁴⁶ Cfr. Anexo 1 para consultar los datos de este cuestionario, así como las tablas y estadísticas del mismo.

⁴⁷ Para salvaguardar la confidencialidad de los datos, se cambiaron los nombres de la profesora de ética y del C.P. del Colegio donde se impartió el taller.

3. Entrevistas a personas con antecedentes de TCA

Se efectuaron entrevistas a tres mujeres voluntarias, dos de ellas madres de familia que previamente contestaron el Cuestionario exploratorio; la tercera, fue contactada por personal del CESAI; todas mayores de treinta años, que refirieron haber padecido algún TCA en algún momento de sus vidas.

El objetivo de integrar estas entrevistas consistió en indagar, a lo largo de las narraciones de las participantes, la presencia de factores de riesgo personal, familiar y social, basándonos en la relación entrevistador-informante, desde el campo del Trabajo Social.

Se estructuró una guía de entrevistas, tomando como base los puntos detectados como “clave” tras la aplicación del cuestionario, partiendo de lo que Taylor y Bogdan (2010), refieren al respecto: “La guía de entrevista no es un protocolo estructurado. Se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante. (...) La guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas.” (p. 119), en consecuencia, se consideraron los siguientes aspectos:

- a) El entrevistado como actor de los sucesos narrados a partir de la connotación de “actor” propuesta por Saltalamacchia (1992): “[en virtud de que el actor] vivió e interpretó esos hechos tanto desde su instrumental cognitivo, como desde los intereses materiales o simbólicos que organizaron su participación” (p.p. 166-167).
- b) La recuperación de las memorias (retrospección) con la intención de contar con el “magma” que éstas constituyen (Ferrarotti, 2007).
- c) El sentido del dato, pues éste implica que la construcción sea real, es decir, resultado “de la aprehensión simbólica que le permite al sujeto comprender el medio y darle el sentido posible de ser transmitido por la palabra” (Panaia, 2004: 61).
- d) Los hechos significativos, mismos que de acuerdo con Mallimaci y Giménez (2007), refieren ciertos momentos, que encadenados entre sí dan forma a la historia de vida en su totalidad. Nuestro objetivo fue recuperar el sentido que cada participante daba a los hechos al momento de ocurrir, cómo “interpretaba los datos de su realidad y cómo comprometía sus valores en esas interpretaciones” (Saltalamacchia, 1993: 169).

- e) El vínculo con el contexto: para Collins (cit. por Ferrarotti, 2007), la interrelación del texto (entrevista) con el contexto (lo histórico, objetivo), permite establecer “conexiones micro-macro”, en este sentido, permite el acercamiento con los acontecimientos históricos en los que la persona ha participado para conocer la posición del sujeto frente a ciertos hechos y representaciones (Mallimaci y Giménez; 2007).

3.1. Participantes: mujeres voluntarias

Las informantes de las entrevistas fueron tres mujeres de la tercera década de la vida, todas ellas profesionistas, en diferentes áreas, dos de las cuales durante la aplicación del Cuestionario exploratorio a madres de familia, refirieron haber presentado durante su adolescencia algún TCA, la tercera, soltera, fue referida por personal del CESAI.

Es importante resaltar, que se consideró como motivo de inclusión, solamente la referencia de haber cursado con algún trastorno, independientemente del tipo de éste y de que hubiera sido diagnosticado o no, por personal especializado.

Antes de dar inicio a cada sesión, de un total de dos para cada entrevistada, con una duración cada una de media hora, se les explicó claramente el motivo y los fines tanto de la entrevista, como de la investigación, a efecto de que otorgaran su consentimiento informado; también se les hizo saber que se haría una transcripción de las dos sesiones, a la cual tendrían acceso antes de que se integrase de manera definitiva a la presente; por lo que una vez firmando de conformidad, y haciéndoles saber que se conserva en todo momento la confidencialidad de sus datos, los cuales, de manera general se exponen en la Tabla 8, se les asigna un seudónimo a cada entrevistada:

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla 8			
Mujeres voluntarias, informantes, con antecedentes de TCA			
Datos generales	Características		
Nombre	Diana	María de la Luz	Eugenia
Fecha de entrevista	enero - febrero de 2010	febrero de 2010	febrero de 2010
Lugar de entrevista	Aula del Centro de Enseñanza en Sistema Abierto Intensivo (CESAI)		
Edad al momento de la entrevista	32	38	35
Fecha de nacimiento	24 de enero de 1978	11 de octubre de 1972	22 de mayo de 1976
Escolaridad	Bachillerato concluido	Contadora	Licenciada en Administración
Ocupación actual	Ama de casa y estudiante de la licenciatura en Psicología (a distancia).	Empresaria	Empleada
Estado civil	Unión libre	Soltera	Casada
Hijos	1 niña de 5 años nacida por parto eutócico.	Sin hijos	1 niña de 6 años nacida por cesárea.
Lugar en su familia	Tercera hija de tres mujeres (la mayor de 40 años, la siguiente de 37 y la entrevistada).	Primera hija de dos mujeres.	Primera hija de cuatro (dos hermanas y un hermano menores).
Situación familiar actual	Vive en casa de sus padres (familia extensa) con su pareja, una de sus hermanas y su hija.	Vive en casa propia con sus padres.	Vive en casa de su madre con su esposo y su hija.
Ingreso	8,501 a 10,500 (familiar)	8,501 a 10,500 (individual)	Más de 10,500 (individual)
Edad y ocupación de la madre de la entrevistada	64 años, se dedica a labores del hogar.	74 años, se dedica a labores del hogar.	55 años, empleada.
Edad y ocupación del padre de la entrevistada	70 años, taxista.	80 años, jubilado.	No proporciona datos.

FUENTE: Elaboración propia, a partir de datos proporcionados por las participantes al momento de cada entrevista.

4. Análisis publicitario de productos “pro-adelgazantes”

Consistió en elaborar un breve reporte con las características de algunos productos pro-adelgazantes, publicitados en televisión y prensa escrita, a efecto de realizar un análisis de los mismos, ello para dar cumplimiento al objetivo de interrelacionar los factores de riesgo social con los de riesgo familiar e individual, sustentado en lo que se difunde relacionado con la delgadez, el *body management* referido por Lipovetsky (1999, 2013).

Al respecto, se estructuró una tabla con los datos de estos productos, separando éstos conforme a su tipo aparatos de ejercicio, productos de uso tópico, y productos de uso oral.

Escenarios de la investigación

Las herramientas metodológicas, coadyuvantes en nuestra labor de investigación y conformación de la presente tesis, plantearon la necesidad de realizar el proceso de investigación en lo que podemos referir como cuatro “escenarios”, de acuerdo con Taylor y Bogdan (2010), mismos que se clasificaron conforme a los ámbitos personal, familiar y social, para que, al momento de realizar el análisis de los resultados, fuera posible detectar la interrelación que guardan los factores de riesgo, dando así respuesta a nuestra pregunta de investigación. En este sentido, la división del trabajo fue la siguiente:

Escenario 1. Ámbito familiar: Cuestionario exploratorio aplicado a madres de familia.

El cuestionario se aplicó de manera aleatoria a cincuenta madres de familia, durante los meses de enero y febrero de 2010, en dos centros educativos: la escuela primaria pública, “Licenciado Eduardo Facha Gutiérrez” de la Delegación Álvaro Obregón, y el Centro de Enseñanza en Sistema Abierto Intensivo (CESAI) de la Delegación Benito Juárez; antes de aplicar el cuestionario se cumplió con los siguientes requisitos y formalidades ante las madres de familia:

- a) Se explicaron los objetivos del estudio, mencionando la relevancia de su participación.
- b) Se les dieron instrucciones claras y precisas para el correcto llenado del cuestionario.
- c) Se les proporcionaron lápices y gomas, así como el correspondiente ejemplar del cuestionario.
- d) Se solicitó a las madres respondieran con la mayor autenticidad posible, pidiéndoles guardar silencio y no comunicarse entre sí durante la aplicación.

Cabe aclarar que la aplicación de este cuestionario no implicó que el cauce de nuestra investigación se constriñera a la cuantificación, pues su utilidad fue ser nuestro referente para poder instaurar el análisis cualitativo de los datos obtenidos, y contrastarlo con las bases teóricas de las cuales partimos, así como con los demás resultados.

Escenario 2. Ámbito escolar: Taller informativo-preventivo impartido a adolescentes

El día 12 de febrero de 2010 el colegio particular “Valle Americano” con domicilio en la colonia del Valle, de la Delegación Benito Juárez de la ciudad de México, nos brindó su apoyo para impartir en sus instalaciones, un taller informativo y preventivo sobre TCA, dirigido a adolescentes (alumnos de 2º y 3º de secundaria) ⁴⁸.

La realización de este taller nos permitió establecer el vínculo con el Trabajo Social, conforme a la sugerencia de San Pío (2001), sobre el abordaje y estudio de los TCA, donde “la atención primaria de la salud debería estar coordinada con estos programas educativos de forma que se intentara cuidar el cuerpo pero desde un aspecto de salud, y no de moda, que frene el bombardeo de determinados medios desinformativos y propagandísticos” (p. 120).

⁴⁸ Cfr. Anexo 2 del informe realizado sobre este taller.

Escenario 3. Ámbito personal: Tres casos con antecedentes de TCA.

Este escenario involucró el lugar (CESAI), donde nos permitieron realizar y transcribir, para su posterior análisis, las entrevistas con las tres mujeres voluntarias, quienes en algún momento de su vida refirieron haber padecido un TCA; para ello nos basamos en el proceso denominado por Saltalamacchia (1992) “co-investigación”, en el cual “el individuo es el producto de una determinada forma de existencia de la sociedad” (p. 82). Aplicar una técnica biográfica de investigación permitió comprender, que cada individuo es testimonio de la sociedad en que vive, reforzando así uno de los argumentos centrales de nuestro trabajo: los fenómenos que rodean a las personas tienen un referente social que permite entender cómo son las cosas (relación estrecha entre lo micro y lo macro).

Los criterios para conformar la guía de entrevista, se determinaron con base en los “conceptos ordenadores” propuestos por Saltalamacchia (cit. por Panaia, 2004), que “parten de una desagregación de las distintas teorías seleccionadas y son tratados en su función epistemológica, o sea como *‘instrumento apto para la percepción de ciertas facetas del objeto no detectables desde una única óptica’*” (p. 60-61), comprendiendo los siguientes:

- ❖ Alimentación: relación y significado del alimento.
- ❖ Conductas alimentarias catalogadas de riesgo.
- ❖ Circunstancias y contexto de su TCA.
- ❖ Percepción sobre sí misma, propia y que atribuye a los otros.
- ❖ Impacto de la familia, amigos y publicidad en los TCA.
- ❖ La familia en la actualidad y el papel de la alimentación a su interior.

A partir de estos temas generales, se desglosaron aquellos particulares, para profundizar en cada entrevista, las características de los mismos se consignan en la Tabla 9.

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla 9		
Guía de entrevista para personas con antecedentes de TCA		
		Objetivos
DATOS GENERALES	<p>Características socioeconómicas y familiares de la entrevistada (de su familia de origen y actual).</p> <p>Tipo de trabajo de los padres y hermanos: ingresos familiares y distribución en la familia de origen y en la actual.</p>	<p>Consignar los datos generales de cada una de las informantes</p>
ÁMBITO PERSONAL	<p>Gustos particulares (recreación) en la infancia y en la actualidad.</p> <p>Memorias de la infancia en relación con la alimentación y el alimento, y sentido actual que atribuye al mismo.</p> <p>Sentido atribuido al propio cuerpo y su percepción retrospectiva de éste.</p> <p>Primera dieta y “razones” para bajar de peso.</p> <p>Memorias en relación con el diagnóstico del TCA o con el “debut”, y posterior evolución, del mismo.</p> <p>Memorias y experiencias relacionadas con los tratamientos recibidos durante el curso del TCA (terapias, internamientos en instituciones médicas o psiquiátricas...).</p>	<p>Conocer los aspectos retrospectivos y actuales, desde la perspectiva de cada informante, sobre su alimentación, su vivencia del TCA y su percepción de sí misma.</p>
ÁMBITO FAMILIAR Y DE PARES	<p>Características de la disciplina familiar.</p> <p>Características de su entorno escolar.</p> <p>Amistades y relaciones interpersonales.</p> <p>Relaciones de pareja.</p> <p>Relación con los hijos, si es el caso.</p> <p>Pautas alimentarias que considera transmite a los hijos (si es el caso).</p> <p>Miedos actuales en referencia a la alimentación y los alimentos, y perspectivas en torno a sí misma y a los hijos.</p>	<p>Conocer las características del ámbito familiar, tanto de origen como actual, en el caso de las entrevistadas con hijos, así como las relaciones con los pares y con la pareja, y las conductas alimentarias insertas en este ámbito.</p>
ÁMBITO SOCIAL (ANTERIOR Y ACTUAL)	<p>Percepción del entorno publicitario en relación con la alimentación y los modelos de belleza, de manera retrospectiva y actual.</p> <p>Conocimiento e información sobre los TCA, antes y después de desarrollar éste.</p> <p>Percepción del entorno publicitario durante y después de la experiencia con los TCA, así como actual.</p>	<p>Indagar, de manera retrospectiva y actual, las características de la publicidad y el entorno social en el contexto en que presentaron el TCA y, asimismo, en la actualidad.</p>
<p>Los datos recabados con la aplicación de esta herramienta, nos permitieron indagar la presencia de factores de riesgo, razón por la cual la guía se dividió a partir de ellos.</p>		
<p>FUENTE: Elaboración propia.</p>		

Nuestro objetivo al realizar estas entrevistas, fue comprender de manera más cercana y profunda, las percepciones de las entrevistadas en torno a sus interrelaciones con la alimentación, en el ámbito familiar y en su círculo de amigos, de manera retrospectiva y actual, con el propósito de indagar las circunstancias familiares, individuales y contextuales (factores de riesgo) en las cuales inició y se desarrolló el TCA, así como aquellas que aún prevalecen, asimismo, se intentó rescatar la relación que han tenido con la comida y los cambios que dicha relación ha sufrido (en su infancia, durante el TCA y actualmente).

Escenario 4. Ámbito social: reporte de productos publicitados en televisión y prensa como pro-adelgazantes.

El propósito con este escenario, fue dar referencia del entorno publicitario actual, a partir de los productos pro-adelgazantes, promocionados en medios de comunicación masiva, específicamente canales de televisión abierta, en horario matutino, y algunos correspondientes a la prensa impresa, de los cuales se realizó un breve registro. El objetivo implicó que, al plasmar las características de dichos productos, se lograra indagar la influencia del entorno publicitario actual –contexto sociocultural – en la conformación de hábitos alimentarios y modelos “estéticos”, los cuales inciden en la presencia de TCA.

Fundamentamos nuestro interés para realizar el análisis correspondiente, con base en los argumentos de Lipovetsky (1990) sobre la sociedad actual, que “manipula y cuadrícula racionalmente la vida individual y social en todos sus intersticios; todo se transforma en artificio e ilusión al servicio del beneficio capitalista y de las clases dominantes” (p. 177), así como aquellos por los cuales señala que “la sociedad de hiperconsumo es la sociedad en la que los gastos de salud aumentan en todas direcciones, más que el conjunto del consumo. El *Homo consumericus* camina cada vez más aprisa hacia el *Homo sanitas*: consultas, fármacos, análisis, tratamientos, todos estos consumos dan lugar a un proceso acelerado que no parece tener fin.” (Lipovetsky, 2013: 48).

En este orden de ideas, consideramos que para nuestro tema de estudio los artificios son las dietas y el ejercicio, mientras que la ilusión es la consecución y/o el logro del modelo estético vigente, que permite que “los productos de cuidados faciales y corporales se clasifican a la cabeza de las ventas.” (Lipovetsky; 1999: 124).

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Una vez concluida la aplicación de las herramientas metodológicas, se procedió a hacer una categorización cualitativa de la información, considerando para ello las características de los factores de riesgo personal, familiar y social, para así poder dar cumplimiento a nuestro objetivo central y establecer la interrelación que guardan estos factores ante la presencia de los TCA: en la Tabla 10 exponemos las categorías que nos guiaron para analizar nuestros resultados:

Tabla 10		
Categorías de análisis de resultados con base en los factores de riesgo		
FACTOR DE RIESGO	CATEGORÍA DE ANÁLISIS	Observaciones
Individual o personal	1. Insatisfacción con la propia imagen corporal y miedo al sobrepeso.	Con base en el criterio diagnóstico del DSM-IV, de acuerdo con el cual la distorsión de la propiocepción no es sólo criterio de diagnóstico, sino también constituye un factor de riesgo que hace propensas a las personas a desarrollar un TCA.
	2. Experiencia con el TCA.	Vivencias de la etapa de su vida implícitas en el debut, desarrollo, cronicidad (si fue el caso), y atenuación del TCA.
	2.1. Incidentes asociados al TCA.	Contexto personal en que se presentó el TCA (depresiones, pérdidas, decisión de someterse a dietas extremas).
	2.2. Conductas y sentimientos adyacentes durante el TCA.	Conductas de riesgo (autolesivas), sentimientos en relación a sí misma (baja autoestima, altruismo, etc.).
	2.3. Percepción y relación con el personal especializado (médico, psicológico...).	Experiencias de diagnóstico, terapias (internamientos); instituciones donde recibió atención y de qué tipo.
	3. Los TCA en el contexto de evolución de su propio TCA.	Retrospección de su contexto y su situación como persona, al momento en que hizo su debut el TCA.
	4. Percepción y relación actual con los TCA.	Conductas que sólo se presentaron durante el TCA, y aquellas que aún persisten; miedos, relación personal con la alimentación.

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla 10...		
Categorías de análisis de resultados con base en los factores de riesgo		
FACTOR DE RIESGO	CATEGORÍA DE ANÁLISIS	Observaciones
Familiar	1. Contexto familiar.	Características del contexto familiar de origen, aquel en que se desarrolló el TCA, y también del actual.
	2. Pautas alimentarias familiares.	Características de la alimentación al interior, tanto de la familia de origen como de la actual.
	3. Contexto escolar y de pareja.	Características de la escuela en la niñez, pero principalmente en el momento en que se desarrolló el TCA.
	4. Repercusión del modelo estético vigente en la familia.	Impacto de las pautas de belleza y estética predominantes, al momento de desarrollar el TCA y actualmente, en la familia.
	5. Repercusión del TCA en el entorno familiar.	Repercusiones de su TCA en el núcleo familiar, al momento de desarrollar éste pero, también la incidencia de dicho antecedente en su situación familiar actual.
Social y sociocultural	1. Información y fuentes en torno a los TCA.	Dentro del contexto en que desarrolló su TCA, recuerdos relacionados con la información que al respecto circulaba.
	2. Modelos estéticos (anteriores y actuales).	Características de los modelos estéticos cuando cursó TCA, así como actuales, y si refiere cambios en dichos modelos o no.
	2.1. Medios de difusión del modelo estético vigente, de los hábitos alimentarios y de los TCA.	Canales publicitarios del modelo estético, así como de todo aquello relacionado con la alimentación (productos <i>light</i> , por ejemplo).
	3. Prevención y atención de los TCA en la sociedad actual.	Instituciones que conoce en el nivel preventivo y de atención de los TCA.
FUENTE: Elaboración propia.		

ANÁLISIS DE RESULTADOS

*La entidad básica del proceso social es el individuo, sus deseos y sus temores, su razón y sus pasiones, su disposición para el bien y para el mal. para entender la dinámica del proceso social tenemos que entender la dinámica de los procesos psicológicos que operan dentro del individuo, del mismo modo que para entender al individuo debemos observarlo en el marco de la cultura que lo moldea (Erich Fromm, *El miedo a la libertad*, p. 28).*

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son sucesos privativos del ámbito personal, hasta ahora susceptibles de explicarse y tratarse bajo los parámetros del modelo psicomédico; no obstante, con base en lo expuesto ha quedado asentado, que este fenómeno es observable, incluso constatable, en el contexto sociocultural actual, y sus dimensiones sugieren la necesaria complementariedad entre las explicaciones de las esferas médica y social, sobre todo, porque involucra al individuo, que incide en su contexto tanto como es incidido por éste.

Complementar los modelos explicativos permitiría fortalecer la profesión del Trabajo Social, y también los argumentos de otras profesiones. Rojas Soriano (1991) señala que no es patrimonio de una sola disciplina el estudio de los fenómenos sociales, por lo que se requiere que varias profesiones concurren, permitiendo, “con sus respectivos enfoques y herramientas teórico-metodológicas un análisis más completo y consistente de los problemas (...) para tener un conocimiento más profundo y exhaustivo de la problemática en que se desenvuelve la sociedad.” (p. 23).

El Trabajo Social permitió que nos acercáramos a las personas que han padecido TCA mediante entrevistas y también a otra población (madres de familia y adolescentes), con auxilio de herramientas metodológicas de carácter cualitativo. Cabe señalar, que en todos los casos apreciamos interés por parte de las personas para hablar de sí mismas y de su entorno, lo cual mantiene abierta la veta de investigación para esta disciplina, que consideramos necesaria fortalecer para realizar un análisis más amplio en el proceso de investigación social, más aún porque ha sido relegada al campo de la acción inmediata, de las soluciones prácticas, marginándola así de la comprensión y el análisis contextual.

La experiencia profesional implícita en el análisis de resultados, que exponemos en el presente capítulo, permitió detectar como necesaria para el Trabajo Social, la profundización en la práctica y en el aspecto teórico, no sólo en el tiempo inmediato, sino también a largo plazo, es decir, a nivel formativo; lo anterior a fin de lograr una mayor incidencia en el nivel preventivo, considerando que los Trabajadores Sociales desempeñan al interior de la sociedad, y en gran medida, las funciones de gestoría, educación y mediación.

Interrelación de los factores de riesgo presentes en los TCA

Gracia y Comelles (2007) mencionan, que las conductas de riesgo presentes en los TCA “se asocian a hábitos como la eliminación o sustitución de alguna comida; el consumo insuficiente de alimentos básicos; la sustitución continuada del agua por otras bebidas con componentes no siempre inocuos; autoimponerse dietas no siempre correctas o comer entre horas sin seguir el horario de las comidas” (p. 72), conductas insertas en el ámbito personal; sin embargo, con el objetivo de estudiar la presencia e interrelación de los factores de riesgo presentes en los TCA (personales, familiares y sociales), hemos dividido nuestro análisis conforme a las categorías referidas en el capítulo precedente.

(1) Factores personales o individuales de riesgo

De acuerdo con la literatura, en este rubro, identificamos principalmente dos tipos de factores de riesgo personal: a) genéticos, ya sea alguna transmisión hereditaria reflejada en el organismo de la persona, rasgos o predisposiciones, o bien, en su composición neuroquímica, y b) factores individuales como la edad y todos aquellos signos y síntomas médicos asociados a los TCA.

(1.1) Insatisfacción con la propia imagen corporal y miedo al sobrepeso

La insatisfacción con la propia imagen corporal es aquella que incita a las personas a dimensionar desproporcionadamente aspectos de su físico con los que no están conformes, como ciertos defectos; en el caso de los TCA, la obesidad o un ligero sobrepeso, provocan que las personas se vean, y juzguen, excesivamente obesas, obsesionándose en disminuir de peso. Recordemos también que un criterio diagnóstico de los TCA descansa en ella, en el disgusto y la desproporcionalidad para percibirse a sí mismo, vinculados con el miedo a subir de peso. Al respecto, Lipovetsky (2013) puntualiza que el cuerpo, en la actualidad, es considerado un material susceptible de corrección o transformación, por lo que, ante dicha inconformidad con el propio aspecto, actualmente existen recursos, como: “La cirugía estética, las fecundaciones in vitro, pero también el consumo de psicótopos para ‘gestionar’ los problemas existenciales.” (p.51)

Sepúlveda *et al.*, (2001) refieren que no estar satisfecho consigo mismo constituye una alteración, donde la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo no coinciden con las características reales; así, la satisfacción/distorsión de la imagen corporal constituye un factor de riesgo relacionado con la promoción de ideales de belleza, con el acercamiento o alejamiento de ellos.

Lipovetsky (1999) considera que son las mujeres quienes se muestran más descontentas con su cuerpo respecto a los hombres, sólo uno de cada diez hombres se declara muy insatisfecho frente a una de cada tres; ellos deforman positivamente su imagen, mientras que las mujeres tienden a deformar la visión de su cuerpo en sentido negativo; sin embargo, como ya se expuso, si bien hay una mayor “tiranización” hacia las mujeres para lucir un cuerpo esbelto, “no por ello es menos cierto que en nuestra sociedad también ellos quieren adelgazar, controlan su peso y su alimentación, practican ejercicio físico para guardar la línea y mantenerse en forma.” (Lipovetsky, 1999: 126-127).

Para comprender la insatisfacción con el propio cuerpo, consideramos importante tomar como referencia, el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual podemos apreciar en la Tabla 11.

Tabla 11

Clasificación internacional (de la OMS: Organización Mundial de la Salud) del estado nutricional (infrapeso, sobrepeso y obesidad) de acuerdo con el IMC (índice de masa corporal).

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Ideado por el estadístico belga L. A. J. Quetelet, también se conoce como índice de Quetelet.

FUENTE: <http://www.colegioaltamira.cl/tabla-de-imc-segun-la-oms>, recuperado el 13 de abril de 2014.

En referencia al IMC, los resultados del Cuestionario aplicado a madres de familia, reportan lo siguiente: 52% se encuentra dentro de rangos normales, con un IMC que oscila (para este porcentaje) entre los 18.21 y los 24.58 puntos, mientras 48% se encuentra en rangos de sobrepeso, con un IMC que va de los 25 a los 32.38 puntos; no obstante, el 76% refirió estar insatisfecha con su imagen, pese a que de acuerdo con las recomendaciones ponderales, no debiera existir dicha inconformidad al menos en más de un 20% de estas mujeres; otro dato importante es que 24% de las madres percibe su peso dentro de parámetros normales, y aun así, están descontentas con él.

Estar insatisfecho implica preocuparse con el peso corporal, en relación con las madres de familia 56% afirmó estarlo, contra el 44% restante que lo negó. Asimismo, el 50% argumentó estar preocupada, por: cuestiones de salud (32%); razones de estética (12%); tiende a subir de peso (4%), y presenta bajo peso (2%).

En relación con las mujeres entrevistadas, Eugenia recordó, antecedente a su TCA, haberse apreciado “gordita” y sentirse insatisfecha con su imagen:

Desde luego que me percibía muy gordita, y actualmente estoy nuevamente gordita, pero en aquel tiempo sí estaba muy obsesionada con adelgazar y ahora ya no, aunque estoy haciendo una dieta muy balanceada, y de octubre del año pasado a la fecha he bajado casi veinte kilos, pero ya no matándome de hambre. Sé que me va a costar bajar de peso, y lo hago más por salud que por obsesión, y porque quiero sentirme bien y no tener los problemas que se dan por la obesidad.

Eugenia dice haber estado siempre consciente de “tener” que adelgazar, en consecuencia, veía las dietas como una obligación, que en algún momento de su vida tenía que cumplir, pues “siempre” tuvo sobrepeso, imperativo que refleja una constante preocupación por su imagen relacionada con su peso corporal; asimismo, manifiesta que las dietas a las que se sometió, de los 20 a los 23 años, resultaron de los problemas de obesidad de su infancia: *así que empecé a hacer dieta, a buscar dietas en todos lados y a probar todo de tipo de dietas y productos que había para bajar de peso.*

Aunado a las dietas, consumía tés de diversa índole y licuados que incluían productos diuréticos (el “palo de lima” y el “palo azul”), y/o laxantes (nopal, pastillas de nopal y jugo de toronja). Las dietas extremas que practicó incluían tiempos de ayuno prolongado, consumo preferente de líquidos, hasta seis litros de agua diarios; acciones catalogadas como “conductas riesgosas” presentes en los TCA, adyacentes a la preocupación ante la propia imagen; finalmente, llamó nuestra atención que no refiriera haber vomitado, su régimen era del tipo “restrictivo”.

Cuando se presenta la insatisfacción, ésta se profundiza ayudada por un contexto que promueve modelos e imágenes “ideales”, que llevan implícita una carga de violencia contra las personas, incitándolas a ser como no son, emprendiendo hasta lo imposible, incluso dejar de ser quienes son, para transmutarse en lo que se espera de ellos, lo socialmente aceptado. Someterse a regímenes extremos, también conlleva un fracaso, porque la “perfección” es inalcanzable: “acompañado de desmoralización, depresión, sentimiento de culpa, vergüenza, así como de desvalorización y asco de sí misma. Por debajo del culto al aspecto físico se estaría ejerciendo una acción de demolición psicológica de las mujeres, la acción de una máquina infernal destinada a minar su confianza en sí mismas y su autoestima.” (Lipovetsky, 1999: 139).



Esta imagen ilustra la “propiocepción” (percepción de sí mismas), de las personas con anorexia nerviosa. Corresponde a un comercial para concientizar sobre los estragos derivados de la distorsión con la imagen, se aprecia que la persona se dimensiona, sin correspondencia alguna con su realidad.

FUENTE:

<http://www.credus.es/blog/hablemos-de-anorexia/>, recuperado el 10 de abril de 2014.

(1.2) Experiencia con el TCA

Un factor de riesgo considerado para nuestro análisis, es que tras haber experimentado algún TCA, se continúen experimentando sus consecuencias, es decir, que las conductas desarrolladas y los miedos experimentados entonces, sigan presentes, y de alguna forma permeando la vida actual.

