



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL  
CAMPO DE CONOCIMIENTO: DIMENSIONES SOCIALES DE LA SALUD

IMAGEN CORPORAL, PRÁCTICAS CORPORALES Y RIESGOS A LA SALUD  
EN MUJERES. UN ANÁLISIS DESDE EL TRABAJO SOCIAL CON  
PERSPECTIVA DE GÉNERO.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

CINTHYA KARINA CASTRO GARCÍA

TUTORA:

DRA. JULIA DEL CARMEN CHAVEZ CARAPIA  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Ciudad Universitaria, Cd. Mx, junio, 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

No hay una mejor manera de agradecer el esfuerzo de tantos años de mi madre y de mi padre, que no sea con mi trabajo y en el avance en lo ellos decían es lo único que nos dejarían a mi hermano y a mí: la educación. Gracias Tere y Gustavo por enseñarme todo, aunque muchas veces no entiendan bien a bien lo que su hija hace en la universidad. Y a mi hermano, de quien espero poder ser un pilar como él lo ha sido para mí a lo largo de estos años.

A José Antonio, motor y soporte para poder alcanzar juntos nuevas metas. Gracias por no dejarme rendir y contener tantas emociones en el camino con tu paciencia y amor.

A la Dra. Julia del Carmen Chávez Carapia quien me enseñó que el feminismo es una forma de vida y me abrió la posibilidad de ver el cuerpo de la mujer de forma distinta, a la vez que me hizo mirarme a mí también. Gracias por su guía en este trabajo.

A los sinodales: Dra. Guadalupe Fabiola Pérez Baleón, Mtra. Silvia Solís San Vicente, Dra. Jahel López Guerrero y Mtra. Virginia García Sánchez quienes se dieron a la tarea de leer y comentar este trabajo para su bien y mejora. Gracias por compartir sus conocimientos.

A la pandilla: Elena, Sazi, Juan Carlos, Marylin, Héctor, Mine; de quienes aprendí nuevos horizontes en las ciencias sociales e hicieron de la maestría un espacio de discusión y carcajadas. Al equipo de investigación de la ASMAC, quienes me dieron ánimo y respiro cuando más estrés hubo. Gracias Ángeles y Ernesto por traer de nuevo el escultismo a mi vida en el momento justo.

A las compañeras del Centro de Estudios de Género de la ENTS, gracias por abrirme las puertas, por su amistad y por las palabras de aliento cuando ya no entendía por dónde seguir con la tesis.

Y principalmente a las mujeres que abrieron sus experiencias y vivencias para la construcción de la investigación. Gracias por su generosidad y confianza para entender los trastornos de la conducta alimentaria y el cuerpo femenino.

## Índice

Introducción	4
Planteamiento del problema	
Pregunta de investigación.	
Objetivos.	
Supuesto de investigación.	
Justificación.	
Metodología.	
Capítulo 1. El estudio del cuerpo y las prácticas corporales desde la perspectiva de género.	18
1.1. Antecedentes de investigación sobre trastornos alimenticios desde el Trabajo Social en la UNAM.	18
1.2. Estudio del cuerpo en las ciencias sociales.	23
1.3. Las prácticas corporales en los estudios del cuerpo.	28
1.4. El control del cuerpo femenino, cuerpo para otros.	31
1.5. Teoría feminista, género y perspectiva de género.	37
Capítulo 2. La Imagen Corporal y el Trastorno Dismórfico Corporal.	45
2.1. ¿Qué es la imagen corporal?	45
2.1.1. Alteraciones de la imagen corporal: el trastorno dismórfico corporal y sus consecuencias.	49
2.2. Los trastornos de la conducta alimentaria.	52
2.3. Intervenciones de tratamiento en trastornos de la imagen corporal.	60
Capítulo 3. Itinerarios corporales como propuesta metodológica para el estudio de las prácticas corporales.	64
3.1. La investigación cualitativa y los itinerarios corporales.	64
3.2. Proceso metodológico.	71
Capítulo 4. Construcción de itinerarios corporales, prácticas corporales y trayectoria de atención de los TCA.	75
4.1. La relación con el cuerpo en los trastornos de la conducta alimentaria.	76
4.2. Motivos de aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.	78
4.3. Inicio de los trastornos de la conducta alimentaria.	81
4.4. Desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.	83
4.5. Prácticas durante los trastornos de la conducta alimentaria.	86
4.6. Prácticas después del trastorno de la conducta alimentaria.	90
4.7. Consecuencias en la salud.	92
4.8. Trayectoria de atención.	94
4.9. Efectividad del tratamiento.	97
4.10. Redes sociales y familiares.	100
Conclusiones generales	102

Capítulo 5. Propuesta para la incorporación del cuerpo como categoría de análisis en la intervención con perspectiva de género	107
5.1. Algunos orígenes del Trabajo Social.	107
5.2. Trabajo social y la incorporación del género en los procesos de intervención.	113
5.3. El cuerpo como categoría de análisis en la intervención de Trabajo Social.	115
Referencias.	121
Anexo.	131

# **Prácticas estéticas y riesgos en la salud en mujeres. Un análisis desde el Trabajo Social con perspectiva de género**

## **Introducción**

Mi interés por el estudio del cuerpo se centra en la percepción y construcción de la imagen corporal de las mujeres, específicamente en la adolescencia ya que es en esta etapa de la vida donde se experimenta la última gran transformación del individuo en su desarrollo biológico el cual se define por la adquisición de características sexuales y morfológicas que determinará el biotipo adulto (Comas, 1983).

La imagen corporal en la adolescencia tiene un rol relevante en la conformación de la identidad propia y la consolidación de una percepción corporal positiva. El cuerpo se convierte en la primera carta de presentación al mundo exterior de una personalidad que se encuentra aún en definición, que tiene influencia del mundo exterior que lo rodea y del mundo interior que busca una autodefinición.

La adolescencia es la etapa de maduración por la cual el hombre y la mujer transitan antes de la consolidación de su vida adulta y que comprende desde los diez hasta los diecinueve años (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011). Además de los cambios biológicos, como parte del desarrollo, existen factores sociales y emocionales que caracterizan a la adolescencia como es la búsqueda constante de la identidad y la aceptación de su grupo de pares con quienes formará lazos sociales y afectivos que le proporcionarán seguridad y confianza en su vida adulta. De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se puede clasificar en dos periodos: la adolescencia temprana (10- 14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años). Estos años se caracterizan por cambios físicos propios del desarrollo físico y sexual, principalmente en la primera fase y posteriormente, se pasa a la maduración de su identidad (UNICEF, s/f).

Entre estos cambios, se reconoce que el y la adolescente se encuentra en un momento de crisis y angustia, pues reconocer este cuerpo nuevo que se vuelve extraño le demanda una serie de procesos que, en las prácticas del arreglo, el peinado, la ropa, cuidados corporales representan una forma de relacionarse con el mundo exterior y como medio de expresión simbólica (Chaby, 2001). Es precisamente en esta brecha que la aparición de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y conductas alimentarias de riesgo (CAR) son más frecuentes. Autores como Losada (2015) afirman que son las mujeres el grupo de población con más predisposición a tener padecimientos relacionados con la insatisfacción corporal (90%) como pueden ser los trastornos de la alimentación y trastornos obsesivos compulsivos (TOC) a consecuencia de la presión social y el culto a la estética del cuerpo. Es innegable que el problema de los TCA impacta de una forma diferenciada a mujeres y hombres, sin negar la existencia de casos en la población masculina. Aunque autores afirman (Andersen y Holman, 1997; Fichter y Krenn, 2003; Olivarida, et.al., 1995) que hay un aumento de casos de TCA en varones y problemas de distorsión de la imagen corporal, las preocupaciones que los hombres tienen respecto a su cuerpo son distintas a las de las mujeres. En el caso de los hombres, se ha explorado la Dismorfia muscular<sup>1</sup>, donde el trabajo del cuerpo no tiene límites para conseguir una musculatura deseada (Vázquez, et.al., 2004); mientras que, en el caso de las mujeres, el ideal estético de la delgadez es valorado como sinónimo de belleza. Sin embargo, en ambas situaciones, la construcción de la identidad del género, de lo masculino y lo femenino han determinado la construcción de los cuerpos.

Es por ello que este trabajo tiene la finalidad de proponer puntos de partida para la intervención y prevención con una perspectiva de género sobre las conductas de riesgo que puedan desencadenar trastornos dismórficos corporales y aquellos relacionados con la alimentación a partir de conocer los procesos de

---

<sup>1</sup> En la dismorfia muscular las personas muestran una preocupación y conductas de preocupación constante por ser pequeños o con poca musculatura, malestar que repercute en su vida cotidiana pues abandona actividades sociales o recreativas por la necesidad compulsiva de entrenar su cuerpo. Realizan ejercicio excesivo con largas horas de levantamiento de pesas, modificación de su dieta y consumen sustancias que dan energía para mejorar su rendimiento (Behar y Molinari, 2010).

atención, desarrollo de enfermedad y las prácticas de mujeres que hayan presentado en algún momento de su vida algún trastorno de la conducta alimentaria desde un enfoque social no médico donde el Trabajo Social puede realizar acciones de intervención a problemas relacionados con la insatisfacción corporal.

La investigación se desarrolló desde un abordaje cualitativo a través de entrevistas en profundidad con énfasis en la percepción corporal, emociones y trayectoria de atención de los TCA. El objetivo de las entrevistas se centró en la vivencia y desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) de tres mujeres entre los 21 a los 37 años que en algún momento de su historia de vida atravesaron o viven con el padecimiento, pero que su inicio fue en un momento específico de su vida: la adolescencia.

En este trabajo busco explorar algunas de las prácticas corporales realizadas por mujeres, encaminadas a modificar la estética de su cuerpo, lo que repercutió en la formación de su imagen corporal y la aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Estas prácticas pueden ser consideradas como una consecuencia del bombardeo constante de la mercadotecnia a través de los medios masivos de comunicación, que promueven un modelo de belleza que se vuelve cada vez más inalcanzable y el cual, además, ha llevado a las mujeres desde muy temprana edad a alterar su cuerpo y, por ende, su imagen corporal (Orbach, 1993; Fallon, 1990 en Cruz y Maganto, 2002). Para ello el trabajo se divide en cinco capítulos:

El primer capítulo titulado *El estudio del cuerpo y las prácticas corporales desde la perspectiva de género* se desarrollan los conceptos teóricos de la investigación: cuerpo, prácticas corporales, género y perspectiva de género, que son el punto de partida para el análisis y las reflexiones a lo largo del trabajo.

En el segundo capítulo *La Imagen Corporal y el Trastorno Dismórfico Corporal* se desarrolla históricamente el concepto imagen corporal, los elementos que la conforman, además de los padecimientos desencadenados de la distorsión de la imagen corporal y de la insatisfacción corporal. Se presentan las características de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como consecuencia del Trastorno Dismórfico Corporal, su diagnóstico y las consecuencias en la salud.



El capítulo tres *Itinerarios corporales como propuesta metodológica para el estudio de las prácticas corporales* contiene la propuesta de Mari Luz Esteban de itinerarios corporales, concepto que, relacionado con la construcción del género, ayuda a comprender las presentaciones, emociones y trayectoria de los TCA y de atención que dan cuenta del cuerpo experiencial en interacción con el contexto social y cultural.

En el capítulo cuatro *Construcción de itinerarios corporales, prácticas corporales y trayectoria de atención de los TCA* se presentan los itinerarios corporales de las mujeres entrevistadas en la investigación con base en las categorías de análisis que guiaron la guía de entrevista, así como su trayectoria de atención y la construcción de la imagen corporal con base a la experiencia vivida durante el padecer.

En el último capítulo, *Propuesta para la incorporación del cuerpo como categoría de análisis en la intervención con perspectiva de género* se presenta la propuesta de la integración del cuerpo como una categoría de análisis que en intersección con el género, brindan herramientas para una intervención social centrada en la experiencia y conciencia corporal para entender la realidad social, y así, generar procesos de intervención más efectivos en los tratamientos de los TCA y de cualquier otro padecimiento que aqueje al cuerpo.

## **Planteamiento del problema**

El estudio de distintas prácticas corporales con fines estéticos, relacionados con aspectos de la imagen corporal ha adquirido relevancia por el incremento de problemas de salud como la adicción al ejercicio físico, abuso de dietas o esteroides, Trastornos Dismórficos Corporales (TDC), Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) o uso excesivo de cirugías estéticas.

Investigaciones sobre padecimientos relacionados con trastornos de la imagen corporal señalan que un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres en países occidentales tienen algún grado de insatisfacción con su cuerpo y aunque no todos los casos de insatisfacción corporal se consideran patológicos, se estima

que el 4% de las mujeres y alrededor de 1% de los hombres están diagnosticados con Trastorno Dismórfico Corporal de acuerdo a los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, (Grant y Cash, 1995; Rosen, Reiter y Orosan, 1995).

En una sociedad donde se glorifica la belleza y el cuerpo esbelto, la incidencia de casos de trastornos de la conducta alimentaria, insatisfacción corporal y TDC han incrementado a lo largo de los años. La publicidad y los medios de comunicación se han encargado de reforzar los valores encarnados en imágenes de mujeres y hombres con características corporales occidentales símbolos de éxito: esbeltez, piernas largas, piel y cabello de tonos claros, cuerpo ejercitado. El estereotipo de belleza occidental responde a intereses económicos y sociales donde los principales beneficiados son el mercado de la cosmética y del mejoramiento físico, industria que enfoca sus esfuerzos en incidir en la población femenina pues la presión social y mediática centra su atención en las mujeres.

Losada (2015) afirma que las mujeres son 90% más susceptibles a padecer algún trastorno de la alimentación pues el contexto social y cultural occidental alimenta la obsesión por el culto al cuerpo esbelto identificado como elemento de éxito y belleza que inducen a mujeres a obsesionarse por su figura. Es por ello, que las mujeres son el público más vulnerable de padecer trastornos de la conducta alimentaria, pero son las adolescentes en particular las más proclives a padecer este tipo de enfermedades y las relacionadas con la apariencia física debido a la cantidad de cambios psicológicos, biológicos, sociales y la formación de su identidad.

Behar (2016) afirma que la prevalencia de TDC en muestras comunitarias oscila entre 0.7% y 2.5% y hasta 12% en pacientes obsesivo-compulsivos, con mayor presencia en consultas dermatológicas y de cirugías plásticas. En relación con los TCA, se verificó un porcentaje de 45% para TDC en personas diagnosticadas con alguno de esos padecimientos. Refiere también que al más del 60% de los casos de Anorexia Nerviosa (AN) tuvieron en un inicio TDC.

De acuerdo a los datos del estudio *La verdad acerca de la belleza; renovado* realizado con mujeres adolescentes de entre 10 y 17 años de Estados Unidos,

Canadá, Reino Unido, Alemania, Brasil y Rusia, las jóvenes afirman sentir gran presión de los medios de comunicación (20%), sociedad (18%), familia (4%) y amigos (12%) por ser bellas. Esta presión aumenta en la entrada a la adolescencia (10-14 años) y alcanza su punto máximo entre los 15 y 17 años y disminuye conforme las mujeres envejecen (Dove, 2010). Así mismo la preocupación y ansiedad por lograr la belleza que se difunde en la actualidad con influencia de factores socioculturales, está asociada con una menor valoración del autoconcepto físico general, a una mayor insatisfacción y mayor percepción de cantidad de grasa en zonas específicas del cuerpo (Vaquero-Cristobal, 2013).

Se estima que en Estados Unidos hay diez millones de norteamericanos que padecen desórdenes alimenticios, 90% son mujeres y 10% hombres, mientras que la psicoterapeuta Mary Pipher (1999) afirma que la bulimia comenzó como una epidemia en la década de los ochenta y noventa y que actualmente afecta entre un 8% y 20% de las jóvenes en edad escolar en los Estados Unidos.

De acuerdo a Monrandé (1995) aumentaron los casos por ingresos hospitalarios al área de Psiquiatría del Hospital Niño de Jesús de Madrid por trastornos de la conducta alimentaria, pues de 86 casos durante el periodo 1990-1991 pasó a 225 casos en 1996. Del total de las pacientes 83.1% fueron mujeres con anorexia, 14.7% con bulimia y 2.2% con cuadros mixtos. El 92% de estos episodios se produjeron en jóvenes de 15 a 29 años, de los cuales 92.8% eran mujeres.

Datos de países europeos señalan que Reino Unido tuvo en el año 2010 una incidencia de anorexia nerviosa de 4.7 por cada 100,000 habitantes, mientras que en Holanda fue de 7.7 por cada 100,000 habitantes, la incidencia de estos padecimientos fue mayor en mujeres entre los 15 y 19 años, lo que constituye el 40% de los casos identificados tanto en estudios de Estados Unidos como de Europa (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

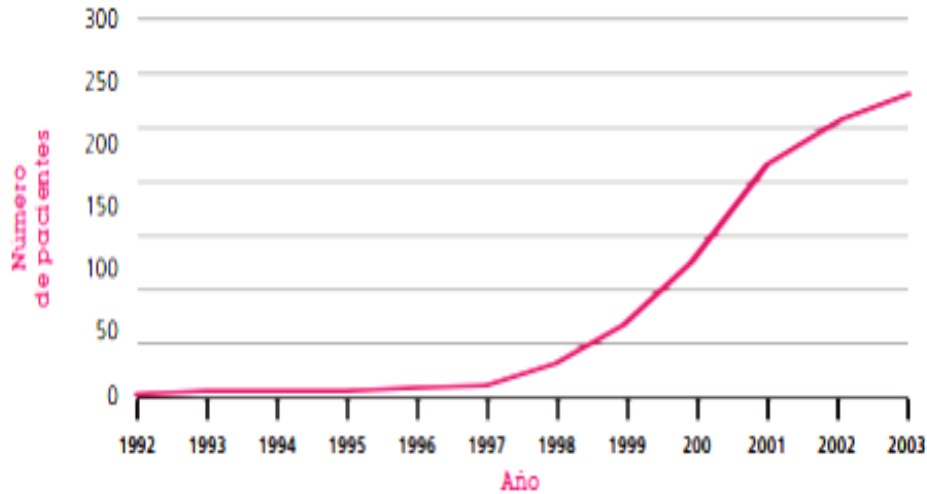
En el caso de América Latina, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia estimó que en el año 2000 cerca del 2% de las mujeres en Colombia padecían anorexia (El Tiempo, 2000). En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición el año 2006 mostró la presencia de conductas alimentarias que

pueden poner en riesgo la salud de los adolescentes, pues 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los últimos tres meses les preocupó engordar, consumir demasiada comida o perdieron el control para comer (CENSIA, s/f).

En México los casos han aumentado considerablemente, con datos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en 2013 se registraron 20 mil casos de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, de los cuales 95% fueron mujeres, posicionando a los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la tercera enfermedad más frecuente entre los jóvenes después del asma y la obesidad (VI Asamblea Legislativa D.F., 2015). Otro ejemplo del aumento de estos padecimientos son las cifras reportadas en 2004 de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de la Ciudad de México, donde se reporta una alza en los ingresos de pacientes que ingresaron por primera vez por trastornos de la conducta alimentaria, pues en 1995 se atendían alrededor de 10 pacientes, cifra que aumentó a casi 250 en el año 2003 en su mayoría por anorexia Nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos alimentarios no especificados (TANE) donde las mujeres fueron las que más presentaron Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa (Secretaría de Salud, 2004) (Ver Gráfica 1 y Gráfica 2). Actualmente no existen instancias de salud o de investigación que actualicen las cifras referentes de los TCA, su incidencia o su evolución de la enfermedad. Los datos obtenidos, tienen más de diez años y aunque existe literatura de años recientes sobre el tema, los números referidos muestran un panorama poco actual de la población con padecimientos relacionados con la imagen corporal o alimenticios.

**Gráfica 1**

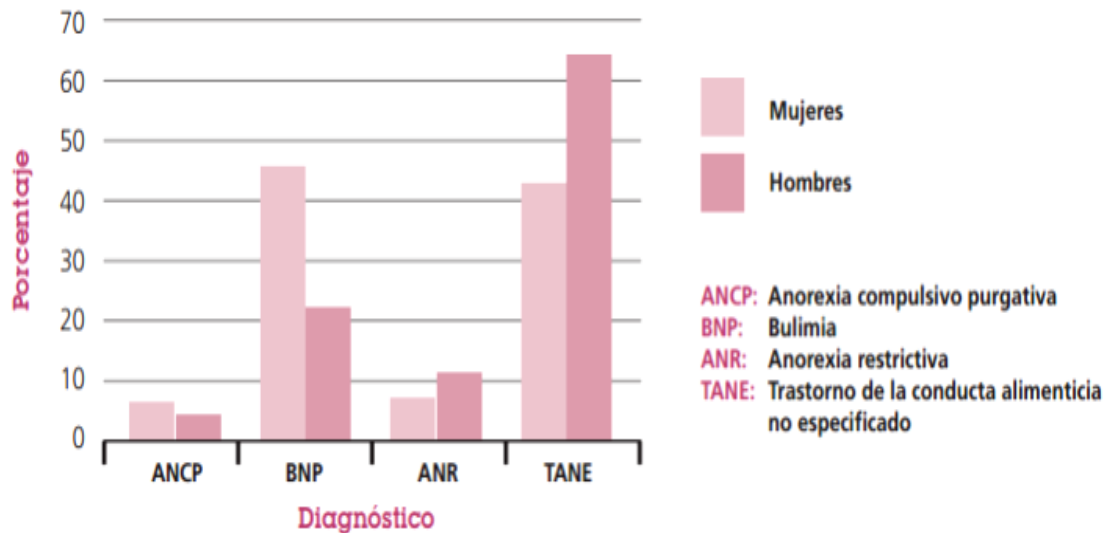
**Ingresos por primera vez a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, 1999-2003**



Fuente: Clínica de la Conducta Alimentaria. Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2003. Tomado de Secretaría de Salud, 2004.

**Gráfica 2**

**Ingresos por primera vez a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz según sexo y diagnóstico. México, 1999-2003**



Fuente: Clínica de la Conducta Alimentaria. Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2003. Tomado de Secretaría de Salud, 2004

La Encuesta Nacional de Nutrición 2006 arrojó datos sobre la población adolescente en el país, donde la prevalencia de la enfermedad en mujeres fue del 0.9% y 0.4% para hombres. La preocupación por engordar tuvo 7% en los varones y hasta el 26% en las mujeres; la práctica de atracones fue de 9% en el caso de hombres, pero 12% en mujeres. En el tema de los ayunos y dietas es significativo, pues 7% de las adolescentes mencionaron hacer ayuno, mientras que 2.5% realizaron dietas y ejercicio excesivo. Además, se reportó en el 1% de las mujeres el uso de diuréticos con la finalidad de bajar de peso (Unikel y Caballero, 2010).

A pesar del reconocimiento del aumento de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastorno Dismórfico Corporal, Trastornos Obsesivos Compulsivos, depresión, ansiedad, baja autoestima, insatisfacción corporal y decesos como consecuencia de trastornos de la imagen corporal, no existen cifras oficiales en nuestro país que den cuenta de este problema de salud. La revisión hasta ahora realizada muestra cifras de diez años o más de antigüedad, por lo que resulta indispensable hablar sobre las conductas y prácticas corporales que pueden poner en riesgo la salud de las mujeres.

La valoración personal y social sobre el cuerpo está severamente determinada por la cultura en la que nos encontramos inmersos y marca el parámetro sobre las exigencias y valoraciones que condicionan conductas, emociones, crecimiento y hasta su presentación y arreglo. La misma cultura puede establecer valores de mayor o menor peso, particularmente los involucrados con la estética corporal; por lo que en la vida real las mujeres han buscado moldear su apariencia para mejorar alguna característica física (Toro, 1996) encaminada a encontrar un estereotipo biológico enmarcado en la actualidad por la mercadotecnia y la publicidad.

El anhelo de las mujeres para obtener un ideal de belleza ha propiciado hábitos poco favorables para la salud no sólo física, sino también emocional que pueden desencadenar en enfermedades crónicas y degenerativas para el organismo, con el fin de tratar de emular cada vez más a sus nuevos ídolos plasmados en revistas y programas de televisión; aquellos que venden con su imagen, la promesa de una vida llena de éxito y felicidad.

Este afán de encajar en un tipo de belleza aparentemente lejano ha alcanzado a una gran variedad de mujeres en distintas latitudes del mundo para conseguir un mismo estereotipo de belleza. El modelo se vuelve cercano en la medida que las personas comparten ideas y sentimientos respecto a la apariencia de su cuerpo.

Para ello me planteo la siguiente pregunta de investigación, objetivos y supuesto de investigación:

### **Pregunta de investigación.**

- ▶ ¿Qué factores sociales y culturales motivan a las mujeres a realizar prácticas corporales que ponen riesgo su salud para conseguir un estereotipo de belleza?

### **Objetivo general.**

- ▶ Analizar los motivos sociales y culturales que motivan a las mujeres a realizar prácticas corporales que ponen en riesgo su salud para diseñar alternativas de intervención desde el Trabajo Social con una perspectiva de género.

### **Objetivos particulares.**

1. Identificar las prácticas corporales de mujeres que tuvieron algún trastorno de conducta alimentaria para conseguir un estereotipo de belleza.
2. Identificar las motivaciones sociales (familia y amigos) y culturales (estereotipo de belleza) para realizar prácticas corporales con fines estéticos desde un abordaje no patologizante.
3. Proponer pautas que ayuden a la intervención desde el Trabajo Social con perspectiva de género en la prevención y/o tratamiento de problemas relacionados con la imagen corporal en mujeres.

### **Supuesto de investigación**

- ▶ El ideal actual de belleza corporal responde a situaciones sociales y culturales que inciden en la formación de la imagen corporal de las mujeres, lo cual las lleva a realizar prácticas estéticas que pueden atentar contra su salud.

El abordaje de los trastornos de la imagen corporal se ha realizado desde el enfoque médico, psicológico y nutricional considerando que las personas que se encuentran insatisfechas con su cuerpo lo están a consecuencia de alguna patología mental o daño a nivel neurológico, por lo que se les considera “enfermas”. Se reconoce que la vida cotidiana las mujeres tiene algún grado de insatisfacción alguna región de cuerpo o su imagen corporal en general, sin embargo, sólo algunas desarrollan un padecimiento relacionado con ella. Con este trabajo busco identificar los motivos relacionados con el contexto social y cultural de las mujeres que permitan explicar la insatisfacción de su propio cuerpo desde un enfoque corporal experiencial. Considero que desde este horizonte el Trabajo Social puede incidir en la prevención de futuros trastornos dejando de lado tareas de capacitación sobre temas que le competen a las disciplinas de la salud. El Trabajo Social cuenta con las herramientas teóricas y metodológicas desde su propia construcción epistemológica que le permite la comprensión de fenómenos sociales y la elaboración de programas que mejoren la vida de las personas.

### **Justificación**

Si bien la población adolescente se considera como “saludable” ya que ha logrado superar la etapa crítica de mortalidad y morbilidad de la infancia y aún no se enfrenta con los problemas de salud de la vida adulta, sí se reconoce como un periodo de crecimiento de suma importancia y con riesgos importantes ya que las decisiones que los jóvenes tomen en su presente afectarán su futuro en la adultez (ENSANUT, 2012). Sin embargo, en esta etapa las personas, especialmente las mujeres, se encuentran susceptibles a padecer enfermedades relacionadas con procesos identitarios que conformaran su vida adulta como son los relacionados con la imagen corporal y los trastornos dismórficos corporales.

De acuerdo con la Encuesta Intercensal del 2015 realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población en México continúa siendo predominantemente joven; 25.7% (30.6 millones) de la población total son jóvenes de 15 a 29 años, de los cuales 50.9% son mujeres y 49.1% son hombres;



35.1% son adolescentes de 15 a 19 años, 34.8% jóvenes de 20 a 24 años y 30.1% tienen de 25 a 29 años de edad. Sin embargo, el porcentaje la proporción de niños ha disminuido y se ha incrementado la de adultos, por lo que los problemas que afectan en el presente a la población infantil y joven repercutirán en la calidad de vida y salud de la población adulta en un futuro.

Diversos estudios han demostrado que es durante la adolescencia cuando los jóvenes, en especial las mujeres, tienen una mayor preocupación por su apariencia y su figura corporal, ideal sustentado en mayor medida por las constantes imágenes y valoraciones a la cultura de la delgadez otorgadas por la industria de la moda y los medios de comunicación (Acosta *et. al*, 2003). Es alarmante el aumento de casos relacionados con los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) ambas con sus variantes, así como los trastornos alimentarios no específicos (TANE) y la distorsión de la imagen corporal. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la AN está presente en 1% y la BN 4.1% de la población de mujeres adolescentes y adultos jóvenes en el mundo y 13% sufren de algún síndrome parcial de trastornos de la alimentación (OMS, 2004). La aparición de los TCA oscila entre los 14 y 18 años, aunque hay conocimiento de casos en edades tempranas como 10 o 12 años con las primeras restricciones en la alimentación por temor a engordar. Aunque en general, la prevalencia en la población mundial es baja, las consecuencias a las que se enfrentan los pacientes de TCA son graves, ya que entre 25% y 33% pueden padecer enfermedades crónicas.

Estas imágenes de mujeres están ligadas a atributos que las hacen ver atractivas o bellas y pueden distinguirse de dos tipos: los relacionados con la apariencia física como ser delgada o tener bonito cuerpo, tener bonito rostro, tener cabello largo y el tener estilo o saber vestirse bien. Y los relacionados con la forma de conducirse en la vida como tener personalidad o realizar bien su trabajo. Ambas categorías evocan, según Del Moral (2000) a la imagen de la mujer como objeto sexual, que, bajo una apariencia liberal, se proyecta como mercancía sexual para promocionar un producto, como sucede en la industria de la música o la actuación.

El cuerpo es el medio por el cual nos presentamos ante el mundo, pero ese cuerpo debe estar adecuado a los parámetros que dictan la sociedad y un cuerpo obeso no tiene cabida en este contexto. El modelo hegemónico de belleza demanda cierta maleabilidad del cuerpo, actualmente se puede lograr un cuerpo como el que se aprecian en revistas, televisión o cine en tanto se tenga dominio sobre él y tener control estético implica un desarrollo personal y de realización consigo mismo.

Raich (2004) confirma que por lo menos una tercera parte de la propia autoestima está asociada con la opinión positiva o negativa que se tiene de la autoimagen. Es importante señalar que la insatisfacción corporal tiene una estrecha relación con la identidad de género o con los conceptos de feminidad o masculinidad, en la medida que se tienen o no características propias del género al que se pertenece, la persona se siente más o menos valorada.

Los valores otorgados al género se construyen social y culturalmente consiguiendo fortalecer la identidad. En el caso de las mujeres, la maternidad y la feminidad son características patriarcalmente asignadas como naturales, eternos e históricos, propios de toda mujer y propia del género (Lagarde,1990). En el siglo XIX, se reforzó la idea de una feminidad ligada a la belleza, la fragilidad y la delicadeza del cuerpo de la mujer (Muñiz, 2014), perpetuadas hasta la actualidad, pero las sociedades contemporáneas han sumado a esto, el valor del erotismo del cuerpo de la mujer para disfrute de los otros como producto de consumo que se puede observar en revistas, televisión, cine y medios impresos, ocultos por la imagen de un cuerpo saludable y atractivo para hombres y deseado por mujeres.

La interiorización de un estereotipo de belleza en las mujeres desde temprana edad responde, por lo tanto, a la implantación de un deseo normado por un sistema donde el cuerpo de la mujer no le pertenece, es una ficción sobre la elección de lo que espera de la imagen de su cuerpo.

Desde el feminismo se propone que la identidad de la mujer dé un giro y cambiar la mirada hacia ellas mismas con una perspectiva desde sus experiencias donde ser un *cuerpo-para otros*, se convierta en protagonista de su propia vida como sujetos históricos (Lagarde,1990).

La idea de identidad se construye no solamente en la aceptación y entendimiento de uno mismo, sino que se consolida mediante los ojos de la otredad, es decir, yo existo en la medida en que me reconozco y me reconocen los demás, como en un espejo (Massot, 2003). En la búsqueda de la identidad durante la adolescencia, se produce una ruptura con la infancia, pero a la vez, se intenta conseguir una continuidad con lo que se es ahora, experimentando el mundo, reinterpretándolo o adaptándolo a su manera (Chaby, 2005). Los cambios físicos sumados al anhelo de aceptación dentro de un grupo social generan una presión que puede repercutir en la autoestima de los jóvenes. Y es ahí donde el cuerpo juega un papel primordial, ya que se encuentra modelado de acuerdo a normas, juicios y valores establecidos según la sociedad en la que se vive que puede generar una positiva o negativa imagen corporal, misma que será la base para la aceptación del nuevo cuerpo. En esta etapa, el cuerpo más que nunca se convierte en un medio crucial por el cual nos mostramos ante el mundo, se le exhibe y cuida para lograr una presentación y apariencia que refleje una personalidad a partir de la subjetividad y del horizonte de los otros, tejiéndose dentro de la vida cotidiana, tratando de imponer a la vez un estilo propio.

Con estos elementos busco dar respuesta a los detonantes sociales para la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres a través de su historia personal donde el cuerpo sea el conductor para acercarme a sus experiencias, prácticas y emociones. Dar voz a los padecimientos que afectan a las mujeres brinda la oportunidad de visibilizar los estándares que desde el patriarcado se han impuesto como modelos para la normalización y sujeción del cuerpo de la mujer y brindar así una mirada diferente para el proceso de intervención desde el trabajo social.

### **Metodología.**

La investigación es de corte cualitativo, se realizaron entrevistas en profundidad a tres mujeres con TCA: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de alimentación no especificado. Posteriormente se realizó la transcripción de estas para su análisis e interpretación.

## **Capítulo 1.**

### **El estudio del cuerpo y las prácticas corporales desde la perspectiva de género**

Los estudios sobre el cuerpo han tenido un auge en las últimas décadas para dar explicación de los saberes y las prácticas que construyen la corporeidad humana como es el caso de los trastornos de la conducta alimentaria.

En este capítulo se expondrán los antecedentes de estudio tanto de los trastornos de la conducta alimentaria desde el trabajo social, así como los relacionados a los estudios del cuerpo que brinden un panorama sobre las temáticas y producción de investigación en estos temas y sus formas de abordaje.