Un ejemplo, que dio la vuelta al mundo hace pocos años, fue el de la modelo francesa Isabelle Caro, quien con su imagen desnuda, literalmente en los huesos, protagonizó una polémica campaña publicitaria, lanzada por Oliviero Toscani en “contra” de la anorexia nerviosa y sus estragos. Caro relataba que su calvario se llamaba “Anna” y con 1,65 metros de estatura la llevó a pesar tan sólo 31 kilogramos; esta connotación refiere cómo la anorexia marcó de manera tajante su vida, ganándole la batalla; Isabelle murió en 2010, a la edad de 28 años, luego de 15 años de anorexia crónica, muy probablemente, reportó la prensa, debido a fallas orgánicas derivadas del desgaste de su organismo, como complicaciones pulmonares y fatiga extrema. En el caso de Caro la anorexia fue hasta el último día una *vía crucis*, de la que tuvo conciencia siempre.

María de la Luz, de 38 años de edad, al igual que muchas otras pacientes, expresó haber padecido una anorexia muy fuerte, que nunca le fue diagnosticada, pero que logró reconocer como secundaria a una depresión sufrida cuando tenía 18 años; de acuerdo con su relato, si bien la anorexia apareció de repente en su vida, poco a poco, se fue hasta después de 9 años.

Diana, de 32 años de edad, fue diagnosticada a los 23, luego de haber emprendido una serie alternada de dietas exitosas y frustradas, al menos durante los siete años previos a su diagnóstico:

El diagnóstico se hizo en el Instituto de la Nutrición, después que los doctores me presionaron para que dijera la verdad. Acudí al Instituto por envío directo del médico de la familia, con un diagnóstico de gastritis y reflujo, creo que él no sabía lo que realmente ocurría conmigo, pero yo sí.

Los médicos que me trataron siempre terminaban hartos de mí, y eso me frustraba aún más debido a que, si ni mi familia, ni los doctores, ni yo queríamos que saliera de mi inconstante ayuno, entonces quién me podría ayudar. Por mucho tiempo me sentí absolutamente desvalida ante mí misma y ante los demás, hacía lo que me decían, pero en el fondo siempre quería hacer lo contrario, y eso fue lo que terminé haciendo: me decían que viviera, pero en realidad yo me quería morir, aún hoy dudo que quiera seguir viviendo por mucho tiempo.

Para comprender más ampliamente la experiencia individual (personal), con el TCA, a continuación abordamos tres aspectos: los incidentes asociados; las conductas y los sentimientos, y la percepción y relación con el personal especializado, que estuvo presente en el curso y/o tratamiento del TCA.

(1.2.1) Incidentes asociados al TCA

Haber cursado con algún TCA implica ciertas experiencias; de acuerdo con lo narrado por María de la Luz, cuando la depresión cedió, la anorexia se fortaleció junto con el consumo de alimentos hipocalóricos, pero no quería alarmar a sus padres, mucho menos a su hermana, pues tenía miedo que esta última la imitara:

Todo estaba más o menos en orden, pero cuando cumplí 18 años tuve una depresión muy fuerte, dejé de comer de tajo, de un día para otro, y así me mantuve durante mucho tiempo, deprimida y en ayuno permanente; cuando me di cuenta, había bajado como diez kilos en medio año, quizá más. (...)

La depresión se me quitó, o al menos eso creí, pero la anorexia se hizo muy fuerte. En ese entonces empezaban de moda las sopas rápidas, era lo único que medio comía durante el día, y a escondidas de mis papás y de mi hermana, no quería que ellos supieran, ni que ella me imitara.

En la narración precedente hay varios factores imbricados, el primero es la precedencia de un episodio depresivo; el segundo, la presencia de conductas riesgosas, como el ayuno permanente; el tercero, la emergencia de las comidas “instantáneas”, y finalmente, el miedo a “transmitir” su enfermedad y sus pautas de comportamiento a su hermana, es decir, temor de “contagiar” a uno de los integrantes más entrañables de su entorno familiar.

Dentro de su vivencia, y de los incidentes asociados, constatamos la interrelación de lo personal (la depresión), lo familiar (ocultarse de los padres y su hermana), y lo social (la emergencia de la “moda” de las sopas rápidas o instantáneas); ello reafirma el argumento de que los TCA no son hechos aislados ni exclusivos del ámbito individual, pues trastocan todo entorno en que se desenvuelve la persona que los padece.

En el caso de Diana, su TCA inició “oculto” en un diagnóstico de gastritis y reflujo, hecho por un médico familiar, quien decidió canalizarla a una institución especializada, el INCMNSZ⁴⁹. Diana refiere que este médico desconocía lo que realmente le ocurría, no así ella: *Inicialmente me hablaban de problemas gastrointestinales, ya que siempre me quejaba de no poder comer adecuadamente, de dolor de estómago, de náuseas y de la necesidad de ir al baño en cuanto terminaba de comer.*

Eugenia también relata hechos traumáticos, asociados al tiempo en que cursó con anorexia: *Recuerdo que hubo una época de mi vida muy pesada, cuando hacía muchas dietas y mucho ejercicio. En ese tiempo estudiaba y trabajaba al mismo tiempo, y un día reaccioné antes de que fuera demasiado tarde, y decidí dejar de hacer dietas, aunque ya no me dijeran lo bien que me veía al estar delgada.* Sus palabras plasman con claridad la presión social que sentía para seguir luciendo delgada, para verse “bien”, conforme a un modelo estético socialmente aceptado por las personas cercanas a ella, y en general por la sociedad, pero fue en el momento en que su salud estuvo en riesgo, cuando tomó conciencia y dejó de ser complaciente con los otros, dedicándose a atender los estragos originados por el TCA en su organismo, que ella misma narró:

⁴⁹ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

Tenía las uñas moradas, no me bajaba mi regla, perdí una pieza dental, me latía muy rápido el corazón, se me caía el cabello, pero lo peor fue que me dañé mucho la rodilla, y el no poder caminar me dio mucho miedo, así que decidí no volver a hacer dietas nunca más, y desde entonces así me he mantenido, sin volver a pasar hambre, cuidando sólo lo que como y tratando de comer lo más sano posible.

Los síntomas y signos de alerta experimentados por Eugenia, fueron la pauta de su decisión de “alejarse” del TCA, pues al ser consecuencia de éste, quizá eran también preámbulo para complicaciones médicas más graves. No obstante, en el caso de Isabelle Caro, de otros modelos, así como de miles de pacientes, el daño orgánico resulta irremediable, conduciéndoles incluso a la muerte.

Durante el Taller impartido, uno de los participantes de nombre Bernardo, refirió llamar su atención las consecuencias físicas de estos trastornos: *que el corazón se hace pequeño. Por lo mismo, creo que estas enfermedades deben ser tratadas por especialistas, aunque lo más importante es querer salir adelante si no ayuda muy poco lo que los demás les digan.* Ello nos remite a la siguiente reflexión: no subestimar los efectos de los TCA, que individualmente conllevan consecuencias psíquicas y orgánicas, pero también en el ámbito familiar y social; en el primero, generando un ambiente patógeno manteniendo una frustración constante, y en el segundo, por la difusión de conductas riesgosas a través de medios de comunicación y electrónicos, que se replican en el ámbito personal.

(1.2.2) Conductas y sentimientos adyacentes durante el TCA

En este apartado referimos las experiencias relacionadas con las siguientes conductas de riesgo: abuso de laxantes y diuréticos, dietas extremas, autolesiones, actividad física excesiva, ayuno, vómitos. El primer ejemplo es retomado del Taller, cuando la maestra de la materia de educación cívica y ética, nos dijo que una de las alumnas, quien había dejado la escuela días antes, quizá tenía anorexia pues lucía *pálida, traslúcida, y siempre estaba comiendo algún dulce, jamás la vi comer lunch u otra cosa, sino era un chicle, traía una paleta o “miguelitos”.* Además, en las mejillas tenía un color azulado, muy raro. Asimismo, comentó que a las niñas de secundaria a quienes les daba clase, desde hacía aproximadamente cinco años, las veía masticar chicle todo el tiempo y tomar agua o coca *light*.

Estas conductas nos remiten a la emergencia publicitaria de productos *light*, o bajos en calorías, que ya cuentan con un alto grado de aceptación y consumo entre los jóvenes, sobre todo porque se anuncian como coadyuvantes en el “cuidado de la figura”, y prometen cumplir la deseabilidad social de mantener un peso “apropiado”, o un cuerpo “esbelto”, ambos sinónimos de belleza” para la colectividad. Sin embargo, el consumo de productos *light* y la evitación de comidas, no son consideradas conductas riesgosas para muchos, por ejemplo, la mayoría de los alumnos participantes en el Taller, refirió desconocer que “saltarse” comidas fuera un factor de riesgo.

Algo que llamó nuestra atención, y nos parece importante resaltar, es la opinión de una de las adolescentes: *quienes padecen alguno de los TCA, muchas veces no se atreven a decir cómo se sienten escondiendo con ello los síntomas hasta que ya es muy tarde*. Un ejemplo fue la dieta permanente a la que se sometió Isabelle Caro, consistente en un poco de líquido, algo de chocolate y dos pastelitos de fresa, escondiendo ante el mundo sus temores, esperando impacientemente a que llegaran las cinco de la madrugada para poder consumir una mínima cantidad de alimento y líquido.

Caro también se autonabraba “víctima de una secta”, de la cual ella era “gurú”, ascetismo implícito en el ayuno que nos remite a la connotación de “religiosidad”, de rechazo a todo deseo y todo placer, “autoinmolación” característica de estas personas que se niegan a sí mismas a partir de negarse el alimento, en combinación con un particular proceso de reafirmación y reabastecimiento de su “devoción”, pues con frecuencia, principalmente a través de *Internet*, se relacionan con sus “iguales” para intercambiar “ritos”, es decir, experiencias y *tips* para adelgazar.

La difusión-transmisión de conductas no existía antes de la “democratización” de *Internet*, se vincula con la promoción-difusión sin precedente, de las acciones a seguir para ser una buena “ana” o “mía”. Bauman (2006) señala, que con base en una búsqueda “realizada a través de Google el 20 de julio de 2004, 109,000 sitios web contenían información sobre libros de cocina y/o los tenían a la venta; los sitios web que hacían lo mismo con libros sobre dietas eran 308,000, mientras que otros 719,000 estaban dedicados al arte de adelgazar. Y 32 millones de páginas web trataban la cuestión de la grasa (además de otras 3.690,000 dedicadas a la obesidad)”. (p. 128)

Los sitios aludidos por Bauman (2006) sólo promocionan dietas, por lo que resulta más alarmante constatar, no sólo el aumento de *blogs* “pro ana” y “pro mía”, sino que éstos restrinjan el acceso a cualquier usuario, para conformar así una comunidad “virtual”, como relata Freire (2002) “Cuando solicité entrar en una de ellas hube de pasar tres rigurosos exámenes, en los que se me sometería a un auténtico análisis psicológico para deducir si realmente deseaba ser anoréxica y poseía el perfil de perfeccionismo que exigían. Hube de echar mano de todos mis conocimientos sobre trastornos psicológicos y de una buena sarta de mentiras para convencerlas de que deseaba perder doce kilos y vivir según las leyes del hambre perpetua. (...) Solicitaron mi fotografía, porque no se permite la entrada a las webs más exclusivas si no se es guapa y razonablemente delgada de entrada” (p. 201).

En lo que respecta a las conductas y sentimientos referidos por las entrevistadas, consideramos importante señalar, que generacionalmente no tuvieron forma de realimentar sus conductas en medios de comunicación electrónicos (*Internet*), por lo que el inicio, desarrollo y atenuación del TCA se constreñía al espacio íntimo, habiendo una incidencia, quizá menos visible (no menor en sí), en los ámbitos familiar y social.

La primera dieta de María de la Luz fue recién cumplió 15 años, sin resultados, aunque no le dio importancia entonces, pues su atención se centraba en la escuela; sin embargo, en el grado más crítico de su TCA, refiere haber sido consciente que estuvo muy mal porque bajó mucho de peso en menos de siete meses: *como unos quince kilos o más, pero yo me sentía muy bien con mi aspecto y con mi peso, incluso me decían que me veía muy bien delgada, por lo que no le di importancia, ni siquiera mis papás lo tomaron como algo muy grave.*

Años después de superar su drástica pérdida ponderal, aclaramos que careció de diagnóstico médico y salió “adelante” de manera voluntaria y sola, María de la Luz aun presenta conductas de riesgo, y aunque clasifica su relación actual con la comida de “sana”, confiesa una obsesión con el ejercicio, persistiendo en el abuso de la actividad física ligada al deseo de bajar de peso, según ella, no de manera tan alarmante como aquella ocasión:

a veces abuso de la comida, pero suele ser una o dos veces por mes; lo que sí tengo como obsesión es el ejercicio, llego a hacer más de dos horas de ejercicio, entre pesas y cardio, lo cual compenso comiendo bien, aunque evitando grasas. Definitivamente sí influyó aquella época en mi forma actual de comer, pero afortunadamente no he tenido recaídas ni he bajado tanto de

peso, como bajé en aquel entonces; tengo control sobre lo que como y sé cuidarme, pero sí hay un poco de miedo a subir de peso, y no tanto por la imagen ante los demás, sino porque realmente me gusta cómo me veo y cómo me arreglo.

A diferencia de un porcentaje importante de quienes en la adolescencia padecen o han padecido algún TCA, Eugenia inició su primera dieta a los 20 años, siendo estudiante universitaria; sintiendo una “obligación” por adelgazar, pues presentaba sobrepeso, lo que la llevó a buscar y probar todo tipo de dietas y productos para bajar de peso, incluso pasó largos períodos de ayuno y estableció una rutina consistente en despertar, ir a la universidad, trabajar y “medio comer”; muy probablemente su dieta era de aproximadamente 600 calorías, o menos, con un consumo diario de seis litros de agua en promedio (tres litros antes de las cuatro de la tarde y los otros tres, antes de las diez de la noche). Esta rutina denota características típicas de una persona con anorexia: obsesión por adelgazar, ayunos prolongados, actividad física excesiva, evasión de comidas y/o consumo preferente de alimentos bajos en calorías, consumo de diuréticos y laxantes:

Diario me despertaba antes de las 6 de la mañana y tomaba un vaso de agua tibia con el jugo de tres limones, en ayunas; después hacía una hora y media de bicicleta en mi recámara y desayunaba a las 7 de la mañana, generalmente mi desayuno consistía en un té de tlalchanahua (que es un diurético), cocolmea, palo azul, palo de lima y Jamaica, o un licuado de apio, piña, toronja, naranja, xoconostle y linaza. Después del desayuno, me bañaba y me tomaba tres pastillas de nopal, y de ahí me iba al trabajo o a la universidad (trabajaba en la facultad como adjunta), dependiendo el día. A las 11:30 de la mañana me comía una manzana, y a las 12 nadaba en la alberca durante dos horas diariamente. Cuando regresaba a mi casa ya era la hora de la comida, probablemente más tarde que la hora común para todos. Mi comida consistía en un plato de lechuga y verduras cocidas, y un cuarto de pechuga de pollo asada. A veces cenaba gelatina o té, pero no más y finalmente, a las once de la noche, nuevamente hacía ejercicio en la bicicleta.

En el caso de Diana, el TCA emergió después de repetidos fracasos tras las “dietas” que emprendía cada período vacacional, cuando “enfrentó” en las consultas médicas mensuales, que aumentaba la cantidad de kilos que “debía” perder. A los 14 años pesaba 65 kilogramos, y ganaba peso en razón de dos kilos por mes, situación que la mantenía en un ciclo de frustración, con la sensación de carecer de voluntad para disminuir peso, ello detonó su decisión de someterse a severos regímenes dietéticos, a tal grado que del peso inicial de 65 kilogramos disminuyó a 30, a lo largo de cinco años, y con 1.58 m de estatura a los 20 años pesaba tan sólo 35 kilogramos. Fue que entonces, como muchas otras personas con TCA, se “comprometió” a frenar la baja de peso, determinando como su ideal el de 33, sin embargo, no logró su “meta”, y al llegar a los 34 kilos presentó severas complicaciones médicas; su familia, aparentemente inmune, dejó de ser complaciente; los signos y estragos del TCA eran tan evidentes que los vecinos preguntaban si tenía SIDA, enfatizando con ello la gravedad que su extrema delgadez reflejaba en su aspecto.

También menciona que antes de iniciar la primera dieta extrema, solía comer todo tipo de alimentos en exceso, o hipercalóricos, por ejemplo: *caldo de carne con mucha tortilla, o pan, incluso huevos revueltos con tortillas fritas; me gustaban mucho los chocolates, podía comerme tres “milky way” seguidos, o una bolsa de “kit kat”*. El consumo excesivo de estos alimentos contrasta con la instauración tajante del ayuno, el cual alternó con el vómito, agravando así su cuadro clínico:

La primera vez que metí los dedos a la garganta me dio mucho asco, pero sentí que era una forma de librarme del exceso de comida, aunque el dolor de estómago y la inflamación fueran insoportables; había veces que después de vomitar todo lo que acababa de comer, me tomaba un litro y medio de refresco, entonces me encerraba todo el día y toda la noche en mi cuarto, hasta que al día siguiente me sentía menos culpable y menos sucia.

Diana refiere que “perfeccionó” sus técnicas para “volver el estómago”, introduciendo pedazos de hule espuma en su garganta, aún a costa de rasgarla o provocar algún sangrado, para evitar las marcas en los nudillos a causa de su roce con los dientes, características de las personas bulímicas. También escondía comida en las bolsas de su ropa o la escupía después de masticarla; mantenía botes bajo su cama con restos de alimentos, los cuales varias veces se llenaron de larvas de mosca; consumía diez diuréticos diarios; bebía infusiones de laxantes “naturales”, a base de hojas de sen, adquiridas a granel en las droguerías..., pero el relato más impactante es relativo a la presencia de conductas autolestivas:

las cuales a nadie le contaba, por supuesto, lo que menos quería es que me llamaran “loca”, y menos que lo hicieran con alguna razón. Cuando no lograba controlarme me lastimaba hasta sacarme sangre, nunca lo vi como un castigo, sino como una forma de sentirme viva, de sufrir menos (...) hacía lo que me decían, pero en el fondo siempre quería hacer lo contrario, y eso fue lo que terminé haciendo: me decían que viviera, pero en realidad yo me quería morir, aún hoy dudo que quiera seguir viviendo por mucho tiempo.

Diana fue la única que declaró atentar contra su integridad; no omitimos decir, que las conductas de autoagresión (*self injury*) poseen un carácter muy personal, íntimo, aunque ya no sean casos tan aislados, por la promoción que se les da en *Internet*, principalmente en los “blogs” de “ana” y “mía”. Pero en este caso en particular, se enmarcaron casi en exclusivo en su espacio privado, en las paredes de su habitación, en soledad, contrario al fenómeno actual de amplia difusión, y consecuente “imitación”. Nuestra reflexión versa sobre la urgente necesidad de profundizar en el aspecto preventivo de los TCA, sobre todo porque en los medios de comunicación electrónica no sólo se difunden dietas extremas, sino también prácticas que atentan contra la propia integridad física, complicando aún más que en épocas precedentes, el cuadro clínico.

(1.2.3) Percepción y relación con el personal especializado (médico, psicológico, Trabajo Social)

Un aspecto que nos pareció sustancial conocer, es la relación de las entrevistadas con el personal especializado, que en algún momento las atendió durante la evolución de su TCA; nuestro objetivo fue contrastar la percepción de sí mismas con la percepción que de sí experimentaron a través de los otros.

Eugenia declara no haber sido diagnosticada, y cobró conciencia de la magnitud de su problema, cuando en un lapso de cuatro meses redujo su peso en 40 kilogramos (de 90 a 50 kilos); secundario a tal reducción, presentó problemas médicos que no había tenido: *mareos, calambres y desmayos con un poco de pérdida de la conciencia (...) en unos análisis que me hicieron, mi potasio salió muy bajo y tenía anemia, entonces me mandaron dos pastillas de hierro en la mañana y me recetaron multivitamínicos para que mejorara, y una dieta de más de dos mil calorías.*

Eugenia también refiere haber recibido sólo la prescripción y la atención de los signos, es decir, el tratamiento correctivo de las alteraciones orgánicas en ese momento, no hubo diagnóstico ni tratamiento a largo plazo, y se enfrentó con un TCA del cual desconocía las consecuencias, derivadas del esfuerzo de su organismo por compensar la deficiencia de aquellos nutrientes que mantienen el equilibrio (homeostasis) en el organismo para su óptimo funcionamiento; tampoco conoció otras opciones para enfrentar el sobrepeso que volvió a tener, porque la urgencia era atenuar las afectaciones a su salud.

María de la Luz bajó 15 kilos en unos cuantos meses, incluso más, su peso inicial era de 69 kilos, y disminuyó hasta poco menos de 45; tampoco recibió un diagnóstico por parte de personal especializado: *Lo bueno fue que no me internaron nunca, ni siquiera me diagnosticaron, así que jamás supe si corrí riesgo con todo el peso que había perdido.* Al igual que Eugenia, refirió “superar” sola el TCA, no recibió atención alguna, y quizá esa falta permitió la persistencia actual de conductas de riesgo, como el ejercicio compulsivo, al parecer el trastorno pasó “desapercibido” en su fase crónica, pero quedó latente, como algo “común” en su vida cotidiana.

Diana fue la única diagnosticada, interviniendo médicos, psiquiatras y psicólogos para tal efecto. Relata haber disfrutado ser motivo de interés por parte de los otros, más ello no modificó sus pautas conductuales: *me gustaba ver la cara de los médicos cuando me decían que podía morir si seguía bajando de peso;* asimismo, contaba con un ambiente familiar complaciente, idóneo para que las conductas se agravasen, sin que la rutina familiar se alterara gravemente, de hecho, parecieran haber mantenido un clima de “simulación” para evadir el problema:

mi mamá me había dejado usar los botes para escupir, porque yo le decía que nada se me quedaba en el estómago, sin embargo ya estaban muy preocupados; fue cuando me canalizaron a la clínica de anorexia y bulimia de Nutrición, sin embargo, el día en que fui sólo me pesaron y no me dieron ningún tipo de terapia, me acuerdo que me asustó ver a una chava un poco mayor que yo, que ya no tenía tres dientes. Poco después me internaron porque ya no me podía sostener en pie, me caía por toda la casa.

Quizá cuando Diana fue ingresada en el hospital, tuvo conciencia de la gravedad de su comportamiento:

Esa vez me hicieron un montón de análisis, estuve internada con sondas por todos lados, con sueros y líquido amarillo, que iba a mis venas; con sonda para alimentarme y oxígeno; me detectaron el potasio muy bajo, y diario me bajaban a revisar un catéter y a medir el potasio. Fue una semana muy larga, de lunes a lunes, pero no recuerdo sentirme triste. El doctor habló con mi mamá y mis hermanas, y les dijo que de plano yo no quería vivir, que si seguía así iba a terminar matándome de hambre, que si no hacían algo, ellos tampoco podían hacer nada más por mí.

A pesar del internamiento y las intervenciones médicas, no hubo resultados alentadores, a su egreso pesaba 45 kilos, lo cual en vez de animarla, la enojó, y cuando fue canalizada con una psiquiatra no aceptó el tratamiento, argumentando que los medicamentos la hacían sentir paranoica, además que se sentía más como un objeto de estudio que como una paciente, frente a la psicóloga que “colaboraba” para su atención en conjunto con la psiquiatra.

Como podemos apreciar, en primera instancia, el tratamiento se avocó a las afectaciones orgánicas, como ella misma refiere no hubo mejoría alguna, sino hasta que la canalizaron con un psiquiatra joven que le permitía continuar con sus conductas sin prejuzgarla, y sin tratar de conducirla a algún cambio de actitud con sentencias tan tajantes, como las que había recibido durante la hospitalización.

Esta última psicoterapia fue la que por fin detuvo el avance progresivo, y un mayor deterioro en su salud; el psiquiatra logró, sin que ella fuera consciente de ello, hacer que dejara de preocuparse tanto por aumentar de peso, y en poco tiempo logró aumentar de 42 a 48 kilos: *él me decía que tenía una voluntad muy fuerte y eso me ayudó mucho, aunque a la fecha controlar las situaciones aún se me dificulta.* Para entender lo que Diana expresa, mencionamos que antes de este tratamiento estaba muy frustrada con las intervenciones médicas, pues los médicos se hartaban con sus actitudes: *aún más debido a que si ni mi familia ni los doctores ni yo queríamos que saliera de mi inconstante ayuno, entonces quién me podría ayudar.*

El tratamiento que finalmente le permitió atenuar sus conductas, y retomar el cauce de su vida, consistía en hablar de ella, de su infancia y adolescencia, de las burlas que padeció cuando pesaba 65 kilos, y las dietas, en resumen, de ella y todo lo que su cotidianeidad comprendía:

Creo que todo fue muy gradual, y cuando me di cuenta ya le había contado toda mi vida, a veces hasta sin llorar le había dicho cosas que eran muy dolorosas, o que me avergonzaban mucho. Ese doctor se convirtió en parte de mi rutina, lo veía una vez a la semana y esperaba el día en que lo vería para preparar todo lo que tenía que decirle, sobre todo porque jamás juzgó una sola de mis palabras y siempre me dijo que yo iba a salir de todo en el momento en que me lo propusiera y dejara de descargar sobre mí misma el odio o el rencor que sentía hacia los demás. También me dijo, que con la fuerza con la que yo podía hacer cosas negativas, podría hacer cosas muy positivas, tuve incluso el coraje para trabajar durante algún tiempo y comprar cosas que no había vuelto a comprar, por ejemplo comida. El trabajo me alejó de los botes que tenía debajo de la cama, me deshice de ellos, en parte porque estaba fuera un buen rato y no los usaba, y en parte porque el olor era insoportable y no quería despertar más sospechas.

Llama la atención que Diana dice no haber sentido “directamente” la afectación de la publicidad, pues quizá influyeron más las burlas de sus compañeras de escuela, la presión que implicaba ser aceptada por sus coetáneos, más aún quizá que el modelo estético vigente para entonces ya muy delgado, aunque no tanto como el actual; y finalmente se percató que en vez de verse mejor, con la baja de peso cada vez se veía peor, *como un muerto, y no quería verme así más*. Asimismo, no fue dada de alta por parte de la institución médica que la atendía, simplemente un día decidió no volver, tras el nacimiento de su hija:

de hecho, cuando supe que me había embarazado fue algo imprevisto, jamás pensé que podría tener hijos y me dio mucho miedo perder al bebé, creo que fue en ese momento en que me curé porque no sólo era yo. Durante el embarazo comí muy bien, al principio con miedo, pero sólo muy al principio, subí como veinte kilos pero no me importó tanto. Cuando tuve a la niña conmigo volví a racionar mi comida, pero no como antes, sólo para bajar lo que había subido.

Particularmente, el relato de Diana, pone en tela de juicio las acciones médicas, pues al no ser dada de alta por el personal son los eventos de su vida, los que van delimitando lo que ya no quiere o debe seguir haciendo; por convicción propia y por voluntad, como le había dicho el psiquiatra, con quien estuvo en tratamiento durante más tiempo, sin embargo, su miedo a subir de peso y el cuidado de su alimentación persistió, como en los demás casos, permeándose a su actual situación familiar, como veremos después.

(1.3) Los TCA en el contexto de evolución del propio TCA

En este apartado referimos la percepción personal, que del contexto social recuerdan las tres mujeres entrevistadas al momento de cursar con TCA. María de la Luz mencionó que cuando tuvo anorexia *era muy poco común hablar de ella, no había tantos casos como ahora, y como no fui a ningún tratamiento, nunca supe de clínicas donde atendían a mujeres con problemas como el mío*. Al parecer los TCA no eran enfermedades “con tan amplia difusión”, como ahora; ella no fue diagnosticada, y tampoco acudió con algún médico para tratarse, sólo se mostró consciente de la gravedad de su anorexia, que debutó secundaria a una depresión, cuya causa no mencionó; sin embargo, como ya habíamos dicho, continúa obsesionada con la práctica de “cubrir” determinadas horas de ejercicio a la semana y con el consumo de comida “sana”, sin saber definir ésta:

Cuando yo bajé de peso no había publicidad para adelgazar, ni siquiera había productos “light”, así que una se las tenía que arreglar, por sus propios medios, es decir, quitando carbohidratos y grasas, azúcar, y todo lo que engorda. No recuerdo haber visto tantos productos ni que las modelos fueran tan delgadas, por ejemplo; sólo hasta después de recuperar peso, me enteré que Karen Carpenter era anoréxica, y de hecho nunca me dijeron que yo me veía demacrada o esquelética.

Ahora, en cambio, existen muchísimos productos para bajar de peso, y casi todo tiene su igual en versión “light”, hasta el pan, lo cual se me hace un ataque muy fuerte a la obesidad, pero sobre todo, el imponer que las personas tengan que lucir delgadas siempre. Como te digo, yo no me preocupé por el peso desde el principio, sino que cuando vi que alababan mi pérdida de peso, fue cuando me aferré a no seguir subiendo.

Diana también dice, que actualmente hay demasiada publicidad que determina los atributos físicos con que deben cumplir las personas para ser aceptadas; de acuerdo con su experiencia

la anorexia y la bulimia son trampas muy riesgosas, y jamás te van a hacer sentir mejor, al contrario, cuando empiezas, no te puedes detener. A mí me costó años comprender que estaba destrozada, y aún me cuesta tratar de pegar lo que tenía antes de la enfermedad en mi vida actual. Así que si alguien cae, debe saber de antemano, que ni los médicos, ni la familia, ni los amigos pueden hacer nada al respecto, si uno no hace nada por salir.

Asimismo, también refiere estar asustada por el aumento de los TCA, sobre todo porque en el momento en que ella fue diagnosticada no había tanta difusión de estas enfermedades, ni se aludía al contexto que las favorece: la promoción del modelo “ultradelgado”, las dietas extremas, los productos pro-adelgazantes, la comida *light* y el fomento del ejercicio, estigmatizando la obesidad:

Me asusta mucho cómo han crecido estas enfermedades, cuando yo tenía anorexia no había tanta difusión, era más en solitario, más privado y menos difundido. Creo que ambas enfermedades se salieron de control, y es difícil, cuando las has padecido, ser sobreviviente de ellas.