Se desarrollará desde los estudios del cuerpo las “prácticas corporales”, concepto que retomo como parte de la propuesta teórica para abordar los trastornos de la imagen corporal y de la conducta alimentaria que brinden una mirada no médica, que ayudan a un acercamiento al cuerpo en el plano social y cultural donde las representaciones sociales se materializan en las prácticas cotidianas con la finalidad de moldear el cuerpo para conseguir un estereotipo de belleza.

Por último, se englobará lo anterior en la teoría feminista y perspectiva de género, herramientas que permiten hacer visible los estereotipos de belleza femeninos que colocan a la mujer en estados de angustia, ansiedad e insatisfacción con su cuerpo en el afán de conseguir un modelo corporal, impuesto por el sistema patriarcal.

#### **1.1. Antecedentes de investigación sobre trastornos alimenticios desde el Trabajo Social en la UNAM.**

Los temas de investigación que tienen como sujetos de estudio a la población joven y adolescente desde el trabajo social son recurrentes y variados desde propuestas de políticas públicas hasta implementación de modelos de intervención en diversas áreas en los niveles de educación superior. Sin embargo, la producción de investigación y abordaje de los problemas relacionados con trastornos dismórficos

corporales y de alimentación desde el trabajo social son reducidos, pues la revisión de la producción de tesis a nivel licenciatura y maestría en la Universidad Nacional Autónoma de México arrojó que sólo se tiene registro de cuatro trabajos de Licenciatura y uno en Maestría.

De acuerdo con el registro de tesis de la Universidad Nacional Autónoma de México las investigaciones realizadas a nivel licenciatura en Trabajo Social con relación al tema de trastornos de la alimentación o distorsión de la imagen corporal se encuentran entre 2001 y 2016 y son las siguientes:

En la tesis *Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer* (Ayala y Vargas, 2005) se realizó una revisión documental sobre la construcción del concepto anorexia y bulimia nerviosa, los factores que inciden en su aparición, consecuencias y tratamiento. El objetivo principal fue conocer la información que los alumnos del Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio (CETIS) N° 53 conocían sobre el tema y con base en esa evaluación determinar posibles alumnas entre los 15 a 18 años que estuvieran en riesgo de padecer alguno de esos trastornos. Se utilizó un cuestionario de 60 preguntas cerradas aplicado a 496 alumnas de los turnos matutino y vespertino. En sus hallazgos encontraron que el 50% de las alumnas de ambos turnos sabían las consecuencias de padecer anorexia o bulimia nerviosa, además de que consideran que la familia (en especial la madre) ya no cuentan con la autoridad sobre los horarios y tipo de alimentación que tienen sus hijas, lo que dificulta la vigilancia de la ingesta de una dieta adecuada. Por último, sugieren que el trabajador social se involucre en la prevención y detección de los trastornos de la conducta alimentaria desde tres aristas: las adolescentes, la familia y la sociedad. Si bien las autoras sostienen una larga lista de recomendaciones para los actores involucrados en la prevención, detección y tratamiento de la anorexia y bulimia, se centran en comentarios imperativos donde se estipula qué acciones o no llevar a cabo por parte de las jóvenes y sobre la vigilancia de las madres y deja relegado el rol de las adolescentes en su propio tratamiento del padecimiento.

Espinosa (2005) en su trabajo *Anorexia y bulimia nerviosas: un mal moderno. Intervención del Trabajo Social, con pacientes adolescentes que padecen anorexia*

*y/o bulimia nerviosa* realiza no sólo un marco referencial sobre la anorexia y bulimia nerviosa desde un panorama médico y epidemiológico, también incorpora elementos sociales como el rol de la mujer en época moderna, la presión de la moda y la publicidad en la difusión de un estereotipo somático delgado y las transformaciones de las relaciones afectivas con los miembros que se encuentran en contacto con las jóvenes con algún trastorno alimenticio. La autora parte de la hipótesis de que, a mayor información sobre los trastornos alimentarios en los jóvenes, menor será la incidencia de padecer algún tipo de enfermedad relacionada con la distorsión del esquema corporal. También se considera que existe alta probabilidad de que los adolescentes tengan algún trastorno de la conducta alimentaria si existe algún miembro del círculo más cercano como amigos o familia que se encuentren realizando algún tipo de dieta.

Para el desarrollo de la investigación, el grupo de estudio estuvo conformado por adolescentes entre los 13 y 19 años de la Comunidad Terapéutica de México, así como sus padres para conocer la forma en que se ven afectadas las relaciones familiares y la forma en que se brindan acompañamiento a las jóvenes que se encuentran en tratamiento. De acuerdo a Espinosa, el papel del trabajador social se encuentra principalmente en campañas de información sobre datos de la enfermedad, así como en la incorporación de la familia al proceso terapéutico a partir de involucrarlos en el proceso de cambio conductual. Si bien Espinosa expone que tomará de referencia la teoría general de sistemas, no existe en el trabajo un desarrollo de la misma ni la aplicación en la investigación para entender cómo se relacionan los actores en el problema de anorexia y bulimia. Como sucede con el resto de los trabajos, la adolescente que vive con anorexia o bulimia es considerada como enferma y en este caso, en todo el texto se refiere a ellas como “enfermas” término que crea un juicio desde el inicio de la investigación y que muestra poca sensibilidad por parte del profesional en trabajo social.

En la tesis de licenciatura de Martínez Segovia (2015) *Constructos socioculturales de la imagen corporal en las mujeres mastectomizadas en el Instituto Nacional de Cancerología* encontramos un ejercicio de multidisciplina al articular teoría antropológica desde las antropología simbólica de Victor Turner y Clifford

Geertz para entender el proceso de simbolización de mujeres que han atravesado el proceso de mastectomía, así como de la psicología para explicar la construcción de la imagen corporal y por último del trabajo social en la metodología y procesos de intervención. La autora propone generar más estudios en el campo de la oncología considerando los procesos de salud-enfermedad en un contexto social y cultural que permitan al trabajador social mejorar su labor profesional al brindar una atención integral durante el diagnóstico, tratamiento y la reincorporación de pacientes a su vida cotidiana. Este trabajo es un reflejo de la importancia y riqueza que investigaciones multidisciplinarias en el campo de los estudios sociales.

Martínez (2016) en su trabajo titulado *Percepción de las adolescentes ante mensajes publicitarios con argumentos que inducen tanto a la anorexia nerviosa, como a la bulimia nerviosa, en el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur: estudio comparativo para la promoción de conductas alimenticias sanas en las instituciones de educación media superior, desde la perspectiva del trabajo social en torno a la prevención de los trastornos alimenticios* se planteó como objetivo identificar la percepción de las adolescentes hacia mensajes publicitarios que por medio de frases “engañosas” promueven conductas que provoquen anorexia o bulimia en un futuro. La investigación de corte cuantitativo se desarrolló en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Plantel Sur al exponer mensajes publicitarios a mujeres estudiantes y que posteriormente contestaron encuestas con escala Lickert para identificar a jóvenes que podrían padecer algún trastorno de la alimentación por medio de la información que brinda la encuesta. Concluye que la mayoría de las estudiantes sienten una mayor preferencia a una imagen esbelta de su cuerpo y la influencia de los mensajes publicitarios es de gran impacto para la conducta de las mujeres hacia prácticas que les ayuden a bajar de peso. Como aporte al Trabajo Social, la autora considera que la intervención que debe realizar el trabajador social debe estar enfocado en la promoción de conductas alimentarias sanas, así como fomentar un pensamiento crítico respecto de los mensajes que se encuentran en los medios de comunicación que incitan a tener una figura esbelta para lograr así, el empoderamiento de las mujeres, así como involucrar a la familia para inculcar una alimentación saludable y fomentar la autoestima en las jóvenes.

Por último, desde las investigaciones de maestría se encuentra el trabajo de Ana Patricia Carreño (2014) titulado *Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y social y su interrelación en la presencia de trastornos de la conducta alimentaria* quien desde el modelo de análisis sociocultural y un análisis mixto plantea como objetivo indagar sobre la relación entre los factores de riesgo individual, familiar y social que se encuentran en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Para ello aplicó cuestionarios, antropometría, entrevistas y la elaboración de un taller informativo para madres de familia y adolescentes que cursaban el segundo y tercer año de secundaria para conocer la satisfacción con la propia imagen, la obtención del IMC y la influencia en la vida de los adolescentes para la aparición de algún TCA con madres que habían sido diagnosticadas en algún momento de su vida con algún trastorno de la alimentación. Carreño concluye que existen factores individuales (edad, sexo, estudios, genética, vivencias, etc.), socioculturales (sociohistóricos, concepto de belleza, transmisión de conductas, etc.) y factores familiares (relaciones del núcleo familiar, pautas alimentarias, antecedentes familiares, etc.) que en su conjunto no brindan elementos determinantes para explicar la aparición de los TCA. Considera que es un campo fértil desde Trabajo Social al articular el modelo psicomédico y socioecológico.

Si bien estas investigaciones coinciden en que los padecimientos derivados de los trastornos dismórficos corporales tienen componentes sociales que influyen en su desarrollo, no logran consolidar una propuesta desde las ciencias sociales y en particular del Trabajo Social que pueda ayudar a aminorar la incidencia o el impacto de estos padecimientos. La mayoría de las acciones encaminadas a la intervención desde Trabajo Social están acotadas a cursos, talleres o pláticas sobre una alimentación sana, siendo una tarea del área médica y nutricional más del contexto social y cultural en que viven las personas con trastornos de la alimentación dejando de fuera en su mayoría la participación del propio sujeto y otorgando la responsabilidad de su mejoría a las personas que se encuentran en su entorno como es la familia y en especial la madre para “vigilar” la alimentación de las “pacientes”. Es importante señalar que, aunque se reconoce que la Anorexia



Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) son resultado de la insatisfacción corporal, no son los únicos padecimientos relacionados con la distorsión de la imagen corporal pues prácticas como la vigorexia, el uso de productos milagro que carecen de certificación de las instituciones de salud o exceso de consumo de cirugías estéticas ponen en riesgo la salud de las personas al intentar conseguir un ideal estético. La visión y participación del Trabajo Social debe ser de forma integral donde la persona insatisfecha con su propio cuerpo sea el eje desde donde se lleven a cabo una mejoría y donde la labor profesional rebase la función de capacitación, tallerista e instrumental de otras disciplinas.

## **1.2. Estudio del cuerpo en las ciencias sociales**

Pensar en el cuerpo como campo de estudio es relativamente reciente. Diversos autores coinciden en que el cuerpo abordado desde el horizonte social tiene sus primeras investigaciones alrededor de la década de los sesentas del siglo XX y previo a ese momento el área médica y biológica eran las encargadas de entender el funcionamiento, evolución y desarrollo del cuerpo humano (Muñiz, 2008; Wittrock, 2011; Turner, 1994). Wittrock (2011) apunta que en las investigaciones sociales se reconoció que “cuerpo humano ya no es un substrato inmutable de naturaleza humana para las ciencias sociales. Por el contrario, se trata de una entidad variable históricamente, que puede ser transformada por tecnologías, discursos y situaciones” (2011, p.217) impulsando el estudio del cuerpo también desde las humanidades: la historia, la filosofía, la antropología y las artes.

En el siglo XIX, es la antropología la primera ciencia social que busca explicaciones a fenómenos y sus manifestaciones en el cuerpo humano como eje rector para entender la construcción del mundo social y las prácticas culturales. Turner (1994) considera como explicación cuatro razones por las que el cuerpo tuvo relevancia significativa en la antropología: 1) el desarrollo de la antropología filosófica busca entender el origen del hombre como humanidad (como los trabajos de Lewis Henry Morgan); 2) la relación cultura-naturaleza en la búsqueda del surgimiento de la cultura como separación de un origen mamífero evolutivo (ejemplo

son los trabajos de William Robertson) ; 3) desarrollo de la teoría del darwinismo social con fundamentos en la biología darwiniana para entender las diferencias sociales y la “supervivencia de los más fuertes” a los cambios sociales (investigaciones de Konrad Lorenz o Alfred Kroeber) ; 4) entender al cuerpo como sistema clasificatorio desde una perspectiva simbólica como metáfora del orden y desorden y del género (como las etnografías de Mary Douglas o Victor Turner). Como resultado señala el autor, se desarrolló una sólida teoría del cuerpo para entenderlo en un contexto premoderno como lienzo de la condición social, posición familiar, afiliación parental y tribal, edad o sexo y al cuerpo moderno como expresión en la vida pública con el arreglo personal, estilo de vida, decoración y modificación corporal.

De acuerdo a Turner (1994), la sociología se preocupó más por un enfoque histórico heredando de la antropología principalmente tres premisas: 1) la encarnación biológica del hombre crea obligaciones y condiciones sociales que determinan sus límites; 2) la existencia de contradicciones entre la sexualidad humana (biología) y los requerimientos socioculturales (normas sociales); 3) los hechos considerados naturales que se experimentan de forma distinta de acuerdo al género.

A partir del siglo XX el cuerpo humano entendido como una construcción social y cultural se convirtió en el objeto de estudio privilegiado para entender los modelos corporales que responden a un momento histórico específico construyendo no sólo la propia historia, sino la de las sociedades en sí mismas.

En la revisión de Adriana García Andrade (2015) se expone la cantidad y regiones geográficas de producción académica sobre estudios del cuerpo entre 1989 y 2008<sup>2</sup> con base en artículos de revistas de ciencias sociales y humanidades que en su contenido o tema central contaran con la palabra “cuerpo”. El resultado muestra que del total de artículos seleccionados (1730 textos) la mayor producción de investigación se encuentra en la región anglosajona (1547), después la hispano/española (97) y por último la región francesa (86) mientras que los autores

---

<sup>2</sup> Se revisaron artículos en cuatro plataformas electrónicas que corresponden a una región geográfica distinta: *Persée* (región francesa), E-Revistas (Región hispana/española), REIS (región hispana/española) y SAGE (región anglosajona).

más prolíficos en el tema son David Le Breton, Bryan Turner, Maurice Godelier, Ana Buñuel, David Kirk y Valentin Groebner.

Por temáticas, en la región anglosajona la preocupación de los trabajos se centra en la salud con temas de insatisfacción corporal (imagen corporal), desórdenes alimenticios, intervenciones médicas (mastectomías e histerectomías), enfermedades como el VIH y prácticas estéticas excesivas como las cirugías plásticas.

En los trabajos de la región hispana la reflexión, crítica, análisis y propuestas de abordaje en torno al cuerpo son los temas para la explicación de problemas a partir de los dualismos naturaleza-cultura, mente-cuerpo o yo-el otro.

En la región francesa la representación del cuerpo predomina al estudiar su modelado a partir del contexto social, cultural y su significación con base en descripciones y relatos etnográficos, así como el análisis de textos especializados. En México en el mismo periodo y con la referencia de artículos pertenecientes a la plataforma Redalyc se encontraron 53 artículos que tuvieran en su título, resumen o palabra clave la palabra “cuerpo”. En la indagación se encontró un aumento en la producción de trabajos (de 3 en los años 1994-1998 a 35 entre el 2004-2008) así como una variedad en los temas abordados. Se identificaron cinco grandes campos donde el cuerpo es el nudo central para conocer diversas problemáticas: cuerpo y género, cuerpo y salud, cuerpo e identidad, cuerpo y sexualidad, cuerpo y sentido (Sabido y Cedillo, 2015). Otro hallazgo fue el interés por dar alternativas a problemas sociales que aquejan al país de forma directa a la población haciéndolos visibles, algunos de ellos considerados problemas de salud pública como el caso de los trastornos de conducta alimentaria, obesidad, suicidio, estrés. Con especial atención se mencionan los problemas que afectan directamente a las mujeres como el acceso y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la violencia en espacios médicos hegemónicos, el reconocimiento a la diversidad sexual, el derecho o no a la maternidad o el derecho al placer. Los procesos de estigmatización hacia personas que rompen la heteronormatividad y sus valores

como la comunidad LGBTTTI<sup>3</sup> también son temas recurrentes en los estudios del cuerpo en nuestro país (Sabido y Cedillo, 2015).

Actualmente los estudios sobre el cuerpo se han diversificado encontrando líneas de investigación que articulan múltiples miradas en estudios que complejizan la corporeidad humana donde “el cuerpo humano es actualmente el objeto interdisciplinario por excelencia” (Wittrock, 2011, p. 217).

Dentro de los estudios clásicos sobre el cuerpo, se encuentra el trabajo de Marcel Mauss de 1911 *Sociología y antropología*, su propuesta del concepto “técnica corporal” brinda las bases para teorizar sobre el cuerpo a partir de sus usos tradicionales (Cruz, 2016). Las técnicas corporales son los gestos y movimientos que dentro de una sociedad están codificados para lograr una eficacia práctica y simbólica (Muñiz, 2015). Después de este trabajo, se podría hablar de una serie de investigaciones que le sucedieron como los de Margaret Mead, *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa* (1928) y *Sexo y temperamento* (1935) o las consideraciones hechas por Levi Strauss en *Las estructuras elementales del parentesco* (1949) al demandar la importancia de la consideración biológica en el estudio del hombre al mismo que es un ser social (Muñiz, 2015).

A decir de Cruz (2016) las temáticas con relación al cuerpo fueron en primer lugar, los relacionados con la sexualidad, los estudios de género con especial atención en los cuerpos de las mujeres (Rubin, 1986; Bordo, 1992, 2001; Davis, 2007) y las relaciones de sujeción-dominación (Foucault, 1977, 1981). También destaca la relación cuerpo y racismo donde las diferencias fenotípicas son los fundamentos para la discriminación, el etnocentrismo y la xenofobia dando como resultado relaciones asimétricas y de poder de un grupo social sobre otro (Wierviorka, 1992; Castellanos, 2000).