Freire (2002) retoma el caso de María, de quien consigna la siguiente experiencia: “Una vez fuera de la enfermedad eres otra persona, con otro carácter: yo nunca pensé que pudiera salir. Aunque considero que me puedo controlar, aún no puedo dominar mi pensamiento anoréxico-bulímico. Pero eso ocurrirá con el tiempo, cuando vea que he ganado yo, que ha ganado mi fuerza de voluntad, porque lo que me hace seguir adelante es pensar en el futuro.” (p. 164).

(1.4) Percepción y relación actual con los TCA

En este apartado referimos la percepción actual, que de los TCA tienen quienes han cursado con alguno, y cómo es que perciben aquella etapa de su vida. Diana señala que desde hace tiempo siente la necesidad de hablar, a fin de describir el horror *que se vive cuando tienes anorexia, cuando la anorexia es insuficiente y el pasar hambre no te llena, y entonces recurre a la bulimia.*

También relata que su relación con los alimentos ya no es enfermiza, como cuando padecía anorexia, sin embargo, aún no es la mejor y sus palabras sugieren que lleva una “marca”, pues a pesar de comer en la actualidad, e incluso disfrutar la comida, *desde luego que quedas marcada de por vida pero hay cosas más importantes que hacer dietas. Cuando estaba en dieta permanente me ocultaba, me escondía, y ahora ya puedo salir a comer, ya puedo disfrutar más de lo que como, y sobre todo, puedo compartir con mi familia, con mi hija y mi esposo.*

Un aspecto que consideramos importante enfatizar es el miedo que expresa de que su hija desarrolle algún TCA: *que pase por algo como lo que yo pasé, principalmente porque es mujer y las mujeres se supone que somos más propensas a este tipo de cosas, me aterra pensar que herede mi anorexia, por lo que cuido mucho de comer con ella, y de que ella coma bien, lo que sí hago es cuidar que no coma en exceso cosas que le engorden*; sus palabras permiten entrever algunos rastros obsesivos por ejercer control sobre la comida de su hija.

Finalmente, y en relación con su experiencia, quizá en su afán por entender qué pasó con ella cuando tuvo TCA, y partir de ahí para entender a otras personas que viven o han vivido algo similar, empezó a estudiar Psicología, en virtud de que quiere compartir su experiencia *con otras personas, porque sabiendo lo que se sufre, quiero que quienes tienen alguna de estas enfermedades, no lleguen a los extremos a los que yo llegué, de verdad no lo deseo a nadie*.

Por su parte, María de la Luz considera que su relación actual con la comida es “sana”, a pesar de que en ocasiones abusa de su consumo; también acepta estar obsesionada con el ejercicio, lo cual permite constatar la incidencia del pasado TCA en la actualidad, principalmente en lo que atañe a conductas de riesgo persistentes, como el ejercicio compulsivo y consumo selectivo de alimentos considerados “sanos”; en resumen, reconoce que el TCA influyó en su forma actual de comer, y a pesar de que no ha sufrido recaídas, siempre va a vivir con ciertos cuidados frente a su alimentación:

tengo control sobre lo que como y sé cuidarme, pero sí hay un poco de miedo a subir de peso, y no tanto por la imagen ante los demás, sino porque realmente me gusta cómo me veo y cómo me arreglo, es algo más para mí que para los demás el cuidar mi alimentación, sobre todo porque en mi familia hay antecedentes de diabetes, y no quiero que a mí se me desarrolle esa enfermedad, que también ya es algo muy común en la actualidad. Por lo mismo, cuido mi salud y mi futuro, aunque por lo que pasé, con más escrúpulos que otras personas.(...) creo que no voy a volver a comer igual que cuando era niña, pero tampoco igual que cuando ayunaba, trato de mantener un equilibrio, porque me da miedo caer muy enferma, en primera porque no tengo seguro social, y en segunda, porque los hospitales jamás me han agradado.

En el caso de Eugenia, quien tanto antes como después del TCA ha presentado sobrepeso, ya no se encuentra obsesionada con adelgazar, y refiere sólo llevar a cabo una “dieta balanceada”, por medio de la cual, tras varios meses, ha logrado bajar veinte kilos, sin tener que recurrir a ayunos prolongados: *Sé que me va a costar bajar de peso, y lo hago más por salud que por obsesión, y porque quiero sentirme bien y no tener los problemas que se dan por la obesidad.*

Consideramos importante hacer notar, que el relato anterior refiere, quizá, un autoengaño, puesto que ella continúa obsesionada con su peso, con cuidarlo, haciendo extensiva tal preocupación hacia su hija; sobre todo cuando, con un semblante de incertidumbre, menciona que a pesar de tener sobrepeso, no presenta problemas con sus niveles de colesterol y triglicéridos, ni tampoco problemas de anemia, pero a veces presenta cuadros clínicos que la preocupan:

lo único que creo tengo, desde mis dietas y hasta la fecha, es que se me baja mucho la presión, el azúcar y a veces la temperatura, también quedó muy resentida mi rodilla; por lo mismo no deseo ver a mi hija con problemas de este tipo, de algo me sirvió esa experiencia y fue para saber aceptarme tal y como soy y para poder cuidar mejor a mi hija.

Eugenia, al igual que Diana, se mantiene pendiente de la alimentación de su hija, y debido a su experiencia, desea evitar a toda costa que la niña desarrolle un TCA; y es que, al respecto, la literatura médica señala que los TCA son padecimientos susceptibles de heredarse y transmitirse a través de las pautas de comportamiento inmersas en el ámbito familiar. En consecuencia, al observar que ambas muestran preocupación por su respectivo trastorno, dicho factor de riesgo permanece latente al interior de sus familias, lo cual se constata en su referencia a cuidar la alimentación de sus hijas, deseando evitar que enfermen, como ellas.

(2) Factores familiares de riesgo

Los factores de riesgo, propios del ámbito familiar, remiten al grupo de origen o inmediato de la persona, indistintamente del trastorno, así como al impacto que éste tiene sobre el grupo y sus integrantes; de acuerdo con Freire (2002): “La aparición de un trastorno alimenticio en una familia puede alterar totalmente y para siempre las relaciones que se habían creado entre sus miembros. A veces, los padres y los hermanos sólo perciben el problema de la paciente, pero hay que

tener en cuenta que por lo general la hija enferma está mostrando de una manera evidente los conflictos, no siempre obvios, que hay en la familia (...) para que se dé un trastorno alimenticio tienen que ocurrir una serie de circunstancias, influencias externas e internas; no aparece por una sola causa.” (p. 126). A continuación presentamos lo que, respecto a estos factores reportaron los resultados de nuestra investigación.

(2.1) Contexto familiar

Mencionamos brevemente aquello que, respecto a sus familias, refirieron dos de las entrevistadas: María de la Luz y Eugenia. De acuerdo con la primera, la relación con su madre y su hermana fue muy estrecha, e incluso lo sigue siendo, no menciona a su padre, sino sólo cuando comenta que las discusiones entre él y su madre la entristecían; recuerda que su madre las cuidaba mucho y ella, a su vez, cuidaba a su hermana menor, al grado que incluso durante su anorexia no quería que su hermana se percatara de sus conductas.

Por su parte, Eugenia refirió que la relación con su madre y sus hermanos fue buena, del padre no menciona datos, sólo que estuvo ausente; para ella su familia actual es muy importante, lleva quince años con la misma pareja y la relación con su hija es muy estrecha.

Un ejemplo contrario es el de Isabelle Caro, quien era muy enfática al culpar de su enfermedad a una madre posesiva que la recluyó de los 4 a los 11 años en un chalet a las afueras de París, donde también vivía con su padrastro. Su contexto familiar fue sobreprotector y, en consecuencia, generó un miedo intenso a crecer, a asumir responsabilidades, con una necesidad permanente de sobreprotección a la cual se aferraba, tratando de ser siempre una niña desvalida a través de la invalidez que le causaba su anorexia.

Los contextos familiares referidos se acercan entre sí, por la estrecha relación con la madre y la sobreprotección que prevalece en ellos. Un ambiente familiar rígido es el que la literatura indica como prolífico para la reproducción de pautas de comportamiento propias de un TCA; por ejemplo, cuando hay un control excesivo en la familia, quien desarrolla el TCA trata de recuperar, buscar o tener ese control, en primera instancia controlando todo en relación con su alimentación, pero posteriormente impactando y controlando, todo el ámbito familiar por las consecuencias personales y en el entorno familiar derivadas del TCA (internamientos, incertidumbre, complicaciones médicas, muerte...).

(2.2) Pautas alimentarias familiares

En esta categoría incluimos una lista con las pautas que se transmiten en el ámbito familiar, que se relacionan con factores de riesgo para desarrollar algún TCA:

- a) Descuido de la alimentación de los hijos por parte de los padres, debido a sus ocupaciones cotidianas. De acuerdo con la maestra de educación cívica y ética, que nos acompañó en el Taller, los adolescentes no comen bien en virtud de que sus padres trabajan o les compran muchas cosas, pero descuidan su alimentación.
- b) Conciencia de la necesidad por adelgazar en la infancia. Eugenia mencionó que siempre tuvo sobrepeso, y en consecuencia, sabía que “debía” adelgazar; de manera similar, María de la Luz también tuvo sobrepeso en su infancia, pero no tuvo problemas con la comida entonces sino hasta que creció y le concedió importancia a perder peso.
- c) Abundancia de comida al interior de la familia. La alimentación siempre ha sido relevante dentro del seno familiar, pues no sólo es el espacio íntimo y cotidiano para compartir y degustar los alimentos, sino que también hay rituales y celebraciones que se conmemoran en torno a la mesa; esta fue referida así por María de la Luz: *En las reuniones familiares siempre hubo mucha comida, en los cumpleaños había comida de más y pasteles, creo que fue una etapa feliz, a pesar de que había problemas entre mis papás, que me ponían triste*; Diana también relata cómo en casa su mamá preparaba mucha comida: *Yo comía muchísimo y en la casa mi mamá me preparaba mucha comida, demasiada, y como me gustaba complacerla, toda la comida me la acababa*.
- d) El papel de la madre en la procuración del alimento. La abundancia o escasez alimentaria al interior de la familia se relaciona estrechamente con el papel de la madre, refleja el peso de la figura materna para el cuidado y la procuración de bienes esenciales, como el alimento; ejemplo de lo anterior es lo que menciona Diana: *Mi mamá acostumbraba darnos mucho de comer, somos tres hermanas y yo soy la menor, así que mis hermanas mayores vigilaban que comiera todo, yo no pude nunca transgredir ninguna norma, tenía que estar cuidada y ser perfecta en los estudios, llevar las mejores calificaciones, aunque me humillaran en la escuela*.

- e) Pautas alimentarias transmitidas por otros miembros de la familia. Si bien los padres inciden en la alimentación de los hijos, no podemos olvidar que hay otras pautas que se transmiten, Diana, por ejemplo, dice haberse sentido agredida por las acciones de uno de sus tíos: *una vez estaba comiendo pollo y un tío me regañó por no usar cubiertos, me sentí humillada, tenía 6 años; en otra ocasión una tía me hizo comer una cucharada de arroz con un ajo entero, me dio mucho asco, pero me tuve que tragar todo para que no me regañara, igual que su esposo, creo que no sólo la odié a ella, sino también a la comida.*
- f) Relación actual con la comida. El hecho de haber padecido algún TCA involucra una serie de conductas que perviven en la actualidad, entre ellas el cuidado de la alimentación, la transmisión de pautas alimentarias a los hijos que no están exentas de aquello que les fue transmitido en la infancia, y de la propia experiencia del TCA. Diana y Eugenia aún tienen una relación problemática con la comida, y se muestran temerosas por el riesgo que corren sus respectivas hijas de “heredar” la anorexia que ellas presentaron. Para Diana, en particular, la relación actual con la comida, aunque ya no es enfermiza, aún connota ciertos temores.
- g) Satisfacción de la madre con la imagen corporal de los hijos: en el Cuestionario aplicado, observamos que 36% de las madres de familia, refirió alguna desviación en el peso de los hijos (obesidad o delgadez), llamando nuestra atención que, 2% mencionó que sus hijos son flaquitos porque tienen ayunos prolongados, dato que constituye un factor de riesgo, advertido incluso por las madres.

La edad de los hijos influye en la preocupación, y también en la decisión de someterlos o no a dieta, respecto de los hijos menores de 12 años 58% refirió no estar preocupada por el peso de sus hijos, sin embargo, del 42% que sí lo está aduce las razones, distribuidas en la Gráfica 3:



Respecto a los hijos mayores de 12 años, 56% refirió no estar preocupada por su peso; 24% no proporcionó argumentos, pero 20% refiere: inadecuados patrones de alimentación, delgadez, o motivos de salud, datos que podemos apreciar en la Gráfica 4:



El temor a que los hijos tengan fluctuaciones en su peso, se relaciona con la estigmatización de la obesidad y la difusión de hábitos alimentarios “sanos”, que han cobrado fuerza en los últimos años⁵⁰. Eugenia, por ejemplo, que guarda una estrecha relación con su madre, como con su hija, refiere no sólo preocupación porque su esta última pueda “heredar” su anorexia, al grado de influir sobre la niña, al “permitirle” comer o no determinados alimentos, remitiéndonos a la importancia del papel de la madre dentro del núcleo familiar, pues

Para Diana, el lazo con su hija también es sumamente importante, como para Eugenia; y también refleja miedo a que su hija herede su anorexia, a pesar de ya no temer comer frente a las personas, específicamente frente a su hija: *Algo que me ha sorprendido es que comemos juntas, por fin puedo comer con alguien sin pena, sin ocultarme y sin vomitar, desde luego que no todo se ha ido porque me preocupa mi peso, pero actualmente estoy dentro de rangos normales, ya no he tenido anemias, ni bajas de potasio, y espero pronto poder tener otro bebé.*

Tanto las entrevistas, como los resultados del Cuestionario, reflejan la presencia de factores de riesgo al interior de la familia, reforzando el argumento de que el TCA no sólo afecta a quien lo presenta, sino a todo su entorno, más si existen condiciones en el ámbito familiar que lo favorecen, como: sobreprotección materna; hábitos alimentarios transmitidos; permeabilidad de factores del medio sociocultural circundante, como la estigmatización de la obesidad, las “bondades” de las dietas y la alimentación “sana”; observamos que el fenómeno individual, objeto de nuestro trabajo, también se reproduce al interior de las familias en la actualidad.

(2.3) Contexto escolar y de pareja

Si bien estamos refiriendo factores de riesgo familiares, no podemos omitir lo que se transmite entre los pares, en el círculo de amigos y en las relaciones de pareja, pues aunque no hay una incidencia directa sobre la alimentación y el comportamiento en la mesa, sí la hay sobre la imagen que se transmite y aquella que se desea transmitir, imagen aprobada o rechazada por el círculo de amigos, que incide a su vez sobre la propiocepción (percepción de sí mismo).

⁵⁰ En 2007 la SEP lanzó un programa en contra de la obesidad infantil, “Vive saludable escuela”, y si bien la obesidad no es el tema de nuestro trabajo, sí lo es el descrédito social y estigma que pesan sobre ella. Para más información se puede consultar la nota de Luz González “Lanza SEP programa contra obesidad infantil” en *El universal*, <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/42795.html>, recuperado el 27 de marzo de 2010.

Diana refiere las burlas recibidas por parte de sus compañeras: *me decían que parecía una bruja. Me decían que estaba fea, gorda, que no era bonita. Quizá entonces fue cuando empecé a querer bajar de peso, según yo dejaba de comer y me tomaba ollas y ollas de agua simple pero me daba mucho asco. Cuando dejaba de comer, al día siguiente moría de hambre e iba a la tienda y compraba “gansitos”, “canelitas”, “twinkys” y, al regresar a la escuela, en vez de bajar había subido de peso lo cual me hacía sentir una fracasada.* El rechazo por parte de sus compañeros fue el factor precipitante de sus dietas, acorde con lo que se ha mencionado: en la pubertad se busca la aceptación de los pares, y si esta depende de la imagen que se espera, se hará aquello que esté a mano, a fin de apegarse a la expectativa que los otros tienen.

En el Taller, una de las participantes expresó su malestar porque sus compañeras de la escuela anterior la hacían sentir mal, pues todo el tiempo hablaban de la moda, malestar también externado por María de la Luz para quien, poco antes de cumplir 18 años, sintió la presión por complacer la expectativa que de ella tenían: *la escuela y las salidas que hacía con mis amigas me hicieron sentir que debía vestirme mejor y verme mejor, así que empecé a comer menos pan y menos tortillas, y en pocos meses logré bajar unos tres kilos, no era mucho, pero me hizo sentir muy bien.*

Otro aspecto que retomamos es la relación con la pareja, de manera particular referida por Diana y por Eugenia. De acuerdo con la primera, durante su TCA recibió apoyo de parte de su pareja, factor determinante para poder superar esta etapa: *Él me apoyó mucho, incluso en los peores momentos, fue más su constancia que la mía, la que me ayudó a salir, nunca dudó que mejoraría, no sé hasta la fecha cómo logró lidiar conmigo, sobre todo cuando estaba en los huesos, creo que yo no hubiera soportado tanto.*

Eugenia también refiere haber sido apoyada por su pareja, con quien ya tiene más de 15 años de relación: *hemos tenido problemas, pero me ha apoyado mucho, estuvo conmigo cuando tuve aquel problema, supongo que me quiere mucho y me acepta como soy, aunque ya no esté delgada.*

Las relaciones con las amistades y con la pareja refuerzan, en primera instancia, aquello que se transmitirá a la familia, en caso de formar una; y también inciden en la percepción que se tiene de sí mismo. De esta reciprocidad de factores habíamos hablado con anterioridad, y si bien pueden dar lugar a un TCA, también pueden llegar a ser coadyuvantes en su remisión, como lo relataron Diana y Eugenia.

(2.4) Repercusión del TCA en el entorno familiar

Si bien las repercusiones inmediatas de los TCA son en el ámbito personal, podemos decir que, a nivel orgánico las consecuencias llegan a ser extensivas al ámbito familiar, afectando a los seres allegados por la preocupación imperante ante el TCA de uno de sus miembros. En el Taller, un alumno mencionó que el daño que se causan quienes padecen algún TCA no es sólo a su organismo, sino también a sus padres, un TCA no sólo afecta a quien lo presenta sino a todo su entorno, así como existen condiciones en el ámbito familiar que lo favorecen.

Un ejemplo de estas repercusiones, es el suicidio de Marie Caro, madre de Isabelle Caro que, a los pocos meses del fallecimiento de la modelo, se quitó la vida por sentirse culpable de haber llevado a su hija al hospital donde murió, además de vivir señalada por la modelo como responsable de su anorexia, debido a su sobreprotección, y al hecho de hacerla sentir que dejaría de quererla si crecía.⁵¹

En el caso de Diana es interesante observar que refirió cómo, en un primer momento, su familia no quiso percatarse, o simplemente disimuló ser la “familia perfecta”; sin embargo, conforme avanza el relato menciona, que incluso su mamá le permitía usar botes para escupir la comida, y no sería sino hasta cuando tuvo una afectación notable en su organismo, que la canalizarían con los especialistas, es decir, incluso en las etapas más críticas, sus padres se negaban a aceptar la gravedad de su trastorno, haciéndola dudar si realmente ignoraban la gravedad del mismo:

Un día, mi papá me acompañó a un “electro”⁵² en Nutrición y el doctor le dijo, que como no entendía, ellos ya no se iban a responsabilizar de mí, y me canalizaron al “Fray”⁵³ que está muy cerca de Nutrición. Me acuerdo que mi papá se asustó mucho y nos fuimos caminando, en cuanto me recibieron me dijeron que tenía que quedarme. Mi papá se asustó mucho, y yo más, entonces él me preguntó si quería internarme y yo le dije que no, que nos fuéramos.

⁵¹ FUENTE: <http://www.elmundo.es/elmundo/2011/01/20/cultura/1295518733.html>, recuperado el 11 de septiembre de 2011.

⁵² Se refiere a un electrocardiograma, para medir las frecuencias de la actividad cardíaca.

⁵³ Así se le conoce al “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”, para enfermos crónicos, ubicado en la Delegación Tlalpan, al sur de la ciudad de México.

La anterior es sólo una de muchas dificultades que los familiares enfrentan, pues si bien, en un inicio la persona con TCA se siente estigmatizada ante el hecho de no encajar en el modelo estético aceptado, posteriormente, al intentar encajar llevando a cabo dietas o ayunos, purgas o vómitos, excluye a su familia de la sociedad, y de alguna forma sus miembros se sienten estigmatizados por tener a un paciente, que cae fuera de los parámetros médicos y psicológicos aceptables.

Diana menciona que cuando fue diagnosticada y atendida, momento más crítico para el entorno familiar, una de sus hermanas insistió en que no dejara el tratamiento, *incluso me compraba “gerber⁵⁴” de frutas o de carne, “ensure⁵⁵” y biberones, pero también eso lo escupía, en cuanto veía las calorías que tenían, me ponía muy nerviosa.* Desafortunadamente las actitudes “sobreprotectoras” la hicieron sentir acorralada y, ante la falta del control sobre su anorexia, se acentuaron sus conductas autolesivas.

Morin (2005) considera, que “con las angustias, desesperaciones y violencias, la muerte ha ganado terreno en el mismo interior de nuestra psique. Las potencias de autodestrucción y de destrucción, latentes en cada individuo y cada sociedad, se han reactivado en nuestros medios urbanos anónimos, multiplicando y acrecentando las soledades y las angustias individuales, desinhibiendo una violencia que se convierte en la trivial expresión de la protesta, el rechazo, la rebelión.” (p. 116).

Esa angustia individual está presente en Diana, quien actualmente “sobrevive” con miedo constante de que su hija herede su anorexia, y se muestra incierta ante el futuro, afectando con ello su dinámica familiar actual, y en consecuencia, la de su hija: *lo que sí estoy segura es que no quiero ayudar a que sea más catastrófico de lo que pudiera ser, es decir, que no quiero ayudar a destrozarme la vida en el futuro porque tengo una hija y una persona que me quiere y que confió siempre en mí, y no quiero defraudarlos pero tampoco quiero seguir defraudándome.*

Eugenia, muestra un temor similar al de Diana ante la idea de que su hija también desarrolle el problema que ella tuvo, en este sentido, cuida mucho su alimentación, restringe dulces y alimentos que engordan, como forma de “prevenir” las dietas y ayunos que ella presentó a los 20 años.

⁵⁴ Alimento en papilla para bebés.

⁵⁵ Nombre de un suplemento alimenticio.

Lo expuesto reafirma el argumento de que un hecho personal, puede no sólo afectar el núcleo familiar inmediato, sino aquel que se formará con la creación de la propia familia (pareja e hijos), reproduciendo en mayor o menor medida, las pautas de comportamiento, los miedos e incluso las conductas de riesgo, hecho que nos pone en alerta sobre las consecuencias, ya no sólo personales, sino también familiares e incluso sociales de los TCA.

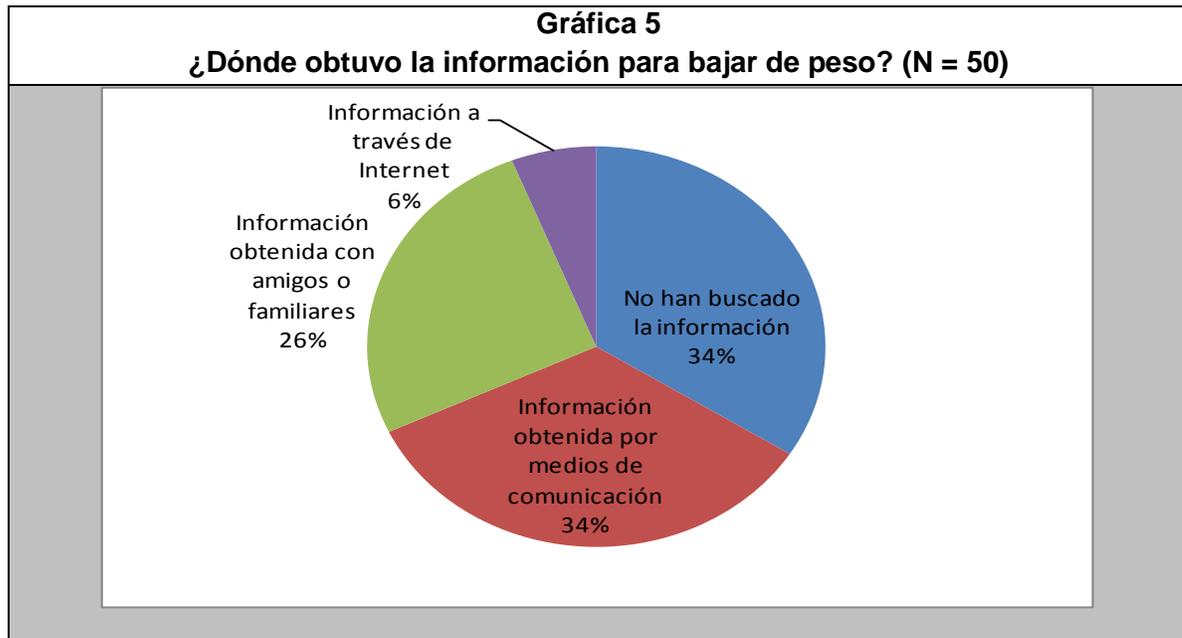
(3) Factores sociales y socioculturales de riesgo

Los factores de riesgo sociocultural, los cuales referiremos en este apartado, como ya lo mencionamos, comprenden el contexto histórico y geográfico donde se desarrollan las personas y sus conductas, resultado éstas de la acción de las primeras. Estos factores se encuentran contextualizados en una época en la que el “consumismo es, por ese motivo, una economía de engaño, exceso y desperdicio. Pero el engaño, el exceso y el desperdicio no son síntomas de su mal funcionamiento, sino garantía de su salud” (Bauman; 2006: 111).

En relación con los TCA, el mayor consumo que se sucede en la sociedad, es el de imágenes, de una belleza y delgadez efímeras que, como una paradoja, hay que “conservar” a toda costa, mediante cirugías, consumo de productos *light*, dietas, incluso a través de los TCA, vistos éstos como únicos recursos.

(3.1) Información y fuentes en torno a los TCA

En primer término, citamos la influencia de los medios masivos de comunicación en la transmisión de pautas y conductas, ejemplo de ello es el origen de la información para las acciones que han emprendido las madres de familia para disminuir de peso, pues del total de la muestra, 66% dijo haber recurrido a alguna fuente, sea medios de comunicación, amistades o familiares, o bien, a través de la *Internet*; esta distribución podemos apreciarla en la gráfica 5.



Lipovetsky (1999) alude a la invasión, en la vida cotidiana de las mujeres, de los mensajes de la prensa femenina moderna, los cuales giran en torno al cuidado del cuerpo y a la preservación de la belleza:

Tradicionalmente, las mujeres se transmitían sus fórmulas de belleza entre amigas o entre madres e hijas. También las obras, que llevaban el título de ‘secretos’ y se dirigían a un público restringido, proponían recetas de perfumes y de afeites para elaborar en casa. Esta cultura confidencial y ‘mágica’ fue destruida por la prensa femenina. A los ‘trucos’ cuchicheados entre mujeres sucedieron los epígrafes ‘Belleza, higiene, salud’, los publirreportajes, el despliegue de los nombres de marcas, una comunicación de masas directa y recreativa de tono eufórico y publicitario (p. 147).

Lo que refiere Eugenia refuerza el argumento precedente, pues considera que en la actualidad se ofertan mucho más opciones para adelgazar:

hay una infinidad de productos que se anuncian y que no dicen qué efectos tienen, ni lo dirán. Por ejemplo, está la sibutramina que está prohibida en otros países, y están todos los productos milagrosos para adelgazar como geles, cremas, pastillas, que de antemano se sabe que son un fraude, pero aun así la gente los compra, porque creen que realmente van a adelgazar.

En relación con la información que poseen, sobre los TCA, los adolescentes, ésta proviene mayoritariamente de *Internet*, y alude a las siguientes conceptualizaciones:

- Los TCA son las enfermedades donde dejan de comer; vomitan todo lo que comen; y no comen, o comen mucho.
- La anorexia es dejar de comer, y la bulimia es comer como si no fuera a haber mañana, y luego, vomitar todo.
- En la publicidad del correo electrónico aparece publicidad para bajar de peso.
- Los TCA tienen que ver con la alimentación y la forma de comer que enseñan los papás.
- Es un problema que afecta a todos.
- Los TCA son enfermedades malas, quienes las tienen se hacen mucho daño, causando problemas no sólo a su organismo, sino también a sus padres.
- Las personas que hacen este tipo de cosas tienen su autoestima muy baja y por eso se dañan a sí mismos, provocándose lentamente la muerte.
- Estas personas se sienten rechazados por los demás, y a veces se sienten bien como están, son temas complicados.
- Es necesario poner atención a los jóvenes y a las personas que puedan tener algún problema o síntoma, facilitándoles ayuda para prevenir.
- La alimentación es fundamental para el crecimiento y el desarrollo, sorprende cómo las personas pueden quitarse la fuente de vida de su organismo.
- Promover estas pláticas o talleres puede beneficiar a muchas personas, si con el tiempo se pueden evitar cosas que podrían provocar la muerte.

Con base en el listado anterior, inferimos que los adolescentes conocen de manera vasta estos temas, por lo que no es la falta de información, sino más bien de educación y concientización hacia los padres y educadores, que a su vez incide en las generaciones más jóvenes, la que se necesita para encauzar de manera crítica los conceptos que se difunden, para saber cómo actuar ante un TCA.

Ser temas que actualmente se conocen de manera tan clara, implica que no sólo han sufrido un aumento epidemiológico, sino también que se ha expandido su difusión y promoción recientemente, pues incluso se promueven de manera velada mediante la publicidad y el ensalzamiento de la delgadez como canon socialmente aceptado. Los niños y los jóvenes tienen acceso a dicha información de manera indiscriminada, lo que implica una gran responsabilidad para los adultos, profesionistas o no, quienes se supone contamos con la madurez para coadyuvar en su manejo crítico, y no en que siga siendo mera información retransmitida, y lo peor, propiciatoria de imitación de ciertas conductas.

(3.2) Modelos estéticos (anteriores y actuales) y sus medios de difusión

Iniciamos este apartado refiriendo la relación entre TCA y publicidad, desde la perspectiva de las entrevistadas. De acuerdo con Diana, cuando ella cursó con anorexia nerviosa, las modelos no eran tan delgadas como las actuales, sin embargo, reconoce que los modelos estéticos femeninos influyeron en ella al grado de hacerla desear parecerse a éstos; en la actualidad reflexiona sobre lo "triste" que resulta ver que *la moda sea más fuerte que las voluntades, o peor, que la voluntad se deposite en la imagen que uno proyecta, y que no siempre es la imagen más agradable a la vista de los demás.*

Eugenia considera que los modelos estéticos no eran tan determinantes cuando estudiaba, como lo son en la actualidad, pero reconoce que sí influyó *la típica imagen de la chava delgada que se ve guapa, para que me decidiera a adelgazar, sobre todo porque yo sí tenía un problema real y fuerte de sobrepeso, y se me hizo muy fácil someterme a dietas extremas y a ejercicios agotadores para poder lograrlo.*

María de la Luz menciona que al momento en que bajó de peso no existía publicidad para adelgazar, ni productos *light*, en consecuencia, tuvo que recurrir a sus propios medios: *Ahora en cambio, existen muchísimos productos para bajar de peso y casi todo tiene su igual en versión "light", hasta el pan, lo cual se me hace un ataque muy fuerte a la obesidad, pero sobre todo, el imponer que las personas tengan que lucir delgadas siempre.*

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

De acuerdo con Lipovetsky (1999), la modelo “instaura una belleza que se ofrece no tanto como objeto para ser conquistado por los hombres como para ser admirado por las mujeres.” (p. 165), esa admiración implica el deseo de “ser como ella”, por lo que “el éxito de las top models es el espejo en que se refleja el valor cada vez más alto que nuestra sociedad atribuye al aspecto físico, a la tonicidad del cuerpo, a la juventud de las formas. El fetichismo contemporáneo del cuerpo juvenil, firme, sin adiposidades se corresponde con la idolatría hacia las top models.” (p. 167), desde luego que dicho éxito posee una maquinaria de promoción, tanto de la imagen, como de los métodos para acceder a ella.

En relación con los productos que se publicitan, de manera indiscriminada en televisión abierta y prensa, como pro-adelgazantes, en la Tabla 12 referimos algunos de ellos; los hemos dividido en accesorios, tópicos y orales, consignando sus características y algunas observaciones respecto de las mismas, con el propósito de dar cuenta de su participación como factores de riesgo social, pues es innegable que la publicidad ha ejercido y ejerce una muy fuerte influencia en los modelos estéticos aceptables y, ofertando distintas opciones, también en la decisión por disminuir de peso y medidas en un contexto social donde la obesidad se estigmatiza, mientras que la delgadez representa lo bueno, lo exitoso.

Tabla 12		
Listado de productos “Pro-adelgazantes”		
ACCESORIOS		
Producto	Características	Observaciones sobre el producto
Fitness step (calzado: tenis, botas, zapatos casuales)	<ul style="list-style-type: none"> - Calzado para “bajar de peso”. - Efecto milagroso con sólo caminar. - No propone hacer dietas y/o ejercicios. - Recomienda usarlos durante 10 minutos, 3 veces a la semana. - Ostenta contar con tecnología para tonificar los músculos. - Refiere estar evaluado por ortopedistas y expertos recomendándolo como calzado que mejora la circulación, previene las varices y combate la celulitis. - Se anuncia como “recomendado para todas las edades”. 	<p>Si bien no recomienda someterse a dietas y/o ejercicios, enfatiza en que con sólo caminar se adelgazará un promedio de dos kilos por semana, lo cual no sólo es publicidad engañosa, sino que también incita a la prisa por adelgazar a un ritmo rápido, inusual, agresivo.</p> <p>Al referir la evaluación que tiene por parte de especialistas, reafirma que adelgazar es algo saludable, al alcance de todas las personas y con la anuencia de los “expertos”.</p>

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

ACCESORIOS		
Producto	Características	Observaciones sobre el producto
Abcoaster (aparato para hacer abdominals)	<ul style="list-style-type: none"> - Posee amplia difusión. - De acuerdo con su publicidad contribuye al moldeado y tonificación de los músculos abdominales y otros. - El objetivo que dice se alcanzará es el de una figura estética. 	<p>Este aparato “ejercitador” se anuncia diariamente durante la programación matutina en televisión abierta.</p> <p>Su publicidad incluye imágenes de hombres y mujeres que tienen la figura “ideal” gracias a su uso.</p> <p>El mensaje es claramente pro-adelgazante, vinculado con la esbeltez.</p>
Cardio twister (aparato ejercitador)	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo con su publicidad es novedoso y ayuda a quemar grasa y esculpir abdominales y muslos. - Menciona poseer un sistema de movimiento de escalada multidireccional, lo cual implica que trabaja todos los músculos del cuerpo. 	<p>Al igual que el denominado “Abcoaster”, este aparato aduce las bondades de lucir una figura esbelta y “debidamente trabajada” por el ejercicio.</p> <p>Refuerza la idea de la figura esbelta, y los modelos que lo anuncian lucen su abdomen y sus músculos, como resultado de usar este ejercitador.</p>
Bioshaker (aparato ejercitador a base de vibraciones)	<ul style="list-style-type: none"> - Se anuncia como un aparato novedoso que, con base en las vibraciones a gran velocidad que produce ejercita, ciertos sectores del cuerpo. - Su uso permite reducir peso y tallas lejos del gimnasio. - Condena las dietas como peligrosas. 	<p>Su publicidad condena las siluetas que no son esbeltas o delgadas.</p> <p>Llama la atención que uno de sus argumentos verse sobre la peligrosidad de las dietas, cuando ya se ha asentado que el ejercicio en exceso se considera una conducta riesgosa, propia de los TCA.</p>
PRODUCTOS TÓPICOS		
Producto	Características	Observaciones sobre el producto
Cold heat (crema corporal y gel frío)	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento que consta de una crema corporal caliente que al aplicarse en la noche disuelve la grasa en zonas donde ésta se acumula. - El gel frío es de uso matutino y ayuda a tonificar las áreas flácidas. 	<p>Hace referencia a la tonificación de los músculos y a la disolución de grasa del cuerpo, es decir, lleva implícito el mensaje de que lo deseable es lucir un cuerpo magro y esbelto.</p>

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

PRODUCTOS ORALES		
Producto	Características	Observaciones sobre el producto
Metaboltonics (Té, café y pastillas)	<ul style="list-style-type: none"> - Se anuncia como reductor, controlador y para mantener el peso en pacientes con sobrepeso moderado. - El sobrepeso al que alude es causado por “comer en exceso”. - Previene que no es sustituto de las comidas, por lo que debe acompañarse de una dieta balanceada. - No recomienda administrarse por más de tres meses consecutivos. - Alerta sobre los siguientes efectos: dolor de cabeza, cansancio, agotamiento, palidez y mareo. 	<p>Este producto ha sido altamente publicitado en televisión, y con el paso del tiempo han surgido nuevas versiones del mismo.</p> <p>El sobrepeso por “comer en exceso” refiere la restricción que debe tenerse para no “engordar”, es decir, remite al ayuno.</p> <p>A pesar de que alerta no consumirlo por más de tres meses por tener efectos secundarios, se anuncia como “ideal” para reducir, controlar y mantener el peso.</p> <p>Al igual que los productos anteriores, estigmatiza la obesidad.</p>
Cap slim (cápsulas)	<ul style="list-style-type: none"> - Se anuncia como extraído de la corteza de un árbol llamado “Troncomin”. - Dice contener elementos 100% naturales y orgánicos. - Refiere que al consumirlo no se perderá el apetito, sino que “desaparecerá la ansiedad por comer, gracias a la motivación obtenida por adelgazar”. 	<p>La corteza que contiene el árbol de donde es extraído produce efectos laxantes y dolor de cabeza, lo cual no se advierte en su publicidad.</p> <p>El uso de laxantes se considera una conducta de riesgo y sin embargo, este y otros productos basan su éxito como reductores de peso afectando el curso normal de la digestión y dañando la flora intestinal por el efecto de “barrido” que produce la laxación.</p> <p>Cuando refiere la motivación por adelgazar, se refuerza la pérdida de peso como objetivo deseable, con una velada obsesión por bajar continuamente de peso.</p>
Dieter's drink (pastillas y té)	<ul style="list-style-type: none"> - Está compuesto por “hojas de sen”. - Recomienda una dosis de 2 cápsulas por la mañana. - Entre sus efectos menciona la eliminación de grasa. 	<p>Diana relató que compraba las “hojas de sen” a granel en las droguerías para sus “infusiones”, pues los laxantes comerciales no tenían ya este efecto en su organismo. No es difícil pensar que pueden recurrir a lo mismo quienes adquieran este producto que no se anuncia como laxante sino como coadyuvante en la eliminación de grasa, cabe aclarar que las “hojas de sen” son de venta libre.</p>

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

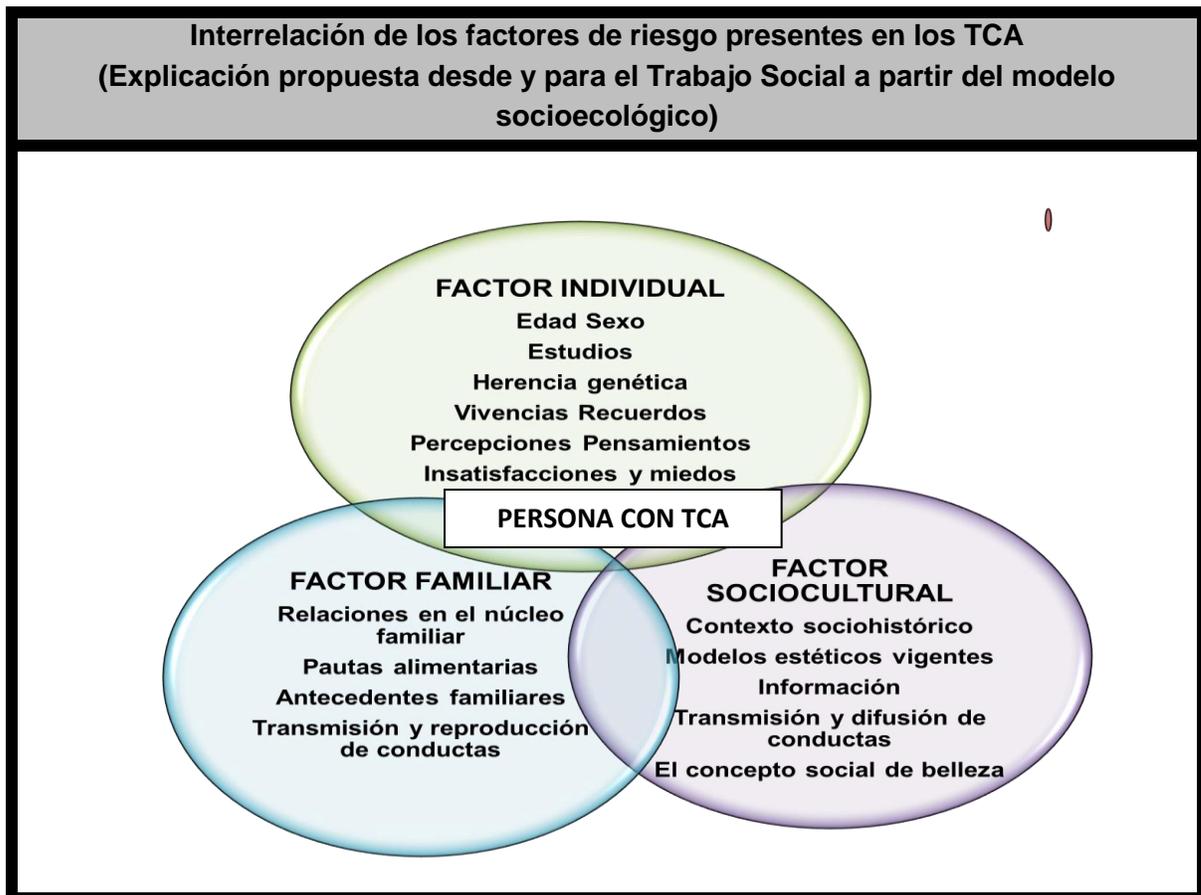
PRODUCTOS ORALES		
Producto	Características	Observaciones sobre el producto
Slimfast (malteadas de sabores)	<ul style="list-style-type: none"> - Se anuncia como dieta útil para bajar y mantener el peso. - La dosis recomendada para bajar de peso es de dos malteadas diarias. - Propone combinar su consumo con una dieta, no mayor a las 1,200 kilocalorías. 	<p>Pertenece a una cadena de diversos productos dedicados a “ayudar” en la pérdida de peso y la eliminación de grasa.</p> <p>Inicialmente eran exclusivos de las “clínicas” <i>Slim</i>, sin embargo, conforme ha pasado el tiempo, esta cadena los ha comercializado cada vez a mayor escala con el propósito no sólo ayudar a las personas a adelgazar sino también a que se mantengan con la silueta “perfecta”.</p>
Té chino (Té)	<ul style="list-style-type: none"> - Su publicidad promete adelgazar hasta 5 kilos por semana, sin someterse a dieta alguna. - Recomienda un consumo diario de dos tazas. - No menciona sus componentes, sólo que está basado en la medicina tradicional china. - Las funciones que dice poseer son: antioxidante, astringente, antibacteriano y diurético. 	<p>Las propiedades milagrosas del té chino, prometen bajar hasta 5 kilos por semana, lo cual es altamente peligroso y estaría implicando adelgazar en promedio 20 kilos al mes.</p> <p>No menciona cuáles son sus componentes, llama la atención ver que una de sus funciones es la diuresis, lo cual nos permite suponer que la pérdida de peso obedece a la pérdida de líquido, y en consecuencia, de electrolitos como sodio y potasio, altamente riesgoso para la salud, específicamente en el funcionamiento cardíaco; desde luego, no lo advierte entre sus efectos.</p>
Vegeline (píldoras)	<ul style="list-style-type: none"> - Su publicidad sugiere que es una píldora para adelgazar. - No menciona sus componentes. - Recomienda consumirlo para perder incluso más de 8 kilos por semana, es decir, un kilo por día. - Menciona estar avalado por los laboratorios “Via tonic” de origen inglés. - Refiere que no necesita prescripción médica para acceder a él. 	<p>La publicidad de este producto es pro-adelgazante.</p> <p>Enfatizamos en que si dice no requerir prescripción médica es quizá porque no está avalado, y porque se oferta “accesible” a todas las personas.</p> <p>Al prometer que se adelgazarán 8 kilos por semana, queda la duda si sus componentes tienen efectos diuréticos, laxantes o combinan ambos para que produzcan una pérdida de peso tan rápida.</p>

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

PRODUCTOS ORALES		
Producto	Características	Observaciones sobre el producto
Sibutramina (medicamento anorexígeno)	<ul style="list-style-type: none"> - Es la sustancia activa de un medicamento anorexígeno (inhibidor del apetito). - Hasta hace poco se anunciaba en las farmacias de genéricos y similares, incluso en promociones de “dos por uno”. - La sibutramina está prohibida en varios países, incluyendo al nuestro recientemente. 	<p>La sibutramina es uno de los anorexígenos más publicitados en la actualidad, así como uno de los más riesgosos por sus efectos secundarios (mareos, irritabilidad, ansiedad, manía, entre otros).</p> <p>En México, la Cofepris (Comisión Federal para la protección contra riesgos sanitarios) prohibió su venta, cabe mencionar que hasta hace poco seguía anunciándose como coadyuvante para perder peso.</p> <p>Asimismo, se recomienda consumir este medicamento en las páginas “pro ana” y “pro mía”, lo cual la convierte en un producto que tiene una fuerte difusión entre las personas que tienen algún TCA, hecho que resulta alarmante, tanto en el ámbito médico como en el ámbito social.</p>
<p>FUENTE: Elaboración propia, con base en el registro de los productos expuestos en esta Tabla. Cfr. Anexo 4 para consultar la tabla que antecede a ésta.</p>		

Finalizamos este capítulo enfatizando que nuestro objetivo general de interrelacionar los distintos factores presentes en un TCA, implicó limitantes en cuanto al alcance del estudio, por lo que, queda abierta la posibilidad de ampliarlo, insistiendo en que el Trabajo Social, a través de sus recursos metodológicos, puede ser un soporte para la elaboración futura, incluso de un modelo de intervención.

Con base en el modelo socioecológico, que fue nuestro eje teórico, proponemos el siguiente diagrama de Venn para explicar esta interrelación de factores:



En lo que atañe a nuestro trabajo, logramos dar cuenta que hay una imposibilidad de explicación alguna de los TCA, si se tratan de separar las características de la persona (edad, sexo, estudios, pensamientos, recuerdos, vivencias, pautas alimentarias propias...), de su familia (el entorno en su hogar, conductas alimentarias recibidas y posteriormente transmitidas, relaciones en la escuela, con sus pares...) y del contexto sociocultural (la publicidad, la presión social, las críticas de los otros, los modelos estéticos y el anhelo de ser como ellos, la difusión de lo que es bello y cómo conseguirlo...); es decir, los factores se reabastecen entre sí, y no se puede estudiar uno sin implicar el estudio de otro.

SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES

Hojas

*Entre las hojas verdes
tan modélicas
y las otras las muertas
tan cantadas
quedan las pobres hojas
que agonizan
esas que a nadie importan
ni conmueven*
(Mario Benedetti)

Como sustentante de la presente tesis de Maestría en Trabajo Social, en primera instancia mencionamos dos limitantes del presente trabajo: la bibliografía encontrada, en relación con la prevalencia epidemiológica, da cuenta solamente hasta el año 2010. En referencia a la metodología, ésta quedó constreñida a una parte minúscula de población, lo cual si bien denota la necesidad de ampliar el campo de investigación desde el Trabajo Social, también representa un avance en el estudio de este fenómeno ya que, desde esta disciplina, aún son escasas las investigaciones, siendo que es un campo fértil para recibir aportaciones desde ésta, y otras propias del área de las Ciencias Sociales.

Si bien, no es posible prever el futuro, ni mucho menos la inmensa gama de temas susceptibles de ser investigados por el Trabajo Social, no sólo para describirlos como fenómenos sociales, sino principalmente para ofrecer un aporte comprensivo, analítico, incluso un modelo de intervención, todos los anteriores como coadyuvantes en la estructuración de propuestas de solución frente a las distintas problemáticas; nuestro compromiso como científicos sociales nos impide dar por terminado este quehacer por lo que, en correspondencia con lo anterior, hemos llegado a las siguientes conclusiones, esperando que sirvan de preámbulo para futuros análisis, estudios y/o investigaciones:

1. Como señalamos al inicio de la presente, el tema de nuestra tesis surgió durante los estudios de licenciatura en Sociología, por lo que, atendiendo a aquel compromiso, continuamos con nuestro trabajo y hoy, así como en aquel entonces lo planteamos, insistimos en que la labor de investigación respecto a los TCA sigue resultando inacabada y la presente es sólo una invitación para continuar con los estudios, en este caso, desde el Trabajo Social en relación con los fenómenos, que como los TCA, aún son privativos del ámbito médico y de las demás Ciencias de la Salud.

2. La presente investigación significó un reto al implicar un fenómeno tratado esencialmente desde la perspectiva médica, lo que muy probablemente nos orilló a cometer algunas omisiones interpretativas; no obstante, pudimos constatar cómo el ser humano y su entorno, se encuentran estrechamente vinculados y se inciden recíprocamente. En el caso de este fenómeno, encontramos que los modelos estéticos y la pro-delgadez están presentes en las madres de familia, en los adolescentes a quienes se impartió el Taller, y han estado presentes en las mujeres entrevistadas, no sólo al inicio de su TCA, sino también en su vida actual, reforzados gracias a la anuencia de los discursos institucionales y las acciones sanitarias emprendidas, no sólo en nuestro país en contra de la obesidad, cayendo en los extremos de satanización de la obesidad, así como también de la extrema delgadez, pasando la atención médica en ambos extremos al tercer nivel de salud, el de rehabilitación, que es más costoso económica y socialmente.
3. El ideal estético vigente es imperativo en su forma, porque niega *per se* cualquier error, defecto, arruga, es decir, la rigidez para su consecución demanda lo imposible (dietas extremas, ayunos, ejercicios extenuantes, a veces hasta cirugías), ello sugiere que en el fondo posee una fuerte carga de violencia contra las personas que a él quieren ajustarse, porque dicta adecuarse al modelo, yendo en contra de cómo son realmente, incluso a renunciar a quienes son para ser quienes no son, con la promesa de que al transformarse, lograrán ser quienes se les pide que sean.
4. Después de este estudio podemos observar, principalmente en los casos de personas que padecieron algún TCA, que sus vidas quedaron “fragmentadas” a consecuencia de este padecimiento, afectando todas las esferas implicadas en su cotidianidad: la personal (aún presentan miedos, insatisfacciones, conductas de riesgo, viven con temor respecto a su salud o la de sus seres queridos...), familiar (intentan ejercer un control de su entorno inmediato en materia alimentaria, a fin de prevenir aquello que vivieron, principalmente con los hijos...), y social (están al pendiente de la información que se transmite y alertas porque el contexto ha favorecido aún más los TCA, que cuando ellas mismas lo presentaron...), lo anterior nos permitió establecer de manera más clara la interrelación de los distintos factores proponiendo para su explicación un diagrama de Venn⁵⁶.

⁵⁶ Cfr. Pág. 139 de la presente tesis.

5. Los TCA son patologías características de las sociedades occidentales u occidentalizadas, y en el proceso de mundialización o globalización, se están extendiendo, “democratizando” de acuerdo con Lipovetsky, sin distinción de edades, sexo, condición socioeconómica, religión, raza..., a través de los diversos canales informativos y publicitarios que estigmatizan la obesidad; ello demanda un necesario abordaje preventivo, terapéutico y analítico multidisciplinario donde el Trabajo Social resulta idóneo para dar respuestas desde el campo de la investigación y de la acción inmediatas, aquí yace la riqueza de esta disciplina: tener como fuente de información al actor social mismo. Complementar esta labor es lo que proponemos, y de esta manera, nos atrevemos a enumerar las siguientes sugerencias:
- a) Los esfuerzos de investigación y análisis, en relación con los TCA, son susceptibles de complementarse de manera multidisciplinaria ya que las personas no son sólo ellas y su patología, sino que son la cotidianidad de su persona y la patología vivida en los ámbitos en que se desenvuelve; fragmentar, por la urgencia médica, el análisis contextual, atomiza a su vez la comprensión del fenómeno social, en cambio, la propuesta de un abordaje holístico nos permite ver, no cómo debemos ser, sino qué tipo de sociedad somos, qué psicopatologías se presentan en ella, así como el “por qué” y el “cómo” les hacemos frente.
 - b) El desarrollo de nuevas investigaciones sobre el fenómeno de los TCA permanece abierto, y de ninguna manera pretende concluir con este trabajo, pues al ser una labor constante, necesariamente requiere de actualización y complementación. Cabe señalar que el Trabajo Social proporciona herramientas metodológicas valiosas, desde la investigación cualitativa, que nos acercan a las personas y a su contexto, y que nos permiten conocer los fenómenos desde sus actores, dando pauta a la comprensión de la cotidianidad de los actores sociales en su contexto, bases todas ellas del modelo socioecológico.

- c) Por último, sugerimos un abordaje analítico que permita la complementariedad de los modelos psicomédico y socioecológico, retomando nuevamente lo que señala Rojas Soriano (1991): “La investigación de los fenómenos sociales no es patrimonio de una sola disciplina, sino que requiere del concurso de diversas profesiones que permitan con sus respectivos enfoques y herramientas teórico-metodológicas un análisis más completo y consistente de los problemas. Lo anterior cobra importancia por el hecho de que los procesos sociales son tan complejos que demandan una investigación integral de todos y cada uno de sus componentes para tener un conocimiento más profundo y exhaustivo de la problemática en que se desenvuelve la sociedad.” (p. 23).

Ello no sólo en relación con el tema presentado en esta investigación, sino también para otros temas referentes al área de la salud, ya que ello implica considerar también la multidimensionalidad humana, pero sobre todo explicar un fenómeno, gracias y a través de la experiencia del otro, con base en la empatía, que como señala Fromm:

*consiste en sentir que nada humano es ajeno a uno, que ‘yo soy tú’, que un ser humano puede comprender a otro ser humano porque los dos participan en los mismos elementos de la existencia humana. Esta experiencia humanista sólo es plenamente posible si ampliamos nuestra esfera de conocimiento. (...) La ampliación del conocimiento en sí mismo, que trasciende la conciencia e ilumina la esfera de lo inconsciente social, le permitirá al hombre experimentar en sí mismo todo lo de la humanidad... (Erich Fromm, en: *El corazón del hombre*, p. 107).*

En resumen, en el estudio, investigación y explicación de fenómenos, como los TCA, que implican las esferas bio-psico-social de las personas, “la integración de equipos de personas con diferente formación profesional es un imperativo en el mundo actual de la investigación, puesto que solamente el esfuerzo conjunto podrá conducir al logro de objetivos de mayor envergadura y en periodos menores.” (Rojas Soriano; 1991: 23).

ANEXOS

DATOS DE SALUD Y ALIMENTACIÓN

7. Por favor anote cuánto pesan y cuánto miden sus hijos:

Hijo (a)	Peso	Talla (

8. ¿Qué tan satisfecha se siente con la forma de comer de sus hijos?

Muy satisfecha	
Satisfecha	
Poco satisfecha	
Inconforme	

¿Por qué? _____

9. Usted considera que sus hijos son:

Gordito/Obeso	
Llenito/Sobrepeso	
Peso normal	
Flaquito/delgado	

¿Por qué? _____

10. ¿Si sus hijos tuvieran sobrepeso, lo sometería a alguna dieta?

Sí ()

No ()

¿Por qué? _____

11. ¿En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, con quién acudiría?

Médico general ()

Pediatra ()

Nutriólogo ()

Enfermeras ()

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

12. ¿Ha llegado a pensar que alguno de sus hijos utiliza pretextos para no comer adecuadamente (por ejemplo: dolor de cabeza, mucha tarea, cansancio, dolor de estómago)?
- Siempre ()
- A veces ()
- Alguna vez ()
- Nunca ()
13. Cuando usted ha sido exigente para que su(s) hijo(s) coma(n), se ha dado cuenta de si va a vomitar:
- Alguna vez ()
- Siempre ()
- Nunca ()
14. En caso de que sus hijos hayan utilizado pretextos para no comer, cuáles acciones de las siguientes utiliza usted.
- () Insisto
- () Castigo
- () Ofrezco algún postre o golosina
- () Regaño
- () Lo presiono para que se acabe la comida
- () Dejo que coma hasta que tenga hambre
- () Otro, ¿cuál? _____

DATOS DE LA MADRE

15. ¿Cuánto pesa usted? _____ kg
16. ¿Cuánto mide usted? _____ cm
17. ¿En los últimos seis meses ha tenido usted problemas con su peso?
- Sí _____
- No _____
- ¿Por qué? _____

18. ¿Qué tan satisfecha se siente usted con su figura?

Muy satisfecha ()

Satisfecha ()

Poco satisfecha ()

Inconforme ()

¿Por qué? _____

19. ¿Durante los últimos 6 meses ha realizado alguna de las siguientes actividades con el objetivo de controlar su peso?

() Dieta (comer menos de lo que acostumbro)

() Saltarme o evitar alguna de las comidas del día

() Consumo prioritario de líquidos

() Tomo pastillas para disminuir mi apetito

() Uso diuréticos (para eliminar agua más rápidamente)

() Uso laxantes (naturales o prescritos)

() Cuando me siento llena, me produzco el vómito

() Trato de consumir alimentos bajos en calorías (*light*)

() Otro ¿Cuál? _____

20. En caso de haber marcado alguna o varias opciones, indique de dónde ha obtenido la información para hacerlo:

() Revistas

() Televisión

() Anuncios en la calle

() Consejos de amigas

() Consejos de familiares

() Internet

() Radio

21. ¿Le preocupa su peso corporal?

No ()

Sí () ¿Por qué? _____

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Resultados del Cuestionario exploratorio sobre hábitos alimentarios

Los resultados que a continuación presentamos se han agrupado con base en la información a la que hacen referencia y corresponden al cuestionario exploratorio sobre hábitos alimentarios aplicado durante los meses de enero y febrero de 2010 a un total de cincuenta madres de familia de las escuelas públicas de educación primaria “Lic. Eduardo Facha Gutiérrez”, en la Delegación Álvaro Obregón, y del Centro de Enseñanza en Sistema Abierto Intensivo de la Delegación Benito Juárez, en virtud que ambos centros educativos nos proporcionaron las facilidades para realizar dicha aplicación. Con base en los resultados, efectuamos un breve análisis de y también establecimos los criterios de selección para las entrevistas con las mujeres que de manera voluntaria nos proporcionaron una entrevista, y que previamente refirieron haber padecido algún TCA.

a) Datos generales

La **edad** de las madres de familia osciló entre los 23 y los 58 años, con un promedio de 41 años y una desviación estándar de 8.35. Este rango refiere la heterogeneidad de la muestra. Sin embargo, nos permitió constatar que la preocupación por la delgadez no está determinada por el factor etario y que inclusive madres de familia mayores de 40 años muestran preocupación por su peso, su imagen corporal y la de sus hijos, aunque no lo manifiesten abiertamente.