En México los estudios del cuerpo se remontan al trabajo titulado *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas* de Alfredo López Austin (1980), tesis que dio los primeros indicios sobre los estudios del cuerpo en nuestro país. López Austin desarrolla a lo largo de su trabajo cómo el cuerpo es el

---

<sup>3</sup> Comunidad que se basa en el principio político de igualdad e inclusión, reconociendo el pluralismo. Dentro de la comunidad de la diversidad se encuentran las personas: lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, travestis, transgénero e intersexuales (Flores, 2007).

eje rector, ordenador y receptor de las concepciones de la cultura. Expuso la forma en que las diferencias de clase, sexo, género, edad, los valores morales y la división del trabajo descansaron en una forma particular de concebir el mundo plasmado en el cuerpo humano (Muñiz, 2015).

Después de esta década, comenzaron los seminarios de investigación con base en la discusión central del cuerpo como fue el Seminario de Historia de las Mentalidades<sup>4</sup>, así como publicaciones sobre la sexualidad en la época colonial, la condición de las mujeres y temas relacionados con el control de la iglesia católica. Como resultado, se publicó en 1988 *El placer de pecar y el afán de normar* con base en el cuerpo y la carne como fundamento de la sexualidad. Los trabajos que posteriormente se desarrollaron tuvieron como argumento la concepción del cuerpo como producto de las prácticas y discursos que permearon la corporalidad de una sociedad específica enmarcada en un contexto cultural donde las concepciones y símbolos dotan de significados al cuerpo de la mujer y el hombre.

En este tipo de investigaciones se pueden nombrar los realizados por Sergio López Ramos en el campo de las emociones y la psicología; de Olivia López Sánchez con la historiografía del cuerpo; Laura Cházaro y Rosalina Estrada con estudios antropológicos y culturales del cuerpo; Elsa Muñiz desde las prácticas corporales y prácticas estéticas que modelan el cuerpo; entre muchas más.

Actualmente los estudios del cuerpo en nuestro país abarcan múltiples enfoques teóricos y metodológicos que buscan la comprensión de la complejidad del cuerpo humano, territorio de carne y hueso portador de significados y cosmovisiones. El cuerpo se mira como una forma de entender la diferencia, la diversidad, las relaciones sociales, así como la forma de relacionarse con otros cuerpos.

---

<sup>4</sup> Para Georges Duby la historia de las mentalidades es el estudio de “las respuestas que las distintas sociedades habían dado sucesivamente a la interrogación permanente del hombre a propósito del universo que les engloba y a su destino”. Para el autor existen tres categorías o “duraciones” mentales: las que pertenecían a un grupo social el cual se puede conocer a través de testimonios individuales, por debajo de ella, una que atraviesa a los grupos en relación a la economía, sociedad y política; por último, los cuadros mentales más resistentes a los cambios con duración de siglos, determinando generaciones, actitudes y conductas individuales (Duby en Ríos, 2009, p. 99)

### **1.3. Las prácticas corporales en los estudios del cuerpo**

Una de las grandes inquietudes para comprender la complejidad del ser humano ha sido, como primer paso, el conocimiento y entendimiento de su cuerpo ya que su existencia se manifiesta por y a través del cuerpo que le brinda un vehículo para estar en el mundo y un rostro que le forja una identidad. El cuerpo visible como lo señala Rico (1990), ha sido objeto de múltiples interpretaciones, lo que lo ha vuelto un tema cada vez más cotidiano al encontrarnos con investigaciones que abarcan desde la nutrición, higiene o psicología, hasta la cosmetología, el deporte, salud sexual y moda. Es comprensible entonces, que el cuerpo se teorice para pensarlo como una construcción que involucra a la cultura y sociedad más allá de una visión biológica que reúne aspectos que conforman la totalidad de un sujeto, quien posee su propia historia de vida o biografía, construida a través de la interacción con otros cuerpos e historias: “vivimos no sólo nuestras vidas, sino muchas ajenas; sus sentimientos, sus aportaciones recuperables por el patrimonio colectivo de ideas...la imagen así obtenida y las ideas con que se ve acompañada sirve de mediaciones para dirigir nuestra conducta frente a los demás, respecto de la realidad y ante nosotros mismos” (Rico, 1990, p. 23).

El sujeto en interacción moldea el cuerpo en gran medida por la influencia que recibe de su exterior, determinando así la forma en que ha de conducirse, reconstruirse e interpretarse de acuerdo a la época y contexto cultural en el que se encuentre hasta que el hábito que ha construido se convierte en costumbre. Estos hábitos se caracterizan por ser una práctica aprendida por medio de la imitación y repetición, establecidas por reglas de urbanidad dictadas por la sociedad y la educación en un momento histórico determinado. Los hábitos y costumbres usadas como tecnologías del cuerpo, Mauss (1979) las define como “la forma en que los hombres, sociedad por sociedad, hacen uso de su cuerpo en una forma tradicional” (Mauss, 1979, p. 22).

Bajo este concepto, Marcel Mauss (1979) considera el cuerpo como el primer objeto técnico del hombre, por ser el más cercano y natural a él, añadiendo como aspecto primordial la eficacia en estas prácticas, ya que, para que pueda ser

transmitida, debe ser exitosa dentro de la enseñanza de la tradición. Para Mauss las técnicas corporales crean una relación con el cuerpo de instrumentalidad, no de herramienta; que tendrá sentido dentro de su contexto social y cultural. Esta idea brinda a las técnicas corporales un sentido simbólico dentro de la vida cotidiana ya que se encuentran en todos los gestos y movimientos que definen sus usos una significación y carga de valor (Muñiz, 2010).

Las técnicas corporales a su vez se pueden clasificar (principios de clasificación) de acuerdo al género, edad, por su rendimiento y por sus formas de transmisión. Estas técnicas tienen una estrecha relación con las prácticas y representaciones que se tienen hacia el cuerpo, ya que en la medida en que son aprehendidas se crea una “identificación social” con un grupo o una cultura (López, 2008). Por lo tanto, el cuerpo se convierte en un signo de las manifestaciones culturales mediadas y reproducidas por la educación médica, religiosa, científica y comercial que se materializan en la forma de comer, andar, enfermarse, morir, arreglarse y en la elección de la vida cotidiana.

Si bien las técnicas corporales se aprenden culturalmente, es importante el contexto histórico y social a partir de los cuales se construyen las prácticas y representaciones no sólo en lo colectivo, sino a partir de la propia experiencia. Bourdieu (1991) señala que el *habitus* en su carácter de ser un “sistema de disposiciones duraderas y transponedoras” determina las prácticas individuales con base en el cuerpo vivido. Partiendo de esta premisa, Entwistle (2006) menciona que el *habitus* brinda un puente entre el individuo y lo social donde la clase social y la vivencia del cuerpo se sustentan en las estructuras sociales.

Siguiendo esta línea, Muñiz (2010) propone estudiar estas técnicas entendidas como prácticas en un contexto determinado para el estudio del cuerpo. Muñiz plantea desplazar el estudio del cuerpo hacia las prácticas corporales como el “nudo gordiano del problema de forma individual o colectiva (mutilaciones, modificaciones, transformaciones, maquillaje), de tipo ritual y cosmético (tatuajes, perforaciones, intervenciones quirúrgicas, tortura, etc) o de disciplinamiento del cuerpo que implica una modificación física (peso, color de piel, órganos sexuales, color de cabello o de ojos)” (Muñiz, 2010, p.23).

La autora concibe las prácticas corporales como parte de la “biopolítica” sobre el cuerpo con base en la propuesta de Michel Foucault; donde las disciplinas, discursos y prácticas ejercen el poder con el objetivo de producir cuerpos dóciles. En este entendido, las prácticas se conciben como “sistemas de acción” insertos en el pensamiento de forma racional y con una intencionalidad o regularidad que ordena la acción de los sujetos (Muñiz, 2010).

El disciplinamiento del cuerpo abarca los discursos de instituciones que buscan normalizar y homogeneizar a los sujetos, como los que nacen de la medicina, religión, medios de comunicación o la educación, lo que determina la inclusión o discriminación de aquellos diferentes. Por tal motivo, las prácticas corporales se pueden comprender desde las siguientes perspectivas: “la del disciplinamiento del cuerpo (gimnasio, medicina, educación), la de los patrones estéticos (raza, prácticas de belleza, moda); la de la sexualidad (identidades sexuales, pornografía, prostitución); la de la violencia, la mortificación, la tortura, la guerra; la referida a la subversión, a la disidencia y a la protesta” (Muñiz, 2010, p. 42).

Estudiar las prácticas corporales con fines estéticos que han adoptado las mujeres para seguir los estereotipos que refuerzan cánones, valores estéticos y representaciones de un cuerpo poco real para las mujeres, acercan a la comprensión de los sentimientos hacia el cuerpo, en especial atención a los que desencadenan una percepción negativa y rechazo hacia el propio cuerpo. Es importante reconocer que la belleza corporal no es única ni estática, es determinada por factores sociales y culturales que responden a un momento histórico que enmarcan los valores hacia el cuerpo. Sin embargo, la imposición de un ideal somático representa una forma de violencia real y simbólica que refleja la intención de homogeneizar la apariencia de la mujer y con ello dictar lo normal y adecuado para las mujeres.

Al contemplar estos factores en su conjunto, se puede comprender el concepto de belleza en cada sociedad y lograr entender las representaciones que se tienen del cuerpo y de cómo los sujetos lo interpretan y lo ajustan a cánones de belleza. El afán de conseguir un estereotipo somático rebasa los deseos de sólo poseer un cuerpo agradable y de satisfacción con la apariencia física, se busca



también la pertenencia y aprobación a la mirada del otro que en su totalidad conforma la sociedad y que a la vez determina un factor de inclusión. Por medio de la transformación del cuerpo se refuerza también la identidad, pues el cuerpo es un medio de presentación hacia el mundo.

#### **1.4. El control del cuerpo femenino, cuerpo para otros**

Pensar en el cuerpo de la mujer a lo largo de la historia, es referirse a su control y disciplinamiento en todas sus prácticas: sexuales, de higiene, arreglo, en la política, en el ámbito y privado.

Las mujeres, como lo señala Lagarde (2005) se encuentran en un constante cautiverio que tiene como característica la privación de la libertad manifiesta en la opresión del sistema patriarcal. El cautiverio que cada mujer vive lo hace por y a través de su cuerpo, carencia de independencia para la toma de decisiones, de elegir la vida que quiere tener y, por lo tanto, la ausencia de gobierno sobre sus propias vidas, pues las instituciones y particulares (los otros, particularmente los hombres) se han encargado de hacerlas cumplir con los roles que la sociedad y su cultura les ha impuesto en el marco de ser mujer. De acuerdo con Lagarde (2005, p. 162) las mujeres se encuentran cautivas porque:

1. Están faltas de la libertad que tienen los hombres.
2. Porque en ese cautiverio los hombres, supuestos pares humanos de las mujeres, ejercen su poder como dominio sobre ellas.
3. Porque en su servidumbre voluntaria<sup>5</sup> otorgan consenso a su opresión a partir de la cultura y la ideología que las constriñe a mirar el mundo con su consentimiento que se afirma como aprobación y defensa vital del cautiverio.

Los cautiverios están determinados pues, por el círculo que las rodea y los dominantes de su contexto que les otorga el poder. Así las mujeres se pueden encontrar dentro de alguno de los siguientes cautiverios (Lagarde, 2005):

---

<sup>5</sup> Para desarrollar este término, la autora lo retoma de Étienne de La Boétie para explicar “el fenómeno de consentimiento de opresión presente en todas las relaciones de dominación que sujetan a los individuos y a los grupos... con tal de obtener el favor de los poderosos” (Lagarde,2005, p. 163).

**La madresposa:** este cautiverio se basa en las características otorgadas a la mujer bajo el valor de la maternidad, la conyugalidad y su filialidad.

**La monja:** son aquellas mujeres que concretan su feminidad en ser madre para todos a través de la religión. Le son negados el ejercicio de su sexualidad y el de ser madres, pero su realización social se basa en el poder que la adoración religiosa a lo divino les otorga.

**La puta:** son aquellas mujeres que representan el erotismo y el placer negado a las mujeres. Expresan el cuerpo que se encuentra a disposición del placer para otros y rompe con el estereotipo de la madresposa y sus valores de fidelidad, virginidad, castas y monógamas.

**La presa:** las mujeres presas se encuentran en un doble cautiverio: por su condición de ser mujer en el sistema patriarcal y por la institución jurídica que la mantiene en un espacio físico confinada, la prisión. Por medio de ellas, se manifiesta el castigo como ejemplo para aquellas que desafíen las normas del poder.

**La loca:** en este cautiverio se encuentran todas las mujeres que han roto o transgredido las normas sociales, las que en su forma de vida han sido o “muy buenas” o “muy malas” y las coloca en los extremos de lo que la razón puede comprender. La locura como enfermedad no es, por lo tanto, la única forma de caer en la locura. En este cautiverio están las suicidas, las malas madres, las menopáusicas, las sabias, las políticas, las abandonadas, las quedadas, las intelectuales, las mujeres solas, las feministas.

Es en este cautiverio donde centraré el siguiente trabajo, pues las mujeres que con sus prácticas corporales han modificado su cuerpo a tal grado de poner en riesgo su salud, han transgredido todas normas de las instituciones de salud, de la familia, de la maternidad y de la sexualidad.

Las mujeres que se enfrentan a alguno de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran en la lucha constante con su cuerpo para alcanzar lo que la sociedad les demanda como mujeres para demostrar su feminidad, rompen con la opción de ser madres, con tener una vida saludable, con la obediencia a la organización familiar y al disfrute de su sexualidad.

El cuerpo de las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria se enmarca en la cultura patriarcal que ha ejercido la dominación sobre la mujer desde la subordinación, en un contexto de inferioridad que le asigna una condición de vida de *ser-para-otros* y *ser de-otros*, condición que exige la aceptación de dominación a través de la concepción de la belleza que los otros han afianzado en el imaginario colectivo. Basaglia (1987) señala que el valor de la feminidad se centra en renunciar a la opción del placer del cuerpo, dándose a los otros como procreadora y para la seducción del hombre, elementos sobre los cuales debe fundarse la vida de las mujeres, aunque para ellas no sean elementos primordiales.

El patriarcado como sistema de organización tiene como fundamento el ejercicio del poder por un varón jefe de familia, transmitiéndolo al resto de los parientes varones de un mismo linaje. De origen etimológico, este es el concepto que tradicionalmente se tiene del patriarcado, pero el feminismo en conjunto con elementos recuperados de la teoría marxista se dio a la tarea de explicar la opresión de las mujeres a la luz de la interpretación materialista de la historia en el sistema capitalista (Lagarde, 2005).

En 1921 Alejandra Kolontai expuso su análisis del patriarcado desde el plano de la filosofía. Desarrolló teórica y políticamente el feminismo para explicar la forma en que la articulación de propiedad, familia y Estado han sostenido en un sistema de producción capitalista las condiciones de opresión. Con estas posturas de base, Kate Millet propone el siguiente concepto de patriarcado:

“Si consideramos el poder patriarcal como institución en virtud de la cual una mitad de la población (es decir, las mujeres) se encuentran bajo la otra mitad (los hombres), descubrimos que el patriarcado se apoya en dos tipos fundamentales de relaciones: el macho ha de dominar a la hembra, y el macho de más edad ha de dominar al más joven. No obstante, como ocurre con cualquier institución humana, existe a menudo una gran distancia entre la teoría y los hechos; el sistema encierra en sí numerosas contradicciones y excepciones” (1975, p. 34).

El sistema patriarcal se caracteriza por el antagónico genérico concreto en las relaciones y formas sociales, en concepciones del mundo y sustentado en instituciones; en la ruptura de las relaciones del género femenino basada en la enemistad con otras mujeres por la competencia por los hombres; en el machismo que interioriza y discrimina a las mujeres y la exaltación la virilidad opresora de los hombres (Lagarde, 2005).

Por ello, la mujer debe ceñirse a la sexualidad como objeto de deseo para el hombre, práctica que, en lo privado, garantiza la exclusividad y permite mantenerla en el espacio doméstico. Aquella mujer que se encuentra abierta al disfrute de su cuerpo, que no acepta restricciones y reconoce su poder de seducción a terceros, es catalogada como grosera, burda y provocadora. Abandona el poder de ser persona para convertirse en un objeto, una hembra para el disfrute del macho (Basaglia, 1987).

Los discursos sobre la belleza y feminidad los podemos encontrar en los medios de comunicación, el espectáculo, el deporte y la moda o en la vida cotidiana y en expresiones culturales como los concursos de belleza, las “reinas” de carnaval o la flor más bella del ejido. Celebraciones que son avaladas por la sociedad, en conjunto con las organizaciones políticas y las familias que basados en las características corporales de las participantes sólo refuerzan la cosificación erótica de la mujer. La aprobación y celebración de la objetivación del cuerpo femenino muestra hacia el exterior y educa a que la base del “valor” de la mujer depende de sus cualidades y, por lo tanto, existen mujeres que valen más o menos que otras (Lagarde, 2005), pensemos en las mujeres que deciden ser madres o esposas con un valor social distinto de aquellas con etiquetadas como mujeres para el disfrute de los hombres.

Es entonces que el estereotipo de belleza se funda en la idea de la mujer-erótica, modelo que invisibiliza la diversidad de cuerpos y la valoración de su propia estética, es una imagen que puede conseguirse a través del arreglo corporal, el maquillaje, peinado, ropa, modificación corporal, pero que además es responsabilidad de la propia mujer ser bellas.

El cuerpo de las mujeres se ha convertido, en un cuerpo de la economía y del consumo para su exhibición, preparado para ser un cuerpo visto, admirado. El cuerpo de la modernidad responde como nunca al de la imagen y de la estética, resultado de dinámicas sociales y culturales que involucra a mujeres de todas las edades: las jóvenes por tratar de conseguir uno flexible, bello y saludable y las mayores, por perderlo con el paso del tiempo (Esteban, 2013).

El culto al cuerpo ha demostrado que además de poseer características de deseo, es también un elemento que brinda estatus, cuerpo que demuestra haber sido disciplinado a tal punto que exalta los valores del estereotipo de belleza occidental. Como objeto de consumo, supone un valor aspiracional que no necesariamente coincide en la realidad pero que la publicidad y los medios de comunicación se han encargado de colocar en el centro de los espacios sociales (Esteban, 2013).

La inseguridad femenina hacia la apariencia de su cuerpo está fundada en el juicio constante de otro, el otro como masculino. Los hombres han colocado al cuerpo de la mujer como objeto simbólico para todos, como disponible para el agrado de lo que ellos mismos consideran como femenino, por lo tanto, atractivo. Bourdieu (2000) apunta que la carga simbólica que se otorga al cuerpo de la mujer le dota de características como ser sonriente, simpática, atenta, discreta, sumisa, borrándole la cualidad de ser por ella misma. Esta evaluación genera estrés en las mujeres y el deseo continuo de aprobación sobre su apariencia para conseguir un estándar de feminidad y belleza que las coloca en una dependencia simbólica frente a los ojos de los hombres.

Las mujeres se vuelven presas de su cuerpo, entre el cuerpo que poseen en la realidad y el cuerpo que anhelan tener. Esa brecha entre realidad y expectativa se convierte en un camino de insatisfacción, sentimientos negativos hacia el propio cuerpo y rechazo, sentimientos que pueden agravarse hasta poner en riesgo la salud o la vida misma. La dominación que se ejerce sobre el cuerpo femenino desde la estética corporal es, por lo tanto, una construcción. Una idea implantada desde la creación de un ideal de lo femenino no elegido por las mujeres pero que se interioriza a tal punto que la hace parecer ser deseado, racional e intencional, como

si la restricción de alimento, el seguimiento de un régimen de ejercicio, los vómitos, purgas o el consumo de productos milagro que ponen en riesgo su salud fueran comportamientos de libre elección, como describe Bourdieu (2000), como si “disfrutara” su propia opresión.

Esta dominación se manifiesta de múltiples formas en el cuerpo, se llevan a cabo prácticas para su control y dominación. Foucault denomina como “disciplinas” a los métodos que permiten el control minucioso del cuerpo y garantizan su docilidad (Foucault, 2002). El cuerpo se encuentra bajo un constante poder, no un poder en masa, sino uno sutil y débil que posibilita su eficacia para asegurar la mecánica de sus partes. Esta coerción implica que sea ininterrumpida, de forma repetitiva, forma un vínculo con quien lo domina, lo hace más obediente y más útil. Pensar en las mujeres que construyen prácticas corporales para alcanzar un estereotipo de belleza, implica considerar en un estado de dominio al cuerpo, que como lo señala Foucault (2002), es manipulado de forma calculada, que lo explota, desarticula y corrompe para crear un “cuerpo dócil” para que haga lo que una desea, para hacerlo más eficaz y rápido optimizando sus resultados para el sometimiento y la sumisión en afán de alcanzar la belleza.

El disciplinamiento del cuerpo es más complejo y no actúa solo, las técnicas de control se articulan todo el tiempo desde las instituciones y la estructura, en este caso pensada como patriarcal. Coinciden, se repiten y se sustentan una sobre otra y distinguen su dominación según su aplicación de forma tan sutil desde las instituciones que las reproducen en todos los ámbitos de la vida social: escuela, familia, hospitales y áreas de salud, vida militar (Foucault, 2002).

Las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria dominan su cuerpo para docilizarlos, lo manipulan y lo transforman hasta alcanzar lo que la sociedad les ha enseñado que debe ser una mujer bella y femenina materializado en el poder sobre el cuerpo. Alcanzar su dominio es también símbolo de éxito, los TCA son el resultado de una presión que responde no sólo a una insatisfacción con la imagen individual, sino desde una estructura que ha impuesto a la colectividad la representación de un cuerpo femenino cada vez más inalcanzable.

## 1.5. Teoría feminista, género y perspectiva de género

La teoría feminista y los feminismos que de ella se desprenden, son considerados movimientos sociales, con práctica política, como disciplina, con metodología y bases epistemológicas que alimentan el pensamiento de las aquellas mujeres que buscan la toma de consciencia desde una postura crítica sobre la opresión, dominación, subordinación y explotación de la que históricamente han sido las mujeres desde el sistema político, social y económico para lograr un cambio en ellos (Jaiven, 2017).

Los movimientos feministas no han sido únicos ni buscan representar a todas las mujeres, pero sí son dinámicos, multifacéticos y se modifican en respuesta a los problemas que enfrentan las mujeres. La historia de la lucha feminista y su sustento teórico comienza por desmitificar el determinismo biológico de los sexos basado en el dimorfismo sexual que había perdurado por siglos sobre la diferencia entre hombres y mujeres.

La idea sobre que la naturaleza determina las características de razón y el sentido de libertad perdura hasta el pensamiento de Kant y Rousseau. Para Kant (en Bonilla, 2010) la mujer necesita de la ayuda de un tutor que la guíe pues no es capaz de discernir entre el bien y el mal, alguien que bajo su control le diga qué decisiones tomar para su vida, por lo cual su papel en el hogar era el único espacio donde podía -bajo su carácter natural-, tener algún grado de autoridad bajo la complacencia del varón. Por su lado, Rousseau sostuvo que el hombre no tiene la necesidad de agradar a nadie más a comparación de la mujer, pues es ella quien desde que nace gusta del adorno por su necesidad de agradar y ser mirada por el hombre mientras el hombre sólo necesita "ser". Este tipo de discursos basados en la diferencia biológica limitó a la mujer a su apariencia física y su capacidad procreadora.

Marta Lamas (2000) sostiene que es justamente la maternidad el punto crucial para la discusión de aquellas feministas que en los años sesenta del siglo XX cuestionaron la desigualdad entre hombres y mujeres. Desde la antropología

feminista el debate naturalista frente a la cultura fue desarrollada bajo el parámetro marxista con exponentes como Rosalind Coward y Karen Sacks (Lamas, 2000).

En esta línea ese encuentra el texto de Simone de Beauvoir *El Segundo Sexo* (2012) donde su discurso se centra en argumentar cómo históricamente la mujer ha sido relegada e invisibilizada en todos los contextos. Beauvoir retoma la analogía del amo (hombre) y el esclavo (mujer) de Hegel para reconocer la relación de poder y así, el amo se constituye como el sujeto inmaterial y con neutralidad sexual bajo el estado de la conciencia, designando a la mujer al carácter de la naturaleza para poseerla y dominar a su voluntad. Sin embargo, plantea la autora, ambos existen en la necesidad del otro: el hombre sujeto por la dependencia biológica de la procreación de la mujer, satisfacción de placer y la dependencia económica de la mujer con el hombre. Este tipo de relación otorga al amo la facultad de cubrir sus placeres y necesidades sin cuestionarse las necesidades del esclavo. Por el contrario, la dependencia del esclavo interioriza la necesidad por el amo y aunque ambos tengan en igual medida una necesidad que cubrir, siempre se actuará a favor de quien tiene el poder: el amo.

Bajo este parámetro, la mujer pierde su subjetividad, es el objeto “lo otro” que el hombre utilizada a su beneficio. La mujer ha sido hecha por los varones mediante la unilateralidad de los mitos sexuales masculinos que la excluyen de su propia humanidad. Es una construcción masculina que no escapa a los intereses morales, políticos y económicos de los varones.

Si bien para Beauvoir es innegable el determinismo biológico que ha caracterizado la exclusión de las mujeres a lo largo de la historia, afirma que su liberación podría ser una realidad al pensar en el sentido de reciprocidad con otras mujeres. Propone pensar en la identidad que otras minorías han adoptado ante la opresión del hombre blanco burgués. Los negros, el proletario, los judíos y todas las minorías que han sido oprimidas, han hecho la revolución y conseguido en menor o mayor grado libertades al volver fortaleza la cara del “otro”. Dota en su discurso un momento “esperanzador” que dota a la mujer de empoderamiento, pero concreta en que la alienación de inferioridad de la mujer es más fuerte, ya que no cuenta con



una historia de lucha ni –según su percepción- con un elemento de cohesión suficientemente fuerte que las motive.

Estas críticas, consideran que la biología ha sido un determinante para hacer una distinción entre mujeres y hombres negando a las mujeres el acceso a los derechos básicos pues como “ser inferior” carente de razón e inteligencia no los requiere, ya que el hombre como su propietario, cubre todas sus necesidades. Frente al discurso naturalista surgieron las voces de mujeres que hicieron visible la labor de las mujeres en la historia; descubrimientos científicos, aportes fundamentales en las guerras y luchadoras sociales que hasta el momento habían estado en la sombra por la construcción de una historia oficial desde la voz de los hombres para hombres. Se comienza a hablar también de la importancia de sus acciones, de sus papeles, de sus roles, construcciones social y culturalmente, es decir del género.

El feminismo dio un giro en el siglo XX, prestó atención a las diferencias sociales y culturales sobre la construcción de lo femenino y lo masculino, el feminismo académico nace en los años sesenta ante la inquietud de romper con el sustento teórico patriarcal que tradicionalmente había tenido como base para sus demandas autores como Marx, Reich, Marcuse, Sartre. Elizabeth Gross (1986) señala cinco características de esta etapa del feminismo:

1. Las mujeres y lo femenino se vuelven objeto de investigación. Las mujeres se convierten en el centro la investigación empírica y teórica.
2. Tanto las mujeres como lo femenino se conceptualizan como igual a los hombres, dejando a un lado la visión patriarcal. Las mujeres se piensan en los términos socioeconómicos e intelectuales.
3. Si bien se critican y se trata de desechar la teoría patriarcal, no se cuestiona la estructura epistemológica y ontológica.
4. Se ocupa más de “asuntos de mujeres” que afectan de forma directa la vida de las mujeres, sin criticar asuntos más amplios o públicos.
5. Los discursos patriarcales eran abordados de dos formas: o con total rechazo por no tomar en cuenta a las mujeres o con ajustes y rectificaciones donde las mujeres pudieran ser incluidas.

Con esta forma de pensar la historia de la mujer, sus problemas, necesidades e inequidades, comenzó a utilizarse la categoría “género”. Retomar el concepto género e incorporarlo como categoría de análisis en las ciencias sociales para entender la diferencia entre mujeres y hombres brindó la posibilidad de cerrar o acotar el debate sobre el origen natural de las tareas de los sexos que seguía primando en los argumentos misóginos. Aportó a la teoría de feminista un concepto que permitía entender la construcción social y cultural de mujeres y hombres.

Los primeros estudios que dieron cuenta de ello fueron desde la antropología con las investigaciones de Margaret Mead con su libro *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas* (1949) en el que comparó en tres comunidades distintas las características que en Estados Unidos se reconocen como femeninas o masculinas, en estos lugares no son determinantes pues mujeres podían adoptar actitudes y actividades consideradas propias de los hombres y viceversa. Sus observaciones la llevaron a concluir que es la cultura y la sociedad la que determina estas atribuciones genéricas y no la naturaleza del sexo con el que se nace. Desde la psicología se desarrollaron estudios sobre el comportamiento y la no correspondencia del cuerpo biológico con los sentimientos y emociones que algunos individuos experimentaban a lo largo de su vida. La antropología aportó al feminismo el marco para ejemplificar con descripciones etnográficas los contrastes de valores en diversas culturas sobre las labores que realizan hombres y mujeres, los valores y los significados. Pudo determinar que los trabajos “propios” de la mujer o el hombre no tienen relación con las características sexuales biológicas debatiendo la natural división sexual del trabajo (Lamas, 2000).

De acuerdo con Lamas (2000) la primera disciplina que retomó el concepto de género como construcción social de lo femenino y lo masculino se puede considerar a la psicología. El Dr. John Money trabajó con adolescentes intersexuales quienes habían sido criados como niñas pero que en la pubertad desarrollaron características sexuales masculinas, lo que llamó a atención de Money fue que a pesar de que la carga genética de los jóvenes era masculina (XY); actuaban, pensaban y eran aceptadas como mujeres porque habían sido criadas y

reconocidas por la sociedad bajo ese género. Estos casos particulares hicieron que Money considerara la distinción entre el sexo biológico y las características de la personalidad enmarcadas en un contexto social usando el sexo y género como conceptos diferentes que hasta el momento se utilizaban como sinónimo. La diferencia entre sexo (*sex*) y género (*gender*) es que la primera se relacionó con el conjunto de cualidades fisiológicas y capacidad reproductora que determina como hombre o mujer a una persona, mientras que la segunda engloba las características de la personalidad, gustos, preferencias, forma de pensar y valores que adopta una persona al identificarse con un sexo (Serret & Méndez, 2011).

A partir de estas diferencias, en la construcción del género, según Lamas (2000) intervienen tres aspectos:

**La asignación de género:** esta etiqueta se realiza desde el momento del nacimiento del bebé determinado por la apariencia de sus genitales externos. En caso de existir confusión entre la correspondencia de los genitales con el rostro del infante, se sugiere una pronta intervención para evitar trastornos psicológicos durante el crecimiento.

**La identidad de género:** se establece alrededor de los dos o tres años cuando el infante adopta el lenguaje para la construcción de su entorno. Normalmente se consolida antes del conocimiento de sus genitales y es la estructura que le dará sentido a sus experiencias para identificarse con comportamientos y emociones de niña o niño.

**El papel de género:** el papel también llamado rol de género se conforma de las normas y valores que la sociedad y la cultura tiene sobre el comportamiento femenino y masculino. Las distinciones aceptadas socialmente entre hombres y mujeres dan fuerza y coherencia a la identidad de género.

El género como categoría social también se empleó para dar cuenta de la diferencia histórica entre ambos sexos. Joan Scott (2000, p. 265) define género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y una forma primaria de relaciones significantes de poder”, reconoce que las mujeres son resultado del proceso histórico, de clase, de su posición social, de la etnia; elementos que permiten señalar la historicidad de

las diferencias sexuales. Para Scott el género es una forma de apuntar las construcciones culturales que se tienen sobre los roles de mujeres y hombres, se puede entender entonces el significado del lugar en el espacio público y privado de la mujer y de sus actividades.

Un elemento para considerar dentro del feminismo histórico es su intencionalidad en generar procesos de transformación, por lo cual analiza las relaciones de poder tanto las que son evidentes como las que no lo son, no en un sentido de oposición entre los sexos, sino en función de las relaciones entre ambos para colocarlas en el centro de las investigaciones feministas.

El género comenzó a usarse indistintamente para referirse a diversas temáticas: las mujeres, el feminismo y las relaciones entre sexos. El uso indiscriminado del concepto género creó ambigüedad en el término, lo que evitó distinguir la discriminación u opresión de las mujeres a la que históricamente ha estado sometida pues incluía demasiados términos. Pero también tuvo alcances positivos, su resonancia en la política alcanzó las propuestas de políticas públicas al considerar la perspectiva de género como elemento central para el desarrollo político de los países.

La construcción cultural y social del género da paso también al concepto estereotipos de género como aquellas opiniones y prejuicios generalizados acerca de atributos características que hombres y mujeres poseen. El auge y popularidad que el concepto logró en las ciencias sociales y la teoría feminista alentó nuevas miradas para entender las particularidades de la construcción del género dejando atrás la postura biologicista.

En consecuencia, otro concepto usado como categoría de análisis en la teoría feminista es la perspectiva de género. Incorporarlo al ámbito político, académico y en general en ámbito público ha sido un logro importante para el feminismo, pues pone en relieve las desigualdades que históricamente se han construido entre mujeres y hombres. Sin embargo, el desconocimiento de los conceptos y teoría feminista ha llevado a políticos, burócratas y académicos a caer en imprecisiones en el uso del concepto género y, en consecuencia, de la perspectiva de género.

El uso indiscriminado de estos dos conceptos ha provocado que, en especial en el ámbito político, se lleven acciones y propuestas encaminadas a favorecer a las mujeres sólo por hecho de ser mujeres, sin tomar en cuenta la perspectiva de género que implica una mirada feminista que muestra “cómo a través de qué procesos la cultura asigna identidades diferencias a sujetos clasificados, según una cierta apreciación de su apariencia biológica, sexual, y al explicar también por qué esas diferencias se interpretan como desigualdades desde la cuestión cultural” (Serret, 2008, p. 51). Sin la mirada feminista, el género se utiliza como sinónimo de sexo reduciéndolo a una característica biológica clasificatoria del ser mujer, se diluye por lo tanto una real perspectiva de género.