En relación con el **estado civil** encontramos los siguientes datos: 18% es soltera, 64% está casada o en unión libre, 12% está divorciada, y 6% es viuda.

En referencia a la **escolaridad** 28% de las madres cursó el nivel educativo básico de manera completa; 24% refirió estudios técnicos o comerciales; 18% cuenta con educación media superior incompleta, y 10% de manera completa. Para el caso de la educación superior 8% refirió tener una licenciatura trunca y 12%, concluida. Los datos implican que sólo 20% de las madres lograron concluir la educación media superior y acceder a estudios universitarios (los hayan concluido o no).

Los porcentajes cobran importancia al relacionarlos con la **ocupación de la madre y del padre o cónyuge** principalmente porque en referencia a la primera los datos arrojan que 44% se dedica a labores del hogar, 48% está empleada en diferentes sectores (principalmente servicios), y sólo 8% ejerce una profesión (dato que contrasta con el 12% que declaró haber concluido una licenciatura). En relación con la ocupación del cónyuge las madres refieren que 52% se dedica al comercio, trabaja por su cuenta o en alguna empresa; 2% se dedica a la enseñanza, 6% ejerce una profesión, y 9% no refirió datos. Para el caso de mujeres viudas o divorciadas quienes son las encargadas de la manutención del hogar

b) Datos de los hijos

En relación con el **número de hijos**: 42% refiere tener dos hijos; 32% uno, 24% tres y 2% refirió tener cuatro hijos.

En el caso de quienes refieren tener un solo hijo 66% es de sexo masculino y 34% femenino, con edades que oscilan entre los 4 y los 31 años. Aquellas que refirieron un segundo hijo, el sexo de éste se distribuye en 56% masculino y 44% femenino, con edades entre los 3 y 27 años; quienes refirieron un tercer hijo, su sexo se distribuye en 67% de sexo masculino y 33% femenino, con edades entre 1 y 14 años; por último, sólo una de las madres refirió tener un cuarto hijo de sexo masculino, con una edad de 6 años; los datos reflejan el predominio de hijos varones.

En relación con los **problemas de salud de los hijos** sólo se consignaron los siguientes: 3 casos de asma; 2 casos de miopía y 1 caso de rinitis, de un total de 99 hijos en conjunto para toda la muestra.

c) Datos socioeconómicos y constitución familiar

En este inciso agrupamos los datos referentes al tipo de familia, vivienda e ingresos. En relación con el **número de personas que habitan la casa**, éste oscila entre 2 (madre e hijo) y 8 personas (familia extensa) distribuidos de la siguiente manera:

- 6% hogares de 2 personas;
- 22% hogares de 3 personas;
- 36% hogares de cuatro personas;
- 24% hogares de 5 miembros;
- 8% hogares de 6 miembros,
- y 5% hogares de 8 miembros.

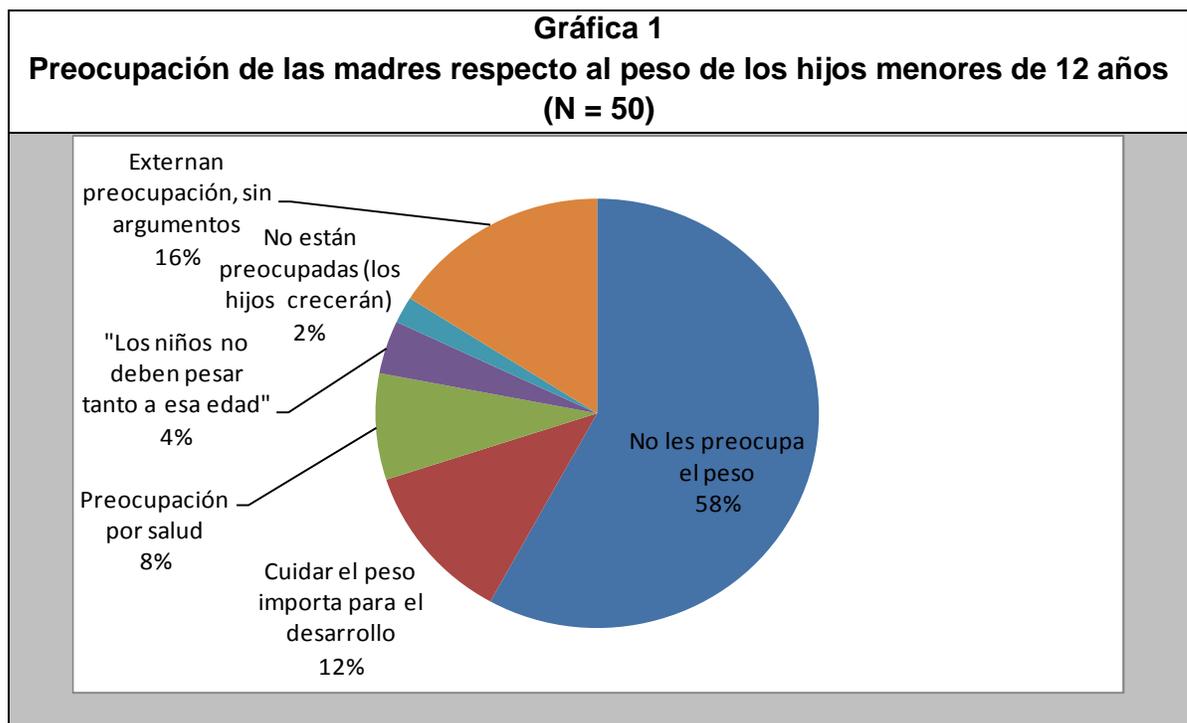
En relación con el **tipo de familia** 48% comprende familias nucleares; 24% familias monoparentales (por viudez o separación del cónyuge), y 28% familias extensas. Al preguntar quiénes apoyan con el **sostenimiento del hogar**, 42% respondió que la manutención está a cargo del padre y de la madre; 32% refiere que recae sólo sobre el padre, 18% sólo sobre la madre, y 8% refiere que los gastos están a cargo de la madre y los abuelos maternos.

d) Datos de salud y alimentación (conductas individuales y familiares)

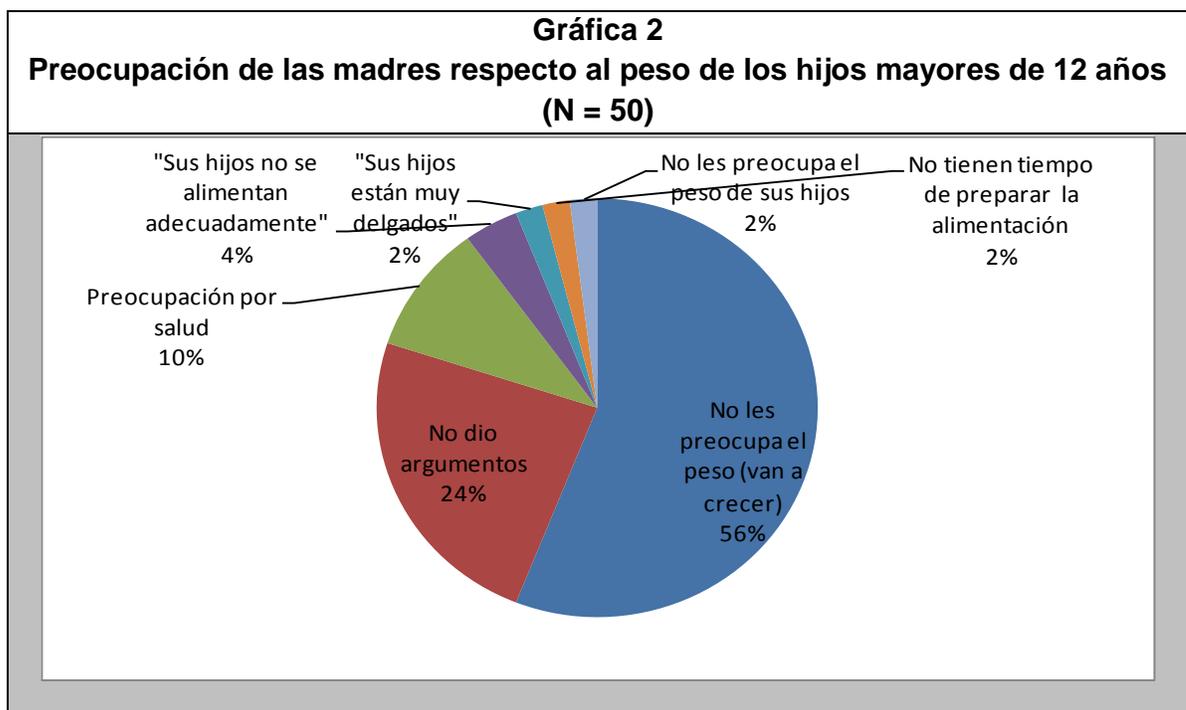
En este apartado presentamos los datos relacionados con las conductas alimentarias y los factores de riesgo presentes en los TCA acorde al modelo psicomédico. Mencionamos en primer lugar la **Satisfacción de la madre con la imagen corporal de los hijos** ante lo cual 56% refirió estar satisfecha, 26% refirió estar muy satisfecha, y 9% refirió estar poco satisfecha (inconforme). Sin embargo, en relación con el **peso de sus hijos** 64% considera que tienen un peso normal, 20% refirió que presentan sobrepeso, 4% refirió obesidad en los hijos, y 12% declaró que sus hijos están "flaquitos". Si conjuntamos los datos observamos que 36% refirió alguna desviación en el peso de los hijos (obesidad o delgadez).

Relacionados con los datos precedentes 2% refiere tener que llevar a sus hijos al nutriólogo; 12% de los hijos está excedido de peso de acuerdo con los médicos; 10% es flaquito por complejión, pero 2% refiere que sus hijos son flaquitos porque tienen ayunos prolongados, dato que llamó nuestra atención.

Considerando que la edad de los hijos influye en la decisión de someterlos o no a dieta encontramos las siguientes razones para los hijos menores de 12 años: 58% declaró no estar preocupada por el peso de sus hijos, sin embargo, del 42% que sí refiere estarlo la distribución de las razones para dicha preocupación se observan en la Gráfica 1:

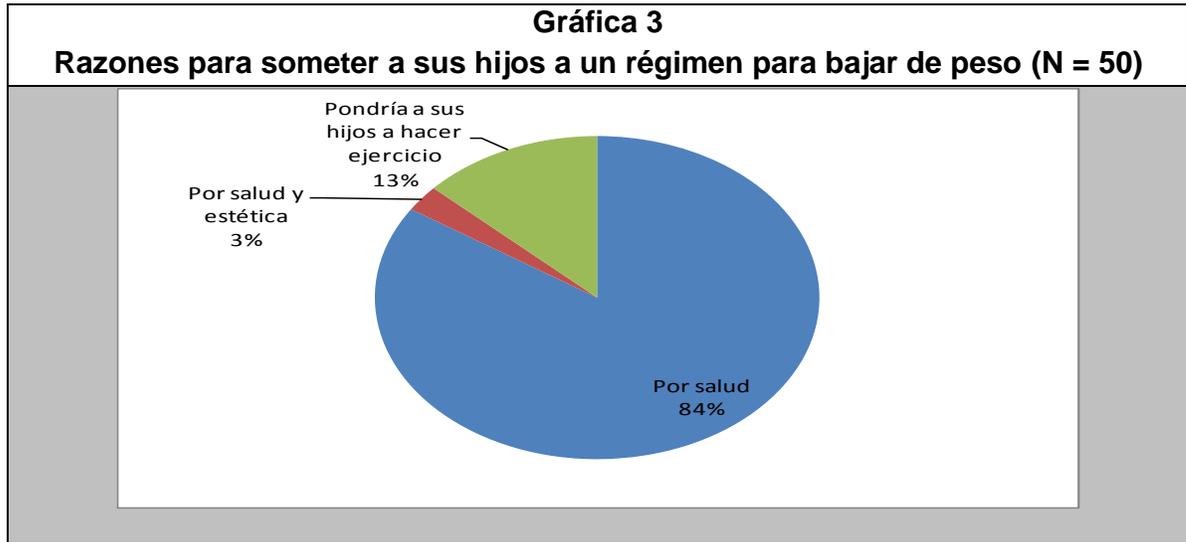


Con base en esto constatamos preocupación con respecto al peso de los hijos, temor a que suban o bajen de peso, ello se relaciona con la estigmatización de la obesidad y la difusión de los hábitos alimentarios “sanos” que ha cobrado fuerza en los últimos años⁵⁷. Indicadores como este nos permitieron establecer la guía temática para la entrevista pero, también dar cuenta de las contradicciones en las respuestas pues en relación con los hijos mayores de 12 años 56% refirió no estar preocupada por su peso, 24% no proporcionó argumentos, sin embargo 20% refiere lo siguiente: inadecuados patrones de alimentación, delgadez, o simplemente dicen estar preocupadas por el peso los hijos por motivos de salud, estos se aprecian en la Gráfica 2:



Después de constatar la preocupación por parte de las madres al observar que sus hijos se alimentan de manera insuficiente, al momento de preguntar si someterían a dieta a sus hijos, en caso de que éstos presenten sobrepeso, 68% respondieron que sí, lo cual indica la presencia del miedo a subir de peso. Desagregando los datos encontramos que 68% respondió no estar dispuesta a someter a sus hijos a dieta bajo el argumento de que los niños están muy chicos, no obstante, del 32% que se pronunció dispuesta a someter a sus hijos a dieta podemos la distribución de sus razones en la Gráfica 3:

⁵⁷ En 2007 la SEP lanzó un programa en contra de la obesidad infantil, “Vive saludable escuela”, si bien la obesidad no es el tema de nuestro trabajo, sí lo es el descrédito social y estigma que pesan sobre ella. Para más información, se puede consultar la nota de Luz González “Lanza SEP programa contra obesidad infantil” en *El universal*, en la siguiente dirección: <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/42795.html> (recuperado el 27 de marzo de 2010).



Asimismo, se solicitó que indicaran con quién llevarían a sus hijos en caso de someterlos a dieta ante lo cual 68% respondió que acudiría con un nutriólogo; 6% con el pediatra; 6% con el médico familiar, y sólo 20% reafirmó que no los sometería a dieta alguna, en contraste con el 68% que dijo no estar dispuesta a someter a sus hijos a dieta.

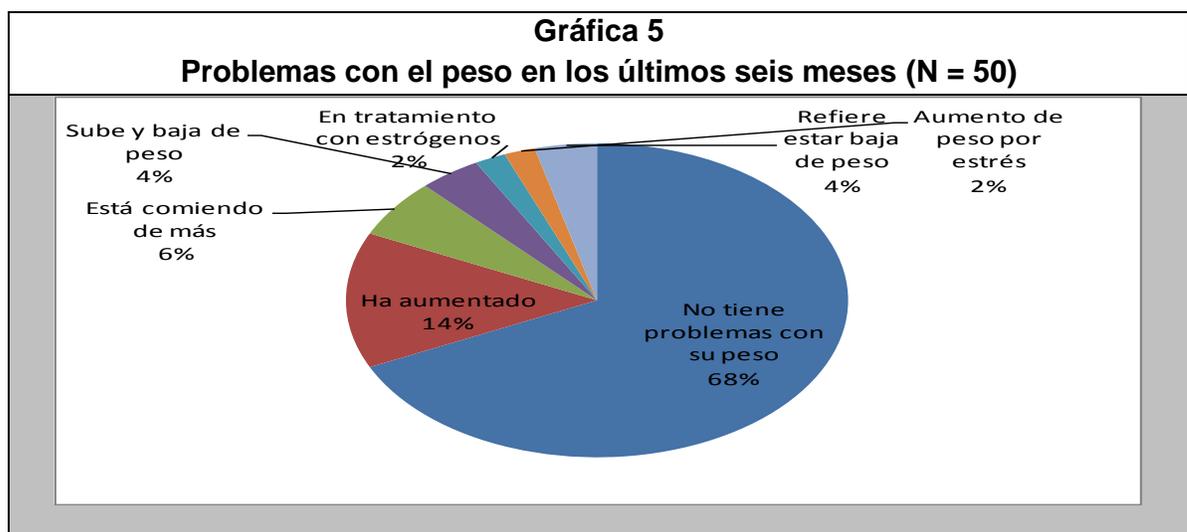
Al preguntar si **sus hijos han utilizado algún pretexto para comer** 56% respondió que nunca han utilizado pretextos; 28% menciona que alguna vez, y 16% refirió que a veces. Al conjuntar estos porcentajes encontramos que 44% de los hijos en algún momento ha utilizado pretextos para no comer; en relación con éstos, 48% de las madres refieren diversas estrategias las cuales apreciamos en la Gráfica 4.



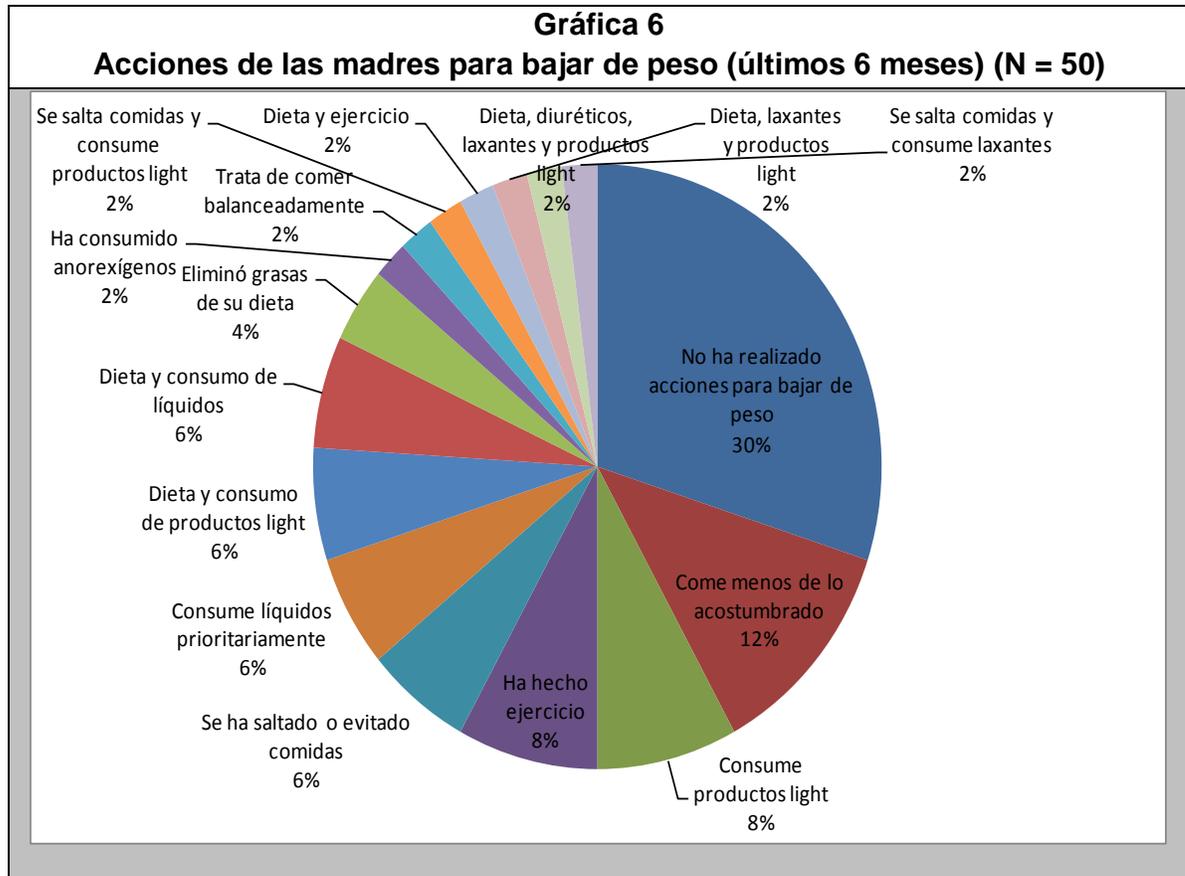
En relación con los datos anteriores se cuestionó a las madres qué sucede en caso de ser exigentes con los hijos cuando no comen y aunque 88% refiere que al adoptar esta actitud nunca se ha percatado si sus hijos vomitan, 12% declara que alguna vez ha notado que sus hijos han ido al baño a vomitar. Lo anterior es un claro indicador de factor de riesgo.

Referente a la **satisfacción con la propia imagen corporal** Sepúlveda *et al.*, (2001) señalan que una alteración de la imagen corporal es la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales: 76% de las madres refiere sentirse insatisfecha e inconforme y sólo 24% se declara satisfecha. La satisfacción/distorsión de la imagen corporal es un factor de riesgo relacionado con acercarse o alejarse a los ideales de belleza; Lipovetsky (1999) menciona que las mujeres se muestran más descontentas de su cuerpo que los hombres: sólo uno de cada diez hombres se declara muy insatisfecho con su cuerpo, frente a una de cada tres mujeres; asimismo, ellos deforman positivamente la imagen de su cuerpo mientras las mujeres tienden a deformar la visión de su cuerpo en sentido negativo (p. 177).

Podemos ilustrar lo anterior en relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) de las madres ya que los datos arrojan que 52% se encuentra dentro de rangos normales con un IMC que oscila (para este porcentaje de la muestra) entre los 18.21 y los 24.58 puntos, mientras 48% se encuentra en rangos de sobrepeso con un IMC que va de los 25 a los 32.38 puntos, considerando que 76% dijo estar insatisfecha, de acuerdo con las recomendaciones ponderales, no debería existir esta insatisfacción al menos en más de un 20% de estas mujeres. También se preguntó a las madres si han tenido **problemas con su peso en los últimos seis meses** y al respecto 68% respondió no haber tenido, contra un 32% cuya respuesta fue afirmativa; las respuestas podemos apreciarlas en la Gráfica 5:



Referente a las **acciones para bajar de peso en los últimos 6 meses** sólo 30% mencionó no haber realizado, en la Gráfica 6 se ilustran las respuestas:



Es muy ilustrativo el abanico de opciones utilizados por las madres para bajar de peso principalmente porque en algunos casos han utilizado anorexígenos (inhibidores del apetito) o laxantes, prácticas que consideradas de riesgo previas a los TCA, acorde con Gracia y Comelles (2007):

Las conductas de riesgo se asocian a hábitos como la eliminación o sustitución de alguna comida; el consumo insuficiente de alimentos básicos; la sustitución continuada del agua por otras bebidas con componentes no siempre inocuos; autoimponerse dietas no siempre correctas o comer entre horas sin seguir el horario de las comidas (p. 72).

En relación con las acciones para disminuir de peso 66% del total de la muestra menciona haber consultado información y se distribuye de la siguiente forma: 34% ha obtenido información y consejos en los medios de comunicación (radio, televisión y revistas); 26% mediante de consejos de amigas y/o familiares, y 6% refiere que fue a través de *Internet*, para corroborar estos datos podemos observar la Gráfica 7.



Apreciamos así la influencia de los medios masivos de comunicación en la transmisión de pautas y conductas, obedeciendo a las nuevas pautas comunicativas en torno a la belleza, de acuerdo con Lipovetsky (1999):

Tradicionalmente, las mujeres se transmitían sus fórmulas de belleza entre amigas o entre madres e hijas. También las obras, que llevaban el título de 'secretos' y se dirigían a un público restringido, proponían recetas de perfumes y de afeites para elaborar en casa. Esta cultura confidencial y 'mágica' fue destruida por la prensa femenina. A los 'trucos' cuchicheados entre mujeres sucedieron los epígrafes 'Belleza, higiene, salud', los publrreportajes, el despliegue de los nombres de marcas, una comunicación de masas directa y recreativa de tono eufórico y publicitario (p. 147).

Por último, en torno a la pregunta de si existía preocupación frente a su peso corporal 56% respondió afirmativamente mientras 44% negó problema alguno. Los argumentos en torno a la **preocupación por el peso corporal** implican al 50% de la muestra y fueron los siguientes:

- 32% refiere preocupación por motivos de salud;
- 12% dice preocuparse por razones de estética;
- 4% menciona que tiende a subir de peso, y
- 2% refiere preocuparse por presentar bajo peso.

Cabe señalar que estos resultados se interrelacionarán con aquellos derivados del taller y las entrevistas, con el propósito de sustentar nuestras argumentaciones y para enfatizar en la importancia de ponderar el aporte explicativo del modelo socioecológico como parte de la labor del Trabajo Social, a fin de trascender el aspecto cuantitativo ofreciendo la posibilidad de redimensionar este fenómeno de una manera más completa.

ANEXO 2

INFORME DEL TALLER SOBRE TCA IMPARTIDO A ADOLESCENTES

A continuación presentamos el informe del Taller sobre TCA impartido el día viernes 12 de febrero de 2010 con alumnos de 2º y 3er. grado de secundaria del Colegio “Valle Americano”, ubicado en la Col. del Valle, Delegación Benito Juárez de la ciudad de México, a las 11:30 horas.

La llegada a las instalaciones del colegio fue a las 10:29 horas., con el objetivo de presentarme ante el director del plantel, el C. P. Miguel Á. Elizalde M., quien agradeció mi presencia, y el que se les diera esta plática a petición de la profesora de la materia “Educación Cívica y Ética”, Lic. Ana Paola Terrazas, debido a que el tema de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), mal denominado “Trastornos de la Alimentación”, forma parte del programa oficial de la materia que ella imparte. Asimismo, durante la instalación del equipo (proyector), que desafortunadamente no funcionó, estuve platicando con la Profesora Terrazas lo siguiente:

(APT) Lic. Ana Paola Terrazas

(APCM) Lic. Ana Patricia Carreño M.

APT - ¡Qué bueno que aceptaron en la dirección para esta plática!, es que los chavos están bien perdidos, ya los conocerás. Cuando llegué observé la típica reacción en los adolescentes de no querer hacer las cosas, muy apáticos, estas generaciones vienen muy apáticas. Sin embargo, la llevo bien con ellos, porque siempre les pregunto cómo están, cómo les va en sus otras materias, me siguen mucho por eso.

APCM – *Más bien, te ven como a su mamá.*

APT - ¡Exacto!, me ven como a su mamá y es que aparte, son niños que por ejemplo, no comen bien porque sus papás trabajan, o que les compran muchas cosas pero que se ve que no están bien atendidos, digo, para que le den tanta importancia a lo que yo hago, que es preguntarles, a mí me late que hay algo más, ya los conocerás.

APCM - *¿Y la chica que me dijiste que estaba muy delgada?*

APT – ¡umm...! Se acaba de ir antier de la escuela; es que venía del Instituto México, imagínate, no se halló aquí porque no tienen nada que ver ambas escuelas. Además, empezó a decir una serie de cosas que sonaban muy irreales, llegó a afirmar que el maestro de música y el de historia la hostigaban. Lo que me extraña es que cuando venía su mamá ni siquiera preguntaba nada, y ahora que se fue hasta la abuelita, que dice trabajar en la SEP, vino a reclamarle al director.

APCM - ¿Y qué fue lo que le reclamó?

APT – Le reclamó que hostigaran a la niña, e incluso amenazó con reportar a la escuela ante la SEP.

APCM - ¿Y crees que lo que dijeron sea cierto?

APT – No lo creo, de todas formas los maestros ya no trabajan aquí, ambos se fueron y es que en general, no soportan a estos niños, como te dije, son muy apáticos y es muy difícil que presten atención a lo que uno les dice. Y, en el caso de esta niña, yo siento que más bien quería llamar la atención, te digo que viene del México, donde todos le decían que era muy bonita y cuando llegó aquí le hablaban poco, se notaba que quería llamar la atención de los chicos pues en cuanto pudo se hizo novia de uno de los niños pero no duraron mucho.

APCM - ¿Es la misma que me decías de los dulces verdad?

APT – ¡Ay!, ¡sí!, qué lástima porque quería que la conocieras, yo estoy segura que era anoréxica, estaba pálida, traslúcida, y siempre estaba comiendo algún dulce, jamás la vi comer lunch u otra cosa, sino era un chicle traía una paleta o “miguelitos”; además en las mejillas tenía un color azulado, muy raro.

APCM – Pues sí, es una lástima que no pude verla, precisamente porque me llamó la atención que dijeras que sólo come dulces.

APT – Sí, fíjate que es algo que ya he visto de manera más común desde hace unos 5 años, en las niñas de secundaria a quienes les doy clase; mastican chicle todo el tiempo y toman agua o coca light, cuando en mis tiempos de estudiante eso ni existía.

APCM – No, no existía, al igual que los celulares que ya ves cómo ahora se ven como parte de las personas.

APT – *Es lo que yo les digo a esos niños, cuánto tiempo viví sin un celular y no tengo nada raro ni nada me pasó. No que ahora, todos los niños y niñas traen su celular y sus audífonos, ya me los tengo bien checaditos, puesto que cuando escuchan música en clase, están moviendo la cabeza o la boca, o se ponen la capucha de la sudadera para taparse las orejas creyendo que así no nos damos cuenta.*

APCM – *Sí, lo mismo he observado en mis grupos, sólo que yo de plano no los dejo que se cubran, si de por sí no ponen atención, con música, menos.*

Tras esta breve plática y la fallida instalación del cañón para proyectar una presentación, la profesora fue por los alumnos de ambos grupos; participaron 14 varones y 9 mujeres. Hice una breve presentación, les solicité no sólo atención sino principalmente respeto entre ellos y para con mi persona, y con la siguiente ronda de preguntas inició el Taller:

APCM – *La presente plática se está haciendo en coordinación con su maestra de Formación cívica y ética, como parte del apoyo al programa de la materia en donde se abordan los mal denominados “Trastornos alimenticios” ya que la forma correcta para referirnos a ellos es: Trastornos de la Conducta o Comportamiento Alimentario; estas enfermedades comprenden la anorexia, la bulimia y el comer compulsivo, entre otros, ¿alguno de ustedes sabe o podría decirme qué es la anorexia y qué es la bulimia?*

Ricardo – *Son las enfermedades en donde dejan de comer.*

Víctor – *Sí, son esas donde vomitan todo lo que comen.*

Ricardo – *La anorexia es cuando dejan de comer, ¿verdad?, y la bulimia es cuando comen como si no fuera a haber mañana, y luego vomitan todo.*

Paola – *Sí, es cuando no comen, o comen mucho.*

Fernanda – *Pues a mí me da mucho asco eso, sobre todo porque vomitan, yo no podría.*

APCM – *En efecto, en la anorexia las personas dejan de comer, restringen su alimentación y en la bulimia, las personas ingieren lo que ustedes comerían en una semana, en una sola sentada.*

Ricardo - *¿De veras?, ¡qué horror!*

Mary José – *¿A poco pueden comer tanto o pueden no comer absolutamente nada?*

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

APCM – *Bueno, no es que no coman nada, por eso no existe un trastorno puro, porque efectivamente las personas con anorexia mueren de hambre literalmente, pero se aguantan las ganas de comer o cuando pueden, se dan atracones, razón por la cual no existe un trastorno puro.*

William - *¿O sea que comen y vomitan?*

APCM – *Depende, pero en general así es. Miren yo llevo mucho tiempo interesada en este tema, antes de que todos ustedes nacieran, sin embargo, cuando yo empecé a estudiarlo era más bien algo a lo que lo acercaban a uno por morbo, no como ahora que ya se ha vuelto común, y que de hecho, se maneja la información en internet, donde incluso pueden obtener información que pareciera ustedes no debían manejar.*

Ricardo – *¡Ah!, ¡sí!, en esas páginas uno puede ver todo, ¿cómo se llaman?*

Ingrid – *No me acuerdo, pero sí las he visto, nada más buscas “anorexia y bulimia” y aparecen.*

Oscar – *Incluso en la publicidad del correo te aparece publicidad para bajar de peso.*

APCM – *Bueno, les decía que yo empecé a investigar este tema de manera formal en 1997 aproximadamente, pero conocía el problema desde 1987, cuando una revista de esas sensacionalistas publicó algo así como: “Gemelas se dejan morir por un pacto de ayuno” y traía la foto de estas niñas (ver en el cuadro, lado izquierdo), pero convertidas prácticamente en un par de esqueletos, sólo que una de ellas, no sé si Rachel o Claire (ver imagen del lado derecho del cuadro) estaba ligeramente menos delgada que la otra, ya que además del té que habían jurado tomar como único alimento, comía algunas otras cosas.*

	
<p>Foto de una de las gemelas Wallmeyer a los 12 años</p>	<p>Rachel y Claire Wallmeyer en 2007</p>
<p>(FUENTE: http://www.2medusa.com/2009/01/rachel-clare-wallmeyer-wallmeyer-twins.html, recuperado el 2 de diciembre de 2013).</p>	<p>(FUENTE: http://www.infobae.com/2012/08/29/1057158-la-tragica-muerte-las-gemelas-anorexicas, recuperado el 2 de diciembre de 2013).</p>

Después de presenciar un murmullo unánime de admiración, aclaré que estas gemelas australianas padecen anorexia crónica desde la década de 1980 y son adictas a la heroína y continúan restringiendo su alimentación, quizá de manera “poco eficaz” para la anorexia restrictiva, pues continúan con vida. Varios de los asistentes se mostraron asombrados, principalmente por la edad de las gemelas Wallmeyer (39 años), puesto que semejan dos ancianas octogenarias.

A continuación, se abordaron los siguientes temas:

- Antecedentes históricos (refiriendo ejemplos de anoréxicas “célebres”, como Catalina de Siena, hasta la década de 1960 con Twiggy a quien una de las chicas mencionó recordar, porque vio productos de ella recientemente en una tienda).
- Contexto actual (durante esta exposición mencionaron sentirse hostigados por la publicidad, de hecho Ingrid, quien estaba sentada hasta el frente no despegó la vista de las imágenes que presenté y parecía sumamente interesada en el tema).
- Definiciones de los TCA (anorexia, bulimia, bulimarexia y TANE).
- Cuadro clínico (signos y síntomas).
- Morbi-mortalidad: Se recalcó en el hecho de que la bulimia presenta un mayor riesgo de muerte por falla eléctrica del corazón.
- Niveles de atención (ambulatorio y hospitalización).
- Instituciones que atienden TCA en México (al respecto Rodrigo y Ricardo mencionaron conocer que habría clínicas especializadas por parte del gobierno para atender este problema).

Antes de concluir el Taller se hizo una ronda de preguntas y comentarios, entre ellos los siguientes:

Daniel – *Me parece que eso de los anoréxicos (as) y bulímicos (as) es algo muy “loco” ya que hay que estar “tarado” para llegar a hacer eso. Yo creo que nunca haría algo así, y me gustaría que entraran en razón quienes dejan de comer o vomitan.*

Axel – *pienso que se trata de un problema que sólo les da a las mujeres, pero también que es un tema muy delicado ya que, como vimos, puede llegar a ser mortal.*

Ingrid – *estos trastornos tienen que ver con la alimentación y la forma de comer que te enseñan tus papás. También creo que es importante tener información acerca de esto, porque así puedes saber si tienes un trastorno de este tipo y si no lo tienes puedes cuidarte más, aunque en caso de que lo tengas lo importante es pedir ayuda antes de que sea demasiado tarde.*

William – *yo creo que hay que ponerles atención a esas personas y está bien que el gobierno cree lugares donde las puedan atender.*

Fernanda – *se trata de un problema que nos afecta a todos y que a mí me preocupa, por ejemplo Tania [la niña que se había ido de la escuela unos días antes] me daba miedo que se desmayara, estaba muy delgada y hacía muchas cosas para llamar la atención. Yo no sabría qué hacer si alguien me pidiera ayuda.*

Ricardo – *la anorexia, la bulimia y la bulimarexia son enfermedades muy malas pues quienes las tienen se hacen mucho daño a ellos mismos causando problemas muy graves no sólo a su organismo sino también a sus padres. Creo que hay muchos factores que intervienen en este problema: sociales, familiares y personales, que tienen que ser atendidos inmediatamente.*

Mary Jose – *lo malo es que muchas veces las personas no te dicen cómo se sienten y como dicen, luego se esconden los síntomas y puede ser muy tarde.*

Rodrigo – *este tema me llamó mucho la atención, sobre todo porque las personas que hacen este tipo de cosas tienen su autoestima muy baja, y por eso se dañan a sí mismos, provocándose lentamente la muerte. También creo que estas personas se sienten rechazados por los demás, y a veces se sienten bien como están, por lo que se me hacen temas muy complicados.*

Víctor – *yo pienso que es necesario poner atención a los jóvenes y a las personas que puedan tener algún problema o síntoma de este tipo facilitándoles ayuda para prevenir las enfermedades o trastornos relacionados con la nutrición. La alimentación es fundamental para el crecimiento y desarrollo de todos los seres vivos, por lo que me sorprende cómo las personas pueden quitarse la fuente de vida de su organismo. También creo que promover este tipo de pláticas o talleres puede beneficiar a muchas personas, si con el tiempo se pueden evitar cosas que podrían llegar a provocar la muerte.*

Hugo – *aunque ya sabía qué eran, no pensé que fueran trastornos tan dañinos para la salud y que se relacionaran tanto con la sociedad, la autoestima y problemas psicológicos.*

Bernardo – *a mí lo que me llamó la atención son las consecuencias irremediables de estas enfermedades, como lo de que el corazón se hace pequeño. Por lo mismo, creo que estas enfermedades deben ser tratadas por especialistas, aunque lo más importante es querer salir adelante sino ayuda muy poco lo que los demás les digan.*

Alondra – *la verdad es que no pensé que incluso con saltarse comidas uno está en riesgo de tener una enfermedad así, a mí me acostumbraron a comer en la escuela, pero luego nos obligaban a terminar la comida y eso no me gustaba, no sé qué tanto influyen esas presiones, pero desde entonces odio comer pollo, me da mucho asco.*

Paola – *de por sí este tema es feo, pero lo malo es cuando te das cuenta o sospechas que alguno de tus amigos o compañeros tienen este problema. En la otra escuela donde iba yo creo que todas son anoréxicas, siempre se hablaba de moda y de tonterías y a mí me hacían sentir mal, por eso me quise cambiar.*

Denisse – *Sí, es cierto, en el Miguel Ángel era horrible el ambiente por eso, yo no sé cómo alguien puede lastimarse de esa forma y quitarse años dejando de comer, quitándose tiempo para disfrutar al máximo la vida.*

Los nombres de los alumnos que participaron aparecen a un lado de su comentario (fueron cambiados por seguridad para salvaguardar la confidencialidad de sus identidades), cabe señalar que después de agradecer a las Profesoras de Español (el taller se extendió poco más de lo programado) y de Formación Cívica y Ética, por el tiempo cedido bajé las escaleras (el aula donde se llevó a cabo el Taller estaba en el segundo piso) pude ver a los alumnos esperando por su convivio del día de la amistad. A despedirnos, el director me dijo que programarían un Taller para padres ya que les interesaba contar con la asistencia de todos los papás, sin embargo, llamó mi atención que dijera que para ese día pondrían una mesa llena de antojitos “para aclarar a los padres que eso es lo que no deben comer”; lo anterior me hizo reflexionar en que hay mucha desinformación en torno a la alimentación en general y a los TCA en particular, incluso entre quienes están dedicados al aspecto formativo de los niños en etapas básicas de la educación formal, como son la primaria y la secundaria.

ANEXO 3

TRES CASOS DE TCA: TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS⁵⁸

En este anexo referimos las entrevistas llevadas a cabo con tres mujeres en algún momento de sus vidas padecieron un TCA, aclaramos que sólo una de ellas recibió un diagnóstico médico. Los relatos nos permitieron estructurar un análisis y establecer relaciones con los resultados del cuestionario y el listado de productos adelgazantes a partir de los factores de riesgo mencionados en el presente trabajo.

Asimismo, nos permitimos retomar lo que Saltalamacchia (1992) señala respecto de la historia de vida pues en los tres casos se involucró la subjetividad de cada una de las personas entrevistadas “no sólo como testigo y narrador de la historia de una sociedad que le tocó en suerte conocer como espectador. En la narración del entrevistado (cuanto más desprevenida e inestructurada mejor) se pueden vislumbrar los rastros de esa sociabilidad que lo constituyó” (p. 120).

Referimos dicho contexto con base en los argumentos de Lipovetsky (1990) quien menciona que “esta sociedad manipula y cuadrícula racionalmente la vida individual y social en todos sus intersticios; todo se transforma en artificio e ilusión al servicio del beneficio capitalista y de las clases dominantes” (p. 177), en esta lógica la comida adquiere un valor superficial, se prescinde de ella o se torna un bien desechable, hasta ilusorio; Guillemot y Laxenaire (1994) son puntuales cuando mencionan: “no se observa anorexia en los países donde la gente muere de hambre... Y hay que disponer, ‘para permitirse’ los accesos bulímicos, de una cantidad casi ilimitada de comida, lo que sólo es posible en los países industrializados, desde una época relativamente reciente” (p. 22).

⁵⁸ Para salvaguardar la identidad de las tres informantes, los nombres de las mismas fueron cambiados, atendiendo a la confidencialidad de sus vidas privadas.

PRIMER CASO: DIANA

Entrevista realizada el día 27 de febrero de 2010 después de haber aplicado el cuestionario exploratorio en el Centro de Enseñanza en Sistema Abierto e Inglés (CESAI), ubicado en Av. Revolución, a petición de la entrevistada, quien dio su autorización, y de quien se guarda la confidencialidad de sus datos.

Mujer de 32 años de edad

Fecha de nacimiento: 24 de enero de 1978

Escolaridad: Bachillerato concluido, estudiante de la licenciatura en Psicología.

Ocupación: Ama de casa y estudiante actual.

Estado civil: unión libre.

Embarazos: uno, terminó en parto eutócico (natural).

Hijos: una niña de 5 años.

Lugar en su familia: tercera hija de tres mujeres (la mayor de 40 años, la siguiente de 37 y la entrevistada).

Vive en casa de sus padres (familia extensa) con su pareja, una hermana y su hija.

Ingreso: de 8,501 a 10,500 (familiar)

Madre de la entrevistada: 64 años, ocupación: hogar

Padre de la entrevistada: 70 años, ocupación: taxista

Transcripción de la narración:

Tengo 31 años, fui diagnosticada con anorexia nerviosa a la edad de 23 años, es decir, cuando llevaba una serie de dietas exitosas y frustradas, al menos durante los siete años anteriores al diagnóstico. El diagnóstico se hizo en el Instituto de la Nutrición, después que los doctores me presionaron para que dijera la verdad. Acudí al Instituto por envío directo del médico de la familia, con un diagnóstico de gastritis y reflujo, creo que él no sabía lo que realmente ocurría conmigo, pero yo sí.

Inicialmente me hablaban de problemas gastrointestinales ya que siempre me quejaba de no poder comer adecuadamente, de dolor de estómago, de náuseas y de la necesidad de ir al baño en cuanto terminaba de comer. No sé si mi familia no se quiso dar cuenta, si yo tampoco me declaré con un problema, o si en realidad todos disimulábamos para seguir siendo la familia perfecta. Sin embargo, desde hace mucho tiempo siento la necesidad de hablar, de desahogarme y de describir todo el horror que se vive cuando tienes anorexia, cuando la anorexia es insuficiente y el pasar hambre no te llena, y entonces recurre a la bulimia.

Los médicos que me trataron siempre terminaban hartos de mí y eso me frustraba aún más debido a que si ni mi familia, ni los doctores ni yo queríamos que saliera de mi inconstante ayuno, entonces quién me podría ayudar. Por mucho tiempo me sentí absolutamente desvalida ante mí misma y ante los demás, hacía lo que me decían, pero en el fondo siempre quería hacer lo contrario, y eso fue lo que terminé haciendo: me decían que viviera pero en realidad yo me quería morir, aún hoy dudo que quiera seguir viviendo por mucho tiempo.

Todo inició con una serie de dietas en cuanto tenía oportunidad de hacer dieta. Yo comía muchísimo y en la casa mi mamá me preparaba mucha comida, demasiada, y como me gustaba complacerla, toda la comida me la acababa. Sin embargo, un día, estando en la secundaria, me sentí inconforme con mi talla además, todas mis compañeras se burlaban de mí y me decían que parecía una bruja. Me decían que estaba fea, gorda, que no era bonita. Quizá entonces fue cuando empecé a querer bajar de peso, según yo dejaba de comer y me tomaba ollas y ollas de agua simple pero me daba mucho asco. Cuando dejaba de comer al día siguiente, moría de hambre e iba a la tienda y compraba gansitos, canelitas, twinkys y al regresar a la escuela en vez de bajar había subido de peso lo cual me hacía sentir una fracasada.

Cada vez que había vacaciones me ponía a dieta, juraba no comer más gansitos, más canelitas, más pizzas, sin embargo, siempre caía y cuando me pesaba el doctor me decía: “este mes subiste dos kilos, o sea que ya tienes que bajar 5 kilos”; pesaba 65 kilos a los 14 años, y era chaparrita y estaba subiendo casi dos kilos por mes; ese fracaso me frustraba mucho, pues aparte de fea me sentía inútil, sentía que no iba a tener voluntad para cualquier cosa que quisiera hacer en mi vida. Antes de ponerme a dieta acostumbraba comer de todo, especialmente caldo de carne con mucha tortilla, o pan, incluso huevos revueltos con tortillas fritas, me gustaban mucho los chocolates, podía comerme tres milky way seguidos o una bolsa de kit kat.

¿Cómo fue tu infancia en relación con tu alimentación? *De niña me decían que estaba muy flaca e incluso algo cabezona, nunca le di importancia hasta que a los 13 años ya no me veía flaca porque me molestaban los cambios que tenía y que no iban a la par con los cambios de las niñas de mi edad. Además, recuerdo que una vez estaba comiendo pollo y un tío me regañó por no usar cubiertos, me sentí humillada, tenía 6 años; en otra ocasión, una tía me hizo comer una cucharada de arroz con un ajo entero, me dio mucho asco pero me tuve que tragar todo para que no me regañara igual que su esposo, creo que no sólo la odié a ella sino también a la comida. Mi mamá acostumbraba darnos mucho de comer, somos tres hermanas y yo soy la menor, así que mis hermanas mayores vigilaban que comiera todo, yo no pude nunca transgredir ninguna norma, tenía que estar cuidada y ser perfecta en los estudios, llevar las mejores calificaciones, aunque me humillaran en la escuela.*

¿Qué lograste con las dietas que hacías? *Nunca bajé de peso, me frustraba mucho, hasta que un día se me ocurrió vomitar, algo había oído en las clases con unas compañeras así que lo intenté. La primera vez que metí los dedos a la garganta me dio mucho asco pero sentí que era una forma de librarme del exceso de comida aunque el dolor de estómago y la inflamación fueran insoportables; había veces que después de vomitar todo lo que acababa de comer me tomaba un litro y medio de refresco, entonces me encerraba todo el día y toda la noche en mi cuarto hasta que al día siguiente me sentía menos culpable y menos sucia. Poco a poco ideé maneras de volver el estómago, primero con el vómito pero, me lastimé la garganta y los nudillos, así que lo que hice fue enrollar un pedazo de hule espuma que encontré y lo metí en mi garganta, me rasguñé toda la garganta, me acuerdo que en una ocasión hasta sangré un poco y me asusté, pero si hacía eso creía que nadie se daría cuenta porque no tendría marcas en las manos. Con todo y mis esfuerzos, bajé muy poco de peso así que pensé en hacer algo diferente, fingía comer, pero en realidad escupía la comida en un bote de leche vacío, tenía tres botes debajo de mi cama, los tres apestaban a comida descompuesta. Una vez uno de los botes se llenó como de larvas de mosca y olía espantoso, pero no le daba importancia, creí que nadie lo notaba.*

¿En tu casa no se daban cuenta? *No lo sé, supongo que sí. Cuando iba la tienda con mis hermanas me perdía de vista y rondaba toda el área de salchichonería; no había para mí momento más emocionante que encontrar las charolas llenas de quesos o jamón, lo que hacía entonces era agarrar trozos de queso de los que dan a probar, los guardaba en los bolsillos de una chamarra que ya me quedaba grande para entonces, y llegando a la casa los masticaba y los escupía, o los guardaba en el refrigerador en una bolsa, si es que eran muchos.*

¿Qué es lo más triste que recuerdas de esta etapa? *Mis conductas en contra de mí misma, las cuales a nadie le contaba, por supuesto, lo que menos quería es que me llamaran “loca”, y menos que lo hicieran con alguna razón. Cuando no lograba controlarme me lastimaba hasta sacarme sangre, nunca lo vi como un castigo sino como una forma de sentirme viva, de sufrir menos. También iba a una droguería y compraba 2 kilos de hojas de sen y me preparaba infusiones para laxarme porque los laxantes de farmacia ya no me servían. Esta idea la saqué de la caja de laxantes que un día ya no pude comprar, vi de qué estaban hechos, para complementar tomaba 10 diuréticos diarios.*

¿Te diagnosticaron alguna vez? *Sí, ya que había bajado mucho de peso se asustaron y recibí muchos diagnósticos, de médicos, de psiquiatras y psicólogos, y recuerdo que me daba gusto que se interesaran en mí, pero eso no significó que modificara mi forma de actuar o que tuviera remordimientos, al contrario, me gustaba ver la cara de los médicos cuando me decían que podía morir si seguía bajando de peso.*

¿Cuánto llegaste a pesar? *En 5 años bajé de 65 a 35 kilos, cuando llegué a los 35 juré que en cuanto llegara a 33 kilos me detendría, sin embargo no llegué a los 33, creo que sí a los 34. Entonces las cosas se complicaron y mi mamá ya no quiso hacerme más concesiones, menos porque los vecinos preguntaban si yo tenía SIDA. Hasta entonces mi mamá me había dejado usar los botes para escupir, porque yo le decía que nada se me quedaba en el estómago, sin embargo, ya estaban muy preocupados; fue cuando me canalizaron a la clínica de anorexia y bulimia de Nutrición, sin embargo, el día en que fui sólo me pesaron y no me dieron ningún tipo de terapia, me acuerdo que me asustó ver a una chava un poco mayor que yo que ya no tenía tres dientes. Poco después me internaron porque ya no me podía sostener en pie, me caía por toda la casa. Esa vez me hicieron un montón de análisis, estuve internada con sondas por todos lados, con sueros y líquido amarillo que iba a mis venas, con sonda para alimentarme y oxígeno; me detectaron el potasio muy bajo, y diario me bajaban a revisar un catéter y a medir el potasio. Fue una semana muy larga, de lunes a lunes, pero no recuerdo sentirme triste. El doctor habló con mi mamá y mis hermanas y les dijo que de plano yo no quería vivir, que si seguía así iba a terminar matándome de hambre, que si no hacían algo ellos tampoco podían hacer nada más por mí.*

¿Te sirvió ese internamiento? *No, creo que no porque al salir pesaba 45 kilos y eso lo odié, luego me mandaron a terapia con una psiquiatra con quien me sentí peor, además, esta doctora me veía en un consultorio privado, pero me molesté mucho porque una vez llevó a una psicóloga para que me entrevistara y me sentí como bicho de laboratorio, entonces decidí no volver, además los medicamentos me hacían mucho daño, me ponían paranoica.*

¿Dejaste la terapia? *En ese momento sí, pero una de mis hermanas insistió en que no dejara el tratamiento, incluso me compraba gerber de frutas o de carne, ensure⁵⁹ y biberones pero, también eso lo escupía, en cuanto veía las calorías que tenían me ponía muy nerviosa. Un día mi papá me acompañó a un “electro”⁶⁰ en Nutrición y el doctor le dijo que como no entendía, ellos ya no se iban a responsabilizar de mí, y me canalizaron al “Fray”⁶¹ que está muy cerca de Nutrición. Me acuerdo que mi papá se asustó mucho y nos fuimos caminando, en cuanto me recibieron me dijeron que tenía que quedarme. Mi papá se asustó mucho y yo más, entonces él me preguntó si quería internarme y yo le dije que no, que nos fuéramos. Sin embargo, fui al día siguiente a darme de alta en ese hospital e inicié una nueva terapia con un doctor que me daba más libertad para seguir haciendo lo que quería, contrario a lo que todos pensaron, incluso yo, esa vez sí me sirvió la terapia, pues sin quererlo empecé a no preocuparme tanto por subir de peso, de 42 kilos subí como a 48 en poco tiempo, él me decía que tenía una voluntad muy fuerte y eso me ayudó mucho, aunque a la fecha controlar las situaciones aún se me dificulta.*

Él era un psiquiatra joven, con un sistema me dijo una vez, que iba incluso en contra de las políticas del hospital. La terapia consistía en hablar de mí, de mi infancia, de cómo me había ido con la adolescencia, de las burlas y de las dietas. Creo que todo fue muy gradual y cuando me di cuenta ya le había contado toda mi vida, a veces hasta sin llorar le había dicho cosas que eran muy dolorosas o que me avergonzaban mucho. Ese doctor se convirtió en parte de mi rutina, lo veía una vez a la semana y esperaba el día en que lo vería para preparar todo lo que tenía que decirle, sobre todo porque jamás juzgó una sola de mis palabras, y siempre me dijo que yo iba a salir de todo en el momento en que me lo propusiera y dejara de descargar sobre mí misma el odio o el rencor que sentía hacia los demás.

También me dijo que con la fuerza con la que yo podía hacer cosas negativas podría hacer cosas muy positivas, tuve incluso el coraje para trabajar durante algún tiempo y de comprar cosas que no había vuelto a comprar, por ejemplo comida. El trabajo me alejó de los botes que tenía debajo de la cama, me deshice de ellos en parte porque estaba fuera un buen rato y no los usaba, y en parte porque el olor era insoportable y no quería despertar más sospechas.

⁵⁹ El “ensure” es un suplemento alimenticio en presentación de latas de distintos sabores.

⁶⁰ Se refiere a un electrocardiograma, estudio que refleja las ondas de la frecuencia de actividad cardíaca.

⁶¹ Se refiere al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para enfermos crónicos, ubicado en la delegación Tlalpan, al sur de la Ciudad de México.

¿Y tu relación con tu pareja, cómo fue? *Él me apoyó mucho, incluso en los peores momentos, fue más su constancia que la mía la que me ayudó a salir, nunca dudó que mejoraría, no sé hasta la fecha cómo logró lidiar conmigo, sobre todo cuando estaba en los huesos, creo que yo no hubiera soportado tanto.*

Y de la publicidad, ¿qué me puedes decir en relación con tu enfermedad y con los jóvenes de hoy? *Creo que en lo personal nunca me afectó tanto, quizá sí que las modelos eran muy delgadas y yo quería lucir igual. Sin embargo, un día me di cuenta que en vez de verme bien cada vez me veía peor, como un muerto, y no quería verme así más. Sobre las demás personas creo que hay demasiada publicidad que te dice cómo debes ser, cómo lucir y cómo actuar para agradar a los demás, sin embargo, la anorexia y la bulimia son trampas muy riesgosas y jamás te van a hacer sentir mejor, al contrario, cuando empiezas no te puedes detener. A mí me costó años comprender que estaba destrozada y aún me cuesta tratar de “pegar” en mi vida actual lo que tenía antes de la enfermedad. Así que si alguien cae debe saber de antemano que ni los médicos, ni la familia, ni los amigos pueden hacer nada al respecto, si uno no hace nada por salir.*

Es muy triste ver que la moda sea más fuerte que las voluntades o peor, que la voluntad se deposite en la imagen que uno proyecta y que no siempre es la imagen más agradable a la vista de los demás. Como te dije, mientras más avanzada mi baja de peso, más horrorizaba a los demás, y no me daba cuenta o no quería darme cuenta, que en vez de bonita me veía patética, y eso es lo que muchas chavas no quieren ver por estar obsesionadas con lucir “bien”.

¿Te dieron de alta del hospital? *No, jamás me dieron el alta ellos, yo decidí no volver. Fue cuando nació mi hija, de hecho cuando supe que me había embarazado fue algo imprevisto, jamás pensé que podría tener hijos y me dio mucho miedo perder al bebé, creo que fue en ese momento en que me curé porque no sólo era yo. Durante el embarazo comí muy bien, al principio con miedo, pero sólo muy al principio, subí como veinte kilos pero no me importó tanto. Cuando tuve a la niña conmigo volví a racionar mi comida pero no como antes, sino sólo para bajar lo que había subido.*

¿Cómo es tu relación con tu hija? *Es muy fuerte, ella lo es todo, al igual que su papá; me han ayudado mucho, aunque suena egoísta, pero sobre todo me da mucho miedo que pase por algo como lo que yo pasé, principalmente porque es mujer y las mujeres se supone que somos más propensas a este tipo de cosas, me aterra pensar que herede mi anorexia, por lo que cuido mucho de comer con ella y de que ella coma bien, lo que sí hago es cuidar que no coma en exceso cosas que le engorden. Algo que me ha sorprendido es que comemos juntas, por fin puedo comer con alguien sin pena, sin ocultarme y sin vomitar, desde luego que no todo se ha ido porque me preocupa mi peso, pero actualmente estoy dentro de rangos normales, ya no he tenido anemias ni bajas de potasio y espero pronto poder tener otro bebé.*

¿Cuál es tu opinión respecto al aumento de anorexia y bulimia en la actualidad? *Me asusta mucho cómo han crecido estas enfermedades, cuando yo tenía anorexia no había tanta difusión, era más en solitario, más privado y menos difundido. Creo que ambas enfermedades se salieron de control y es difícil, cuando las has padecido, ser sobreviviente de ellas.*

¿Cómo es tu relación actual con la comida? *No es la mejor relación pero ya no es algo enfermizo, desde luego que quedas marcada de por vida pero hay cosas más importantes que hacer dietas. Cuando estaba en dieta permanente me ocultaba, me escondía, y ahora ya puedo salir a comer, ya puedo disfrutar más de lo que como, y sobre todo, puedo compartir con mi familia, con mi hija y mi esposo, de momentos en común sentados a una mesa, o jugando o paseando. De hecho, empecé a estudiar Psicología porque quiero compartir mi experiencia con otras personas, porque sabiendo lo que se sufre quiero que quienes tienen alguna de estas enfermedades no lleguen a los extremos a los que yo llegué, de verdad no lo deseo a nadie.*

¿Qué me puedes decir acerca del futuro? *Que no sé qué venga, pero espero sea algo bueno para nosotros, lo que sí estoy segura es que no quiero ayudar a que sea más catastrófico de lo que pudiera ser, es decir, que no quiero ayudar a destrozarme la vida en el futuro porque tengo una hija y una persona que me quiere y que confió siempre en mí, y no quiero defraudarlos pero, tampoco quiero seguir defraudándome.*

SEGUNDO CASO: MARÍA DE LA LUZ

Mujer de 38 años de edad
Fecha de nacimiento: 11 de octubre de 1972
Escolaridad: Contadora
Ocupación: empresaria
Estado civil: soltera
Lugar en su familia: primera hija de dos mujeres.
Vive en casa propia con sus padres.
Ingreso: de 8,501 a 10,500 (personal).
Madre de la entrevistada: 74 años, ocupación: hogar
Padre de la entrevistada: 80 años, ocupación: jubilado

Transcripción de la narración:

Mi caso es muy simple. Cuando cumplí 18 años tuve un problema muy fuerte de anorexia, sin embargo nunca fui diagnosticada ni atendida por ningún médico, ni en ningún hospital, así como apareció la anorexia se fue poco a poco, conforme pasaron los años y cuando cumplí 25. Estudié contabilidad en una escuela privada, trabajé un tiempo en empresas privadas, hasta que decidí formar un negocio pequeño hace unos 9 años.