La perspectiva de género como señala Lamas (1996, p. 4), “implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando referencia a esa diferencia sexual”. Incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos, es atender las necesidades de las mujeres que surgen de la desigualdad entre hombres y mujeres en el sistema patriarcal.

Para hacer un uso correcto de la categoría género, Serret (2008) propone considerar su aplicación con dos objetivos:

1. La visibilización de las mujeres. En primera instancia, nombrar en el lenguaje a las mujeres, es reconocer su quehacer social dentro del sistema patriarcal que han masculinizado el lenguaje.
2. Reconocer los sistemas simbólicos que atraviesan las relaciones sociales y se traducen en desigualdad, en el ejercicio de un poder injusto y coloca a las mujeres en subordinación.

Bajo esta perspectiva, se pueden reconocer también las diversidades de los seres humanos y sus roles dentro de la sociedad. Se puede hablar de mujeres masculinas, hombres femeninos, travestis, transexuales, y muchas personas más que lejos de la determinación biológica, se busca garantizar los derechos y todos y todas al romper los tabús que por siglos ha perpetuado las diferencias y desigualdades (Lamas, 1996).

Colocarse en esta mirada implica reconocer que existe un orden social basado en el género que nos divide como hombre y mujeres, que existen problemas sociales que aumentan las desigualdades y que es necesario hacerlas conscientes, nombrarlas y hacerlas visibles para su atención.

Generar estrategias que ayuden a la prevención, atención y seguimiento desde el género y perspectiva de género en los trastornos de la conducta alimentaria es reconocer que es un padecimiento que afecta de forma diferenciada a las mujeres con respecto a los hombres, impuesto por un sistema que construye a los géneros con sus características biológicas y le asignan valores que determinan los roles y estereotipos de las mujeres que sujetan su libertad y la de su cuerpo.

## **Conclusiones**

Los estudios del cuerpo han abierto un horizonte teórico y metodológico que permite aproximarnos a diferentes fenómenos inscritos en la corporeidad humana. Los TCA son padecimientos reflejo de la presión a las mujeres por conseguir un estereotipo de belleza occidental que, a la luz de la teoría del cuerpo, de la teoría feminista y la perspectiva de género nos permite comprender las causas y repercusiones de los trastornos. La AN, BN, los TANE y las conductas alimentarias de riesgo afectan de forma particular a las mujeres, quienes en el afán de conseguir una forma de feminidad desde un sistema patriarcal ha mercadeado su autoestima, su salud y su autopercepción corporal.

## Capítulo 2.

### La Imagen Corporal y el Trastorno Dismórfico Corporal

La imagen corporal es aquella construcción mental que nos hacemos de nuestro cuerpo. La conformación de una imagen corporal negativa o positiva responde a diferentes niveles de autopercepción influenciada por el contexto social y cultural. En este capítulo se desarrolla el origen del concepto imagen corporal, sus características y las consecuencias derivadas de su alteración. Se describen las características del Trastorno Dismórfico Corporal y trastornos que de él se deriva como la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos de Alimentación no Especificados (TANE). El final, se expondrán algunas formas de atención y tipos de tratamientos para atender la distorsión de la imagen corporal.

#### 1.1. ¿Qué es la imagen corporal?

El concepto imagen corporal ha sido retomado desde la psicología en investigaciones para entender la relación mente-cuerpo dentro del contexto social y cultural. Tradicionalmente su aplicación es considerada primordial en el campo médico y psiquiátrico para dar soluciones a psicopatologías, tales como trastornos dismórficos de la alimentación que incluyen la anorexia y bulimia, los TANE o bien, para explicar alteraciones en la integración social y procesos identitarios.

El origen de la imagen corporal se basó en el interés de dar respuesta a aquellos problemas neurológicos que se reflejan en alteraciones de la percepción corporal. A principios del siglo XX diversos especialistas en neurología señalaban ya la existencia de una imagen o referencia mental del cuerpo que podía ser alterada por traumatismos y desencadenar padecimientos mentales. Bonnier en 1905, utilizaba el término *aschemata* para definir la sensación de desaparición de una parte o la totalidad del cuerpo por daño cerebral. Pick en 1922 usó el término *autopagnosia* para referirse a problemas de orientación corporal, basándose en la idea de la existencia de una imagen espacial del cuerpo, que a su vez era una representación de sí mismo con base a experiencias sensoriales. Por su lado Henry Head, en los

años veinte, ya consideraba la idea de un “esquema corporal” que partía de una imagen del cuerpo basado en su motricidad (Baile, 2003).

Como término conceptual, la imagen corporal fue utilizada por primera vez por el neurólogo austriaco Paul Schilder en 1935 en su libro *The Image and Apperance of the Human Body* y la define como “aquella representación que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, es decir, la forma en la que este se nos aparece” (Schilder, 1983:15).

Para Schilder, la imagen corporal no solo engloba la percepción postural del cuerpo en un tiempo y espacio determinado, como lo plantea anteriormente Henry Head con su “modelo postural del cuerpo”, sino también, se consolida con las sensaciones que el propio sujeto experimenta del exterior y del interior del mismo; haciendo hincapié en la necesidad de un enfoque biosicosocial para entender ampliamente la imagen corporal (Pruzinsky y Cash 2002, en Gaytán, 2009).

A lo largo de su desarrollo, surge una perspectiva que incluye aspectos de conducta, cognoscitivos y de historia de vida, así como diagnóstico, tratamiento y despliegue de fundamentos teóricos y metodológicos empleados por psicólogos y psiquiatras (Gaytán, 2009).

En el siglo XX, a principios de los años sesenta Bruch (1962) es la primera en proponer una relación entre la distorsión de la imagen corporal y la anorexia nerviosa; paso que sirvió para reconocer la necesidad de saber qué es la imagen corporal, cómo se construye y cómo poder evaluarla; dando origen a una oleada de investigaciones sobre imagen corporal como sintomatología de algunos trastornos de la alimentación (Baile, 2003).

Por su parte, en 1990 Fisher realiza una revisión del concepto orientada principalmente al desarrollo de la personalidad siendo de las primeras autoras en sistematizar su estudio y considerar a la imagen corporal como un proceso de evolución gradual basado en las experiencias de las personas, lo que le asigna una jerarquía de valores a ciertas partes del cuerpo (Aguirre, 2008).

En una revisión posterior hecha por Pruzinsky y Cash (1990, en Aguirre, 2006) resaltan algunos puntos como características del concepto, señalando que:



- Se trata de un constructo de carácter multifacético, ya que no tiene un origen único.
- Se relaciona con los sentimientos y la autoconsciencia, ya que implica la autovaloración.
- Está socialmente determinada ya que toda influencia social puede determinar la autopercepción del cuerpo.
- Está en constante construcción y por tanto es dinámica, que se modifica a lo largo de la vida debido a las experiencias personales y culturales.
- Influye en cómo pensamos y en la forma de percibir el mundo.
- La imagen corporal influye en el comportamiento.

Se debe considerar que la construcción de la imagen corporal es un proceso que dura toda la vida, que es plástica, flexible y que se encuentra en constante relación con el otro, que incluye sensaciones, percepciones y experiencias de vida que construyen la identidad del individuo.

Para Thompson (1990) la imagen corporal está integrada por tres componentes que incluyen percepciones, sentimientos, pensamientos y actitudes que deben tomarse en cuenta en su evaluación y tratamiento:

- Aspectos perceptivos: exactitud con la que se percibe el tamaño, forma o peso del cuerpo o sus partes. Las alteraciones de este componente tienen como resultado sobreestimación o subestimación del tamaño corporal.
- Aspectos cognitivos-afectivos: son las actitudes, sentimientos o pensamientos que generan una valoración sobre la apariencia física. Las sensaciones que se despiertan son de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción, ansiedad hacia el propio cuerpo.
- Aspectos conductuales: conductas y acciones provocados por sentimientos asociados con el cuerpo como evitación, de exhibición o camuflaje.

Durante 1970 y 1980 los estudios sobre imagen corporal se centraron en evaluar los aspectos perceptivos de la imagen corporal en relación a la estimación del tamaño del cuerpo. En los años 90, las investigaciones giraron en torno a los aspectos cognitivos-afectivos que generan satisfacción o insatisfacción corporal,

pero pocos han puesto su atención en los aspectos conductuales (Salaberria *et. al*, 2007).

Para Rosen (1995) la imagen corporal es un concepto que engloba la manera en que se percibe, imagina, siente y actúa hacia el propio cuerpo, lo que incluye elementos de carácter subjetivo: perceptivos, satisfacción o insatisfacción, aspectos conductuales y ansiedad (Raich, 2004).

Dentro del campo de la Antropología, Aguado (1998) plantea la imagen corporal como un entramado de significaciones que da estructura y sostén al cuerpo humano que se encuentra en constante cambio, el cual es modelado por el grupo social y reflejo por excelencia de su identidad. Para el autor, la imagen corporal se configura a través de elementos físicos, biológicos, psicológicos y sociales, donde la cultura dota al cuerpo de significación. La construcción de la imagen corporal está estrechamente ligada a la cultura del individuo, lo que le brinda un carácter social. Considera de gran importancia el estudio de la imagen corporal desde una perspectiva antropológica, ya que en la medida en que sea comprendida, se podrá adentrar a la concepción de la cultura y por consecuencia, a las representaciones que sobre el cuerpo se tiene. Así, la imagen corporal es un portal para la cosmovisión de cada sociedad:

“La imagen corporal es una estructura tridimensional que permite la conciencia del sí mismo integrando los aspectos físicos, fisiológicos en relación al movimiento (por lo que incluye el tiempo). Es una estructura que integra las emociones con las sensaciones y la percepción por ello es la base de la experiencia en la que se integra el significado cultural” (Aguado, 1998:23).

Desde la sociología del cuerpo, Le Breton (2002) construye un concepto de imagen corporal donde el papel de la mente en su construcción, se equipara con los factores sociales y culturales en los cuales se desenvuelve el sujeto a través de su historia de vida, por lo tanto, define la imagen corporal como “la representación que el sujeto se hace del cuerpo; la manera en que se le aparece más o menos consciente a través del contexto social y cultural de su historia personal” (Le Breton, 2002:146).

Así, Le Breton añade cuatro ejes sobre los cuales se construye la imagen corporal (2002):

- a) La forma; que es el sentido de unidad del cuerpo como un todo reconociendo sus partes y sus límites en el espacio.
- b) El contenido; como un universo coherente construido con base a sensaciones previsibles y reconocibles.
- c) El saber, el conocimiento del propio cuerpo sobre su organización, sus órganos y sus funciones.
- d) El valor; elementos que interiorizan el juicio social con relación a las características físicas del cuerpo. Tiene influencia en la autoestima.

La imagen corporal, por lo tanto, no es un concepto rígido. Por el contrario, considerar la historia de vida de la persona, el entorno social y cultural y la interiorización de estereotipos aporta al estudio del cuerpo la posibilidad de comprender las prácticas corporales, las representaciones y emociones que se inscriben en el cuerpo.

Los cuerpos y los espacios que ocupan también se construyen desde el género, pues el cuerpo de la mujer en el espacio público se vive distinto de como lo viven el cuerpo de los hombres. Las mujeres más que los hombres ven sus cuerpos como objetos a los cuales se les debe mirar, el afecto, el agrado o desagrado que se tiene hacia el propio cuerpo radica también en los atributos que la sociedad y nosotros mismos consideramos que debe poseer o no un cuerpo femenino o masculino.

### **2.1.1. Alteraciones de la imagen corporal: el trastorno dismórfico corporal y sus consecuencias**

Las alteraciones de la imagen corporal pueden manifestarse en dos de los aspectos que componen la imagen corporal (Salaberria, 2007):

- En el cognitivo-afectivo: que responde a la insatisfacción con el cuerpo y genera sentimientos negativos hacia él.

- En el perceptivo: que se concreta en la distorsión de la imagen corporal con una estimación incorrecta del tamaño, forma y, por lo tanto, la estima del cuerpo. Es en la distorsión cognitiva-afectiva donde se desarrolla el trastorno dismórfico corporal (TDC). De acuerdo con la investigación de Behar, Arancibia, Hietzer y Meza (2016), el TDC tiene por característica la preocupación excesiva por la apariencia de alguna zona del cuerpo basada en la idea sobrevalorada que desencadena ansiedad o episodios delirantes de “defectos” que a la vista del portador son notables, pero que para el resto de las personas no lo son.

En una muestra de 41 artículos y 4 textos de consulta científica, los autores encontraron dentro de su epidemiología, que, si bien existe una insatisfacción corporal en ambos sexos, la mayor incidencia es en la población masculina, aunque existe una relación importante entre el TDC y los TCA que en mayor proporción se presenta en mujeres. Con relación a los pacientes con actitudes obsesivas compulsivas, se encontró una prevalencia del 12%; mientras que un 32% de sujetos con TDC padecían también algún TCA, presente en un inicio en la enfermedad de 63% de los casos. De acuerdo a Grant y Cash (1995), la insatisfacción y preocupación corporal excesiva, se convierte en un trastorno, en el caso de las mujeres en un 4% y en menos de 1% en los hombres.

En su origen el TDC se presenta a menudo durante la adolescencia, ya sea de forma gradual o abrupta por diversos motivos: por humillaciones en la infancia, acoso sexual, presión en actividades artísticas o atléticas, enfermedades, burlas sobre la apariencia, entre otros; que a través de bromas o discursos ofensivos fomentan sentimientos de vergüenza que afectan a la autoimagen y autoestima dando como resultado inseguridad, incomodidad y rechazo (Behar *et al.* 2016). Esta insatisfacción y preocupación exagerada por alguna región del cuerpo interfiere también con la vida cotidiana, con las relaciones personales y el desempeño.

Antes de su inclusión al *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM) para su diagnóstico, el término para identificar las preocupaciones patológicas por la apariencia del cuerpo fue “dismorfofobia” acuñado por Morselli en 1886. La fobia hacia la forma del cuerpo, de acuerdo a su traducción, incluye el

miedo al ridículo por la apariencia física y a las reacciones de los demás ante la idea de ser diferente a los demás (Raich, 2004).

Actualmente el DSM-5 considera los siguientes criterios para el diagnóstico del trastorno dismórfico corporal (Behar, 2016, p. 629):

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

Se considera común que exista un grado de insatisfacción corporal en la mayor parte de la población, pero para las personas con diagnóstico de TDC la preocupación se agudiza al colocar su defecto corporal como determinante para su desarrollo, desempeño y valoración no sólo personal, sino de los demás hacia uno mismo, reafirmando la imposibilidad de ser queridos o ser aceptados en un grupo particular. La atención se puede centrar en un principio en zonas específicas como la delgadez o tipo de cuerpo, tipo de piel, forma de rostro, acné, tamaño de nariz, orejas, ojos. Aunque la preocupación se pueda presentar en cualquier momento del día o circunstancia, se agrava al exponerse socialmente. Esta sobrevaloración está relacionada con el aspecto cognitivo que conforma la imagen corporal (Raich, 2004).

En el aspecto conductual, la repercusión en la vida cotidiana abarca cambiar la rutina y estilo de vida como la alimentación, vestido, arreglo y rituales de aseo para tratar de atenuar las inconformidades con el cuerpo; las personas gastan mucho tiempo para comprobar que lo que ven existe, como mirarse en el espejo constantemente, buscar superficies que tengan reflejo o conseguir comentarios reafirmantes de la gente que los rodea sobre sus imperfecciones para lograr un

efecto tranquilizante o por el contrario, pueden existir aquellas personas que traten de no mirarse ni ver su imagen, si su aberración es mayor.

Las consecuencias derivadas de la alteración o de una negativa imagen corporal son diversas, como la relación con una baja autoestima pues la valoración hacia sí misma es deficiente, lo que se traslada a otros campos como la inteligencia o falta de destreza para el trabajo, características que no están relacionadas con la imagen. De acuerdo con Raich (2004), una tercera parte de la autoestima se relaciona directamente con una positiva o negativa imagen corporal.

La identidad de género es otro de los temas vinculados a la imagen corporal ya que en el cuerpo se inscriben los valores de feminidad y masculinidad que acercan o alejan del género con el que uno se identifica. Entonces es común que se busque conseguir los requisitos para mostrarse lo “más mujer” o “más hombre” de acuerdo a los valores de la feminidad y masculinidad.

Otros aspectos como la depresión, ansiedad, inhibición u ocultamiento, disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, trastornos obsesivos compulsivos y consumo excesivo de cirugías cosméticas son problemas resultado del rechazo de la apariencia corporal (Salaberria, 2007).

Dado este contexto, los trastornos de la conducta alimentaria aglutinan una mezcla de estas secuelas: se pasa por depresión, consumo de sustancias para lograr adelgazar, actitudes compulsivas como los atracones o vómitos, ejercicio excesivo para “quemar” calorías o ingesta de medicamentos y drogas que facilitan la disminución de la masa corporal.

## **2.2. Los trastornos de la conducta alimentaria**

Un trastorno refiere a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que pueden presentarse en distintos niveles de severidad; no se consideran síntomas aislados, sino un cuadro que conjuga estos elementos.

En el caso específico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se presentan cuando una persona deja de recibir la cantidad de ingesta calórica

suficiente para que su cuerpo funcione adecuadamente de acuerdo a su edad, estatura, ritmo de vida, etc. (Secretaría de salud, 2004).