Cuando tuve anorexia era muy poco común hablar de ella, no había tantos casos como ahora y como no fui a ningún tratamiento nunca supe de clínicas donde atendían a mujeres con problemas como el mío. Sin embargo, sé que estuve muy mal porque bajé mucho de peso en menos de siete meses, como unos quince kilos o más pero, yo me sentía muy bien con mi aspecto y con mi peso, incluso me decían que me veía muy bien delgada, por lo que no le di importancia, ni siquiera mis papás lo tomaron como algo muy grave.

¿Cómo recuerdas la relación con tu familia? *Ha sido una relación muy estrecha, principalmente con mi mamá y con mi hermana. De niñas mi mamá nos cuidaba mucho, pero al ser la mayor yo cuidaba mucho de mi hermana, hasta era un poco autoritaria con ella; pero, en general mi relación con mis papás era buena, desde luego que tenían problemas y eso me estresaba. Con mi hermana la relación mejoró cuando ambas crecimos y justo poco después de que empecé con mis “bajas de peso”, curiosamente (yo le llevo tres años), empezamos a salir mucho juntas a “antros” cuando cumplí veintiuno y ella dieciocho. Y por lo mismo, trataba de ocultarle lo que hacía para adelgazar, porque me daba miedo que hiciera lo mismo.*

¿Cómo fue tu infancia en relación con tu alimentación? *Solía ser una niña pasada de peso, desde chiquita y hasta que salí de la escuela siempre tuve sobrepeso. En mi casa siempre comí bien, generalmente, además que mi mamá nos preparaba buenas comidas, nos daba verduras, sopa, carne, puré de papa, tortillas y pan. En general, no tuve problemas con la comida cuando era niña, lo malo fue que cuando crecí se me hizo más importante perder peso que seguir ganándolo. En las reuniones familiares siempre hubo mucha comida, en los cumpleaños había comida de más y pasteles, creo que fue una etapa feliz, a pesar de que había problemas entre mis papás, que me ponían triste.*

¿Cómo recuerdas la relación con tus amistades y en la escuela? *En la escuela yo era de las más fuertes, por lo mismo que estaba llenita, me respetaban; también era, y sigo siendo, muy amigüera, me gusta mucho salir y viajar, y cuando era niña me gustaba mucho convivir con mis amigas, amigos tuve muy pocos.*

¿A qué edad hiciste tu primera dieta? *Si bien recuerdo mi primera dieta fue como a los quince años, después de mi fiesta, pero no funcionó mucho porque casi no perdí peso, pero tampoco le daba importancia, iba en la secundaria y no me iba tan bien en las calificaciones, así que me preocupaba más tratar de sacar la escuela, que bajar de peso.*

Luego entré a estudiar, primero computación y poco después contabilidad, ya había aprendido a manejar y poco antes de cumplir 18 años me compraron mi primer coche; la escuela y las salidas que hacía con mis amigas me hicieron sentir que debía vestirme mejor y verme mejor, así que empecé a comer menos pan y menos tortillas, y en pocos meses logré bajar unos tres kilos, no era mucho, pero me hizo sentir muy bien.

Todo estaba más o menos en orden, pero cuando cumplí 18 años tuve una depresión muy fuerte, dejé de comer de tajo, de un día para otro y así me mantuve durante mucho tiempo, deprimida y en ayuno permanente; cuando me di cuenta había bajado como diez kilos en medio año, quizá más. La depresión se me quitó o al menos eso creí, pero la anorexia se hizo muy fuerte. En ese entonces empezaban de moda las “sopas rápidas”, era lo único que medio comía durante el día, y a escondidas de mis papás y de mi hermana, no quería que ellos supieran, ni que ella me imitara.

¿Cuánto llegaste a pesar? *En unos cuantos meses bajé como quince kilos, pero al final seguro perdí más de 20 kilos. Inicialmente pesaba como 69 kilos, mido 1.63 metros, y llegué a pesar fácilmente como unos 45 kilos, quizá un poco menos. Lo bueno fue que no me internaron nunca, ni siquiera me diagnosticaron, así que jamás supe si corrí riesgo con todo el peso que había perdido.*

¿Qué me puedes decir sobre la publicidad enfocada a las dietas? *Cuando yo bajé de peso no había publicidad para adelgazar, ni siquiera había productos “light” así que una se las tenía que arreglar, por sus propios medios, es decir, quitando carbohidratos y grasas, azúcar y todo lo que engorda. No recuerdo haber visto tantos productos, ni que las modelos fueran tan delgadas, entonces, sólo hasta después de recuperar peso me enteré que Karen Carpenter era anoréxica, y de hecho nunca me dijeron que yo me veía demacrada o esquelética. Ahora, en cambio, existen muchísimos productos para bajar de peso, y casi todo tiene su igual en versión “light”, hasta el pan, lo cual se me hace un ataque muy fuerte a la obesidad, sobre todo imponer que las personas tengan que lucir delgadas siempre. Como te digo, yo no me preocupé por el peso desde el principio, sino que cuando vi que alababan mi pérdida de peso fue cuando me aferré a no seguir subiendo.*

¿Cuánto tiempo tuviste anorexia? *Como no hubo un diagnóstico no sé realmente, pero recuerdo que fue como de los 18 a los 27 años. De hecho, una amiga muy cercana tuvo anorexia y cuando me dijo su diagnóstico, pero también como la habían maltratado en la clínica donde estuvo, a pesar de que era una clínica privada, no quise acercarme a los médicos.*

¿Consideras que superaste por completo la anorexia? *No, creo que siempre voy a vivir con los cuidados ante la comida. Desde luego que no peso lo que llegué a pesar a los 20 años, no podría a mi edad bajar tanto, pero sí cuido lo que como, hago mucho ejercicio e incluso consumo proteínas como carnitina y las cosas que te recomiendan en los gimnasios; creo que no voy a volver a comer igual que cuando era niña, pero tampoco igual que cuando ayunaba, trato de mantener un equilibrio porque me da miedo caer muy enferma, en primera porque no tengo seguro social, y en segunda porque los hospitales jamás me han agradado.*

¿Actualmente cómo es tu relación con la comida? *Creo que es una relación sana, a veces abuso de la comida, pero suele ser una o dos veces por mes; lo que sí tengo como obsesión es el ejercicio, llego a hacer más de dos horas de ejercicio, entre pesas y “cardio”, lo cual compenso comiendo bien aunque, evitando grasas. Definitivamente sí influyó aquella época en mi forma actual de comer, pero afortunadamente no he tenido recaídas ni he bajado tanto de peso como bajé en aquel entonces, tengo control sobre lo que como, y sé cuidarme, pero sí hay un poco de miedo a subir de peso y no tanto por la imagen ante los demás, sino porque realmente me gusta cómo me veo y cómo me arreglo, es algo más para mí que para los demás el cuidar mi alimentación, sobre todo porque en mi familia hay antecedentes de diabetes y no quiero que a mí se me desarrolle esa enfermedad, que también ya es algo muy común en la actualidad; por lo mismo cuido mi salud y mi futuro, aunque por lo que pasé, con más escrúpulos que otras personas.*

TERCER CASO: EUGENIA

Mujer de 35 años de edad

Fecha de nacimiento: 22 de mayo de 1976

Escolaridad: Licenciada en Administración de empresas.

Ocupación: empleada

Estado civil: casada

Embarazos: uno, nacida en parto por cesárea.

Hijos: una niña de 6 años.

Lugar en su familia: primera hija de cuatro (dos hermanas y un hermano menores).

Vive en casa de su madre (familia extensa) con su esposo, su madre y su hija.

Ingreso: más de 10,500 (personal).

Madre de la entrevistada: 55 años, ocupación: empleada

Padre de la entrevistada: sin datos

Transcripción de la narración:

Recuerdo que hubo una época de mi vida muy pesada, cuando hacía muchas dietas y mucho ejercicio. En ese tiempo estudiaba y trabajaba al mismo tiempo, pero un día reaccioné, antes de que fuera demasiado tarde y decidí dejar de hacer dietas aunque ya no me dijeran lo bien que me veía al estar delgada.

¿Cómo fue tu infancia en relación con tu alimentación? *De manera general no tuve problemas, mi mamá es delgada y mi papá también lo era, aunque lo vi muy poco, pero yo siempre tuve sobrepeso, así que siempre estuve consciente de que tenía que adelgazar.*

¿Cómo recuerdas la relación con tu familia y con tus amigos? *Con mi familia (mi mamá y mis hermanos) siempre fue una relación buena, siempre he tenido un carácter muy alegre, me gusta mucho salir a pasear, bailar y comer. Mi carácter no ha variado desde entonces.*

¿Cómo fue tu primera dieta? *Fue ya estando en la universidad, sabía que tenía que adelgazar porque tenía sobrepeso así que empecé a hacer dieta, a buscar dietas en todos lados y a probar todo de tipo de dietas y productos que había para bajar de peso. La primera dieta no la recuerdo, pero sí recuerdo que más o menos de los 20 a los 23 años prácticamente no comía nada y me la pasaba en el gimnasio de la UNAM. Para que tengas una idea de lo que hacía, te puedo decir cómo era mi rutina porque aparte, todos los días eran prácticamente iguales: levantarme, ir a la facultad y al trabajo, hacer ejercicio y medio comer.*

¿Cómo era un día de aquel entonces para ti? *Diario me despertaba antes de las 6 de la mañana y tomaba un vaso de agua tibia con el jugo de tres limones en ayunas, después hacía una hora y media de bicicleta en mi recámara y desayunaba a las 7 de la mañana, generalmente mi desayuno consistía en un té de tlalchanahua (que es un diurético), cocolmeca, palo azul, palo de lima y jamaica o un licuado de apio, piña, toronja, naranja, xoconostle y linaza. Después del desayuno, me bañaba y me tomaba tres pastillas de nopal y de ahí me iba al trabajo, o a la universidad (trabajaba en la facultad como adjunta), dependiendo del día. A las 11:30 de la mañana me comía una manzana, y a las 12 nadaba en la alberca durante dos horas diariamente. Cuando regresaba a mi casa ya era la hora de la comida, probablemente más tarde que la hora común para todos. Mi comida consistía en un plato de lechuga y verduras cocidas, y un cuarto de pechuga de pollo asada. A veces cenaba gelatina o té, pero no más, y finalmente a las once de la noche nuevamente hacía ejercicio en la bicicleta.*

Probablemente consumía una dieta de 600 calorías o menos, era muy poco y aparte tomaba seis litros de agua todos los días; los tres primeros litros antes de las cuatro de la tarde y los otros tres litros antes de las diez de la noche. Fue una época muy pesada, me decían que me veía bien, y como siempre había sido gordita, el haber bajado de peso y verme bien ante los demás me hacía sentir muy contenta, sin embargo, empezó a resentirlo mi organismo.

¿Cuándo te diagnosticaron anorexia? *Realmente nunca me dieron un diagnóstico, yo pesaba cerca de noventa kilos y bajé hasta 50, así que no era un peso alarmante para los doctores, aunque debo aclarar que bajé más de cuarenta kilos en aproximadamente cuatro meses. Obviamente mi organismo resintió el “bajón” y empecé a tener problemas que no había tenido antes, como por ejemplo mareos, calambres y desmayos con un poco de pérdida de la conciencia. Lo que sí recuerdo es que en unos análisis que me hicieron mi potasio salió muy bajo y tenía anemia, entonces me mandaron dos pastillas de hierro en la mañana y me recetaron multivitamínicos para que mejorara y una dieta de más de dos mil calorías.*

Otros síntomas que tuve fueron las uñas moradas, no me bajaba mi regla, perdí una pieza dental, me latía muy rápido el corazón, se me caía el cabello pero, lo peor fue que me dañé mucho la rodilla y el no poder caminar me dio mucho miedo, así que decidí no volver a hacer dietas nunca más y desde entonces así me he mantenido, sin volver a pasar hambre, cuidando sólo lo que como y tratando de comer lo más sano posible.

¿Cómo te percibías en ese entonces y cómo es tu percepción actual? *Desde luego que me percibía muy gordita y actualmente estoy nuevamente gordita, pero en aquel tiempo sí estaba muy obsesionada con adelgazar y ahora ya no, aunque estoy haciendo una dieta muy balanceada y de octubre del año pasado a la fecha he bajado casi veinte kilos, pero ya no matándome de hambre. Sé que me va a costar bajar de peso, y lo hago más por salud que por obsesión, y porque quiero sentirme bien y no tener los problemas que se dan por la obesidad.*

¿Cómo es la relación con tu esposo? *Llevamos quince años juntos, hemos tenido problemas, pero me ha apoyado mucho, estuvo conmigo cuando tuve aquel problema, supongo que me quiere mucho, y me acepta como soy, aunque ya no esté delgada.*

¿Y la relación con tu hija? *A mi hija le cuido mucho lo que come, no le permito comer muchos dulces ni cosas que engordan; procuro darle verduras y cosas sin grasas, no sé si sea algo malo pero lo que quiero es prevenir en ella algún tipo de problema como el mío, sobre todo porque pienso que puede llegar a tener problemas de sobrepeso y no quiero que se involucre en dietas ni ayunos, como yo me involucré, prefiero que aprenda a comer sanamente y que disfrute lo que come, que no caiga en excesos.*

¿Retrospectivamente qué puedes decir sobre la publicidad hacia las dietas? *Que definitivamente no era tan fuerte cuando era estudiante como lo es ahora pero, en mi caso influyó mucho la típica imagen de la chava delgada que se ve guapa para que me decidiera a adelgazar, sobre todo porque yo sí tenía un problema real y fuerte de sobrepeso y se me hizo muy fácil someterme a dietas extremas y a ejercicios agotadores para poder lograrlo. Sin embargo, en el tiempo en que yo hice dietas no había tantos productos para adelgazar, los que más recuerdo y que de hecho utilicé, son los productos de las clínicas “Teo” y las pastillas de nopal que se conseguían en tiendas naturistas. De los primeros te puedo decir que casi me matan porque no sé qué tenían, pero me imagino que algún diurético que me hacía ir al baño muchísimo, supongo que por eso eran los calambres.*

En la actualidad hay muchas más opciones para adelgazar, hay una infinidad de productos que se anuncian y que no dicen qué efectos tienen, ni lo dirán. Por ejemplo, está la sibutramina que está prohibida en otros países, y están todos los productos milagrosos para adelgazar como geles, cremas, pastillas, que de antemano se sabe que son un fraude, pero aun así la gente los compra, porque creen que realmente van a adelgazar; desde lo mal que me puse realmente me propuse no volver a tomar nada de esas cosas, y hasta ahora no las he necesitado, sobre todo no quiero que mi hija esté cerca de esos productos, ni que crea que estoy obsesionada con bajar de peso, menos aún porque fue muy difícil para mí el embarazo.

Actualmente, a pesar de que peso cerca de ochenta kilos no tengo problemas de colesterol ni de triglicéridos, ni de diabetes, tampoco tengo anemia, lo único que creo tengo desde mis dietas y hasta la fecha es que se me baja mucho la presión, el azúcar y a veces la temperatura, también quedó muy resentida mi rodilla; por lo mismo no deseo ver a mi hija con problemas de este tipo, de algo me sirvió esa experiencia y fue para saber aceptarme tal y como soy, y para poder cuidar mejor a mi hija.

ANEXO 4

LISTA DE PRODUCTOS “PRO – ADELGAZANTES”

En la siguiente tabla enlistamos algunos productos publicitados en televisión abierta y prensa escrita, como “pro-adelgazantes”, no hay una clasificación en la siguiente tabla, y de cada producto sólo resumimos las características generales y cómo se anuncian ante el público.

NOMBRE COMERCIAL	CARACTERÍSTICAS
Fitness step (tenis, botas)	Se anuncia en televisión como calzado para bajar de peso asegurando que surte efecto “sólo con caminar, sin dietas ni ejercicios”. De acuerdo con su publicidad, usándolos durante 10 minutos, 3 veces a la semana, se puede lograr bajar hasta 2 kilos por semana; dice contar con “nueva tecnología para tonificar músculos, aplanar el abdomen, levantar el busto, dar firmeza a los glúteos, corregir la postura y aumentar la estatura”; refiere estar evaluado por ortopedistas y expertos como calzado que mejora la circulación, previene las varices y combate la celulitis, recomendándolos para todas las edades como el calzado ideal para realizar cualquier actividad, su costo actual es de \$1,300 pesos.
Cold heat (crema y gel)	Producto anunciado en televisión. Tratamiento que consta de una crema corporal caliente que se aplica en la noche en zonas donde se acumula grasa (abdomen, caderas, cintura, brazos, espalda) ayudando a disolver la grasa; el gel frío es “auxiliar para tonificar las áreas flácidas” y se aplica en las mañanas; su costo es de \$504 pesos.
Metaboltonics	Cápsulas que se anuncian en televisión, cuyos componentes son: cromo (50 mcg), goma guar (165 mg) y <i>Garcinia Cambogia</i> o tamarindo (150 mg). Se indican para reducir, controlar y mantener el peso en pacientes con sobrepeso moderado, “causado por comer en exceso”; la goma guar es coadyuvante para reducir el colesterol, se considera una fibra digerible; el cromo permite activar la insulina. Previene en que el producto no sustituye a las comidas y debe acompañarse de una dieta balanceada; no recomienda su administración por más de tres meses consecutivos, debido a que puede producir los siguientes efectos: dolor de cabeza, cansancio, agotamiento, palidez y mareo. La dosis recomendada por vía oral es de 2 cápsulas con las comidas, 3 veces al día; es elaborado por Olnatura, S. A. de C. V., y distribuido por el laboratorio “Genomma Lab”.

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

NOMBRE COMERCIAL	CARACTERÍSTICAS
Cap Slim	Este producto se anuncia en televisión como una opción económica para adelgazar, y de acuerdo con su publicidad, no requiere gastos adicionales, hacer ejercicio, o dieta alguna. La publicidad refiere que es extraído de la corteza de un árbol llamado “Troncomin” y contiene elementos “100% naturales y orgánicos”. Llama la atención la advertencia de que no se perderá el apetito, sino que desaparecerá la ansiedad por comer, debido a la motivación que se obtiene al adelgazar. Por otra parte, menciona que ayuda a reducir las grasas del cuerpo, peso y talla; a mejorar los niveles de colesterol; a controlar el estreñimiento, la colitis y la gastritis; a estimular la circulación, y en personas diabéticas, dice ayudar a regular los niveles de insulina.
Dieter’s drink (hojas de sen)	Este producto se anuncia en prensa; en su publicidad aparecen la foto y el nombre de una actriz. Está compuesto por hojas de sen, cuya función es laxante. Recomienda una dosis diaria de 2 cápsulas por la mañana para eliminar la grasa, sin advertir que la acción es laxante y por eso ayuda a reducir de peso. De acuerdo con la publicidad, no se sufrirá de hambre, pues es un producto natural; también menciona que ayuda en problemas de estreñimiento e inflamación estomacal.
Slimfast	Este producto se anuncia en televisión como una dieta útil para bajar de peso y “para mantenerlo una vez alcanzado el peso ideal”. La recomendación es consumir dos malteadas al día y sólo una comida para bajar de peso, mientras que, para mantenerlo, sugiere comer en la mañana y en la noche y beber una malteada en la tarde; menciona que en caso de recuperar peso se regrese al plan de dos malteadas diarias, lo anterior implicaría quizá una duración indefinida para el consumo de este producto. La dieta que propone para reducir de peso es de aproximadamente 1200 calorías diarias, pero eliminando grasas; señala que quizá se recupere el peso perdido cuando se vuelvan a consumir alimentos sólidos.
Abcoaster	Este producto se anuncia diariamente en televisión durante la programación matutina. De acuerdo con la publicidad contribuye a que “los músculos se relajen y compriman en cada repetición”, es decir, en cada ejercicio abdominal para lograr una figura estética y toda el área alta, baja, media y laterales del abdomen, con su uso promete alcanzar un cuerpo “atlético”.

Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria

NOMBRE COMERCIAL	CARACTERÍSTICAS
Cardio twister	<p>Este producto se anuncia en televisión como un ejercitador, al igual que el “Ab coaster”; refiere ser novedoso para quemar grasa y esculpir abdominales y muslos, todo al mismo tiempo al tener un movimiento de escalada multidireccional; el paquete incluido con este producto es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad Cardio Twister • DVD con dos rutinas de ejercicio • Guía de entrenamiento • Plan alimenticio
Bioshaker	<p>Se anuncia en televisión y consta de una base con un motor y un control remoto para activarlo; al momento de usarlo el cuerpo vibra a gran velocidad, ejercitando ciertos sectores; de acuerdo con la publicidad, la vibración permite reducir peso y tallas lejos del gimnasio y sin dietas que, menciona, pueden “ser peligrosas”.</p>
Té chino	<p>Anunciado en prensa, promete “adelgazar hasta 5 kilos semanalmente”, comiendo normalmente y sin someterse a dieta alguna. La publicidad recomienda tomar dos tazas de té diariamente, sin embargo, no menciona los componentes del mismo, sino sólo que se basa en la medicina tradicional china, también, menciona que sus funciones son de antioxidante, astringente, antibacteriano y diurético.</p>
Vegeline	<p>Se anuncia en prensa como una nueva píldora para adelgazar cuyo consumo ayudará a perder “más de 8 kilos semanales”, ello implica que se puede perder un kilo por día. De acuerdo con la publicidad, está avalado por unos laboratorios ingleses de nombre “Via-tonic” y no requiere prescripción médica. El precio del “tratamiento” es de \$290 pesos por treinta días, \$469 pesos por 60 días y \$639 pesos por noventa días más gastos de envío en todos los casos.</p>
Sibutramina	<p>El anuncio de este medicamento fue visto afuera de una farmacia de la cadena de “Similares” en la delegación Álvaro Obregón, el día 20 de septiembre de 2010, como un producto coadyuvante para adelgazar y con la oferta de “\$80 pesos por caja”. Cabe señalar que la sibutramina es un potente anorexígeno cuyo uso está prohibido en varios países, incluyendo el nuestro, ya que es un supresor no anfetamínico del apetito prescrito para el tratamiento de la obesidad y se recomienda una dosis de un comprimido por día; está contraindicada en pacientes con hipertensión no controlada y con historia de enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias y/o accidente cerebro vascular; por todo lo anterior llama la atención su venta libre, y hasta en oferta; poco después ver la promoción por ley se prohibió su venta.</p>

BIBLIOHEMEROGRAFÍA Y FUENTES

ABRIL, Guillermo (2009), en: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Ana/princesas/Internet/elpepusoc/20090404elpepusoc_1/Tes, recuperado el 13 de abril de 2009.

AGENCIAS, (2007) “Vida sana para modelos de EU”, en: www.eluniversal.com.mx/estilos/51721.html, recuperado el sábado 13 de enero de 2007.

AGUILAR Hurtado, Juan Manuel (2003), “Historia de la anorexia”, en: Tinahones Madueño, Francisco J. (Dir.), *Anorexia y bulimia, una experiencia clínica*, Ediciones Díaz de Santos, S.A., España.

AGUIRRE Calvo, María Luisa, *et al.*, (2006), “Estado actual de los trastornos del comportamiento alimentario en Chile”, en: Mancilla Díaz, Juan Manuel (Dr.) y Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*, El Manual Moderno, México, pp. 57-87.

ÁLVAREZ Alva, Rafael (1998) (Dr.), *Salud pública y Medicina preventiva*, El Manual Moderno, México.

ALVARADO Hernández, Griselda (2000), *Socialización familiar alimentaria como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación*, Tesis de Licenciatura, Gómez Pérez-Mitré, Gilda Livia (asesor), Universidad Nacional Autónoma de México, México.

AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, (2008): “Nuevo enfoque, exitoso en mayoría de trastornos de alimentación”, en: http://www.buenasalud.com/news/index.cfm?news_id=23554&mode=browse, recuperado el 6 enero de 2009.

APARICIO Bello, Rosa Olivia (2001), Tesina de Licenciatura en Psicología, *Evolución diagnóstica y conceptual de los trastornos alimentarios: Anorexia y Bulimia Nerviosa*, Dra. Rosalía Vázquez Arévalo y Lic. Xóchitl López Aguilar (asesoras), UNAM-ENEP Iztacala, México.

ARS MÉDICA (2001), *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario*, Psiquiatría Editores, S.L., Barcelona, España.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (1995), *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson, S.A., Barcelona, España.

AYALA REVUELTAS, Araceli y Diana Sofía Vargas Vela (2005), *Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer*, Tesis para obtener el grado de licenciadas en Trabajo Social, UNAM-ENTS, México.

BALLARINO, Florencia (2008I). “Más casos entre niños La anorexia dejó de ser sólo cosa de chicas”, en: *Diario Panamá*, <http://www.diariopanorama.com/diario/noticias/2008/05/25/a-20266.html>, recuperado el 6 de enero de 2009.

BALLESTER Ferrando, D., *et al.*, (2002), “Actitudes Alimentarias y Satisfacción Personal en adolescentes: Un estudio de prevalencia”, en: *Actas Especiales de Psiquiatría*, Núm. 30, Departamento de Enfermería, Departamento de Psicología, Universitat de Girona, España, p.p. 207-212.

BARRIGUETE, Armando (Dr.) (2003), “Anorexia y bulimia nervosa: el control del miedo”, en: *Cuadernos de Nutrición*, Vol. 26, Núm. 6, Nov. – Dic. 2003, Dir. Gral. Enrique Ríos Espinosa, (Texto elaborado por Yolanda Rojas a partir de una entrevista con el Dr. Armando Barriguete), México.

BAUMAN, Zygmunt (1994), *Pensando Sociológicamente*, Ediciones Nueva Visión, Argentina.

BAUMAN, Zygmunt (2002), *La Cultura Como Praxis*, Paidós, España.

BAUMAN, Zygmunt (2007), *Vida De Consumo*, Fondo De Cultura Económica, México.

BAUMAN, Zygmunt (2006), *Vida Líquida*, Paidós, Estado y Sociedad 143, Barcelona, España.

BEHAR, Rosa, *et al.*, (2006), “Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad”, en: *Revista Médica Chile*, Núm. 134, Chile, p.p. 312-319.

BÉJAR, Helena (2007), *Identidades inciertas: Zygmunt Bauman*, Herder, España.

BIBER, Adriana (Dra.) (2002), *Anorexia, cuando no se acepta el propio cuerpo*, Fapa Ediciones, S. L., (Colecc. Autoayuda), Barcelona, España.

- BRUCH, Hilde (1978), *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa*, Paidós, España.
- BUCKROYD, Julia (1997), *Anorexia y Bulimia*, Ediciones Martínez Roca, Barcelona, España.
- CAMARILLO Espinosa, Nancy (2005), *La Influencia de las emociones en la construcción de los trastornos alimentarios*, Tesis Empírica para el grado de Lic. en Psicología, Dra. Oliva López Sánchez (Dir.), UNAM-FES Iztacala, México.
- CAPARRÓS, Nicolás e Isabel Sanfelió (1997), *La anorexia, una locura del cuerpo*, Biblioteca Nueva S.L., Madrid, España.
- CAPÚA, San Francisco de (1947), *Vida de Santa Catalina de Siena (Escrita por su confesor el bienaventurado...)*, (Colecc. Austral), Cía. Editora Espasa-Calpe, Buenos Aires, Argentina.
- CASTELLANOS, María C. (1988), *Manual de Trabajo Social*, La prensa médica mexicana, S.A., de C.V., México.
- CASTILLO-NÁJERA M., Maruza (2007), “Anorexia, mal del siglo XXI”, Editorial, www.eluniversal.com.mx/editoriales/36467.html, recuperado el 11 de enero de 2007.
- CASULLO, María Martina (Dra.) (2006), “Comportamientos alimentarios en adolescentes y jóvenes argentinos: factores de riesgo”, en: Mancilla Díaz, Juan Manuel (Dr.) y Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*, El Manual Moderno, México, pp. 1-24.
- CLAUDE-PIERRE, Peggy (1998), *¡Alerta! Anorexia y Bulimia. El lenguaje secreto de los trastornos de la alimentación*, Javier Vergara Editor-Grupo Zeta, Buenos Aires, Argentina.
- CHAPA Azuela, María Eugenia (2004), “¡Más vale ocuparse que preocuparse! La alimentación de los adolescentes”, en: *Cuadernos de Nutrición*, Vol. 27, Núm. 1, enero – febrero, México.
- CHINCHILLA Moreno, Alfonso (1995), *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*, Masson, S. A., España.

CHINCHILLA Moreno, Alfonso (2003), *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*, Masson, S. A., Barcelona, España.

CHOUZA, Paula (2010) “Muere Isabelle Caro, la modelo anoréxica de Toscani “, en:

http://www.elpais.com/articulo/cultura/Muere/Isabelle/Caro/modelo/anorexica/Toscani/elpepucul/20101229elpepucul_3/Tes, recuperado el 11 de septiembre de 2011.

CONTRERAS Hernández, Jesús y Mabel Gracia Arnáiz (2005), *Alimentación y Cultura. Perspectivas Antropológicas*, Ariel Antropología, España.

CRISPO, Rosina, et al. (2001), *Anorexia Nerviosa y Bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*, Gedisa, Barcelona, España.

CRUZ, María Fernanda (2007), “Guerra mundial contra la anorexia”, en: *El universal*, www.eluniversal.com.mx/estilos/51914.html, recuperado el miércoles 24 de enero de 2007.

CRUZ Martínez, Ángeles (2007), “Factores genéticos y constitución física determinantes: instituto de la nutrición. Sólo 10% de la población puede tener una figura ‘esbelta’ de forma natural”, en: *La Jornada*, Secc. Sociedad y justicia, www.jornada.unam.mx/2007/02/09/index.php?section=sociedad&article=046n2soc, recuperado el 9 de febrero de 2007.