Los TCA se manifiestan principalmente de dos formas: la anorexia y la bulimia, aunque existen prácticas restrictivas que, sin ser patológicas, se encuentran cercanas a ellos debido a su riesgo a desencadenar dichos trastornos como los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE). Estos trastornos están catalogados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM) con los siguientes criterios (Secretaría de Salud, 2004, p. 11):

❖ Anorexia nerviosa.

A. Miedo intenso que engordar, que no disminuye con la pérdida de peso.

B. Alteración de la silueta corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación y negando los peligros que provoca la disminución de peso.

C. Pérdida de por lo menos 25% del peso original. En menores de 18 años debe añadirse al peso inicial el que correspondería aumentar de acuerdo con el proceso de crecimiento y considerando que, una reducción de peso cercana a 15% es valorada como riesgo médico.

D. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo, según edad y estatura.

A estos criterios pueden agregarse los siguientes:

- Pérdida de peso autoinducida por conductas compensatorias: vómitos, laxantes, diuréticos y exceso de actividad física.
- Retraso en el desarrollo puberal: falta de crecimiento de los senos, amenorrea primaria o secundaria. En los varones, los genitales no se desarrollan y hay pérdida del interés y de la potencia sexual.

❖ Bulimia

A. Episodios recurrentes de voracidad:

- Comer en corto período de tiempo gran cantidad de alimentos.
- Falta de control sobre la alimentación durante el episodio.

B. Promedio de dos episodios de voracidad semanales durante tres meses.

C. Autoevaluación “indebidamente” influida por la forma y el peso corporales.

D. Conducta compensatoria:

- Purgativa: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos.
- No purgativa: ayuno, ejercicios físicos extenuantes.

❖ Trastorno de la conducta alimenticia no especificado.

Distinciones de grado:

- Mujeres que cumplen los criterios diagnósticos de la anorexia, pero con menstruaciones regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos de la anorexia, pero el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen los criterios diagnósticos de la bulimia, pero con menor frecuencia.

B. Empleo irregular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, inducción del vómito después de ingerir dos galletas).

C. Masticar y expulsar, sin tragar, cantidades importantes de comida.

D. Trastorno compulsivo: se presentan atracones recurrentes sin tener conductas compensatorias.

La prevalencia de la anorexia nerviosa (AN) en la población en general en occidente se estima en 0.3%, mientras que en el caso de la bulimia nerviosa (BN) se presenta en 1% en mujeres y 0.1% en hombres. A nivel mundial, estas cifras alcanzan a 8 de cada 100 000 habitantes en AN y alrededor de 270 casos por cada 100 000 en el grupo de 15 a 19 años de edad. Es innegable que es son las mujeres las más afectadas por estos padecimientos, pues representan el 95% de los casos (Unikel y Caballero, 2010). En los estudios sobre la evolución de la enfermedad, se ha encontrado que las personas con diagnóstico de más de 5 años, un 25% continúan con la anorexia, el 40% presenta síntomas depresivos y 25% actitudes obsesivas. En casos de más de 12 años de evolución la curación se considera sumamente difícil (Toro, 2015).



Sobre su origen, no se pueden identificar un solo motivo que propicie la aparición de alguno de los TCA, el modelo que mejor puede explicarlos son los biopsicosociales que combinan variables biológicas, psicológicos y sociales que están interconectadas para entender el origen multicausal de los TCA (Unikel y Caballero, 2010). Lo que sí se reconoce es que la interacción de tantos factores, hacen que la manifestación del trastorno sea prácticamente única e irrepetible en cada persona. Por este motivo se recomienda identificar los factores que son predisponentes para su aparición, de los factores que los detonan y de aquellos que ayudan a su mantenimiento y desarrollo. Los principales factores de riesgos relacionados con los TCA se pueden dividir en cuatro categorías:

Figura 1. Factores de riesgo que propician el desarrollo de los TCA.



Fuente: elaboración propia basada en (Unikel y Caballero,2010)

La anorexia nerviosa se caracteriza por la pérdida significativa de peso corporal superior al 15% con la decisión voluntaria de lograr un nivel determinado de adelgazamiento (Toro, 2015). El objetivo se logra a partir de acciones restrictivas en un inicio y obsesivas posteriormente. El primer paso, es la reducción o eliminación de alimentos, en especial los que se cree que engordan más porque

tienen o mayor cantidad azúcar, de grasa o carbohidratos. Los vómitos autoinducidos, el ejercicio excesivo, uso de laxantes, diuréticos, etc. son otras acciones recurrentes para ayudar a disminuir el volumen corporal.

Existe un consenso de la edad de inicio del trastorno entre los 14 y 18 años, sin embargo, en años recientes se han registrado casos en edades más tempranas como los 12 o 13 años cuando da inicio la preadolescencia y pueden continuar el resto de la vida hasta la década de los veinte o treinta (Toro, 2015). En estos casos, la distorsión de la imagen corporal es una constante, pues se subestiman o sobreestiman la forma y tamaño de regiones corporales lo que dificulta reconocer la enfermedad pues para la persona involucrada, la imagen del cuerpo no corresponde la imagen real.

En la bulimia nerviosa (BN), se comparte con la anorexia, el miedo al aumento de peso y el cambio en la figura corporal por lo que coinciden en varios elementos de la sintomatología como los ayunos y restricción alimentaria por largos periodos de tiempo, así como el consumo de laxantes y productos adelgazantes. Pero lo que caracteriza a la BN son los periodos de crisis que desencadenan el consumo de grandes cantidades de comida en poco tiempo llamados atracones, seguidos de sentimiento de descontrol y culpa lo que provoca acciones compensatorias como el vómito autoinducido. Los estados de ánimo también son muy cambiantes, pero tiene de base sentimientos de tristeza y ansiedad como iniciadores sumándole la culpa al caer en momentos de debilidad con la comida.

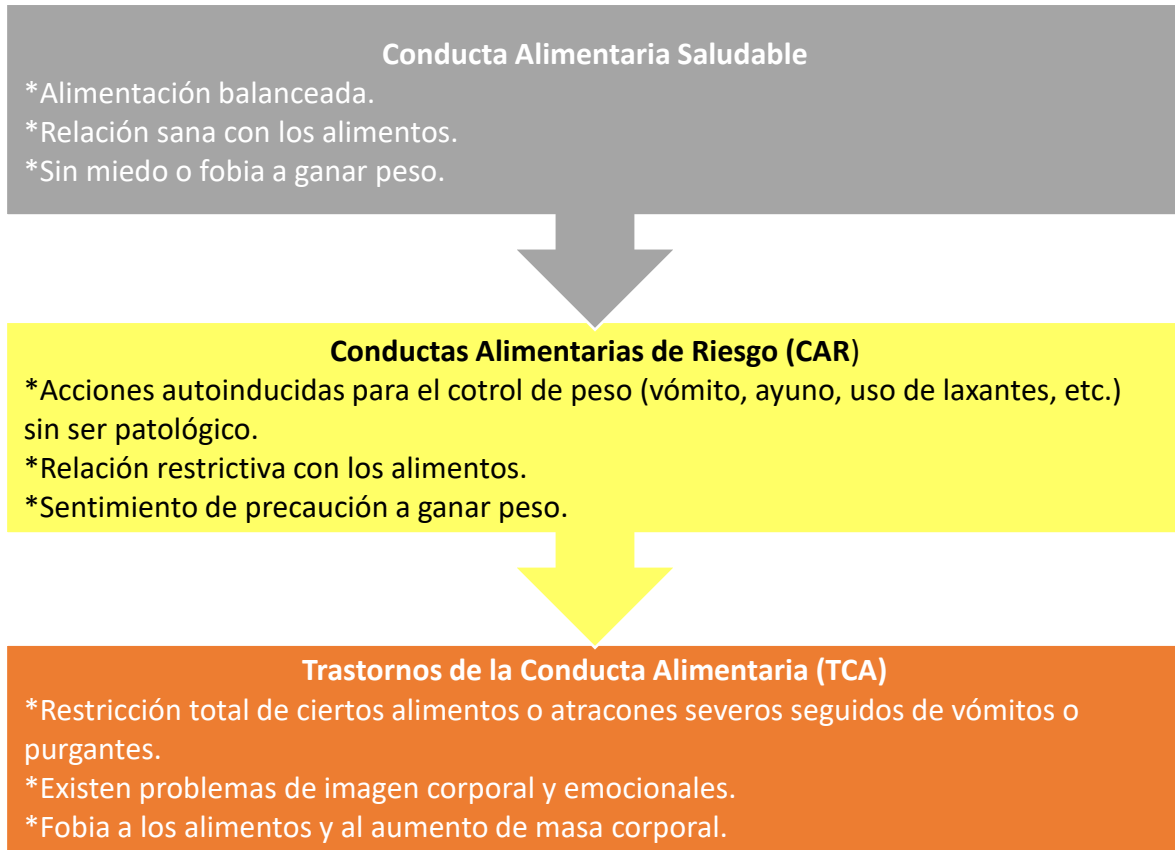
El control de los impulsos es un elemento central en las personas con BN, pues suelen experimentar inestabilidad en la vida amorosa, en el trabajo o relaciones personas, consumo de sustancias tóxicas hasta el uso de mentiras (Toro, 2015). Su prevalencia en la población es de 2% a 3% de la población adolescente y juvenil femenina pero su pronóstico a largo plazo es mejor que la de la AN pues después de tener la enfermedad al menos un año, dos tercios de las personas con BN tienen una mejoría totalmente satisfactoria sin presentar ningún rasgo diagnóstico (Toro, 2015).

A nivel mundial se reconoce que los TCA se han convertido en un problema de salud pública que ya no sólo se manifiestan en países considerados desarrollados, sino que cada vez permean en mayor cantidad de países y en todos los estratos económicos. Se tiene registro de altos número de actitudes y conductas alimentarias de riesgo (CAR) que son la antesala a los TCA (Unikel y Caballero, 2010).

En el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se encuentran las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) que se sitúan en el punto medio entre la Conducta Alimentaria Saludable donde existe una ingesta de alimentos de forma balanceada y una relación sana con los mismos (representado en color verde del Cuadro 1) y entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (representado en color rojo del Cuadro 1) que se caracterizan por la restricción total de alimentos o atracones severos que pueden ir seguidos de consumo de laxantes o purgantes, así como fobia al aumento de masa corporal. Las Conductas Alimentarias de Riesgo incluyen atracones, dietas restrictivas, uso excesivo de laxantes o diuréticos, exceso de ejercicio, vómito inducido y ayunos constantes para controlar el peso y evitar su aumento (Altamirano *et. al*, 2014) (representado por el color amarillo en el Cuadro 1). La incidencia de las Conductas Alimentarias de Riesgo son de menor frecuencia que los Trastornos de la Conducta Alimentaria, pero pueden ser la antesala al padecimiento de algunos de ellos como la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, por lo que la detección temprana de estas prácticas puede prevenir el posible padecimiento de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria. Las Conductas Alimentarias de Riesgo tienen un menor grado de patologías, sin embargo, son consideradas conductas de riesgo ya que poseen consecuencias latentes para la salud con fines de disminución del peso corporal por una preocupación por la figura y el peso (Unikel *et. al*, 2000). Es importante tener en cuenta la prevención y atención a estas conductas pues de no atenderse de forma oportuna, pueden culminar en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ejemplo de ello, son los estudios de corte longitudinal con duración de uno a dos años señalan que entre 20% y 30% de mujeres que realizaron dieta para poder disminuir su peso desarrollaron un síndrome parcial o completo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y el 15%

presentaron un síndrome parcial o evolucionaron hacia algún síndrome de la alimentación (King, 1989, Patton *et. al*, 1990, en Unikel *et. al*, 2000).

**Figura 2. Desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**



Fuente: Elaboración propia basado en (Altamirano *et. al*, 2014)

Si bien se tienen claros los aspectos diagnósticos de los TCA, en la vida cotidiana de las personas con estos trastornos, la evolución de la enfermedad no es lineal ni sencilla. A lo largo del desarrollo de los TCA una misma persona puede atravesar por una combinación de los tres TCA mencionados y dificulten su detección, tratamiento y, por ende, su recuperación.

Para poder realizar un diagnóstico médico es necesario practicar una serie de pruebas para no confundir los TCA con diagnósticos sobrevalorados que respondan a situaciones transitorias de la adolescencia. Ejemplo de ellos es la irregularidad en la menstruación por cambios hormonales, desnutrición por la

carencia de una dieta balanceada o depresiones leves que no necesariamente respondan a un problema con la alimentación.

Se recomienda, que la primera evaluación sea de carácter psicológica para confirmar la evaluación médica que ayude a indagar sobre los factores que desencadenaron las conductas de riesgo o sintomáticas. Desde el estado emocional y mental de la paciente o paciente se busca conocer las relaciones con la familia, los pares, las actividades que realiza en la vida cotidiana, así como conocer la percepción con el cuerpo (Secretaría de Salud, 2004).

Los exámenes que pueden realizarse son (Secretaría de Salud, 2004, p. 23):

- Entrevista psicológica.
- Mediciones de peso y talla con relación a la edad y sexo.
- Peso relativo, masa corporal, reservas grasas.
- Proteinograma electroforético.
- Valoración del estado nutricional y reservas grasas.
- Biometría hemática.
- Perfil hormonal y valoración ginecológica.
- Mediciones de presión arterial y pulso.
- Examen cardiovascular y electrocardiograma.
- Hepatograma, perfil hepático y tiroideo.
- Examen general de orina.
- Glucemia, uremia, colesterolemia.
- Calcemia, fosforemia, magnesemia.
- Tomografía computarizada.
- Eritosedimentación.
- Ionograma: en busca de hipokalemia y alcalosis metabólica hipoclorémica.

Los efectos de los TCA en la salud de quienes lo padecen se manifiestan en diversos grados de desnutrición provocando complicaciones en la salud. Unikel y Caballero, agrupan en siete áreas las complicaciones derivadas de los TCA:

**Cuadro 1. Complicaciones médicas de las conductas alimentarias presentes en la anorexia y bulimia.**

Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pérdida de peso excesiva, por debajo de un Índice de Masa Corporal (IMC) de 17.5.</li> <li>● Amenorrea primaria o secundaria.</li> <li>● Osteopenia/Osteoporosis.</li> <li>● Disminución del volumen cerebral.</li> <li>● Intolerancia al frío.</li> <li>● Piel escamosa y faneras quebradizas.</li> </ul>
Mala nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Déficits nutricionales específicos (ej. anemia, pelagra).</li> </ul>
Vómitos autoinducidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reflujo gastroesofágico.</li> <li>● Síndrome de Mallory-Weiss.</li> <li>● Esófago de Barret.</li> <li>● Deshidratación.</li> <li>● Hipopotasemia.</li> <li>● Alcalosis metabólica.</li> <li>● Desgaste del esmalte dental.</li> <li>● Gingivitis.</li> <li>● Hipertrofia parotídea.</li> <li>● Xerostomía.</li> </ul>
Abuso de laxantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Deshidratación.</li> <li>● Tolerancia al efecto laxante.</li> <li>● Acidosis metabólica.</li> </ul>
Abuso de diuréticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Deshidratación.</li> <li>● Hipopotasemia.</li> <li>● Hipotensión arterial.</li> </ul>
Abuso de enemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Deshidratación.</li> <li>● Acidosis metabólica.</li> </ul>
Ingestión habitual de medicamentos con efectos anorexígenos o que contienen hormonas tiroideas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Muchos de los medicamentos anorexígenos pueden ocasionar dependencia psicológica y/o física.</li> <li>● Irritabilidad.</li> <li>● Insomnio.</li> <li>● Cambios del estado de ánimo.</li> <li>● Psicosis.</li> <li>● Hipotiroidismo.</li> </ul>

Fuente: tomado de (Unikel y Caballero, 2010, p. 16)

**2.3. Intervenciones de tratamiento en trastornos de la imagen corporal.**

Modelo de intervención en redes

El modelo de intervención basado en la teoría de redes (Buenos Aires) involucra una visión multidisciplinaria con enfoques sociales y biomédicos como son:

1. Perspectiva de Redes
2. Investigación Acción Participativa
3. Modelo de la Clínica de la Vulnerabilidad.
4. Clínica de los Trastornos Alimentarios.

Desde el modelo de Redes Sociales, el medio social puede ser expresado a través de los patrones y regularidades pertenecientes a las relaciones que ligan a las unidades interactuantes, por lo que considera que:

- Los actores y sus acciones son vistos como interdependientes más que como unidades independientes y autónomas, ya que lo que le da existencia a la red son los lazos entre ellos y no su existencia per se.
- Los lazos o vínculos entre actores son canales de transferencia o flujo de recursos, e incluso pueden representar cualquier tipo de nexo que se pueda representar de modo dicotómico o en cualquier clase de escala ordinal y nominal.
- Los modelos de análisis de redes, cuando focalizan su atención en individuos, visualizan a la estructura de la red como proveedora o restrictora de las oportunidades de acción individual (Torres y Tovari, s/f).

La existencia de una teoría específica que permita describir y mensurar la existencia de estas redes provee, entonces, varios beneficios: en primer lugar, nos proporciona descripciones formales posibilitadas por el uso de definiciones de carácter teórico que expresan propiedades del marco analítico que se emplea y no del objeto que en particular se analiza. En segunda instancia, nos permite probar o evaluar las implicaciones de otras teorías acerca de estructuras y procesos relacionales, contra las cuales ofrece procedimientos analíticos y validatorios propios.