DPA (2005), “Atracón, otro mal. Con anorexia y bulimia, miles de alemanas”, en: *La Jornada*, www.jornada.unam.mx/2005/08/16/a02n2cie.php, recuperado el 16 de agosto de 2005.

DPA (2007a), “Joven anoréxica conmueve al mundo entero”, en: *El Universal*, Martes 25 de septiembre de 2007, secc. Estilos, p. G2.

DPA (2007b), “La brasileña María Galvao de 14 años pesaba 38 kilos. Otra víctima de la anorexia, joven aspirante a modelo”, en: *La Jornada*, www.jornada.unam.mx/2007/01/09/?section=espectaculos&article_a09n2esp&partner=rss, recuperado el 9 de enero de 2007.

DU RANQUET, Mathilde (1991), *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias*, Siglo Veintiuno de España Editores, S. A., España.

DUKER, Marilyn y Roger Slade (1995), *Anorexia Nerviosa y Bulimia. Un Tratamiento integrado*, UTEHA, Grupo Noriega Editores, México.

DURKHEIM, Emile (1987), *El suicidio*, Premia editora de libros, S.A., La red de Jonás, México.

ELIAS, Norbert (1987), *La sociedad de los individuos. Ensayos*, Edición de Michael Schröter, Ediciones Península, España.

EL ONCE TV (2008), <http://www.saludenfamilia.com.ar/noticia.php?id=13677>, recuperado el 5 junio de 2008.

ESTRADA, Tamara (2009), "Anorexia nerviosa y bulimia. Hombres sufren con mayores trastornos alimenticios", en: *La Opinión de Michoacán*, <http://www.laopiniondemichoacan.com.mx/hemeroteca/Enero09/Principal/02/12020109.html>, recuperado el 6 enero de 2009.

EUROPA PRESS (2009), "La incidencia de la anorexia se multiplica por tres", en: <http://www.europapress.es/la-rioja/noticia-incidencia-anorexia-multiplica-tres-bulimia-duplica-edad-baja-10-anos-20090127142437.html>, recuperado el 10 marzo de 2009.

EUROPA PRESS (2009b), "El 22% de los jóvenes granadinos está "muy poco o nada satisfecho", en: <http://www.europapress.es/andalucia/granada-00353/noticia-22-jovenes-granadinos-muy-poco-nada-satisfecho-cuerpo-estudio-20090411123223.html>, recuperado el 13 de abril de 2009.

FEYERABEND, Paul K. (1974), *Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*, Ariel, España.

FERRAROTTI, Franco (2007), "Las historias de vida como método", en: *Convergencia*, mayo-agosto, Año/Vol. 14, número 044, Universidad Autónoma del Estado de México, México, ISSN 1405-1435, p.p. 15-40.

FERNÁNDEZ Aranda, Fernando y Vicente José Turón Gil (2001), *Trastornos de la alimentación, guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*, Masson, S.A., Barcelona, España.

FLORES, Lorena (2009), "Anorexia y bulimia crecen entre jóvenes hispanas", en: http://www.aldiatrix.com/sharedcontent/dws/aldia/locales/stories/DN-AnaMia_31dia.State.Edition1.2d371b5.html, recuperado el 10 de marzo de 2009.

FREIRE, Espido (2002), *Cuando comer es un infierno: confesiones de una bulímica*, Aguilar, España.

FROMM, Erich, et al. (1978), *La familia*, Ediciones Península, Barcelona, España.

FROMM, Erich (1984), *Tener o ser*, Fondo de Cultura Económica, México.

FROMM, Erich (1992), *El miedo a la libertad*, Paidós Studio, México.

GALLARDO, Rosa (2006), “Princesas con pesadillas”, en: www.diariocordoba.com/noticias/noticia.asp?pkid=382256, recuperado el 25 de abril de 2007.

GALLINO, Luciano (2001), *Diccionario de Sociología*, Siglo XXI Editores, México.

GARCÍA Canclini, Néstor (1996), “La crisis del cine como fracaso de la política cultural”, en: Marini, Ruy Mauro y Mágina Millán (Coord.), *La teoría social latinoamericana. Cuestiones contemporáneas*, Tomo IV, UNAM-Ediciones El Caballito, S.A., México, pp. 205-216.

GARCÍA, Maru (2008), “Guadalajara. Ana y Mía están al acecho: Aman la belleza y el hambre”, en: *El Occidental*, en: <http://www.oem.com.mx/eloccidental/notas/n711491.htm>, recuperado el 5 de junio de 2008.

GARCÍA Rodríguez, Fernando (1993), *Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa*, Ediciones Díaz de Santos, S.A., España.

GDA (2006), “Anorexia, en la antesala del quirófano”, en: *El universal*, www.eluniversal.com.mx/articulos/36382.html, recuperado el 25 de abril de 2007.

GUELAR, Diana y Rosina Crispo (2000), *Adolescencia y trastornos del comer*, Gedisa, Barcelona, España.

GUILLEMOT, Anne y Michel Laxenaire (1994), *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*, Masson, S.A., Barcelona, España.

GUÍA TCA (2009), “Guía TCA: Un problema sociocultural” (2009), en: http://www.rioja2.com/diario/37294-703-17-Guia_TCA_Un_problema_sociocultural, recuperado el 10 de marzo de 2009.

GOFFMAN, Erving (1959), (ed. de 1981), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu Editores, Argentina.

GOFFMAN, Erving (1970) (ed. de 2004), *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Argentina.

GOFFMAN, Erving (1991), *Los momentos y sus hombres. Textos seleccionados y presentados por Yves Winkin*, Ediciones Paidós, España.

GOLDMAN, Bejla R. de (2005), *Anorexia y bulimia: un nuevo padecer*, Lugar editorial, Buenos Aires, Argentina.

GONZÁLEZ, Luz (2010), “Lanza SEP programa contra obesidad infantil” en *El universal*, <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/42795.html>, recuperado el 27 de marzo de 2010.

GONZÁLEZ, Margarita Esther (2002), “Anorexia nerviosa y bulimia”, en: *Esposa joven*, Año dos, número diez, Roxanna Erdman (Editora), Impresiones aéreas S. A., de C. V., México.

GONZÁLEZ Ramírez, José Francisco (1999), *Anorexia. Ayuda para superarla*, Edimat Libros (Ediciones y distribuciones Mateos), Madrid, España.

GÓMEZ Vecchio, Ricardo (2009), “Bulimia y anorexia: triste, solitaria y delgada”, en: <http://www.rionegro.com.ar/diario/2009/05/14/1242269643123.php>, recuperado el 13 de mayo de 2009.

GRACIA ARNAIZ, Mabel y Josep M. Comelles (Eds.) (2007), *No Comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género*, Icaria, Observatorio de la Alimentación, España.

HEKIER, Marcelo y Celina Miller (1994), *Anorexia-Bulimia: Deseo de nada*, Paidós, Argentina.

HERNÁNDEZ, Pascual (2000), “Anorexia y Bulimia. Claves para recuperar el control”, en: *Revista Mía*, No. 716, semana del 29 de mayo al 4 de junio de 2000, Madrid, España.

HERRERA Rodríguez, Manuel (2003), “Reflexiones para un tratamiento de la anorexia bulimia”, en: Tinahones Madueño, Francisco J. (Dir.), *Anorexia y bulimia, una experiencia clínica*, Ediciones Díaz de Santos, S.A., España.

ILLICH, Iván (1975), *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Breve Biblioteca de Respuestas, Barral Editores.

IMSS (2007), <http://www.revistaopcion.com.mx/web/2008/01/29/afectan-bulimia-y-anorexia-a-2-millones-de-mexicanos/>, recuperado el 9 de mayo de 2009.

INFANCIA HOY, Agencia internacional de noticias, “Japón es el país con más patologías de alimentación”, http://www.infanciahooy.com/despachos.asp?cod_des=7979&ID_Seccion=192, recuperado el 31 de mayo de 2014.

KIOSKO MAYOR (2009), Redacción, “Senadora Larios busca evitar bulimia y anorexia”, en: <http://www.kioscomayor.com/vernoticias.php?artid=19732&relacion=kioscomayor&tipo=principal1&cat=11>, recuperado el 10 de marzo de 2009.

LABORATORIOS ROCHE (s/a), *Terapia Cognitivo Conductual [TCC] de los trastornos de la alimentación*, (Tomo 4).

LA SEGUNDA ONLINE (2009), “Diputada Alejandra Sepúlveda pide al Gobierno hacer campaña nacional para prevenir anorexia y bulimia”, en: http://www.lasegunda.com/ediciononline/buena_vida/detalle/index.asp?idnoticia=460172, recuperado el 10 marzo de 2009.

LIPOVETSKY, Gilles (1988), *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Anagrama, Barcelona, España.

LIPOVETSKY, Gilles (1990), *El imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades modernas*, Anagrama, Barcelona, España.

LIPOVETSKY, Gilles (2002), *La tercera mujer*, Anagrama, España.

LIPOVETSKY, Gilles (2003), *Metamorfosis de la cultura liberal. Ética, medios de comunicación, empresa*, Anagrama (Colecc. Argumentos), España.

LIPOVETSKY, Gilles y Elyette Roux (2004), *El lujo eterno. De la era de lo sagrado al tiempo de las marcas*, Anagrama, (Colecc. Argumentos), España.

LIPOVETSKY, Gilles (2008), *La sociedad de la decepción. Entrevista con Bertrand Richard*, Anagrama, España.

LIPOVETSKY, Gilles (2013), *La felicidad paradójica*, Anagrama, España.

MALLIMACI, Fortunato y Verónica Giménez Béliveau (2007), “Historia de vida y métodos biográficos”, en: Vasialchis de Gialdino, Irene (Coord.), *Estrategias de Investigación cualitativa*, Gedisa, Argentina, p.p. 175-212.

MANCILLA Díaz, Juan Manuel (Dr.), y Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré (2006), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*, El Manual Moderno, México.

- MARTÍNEZ DE MINGO, Luis (2002), *Morir de hambre: cartas a una anoréxica*, Diagonal del Grup 62, España.
- MARTÍNEZ-FORNÉS, Santiago (1995), *La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia*, Espasa- Calpe, México.
- MARTÍNEZ Hernández, Ángel (2008), *Antropología Médica. Teorías sobre la Cultura, el poder y la enfermedad*, Anthropos, España.
- MARTÍNEZ López, Francisco y Ventura Ferrer Delso (2000), *Anorexia nerviosa, entre la vida y la muerte*, Paraninfo Thompson Learning, España.
- MASÍAS NÚÑEZ, Rodolfo (2005), “Prólogo a la llamada ‘Investigación cualitativa’ en Ciencias Sociales en: *Colombia Internacional*, julio-diciembre, número 062, Universidad de los Andes, Colombia, p.p. 120-131.
- MASIP, Sonia (2009), “Santa, bruja, histérica, farsante, enferma. Representaciones de la anorexia”, (artículo en línea) en: *Extravío, Revista electrónica de literatura comparada*, Núm. 2, Universitat Valencia, <http://www.uv.es/extravio>, ISSN: 1889-4902, recuperado el 7 de mayo de 2009.
- MATEY, Patricia (2009) “De qué mueren las anoréxicas”, en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/02/04/psiquiatriainfantil/1233777776.html>, recuperado el 10 de marzo de 2009.
- MEDOFF, Jillian (1998), *Al filo del hambre*, Ediciones B, España.
- MIRANDA Cogco (2006), Carlos, “Anorexia y bulimia en aumento entre los jóvenes veracruzanos”, en: <http://www.notiver.com.mx/index.php?id=109261>, recuperado el 25 de abril de 2007.
- MORGADO, Marcia (2007), “Pierde peso a corto plazo”, en: *Vanidades*, Año 47, núm. 1, enero, 2007, Jacqueline Blanco (Directora editorial), Edit. Televisa Internacional, México.
- MORIN, Edgar (1994), *Sociología*, Tecnos, España.
- MORIN, Edgar y Anne Brigitte Kern (2005), *Tierra-Patria*, Kairós, España.
- MÜLLER, Moira (2001), *Crónica de una Anorexia. El Diario de Moira*, Edit. Juventud, España.

NÁJERA Aquino, Rosario (Dra.) (2002), *Detección de Bulimia y Anorexia Nerviosa en estudiantes de 15 a 23 años de la Escuela Nacional Preparatoria No 5*, Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina General Familiar, Facultad de Medicina-UNAM, México.

NARDONE, Giorgio, Tiziana Verbitz y Roberta Milanese (2002), *Las prisiones de la comida. Vomiting, anorexia, bulimia. La terapia breve*, Herder, España.

NARDONE, Giorgio (2004), *Más allá de la anorexia y la bulimia*, Paidós, España.

NOTIMEX (2008), “Cuando la anorexia abraza al ‘sexo fuerte’ ” en: <http://www.vanguardia.com.mx/diario/noticia/arte/vidayarte/cuando-la-anorexia-abraza-al-sexo-fuerte-/171941>, recuperado el 10 de julio de 2008.

NOVA (2006), “Movimiento Pro-Anoréxico y Bulímico: ‘El país de nunca comer’” (Informe especial), en: www.agencianova.com/nota.asp?n=2006_3_13&id=29326, Buenos Aires, Argentina, recuperado el 25 de abril de 2007.

NUNES, María Angélica (2006), “Trastornos alimentarios en Brasil”, en: MANCILLA Díaz, Juan Manuel (Dr.), y Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*, El Manual Moderno, México.

OGDEN, Jane (2005), *Psicología de la alimentación, comportamientos saludables y trastornos alimentarios*, Ediciones Morata, S.L., Madrid, España.

OLIVARES Díaz, Miriam (2009), *Los factores de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con las prácticas de crianza*, Tesis de Licenciatura Psicología, Gómez Pérez-Mitré, Gilda L. (asesor), UNAM, México.

ONS, Silvia (2004), “La anorexia y su rechazo a la grosería capitalista”, en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-31914-2004-02-26.html>, recuperado el 25 de abril de 2007.

ORTEGA Lozano, Marisela (2009), “Detectan casos de anorexia en colonias populares”, en: http://www.elpasotimes.com/spanish/ci_11574523, recuperado el 13 de abril de 2009.

OSPINA Valencia, José (2009), “Bulimia en hombres: aceptar el propio cuerpo es más difícil de lo imaginado”, en: <http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,3282501,00.html>, recuperado el 8 de mayo de 2009.

PADIERNA Acero, José Ángel (2001), “Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria del adulto”, en: Salazar Vallejo, Michel, *et al.*, *Formación continuada en fundamentos de Psiquiatría. Autoevaluación razonada*, Masson, S. A., Barcelona, España.

PANAIA, Marta (2004), “El aporte de las técnicas biográficas a la construcción de teoría”, en: *Espacio abierto*, enero-marzo, Año/ Vol. 3, número 001, Asociación Venezolana de Sociología, Venezuela, ISSN 1315-006, p.p. 51-73.

PELAEZ Fernández, María Ángeles (2006), *et al.*, “Epidemiología de los Trastornos del Comportamiento Alimentario en España”, en: Mancilla Díaz, Juan Manuel (Dr.) y Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*, El Manual Moderno, México, pp. 89-12.

PÉREZ-STADELMANN, Cristina (2006), “Atacan Anorexia y bulimia con sicocirugía”, en: *El Universal. El gran diario de México*, año 90, número 32,306, (Secc. Sociedad), Jueves 6 de abril de 2006, México, pp.1 A, 18.

PETRACCI, Mónica (2004), “Una agenda de la opinión pública a través de la discusión grupal. Una técnica de investigación cualitativa: El Grupo Focal”, en: Kornblit, Ana Lía (Coord.), *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales, modelos y procedimientos de análisis*, Biblos, Argentina, p.p. 77-89.

PINEDA García, Gisela (2006), *Estrategias Preventivas de Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*, Tesis de Doctorado en Psicología, Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré (asesora), UNAM, México.

POY Solano, Laura (2007), “Cultura de la comida light”, en: *La Jornada*, secc. Sociedad y justicia, en: www.jornada.unam.mx/2007/02/09/index.php?section=sociedad&article=046n2soc, recuperado el 9 de febrero de 2007.

POY Solano, Laura (2010), “En México aumentan los casos de anorexia y bulimia en hombres”, en *La Jornada*, secc. Sociedad y justicia, en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/10/25/sociedad/045n1soc>, recuperado el 31 de mayo de 2014.

PUERTAS Tejedor, Pilar (2000), “El ascetismo del hambre, una militancia actual”, en: *Anorexia, Bulimia, salud y juventud. Jornadas celebradas del 13 al 24 de noviembre de 2000*, Organizadas por la Real Sociedad Bascongada de los amigos del país, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Deusto, Servicio Editorial de la Universidad del país Vasco, Bilbao, España.

RAICH, Rosa María (1998), *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*, Ediciones Pirámide, Madrid, España.

RAIMBAULT, Ginette y Carolina Eliacheff (1991), *Las indomables. Figuras de la anorexia*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.

REAL SOCIEDAD BASCONGADA DE LOS AMIGOS DEL PAÍS (2000), *Anorexia, Bulimia, salud y juventud. Jornadas celebradas del 13 al 24 de noviembre de 2000*, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Deusto, Servicio Editorial de la Universidad del país Vasco, Bilbao, España.

REUTERS (2002), “¿Las dietas sanas son peligrosas?”, en: *La Jornada virtual*, www.jornada.unam.mx/2002/02/12/048n1con.php?printver=1, recuperado el 25 de abril de 2007.

REUTERS (2006), “Su masa corporal era menor al nivel de desnutrición. La modelo fallecida pesaba lo que una niña de 12 años”, *La Jornada*, en: www.jornada.unam.mx/2006/11/17/indez.php?sction=espectaculos&article=a1|n|es|p, recuperado el 25 de abril de 2007.

RIVERA, Juan y Teresa Shamah (2006), “Análisis Crítico de la evolución de la mala nutrición durante las últimas décadas en México: Resultados de niños”, *Salud Pública de México*, Año/Vol. 9, Número Especial, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal, México, p.p. 267-269.

RODRÍGUEZ, Ruth (2007), “Llaman a frenar desórdenes alimenticios. Insiste especialista en que se debe eliminar la talla cero para prevenir la anorexia que se caracteriza por la pérdida de peso a consecuencia de la restricción alimentaria”, en: *El Universal*, www.eluniversal.com.mx/articulos/39208.html, recuperado el martes 10 de abril de 2007.

ROJAS Soriano, Raúl (1988), *Sociología Médica*, Plaza y Janés, (Colecc. Folios universitarios), México.

ROJAS SORIANO, Raúl (2005), *Historia de vida de un mexicano sentenciado a muerte en Estados Unidos*, Plaza y Valdés Editores, México.

ROJAS Soriano, Raúl (1991), *Guía para realizar investigaciones sociales*, Plaza y Valdés, México.

RONEN, Tammie y Ayelet (2004), *Luchar contra la anorexia. Historia de una paciente, su terapeuta y el proceso de recuperación*, Paidós, España.

RUSSO, Vicente Emilio (2008), “Bulimia y Anorexia: continúa el debate”, en: <http://www.mdzol.com/mdz/nota/48106-Bulimia-y-Anorexia-contin%C3%BAa-el-debate/>, recuperado el 5 de junio de 2008.

SALAZAR Vallejo, Michel, *et al.* (2001), *Formación continuada en fundamentos de Psiquiatría. Autoevaluación razonada*, Masson, S. A., Barcelona, España.

SÁENZ, Margarita (2002), “Cuerpo y Género”, en: *Norte de Salud Mental*, No. 17, II Jornadas Interautonómicas del Norte (diciembre, 2002), Segovia, España, pp. 17-21.

SALCEDO Meza, Concepción (1999), “La adicción por la delgadez”, en: *Revista ¿Cómo ves?*, Universidad Nacional Autónoma de México, Enero de 1999, año 1, No 2, México.

SALDAÑA García, Carmina (1994), *Trastornos del comportamiento alimentario*, Fundación Universidad-Empresa, España.

SALTALAMACCHIA, Homero (1992), *La historia de vida*, México.

SAN PÍO, Pilar (2001), “La visión de los trabajadores sociales”, en: Romá Ferri, Ma. Teresa *et al.*, *Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia)*, Universidad de Alicante, España.

SÁNCHEZ Azcona, Jorge (1984), *Familia y sociedad*, Joaquín Mortiz, México.

SÁNCHEZ, Cinthya (2006), “Anorexia y bulimia: alientan desde internet círculo de mentiras”, en: *El Universal*, www.eluniversal.com.mx/notas/384150.html, recuperado el 25 de abril de 2007.

SCHÜTZE, Gerd (1983), *Anorexia mental*, Herder, Barcelona, España.

SELVINI Palazzoli, M., S. Cirilo y A. M. Sorrentino (1999), *Muchachas anoréxicas y bulímicas, La terapia familiar*, Paidós, España.

SEPÚLVEDA, Ana Rosa, Juan Botella y José Antonio León (2001), “La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un Meta-análisis”, en: *Psicothema*, Vol. 13, No 1, p.p. 7-16.

SERVÍN, Mirna (2000), “Desórdenes alimenticios”, en: *La Jornada*, www.jornada.unam.mx/2000/03/27/cien-eureka.html, recuperado el 25 de abril de 2007.

SHELLEY, Rosemary (2000), *Anorexia, guía para pacientes, familiares y terapeutas*, Trillas, México.

SILVA Gutiérrez, Cecilia (2006), *Ambiente Familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria*, Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología, Dr. Juan José Sánchez Sosa (Tutor), Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM, México.

SIMÓN, Angélica (2007), “Bulimia y anorexia afectan ahora a niñas y niños: ssa (DF)”, *El universal*, en: www.eluniversal.com.mx/ciudad/83780.html, recuperado el 25 de abril de 2007.

SOBREMONTTE de Mendicoti, Emma, *et al.* (2000), “La anorexia nerviosa: ¿un suicidio estético?”, en: *Anorexia, Bulimia, salud y juventud. Jornadas celebradas del 13 al 24 de noviembre de 2000*, Organizadas por la Real Sociedad Bascongada de los amigos del país, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Deusto, Servicio Editorial de la Universidad del país Vasco, Bilbao, España.

STEINER-ADAIR, Catherine (2002), “Prólogo”, en: BRUCH, Hilde (1978), *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa*, Paidós, España.

STIERLIN, Helm y Gunthard Weber (1990), *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa*, Gedisa editorial, Barcelona, España.

TAYLOR, S.J., y R. Bogdan (2010), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Paidós, España.

TELLO PEÓN, Nelia y Carlos Arteaga Basurto (2004), “Historia del Trabajo Social en México. Notas para una discusión”, en: Tello Peón Nelia (Comp.), *Trabajo Social en algunos países: aportes para su comprensión*, UNAM-ENTS, Estudios de opinión y participación, A. C., México.

- TINAHONES Madueño, Francisco J. (Dir.) (2003), *Anorexia y bulimia, una experiencia clínica*, Ediciones Díaz de Santos, S.A., España.
- TORO, Josep y Erik Vilardel (1987), *Anorexia nerviosa*, Martínez Roca, España.
- TORO, Josep (1999), *El cuerpo como delito*, España.
- TORO, Josep (2006), “Medios de Comunicación y Trastornos del Comportamiento Alimentario”, en: Mancilla Díaz, Juan Manuel (Dr.) y Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*, El Manual Moderno, México, p.p. 203-227.
- TRIGUEROS GUARDIOLA, Isabel (1995), *Manual de prácticas de Trabajo Social con las mujeres*, Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., España.
- TRIGUEROS GUARDIOLA, Isabel et al., (2001), *Trabajador Social*, Vol. I, MAD, España.
- URIBE Merino, José Fernando (2007), *Anorexia. Los factores socioculturales de riesgo*, Editorial Universidad de Antioquía, Escuela de Nutrición y Dietética, Colombia.
- URREJOLA Noguera, Pascuala (Dra.) (2007), “Anorexia nerviosa”, en: [//escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/curso/Lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/curso/Lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html), recuperado el 25 de abril de 2007.
- VALLEJO, Soledad (2004), “La sociedad de los deseos muertos”, en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-1197-2004-05-16.html>, recuperado el 25 de abril de 2007.
- VERA, Celia (2001), “Género, cultura e imagen del cuerpo”, en: Romá, Ferri, Ma. Teresa et al., *Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia)*, Universidad de Alicante, España.
- VILLACRESES, Yolanda (2008), “Me gusta verme bien para sentirme bien”, *Dominical especialista*, en: <http://www.bulimarexia.com.ar/centros.html>, recuperado el 18 de junio de 2009.
- VIVAS, Eleonora y Zoraida Luigli (2006), “Trastornos del Comportamiento Alimentario en Venezuela: Panorama actual”, en: Mancilla Díaz, Juan Manuel (Dr.) y Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*, El Manual Moderno, México, 2006, p.p. 173-201.

YÁÑEZ PEREIRA, Víctor R. (2007), *Visibilidad/Invisibilidad del Trabajo Social. Los fundamentos de una cosmología disciplinaria*, Universidad Autónoma de Chile, Espacio Editorial, Argentina.

ZAGALAZ Sánchez, María Luisa, Santiago Romero Granados y Onofre R. Contreras Jordán (2006), “La Anorexia Nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la Provincia de Jaén”, en: *Oei-Revista Iberoamericana de Educación*, p.p. 1-24.

S/autor (2004), “Ana y Mia asesinas”, en: [//mifune.blogs.com/anamia/2004/07/ana_y_mia_asesin.html](http://mifune.blogs.com/anamia/2004/07/ana_y_mia_asesin.html), recuperado el 25 de abril de 2007.

S/autor (2009), “Crecen los casos de bulimia y anorexia en mayores de 40 años y en hombres”, en: <http://www.atlantico.net/noticia/75841/Bulimiayanorexia/>, recuperado el 13 abril de 2009.

S/autor (2008), “El número de personas con trastornos de la alimentación crece un 6%”, en: <http://www.granadahoy.com/article/granada/301138/numero/personas/con/trastornos/la/alimentacion/crece.html>, recuperado el 14 diciembre de 2008.

S/autor (2007), “Estudian predisposición genética hacia la anorexia nervosa”, en: *El universal*, miércoles 21 de febrero de 2007, www.eluniversal.com.mx/cultura/51616.html, recuperado el 25 de abril de 2007.

S/autor (2007), “Historias de vida. Dos sobrevivientes de la anorexia”, *El universal*, en: www.eluniversal.com.mx/estilos/51916.html, recuperado el 25 de abril de 2007.

S/autor (2009), “Los casos de anorexia crecen y superan ya los 700 en Córdoba, aumenta el número de adultos que opta por tratarse tras años de silencio”, en: <http://www.eldiadicordoba.es/article/cordoba/308758/los/casos/anorexia/crecen/y/superan/ya/los/cordoba.html> página, recuperado el 6 enero de 2009.

S/autor (2008), “Los pacientes con anorexia son más propensos al suicidio”, en: <http://www.infobae.com/contenidos/378919-101098-0-Los-pacientes-anorexia-son-m%C3%A1s-propensos-al-suicidio>, recuperado el 8 de mayo de 2008.

S/autor (2006), “Los sacrificios de una flaca. Aunque ante los ojos de los demás traten de ocultar los trastornos en su alimentación, sus siluetas las delatan”, *El universal*, en: www.eluniversal.com.mx/articulos/34917.html, recuperado el 25 de abril de 2007.

S/autor (2006), “Muere el 10% de personas que padecen anorexia en el mundo”, en: www.eluniversal.com.mx/articulos/37601.html, recuperado el 25 de abril de 2007.

S/autor (2009), “¿Rechazan sus hijos la comida?”, *La verdad*, en: http://www.laverdad.es/alicante/20090307/sociedad_murcia/rechazan-hijos-comida-20090307.html, recuperado el 13 de abril de 2009.

BLOG AMIGAS ANA Y MIA (2007), <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/06/la-sibutramina.html>, recuperado el 25 de abril de 2007.

BLOG ANA Y MÍA (2007), <http://amigasanaymia.blogspot.com/2007/05/receta-de-ana.html>, recuperado el 15 de agosto de 2007.

BLOG ANDREA PRINCESITA (2007), <http://andreaprincesitablogdiario.com>, recuperado el 25 de abril de 2007.

BLOG YOUNG CONFESION (2007), <http://youngconfession.galeon.com/enlaces1590835.html>, recuperado el 25 de abril de 2007.

BLOG PRO ANA (2007), www.pandeblog.net/?s=pro-ana, recuperado el 25 de abril de 2007.

BLOG PRINCESITA DE ANA Y MIA (2007), www.princesitadeanaymia.blogdiario.com/1167949380, recuperado el 5 de enero de 2007.

<http://www.colegioaltamira.cl/tabla-de-imc-segun-la-oms>, recuperado el 13 de abril de 2014.

<http://www.credus.es/blog/hablemos-de-anorexia/>, recuperado el 10 de abril de 2014.

<http://www.elmundo.es/elmundo/2011/01/20/cultura/1295518733.html>, recuperado el 11 de septiembre de 2011.

<http://www.infobae.com/2012/08/29/1057158-la-tragica-muerte-las-gemelas-anorexicas>, recuperado el 2 de diciembre de 2013.

http://www.lagaceta.com.ec/site/html/dominical.php?sc_id=12&c_id=122&pg_id=38053, recuperado el 8 de mayo de 2008.

www.liberadictus.org/2Informacion/Anorexia.html, (recuperados el 25 de abril de 2008).

<http://www.2medusa.com/2009/01/rachel-clare-wallmeyer-wallmeyer-twins.html>, recuperado el 2 de diciembre de 2013.

www.netdoctor.es/XML/articuloNet.jsp?XML=000082, recuperados el 25 de abril de 2008.

<http://princesasoleidad.blogdiario.com/>, recuperado el 13 de mayo de 2010.

<http://princesa-ana-mia.blogspot.com/2008/06/self-injury-o-auto-mutilacion.html>, recuperado el 28 de mayo de 2010.