Su metodología consiste en realizar en las primeras entrevistas un círculo en el cual se coloca en el centro una figura (círculo si es mujer, triángulo si es hombre) que simboliza la persona de quien se grafica la red. Se trazan líneas que dividen al círculo en cuatro campos: familia, parientes, compañeros y conocidos, y un cuarto compartido entre amigos y personas con autoridad. La distancia al centro del círculo se determina por su nivel de interacción desde el límite externo (casi o ningún intercambio) al centro (interacción intensa) y por el tipo de vinculación, trazando además líneas que conecten las personas que se conocen e intercambian marcando con líneas diferentes las diferentes calidades de intercambio, mostrará un panorama útil del ambiente humano del conflicto en cuestión.

La utilización de la Investigación Acción Participativa aporta a la red la posibilidad de relacionarse con quienes se colabora desde el rol técnico para impulsar la postura del investigador como planificador y para colocar en su lugar, con tareas y beneficios equivalentes, al participante. La investigación comenzaría, entonces, al iniciarse el diálogo participativo en la organización de las redes sociales y las tareas que desempeñan a lo largo de la intervención.

Si bien este modelo de intervención plantea la necesidad de ver a los sujetos dentro de su contexto más complejo que sólo su familia nuclear y poner en consideración factores sociales que influyen en el padecimiento, no centra sus esfuerzos en encontrar el problema raíz que desencadena problemas de la alimentación, sino se centra en paliar necesidades materiales por medio de las redes de apoyo relacionadas con la vulnerabilidad. El modelo en red podría ser una metodología que dé resultados en contextos de organización comunitaria o proceso de exclusión y pobreza, pero no en situaciones donde el problema tenga como origen un detonante personal como son trastornos de la alimentación derivados en trastornos dismórficos corporales.

#### Intervención cognitivo-conductual

Este modelo es el más implementado y con mayor eficacia empírica en trastornos de la imagen corporal. Se fundamenta en la teoría psicológica conductual con diferentes técnicas: grupos de apoyo, exposición al espejo y terapia individual. La finalidad del modelo cognitivo conductual es cambiar de forma gradual los sentimiento y emociones que surgen de la insatisfacción de regiones corporales. La exposición al espejo en personas con TCA (Trastornos de la conducta alimentaria) estimula a la identificación y confrontación de estas emociones negativas para integrar nuevas de forma positiva (Kirszman y Salgueiro, 2015).

Existen también programas centrados sólo en procesos cognitivos superficiales como pensamientos para regiones específicas del cuerpo que desagradan o en procesos cognitivos más profundos además de la apariencia física como la autoestima, de necesidad de agradar a las personas que la (o) rodean y la autoestima.



Se suelen incluir la exposición a situaciones evitadas relacionadas con la apariencia física, se emplean acciones en búsqueda de confirmación y realización de actividades placenteras donde intervenga y exponga al cuerpo (Mora y Raich, 2004).

### Intervención con realidad virtual

La intervención con realidad virtual usa como herramienta la tecnología informática para generar una visión tridimensional para crear un esquema de inmersión e interactuar en tiempo real con diferentes escenarios (Kirszman y Salgueiro, 2015). Se ha implementado con pacientes con TCA en sesiones donde pueden manipular las dimensiones de su cuerpo y así internalizar las valorizaciones sobre el cuerpo para crear nuevas de forma positiva. Busca hacer consciente que la percepción que se tiene del cuerpo es distinta de como en verdad luce (Mora y Raich, 2004).

De acuerdo a Perpiñá, Botella y Baños (2000) que han desarrollado este esquema, el programa mejora en un tiempo aproximado de 6 meses las alteraciones de la IC, pero también las psicopatologías generales y alimentarias.

### **Conclusiones**

La imagen corporal ha planteado la idea de la representación mental del cuerpo, en un principio para entender la disociación entre la forma real del cuerpo y la formación cognitiva de la percepción corporal. Con el paso del tiempo, los estudios sobre la imagen corporal han cuestionado la forma en que factores sociales y culturales en la historia de vida influyen para tener sentimientos de agrado o desagrado hacia el propio cuerpo y las repercusiones para el desarrollo de trastornos como la dismorfia corporal o trastornos obsesivos compulsivos. Comprender los elementos que constituyen la imagen corporal y la forma en que se construye, permite vislumbrar las pautas para la mejor atención, tratamiento y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

## **Capítulo 3.**

### **Itinerarios corporales como propuesta metodológica para el estudio de las prácticas corporales**

Los estudios del cuerpo como objeto y sujeto de estudio han abierto la puerta a pensar conceptos como herramientas para su estudio y comprensión de la corporeidad en diversos contextos y desde diversos horizontes: la medicina, la filosofía, el arte, la antropología, la sociología.

En este capítulo se desarrolla el concepto “itinerarios corporales” introducido por Mari Luz Esteban, doctora en Antropología quien ha desarrollado investigaciones desde la antropología de las emociones, antropología feminista, antropología médica y del cuerpo para abordar temas de sexualidad, reproducción, género y cuerpo. Los itinerarios corporales, articulados con la carrera del paciente desde la antropología médica con metodología cualitativa posibilita la recuperación de la experiencia de las prácticas corporales que las mujeres llevan a cabo antes, durante y después de los trastornos de la conducta alimentaria teniendo como punto de partida y término el cuerpo.

Al final, se describe la metodología que se siguió en la investigación, su aplicación y alcances.

#### **3.1. La investigación cualitativa y los itinerarios corporales.**

Comprender los significados, representaciones y acciones que las mujeres otorgan a sus cuerpos en un proceso de enfermedad como lo son los trastornos de la conducta alimentaria, hace necesario tener herramientas y líneas que acerquen el mundo experiencial con propuestas de acción para su atención.

Estudiar al cuerpo representa un reto y con ello la forma de abordarlo para su descripción y análisis. Las investigaciones que han afrontado las temáticas corporales han sido desde múltiples planos: la filosofía, la antropología, la medicina, la sociología, el arte y todas ellas desde sus propios paradigmas.

José Luis Vera (2011) considera la necesidad de construir paradigmas para estudiar los temas corporales desde una perspectiva que incluya los deseos, motivaciones, sensaciones y emociones que se plasman en un cuerpo que no sólo forma, sino que también conforma a una persona, no sólo como ente biológico sino permeado de significados y significaciones, que nos ayude a entender el cuerpo propio y el de la alteridad, es decir un enfoque experiencial del cuerpo<sup>6</sup>.

Retomando la propuesta del autor, en esta investigación se realizó un estudio cualitativo que diera cuenta de la construcción corporal y las prácticas corporales de mujeres para conseguir un tipo de cuerpo ideal, las repercusiones médicas que les trajo consigo y sus motivaciones. La investigación cualitativa tiene como finalidad analizar los discursos de actores sociales a partir de un diálogo dirigido por un especialista a través de instrumentos que buscan profundizar en el problema de investigación, el investigador social tiene el papel de descifrar los símbolos, analizar y describir las representaciones y prácticas sociales sobre un tema en específico (Barragán, 2011). Con la recolección de datos cualitativos se busca recabar las emociones, experiencias y significados por medio del lenguaje escrito, verbal o no verbal a través de técnicas como la entrevista abierta, discusión de grupo, observación, historias de vida, revisión de documentos, evaluación de experiencias personales e interacción con grupos (Hernández *et. al*, 2006).

La investigación cualitativa interpreta todos estos sucesos basados en experiencias y de cualquier elemento que pueda ayudar a entender mejor la situación estudiada. Las investigaciones que privilegian el paradigma cuantitativo buscan estructurar tanto las preguntas como las respuestas que simplificar el proceso cuantitativo de los datos. Para comprender los supuestos que la sustentan ambos paradigmas de investigación, Plummer (1983) realiza la siguiente contrastación:

---

<sup>6</sup> Vera expone cuatro paradigmas que desde la Antropología se ha estudiado el cuerpo: paradigma anatomofuncional, paradigma dimensioproporcional, paradigma biomecánico y paradigma morfogenético, agregando la propuesta de un enfoque experiencial.

<b>PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>Cualitativo/interpretativo</b>	<b>Cuantitativo/positivista</b>
<b>Focos de estudio</b>	Únicos, idiográficos Lo interior, subjetivo Centrados en lo humano Significado, sentimiento	Generales y homotéticos Lo exterior, objetivo Centrados en la estructura Cosas, sucesos
<b>Epistemología</b>	Fenomenología Relativista Perspectivista	Realista Absolutista esencialista Lógico positivista
<b>Tarea</b>	Interpretar, comprender Describir, observar	Explicación causal Medir
<b>Estilo</b>	Imaginativo Válido, real, rico	Sistemático Fiable, replicable
<b>Teoría</b>	Inductiva, concreta	Deductiva y abstracta
<b>Valores</b>	Comprometida ética	Neutral ética

Fuente: modificado de Plummer, 1983.

Para tal fin, en este trabajo se utilizó la entrevista en profundidad<sup>7</sup> guiada bajo la propuesta de *itinerarios corporales* de Mari Luz Esteban (2013) definidos como:

“...procesos vitales individuales pero que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. El cuerpo es así entendido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales. Itinerarios que deben abarcar un período de tiempo lo

<sup>7</sup> De acuerdo a Tylor y Bogdan, “la entrevista en profundidad busca la comprensión de las perspectivas que tiene los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (1994, pp. 100).

suficientemente amplio para que pueda observarse la diversidad de vivencias y contextos, así como evidenciar los cambios” (2013, p.58).

Por lo tanto, la guía de entrevista elaborada tuvo como eje central lo corporal profundizando en los sentimientos, esquemas, prácticas y vivencias desde los significados y representaciones de las participantes en constante relación con su entorno social y cultural. A través de los itinerarios se busca reconstruir una historia personal a largo plazo inmersa en un contexto social que lo permea, pero también a través de cómo se vive el género que se encarna a través del cuerpo: en la forma de sentir, de adornarse, de hablar, moverse, etc. (Esteban, 2008) y que se modifican al paso del tiempo externo (momento histórico) e interno (la historia de vida).

Desde esta postura, la autora concibe al género como el “ser o sentirse hombre o mujer”, es la forma de vivir corpóreamente el género encarnado dentro de los ejes social e histórico, es un proceso que rompe con esquemas deterministas sobre la construcción de las distintas dimensiones del género (Esteban, 2008).

El propósito de los itinerarios corporales es mostrar vidas y los cuerpos en movimiento que en ellas se construyen y transforman en el marco de las ideologías y las prácticas corporales. Para la autora, reconstruir las narraciones brinda a los sujetos de una “reflexión corporal”, consciencia que guía las acciones permitiendo resistir y contestar a las estructuras sociales contribuyendo al propio empoderamiento (Esteban, 2008). Bajo esta postura, las actoras y actores sociales son tomados como agentes de su propia transformación, de los que se encuentran por algún motivo en situación de subordinación como ha sido el caso de las mujeres (Esteban, 2013). Permite profundizar en la subjetividad del individuo, ya que describe y se adentra en cuerpos concretos, singulares, individuales, pero siempre ubicados dentro de colectivos sociales y culturales que los representan y atraviesan el cuerpo.

En los estudios particulares se busca interpretar la existencia humana. En las narraciones, el sujeto construye y reconstruye su vida, elabora un esquema mental, se vuelve autor e intérprete de su propia historia a través de sus acciones, emociones y decisiones. La narración se convierte así, en un mundo de

significaciones que dan sentido a al mundo que construye a la persona y lo dotan de significación. Estos estudios reconocen la singularidad de lo individual en un espacio donde la historia y la cultura construyen a la persona (Serrano, 1997). Es una estrategia de conocimiento que busca conjugar lo individual con lo social y cultural en un espacio para deslindarse de lo dualista, de lo cartesiano, de lo subjetivo-objetivo donde el sujeto es la voz principal que construye su realidad.

Para esta propuesta metodológica, la autora propone tres requisitos: “dar toda la relevancia teórica y etnográfica a lo corporal como lenguaje de lo social, a lo individual como representante de lo colectivo, y a lo híbrido como condición de un mundo que puede ser des-generizado y transformado” (Esteban,2008, p. 154).

Hablar de “itinerarios” se retoma una parte de la antropología médica con conceptos relacionados en el área de atención médica o procesos asistenciales como el caso de “itinerario terapéutico” (Mallart, 1984), *sickness process* (Twaddle, 1980), *help-seeking process* (Chrisman, 1977) o “carrera moral del paciente” (Goffman, 1968).

De estos conceptos, se hace referencia en este trabajo el de “carrera del enfermo” o “carrera del paciente” que desde la antropología médica se ha utilizado para reconstruir la trayectoria de atención y prácticas que las personas realizan ante una enfermedad o padecimiento (Menéndez, 2003). Desde la carrera del paciente se pueden identificar las formas que usa cada grupo social para atender el padecimiento que irrumpe en su salud con base en los significados que éste le otorga durante un tiempo en específico, las prácticas que llevó a cabo y la forma de abordar la enfermedad. Durante la reconstrucción de la carrera del enfermo, para este trabajo, se busca identificar a los profesionales que participaron en el proceso de atención de las participantes entrevistadas a fin de determinar su relevancia en la recuperación de las mujeres con TCA. Las áreas son: medicina, nutrición, enfermería y trabajo social.

Pensar en la antropología médica como horizonte para entender los padecimientos de los trastornos de la conducta alimentaria posibilita conocer las “diferentes formas de atención a la enfermedad que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como

variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación” (Menéndez, 2003, p.186).

El proceso salud-enfermedad-atención (s-e-a) es un proceso universal en todos los grupos sociales con características propias pero que se compone de la construcción y entendimiento de enfermedades, padecimientos, formas de atenderlos y de restablecimiento de la salud.

Los trastornos alimentarios como padecimiento y su atención generan representaciones y prácticas que moldean un saber para convivir, solucionar y de ser posible, erradicarlos (Menéndez, 1994). Por ello, la recuperación de la experiencia sobre el padecer de un trastorno de la conducta alimentaria desde la experiencia vivida corporal es vital para comprender cómo, cuándo, por qué y qué significados se encuentran alrededor de estos padecimientos para poder realizar una intervención oportuna.

El proceso de construcción de la memoria se articula en la triada verbo, memoria y escritura. Es la metáfora<sup>8</sup> el recurso que ayuda a la recuperación y explicación coloquial de memoria que se compone en un espacio, el tiempo en el interior y en el exterior que le permite al sujeto la construcción de la subjetividad (López, 2012). La forma de recordar con el cuerpo se realiza con la ayuda de imágenes corporales, con hechos del pasado que se imprimen en el cuerpo, el proceso incluye redes nuevas con una memoria no sólo cognitiva, sino corporal en la que los órganos y las emociones responden a la sobrevivencia de una amenaza, se manifiestan en alergias, quistes, tumores o enfermedades crónico-degenerativas que deterioran la salud de los individuos. En esta memoria corporal se crea un microcosmos que se expresan como síntomas que se vincula al mismo tiempo con la memoria social y familiar (López, 2012).

El recuerdo de la experiencia permite al sujeto la reconstrucción de emociones pasadas plasmadas en el presente. Como lo explica Turner “las emociones de las experiencias pasadas colorean las imágenes y contornos

---

<sup>8</sup> De acuerdo a Nisbet, “la metáfora es una forma de avanzar de lo conocido a lo desconocido. Es una forma de conocimiento en la que características de identificación de una cosa se transfieren, en un destello intuitivo, instantáneo y casi inconsciente, a otra como que, por su lejanía o complejidad, nos es desconocida.” ( 1969, p. 4)

revividos por la sacudida presente” (2002, p. 92), es el momento donde una “mera experiencia” se convierte en “una experiencia” al encontrar el significado de aquello que provocó un episodio desconcertante originado por dolor o placer.

Las emociones que emergen de momentos críticos<sup>9</sup> que rompen la continuidad de la vida cotidiana no tienen que ser necesariamente reales o míticos, la riqueza de la experiencia vivida se relaciona con la resignificación que la persona le otorga en la subjetividad y la relaciona con una experiencia nueva (Turner, 2002).

A través de la entrevista para reconstruir itinerarios corporales, se busca que la vivencia de un momento de crisis se concrete en el habla, con la reflexión. Recuperar los episodios que irrumpen en la vida cotidiana posibilita visibilizar los aspectos sociales que normalmente se encuentran tras las costumbres. El estudio de las alteraciones de lo normal y regular ofrecen una mayor comprensión de lo normal (Turner, 2002). En los casos de los TCA, se modifica la condición de salud de las mujeres que irrumpen en el cumplimiento de su rol femenino en los diferentes escenarios de su vida. Las mujeres con estos padecimientos rompen con su trayectoria de vida y con la de la gente que los rodea como la familia, amigos y/o pareja.

Estas características la diferencian de entrevistas que tienen como finalidad construir una historia de vida, pues no se busca la reconstrucción fiel biográfica de una persona, sino las representaciones que el propio individuo construye de su realidad. La entrevista se puede entender, así como la herramienta primordial que abra el camino a la comprensión de significados, a las características históricas y sociales, para cimentar la relación de interrogantes y así, construir el proceso de intervención (Carballeda, 2018).

---

<sup>9</sup> Víctor Turner desarrolla el término “drama social” para comprender las “fases inarmónicas” de los procesos sociales que surgen en momentos de crisis o conflictos. Las fases de los dramas sociales son: la brecha, la crisis, la acción reparadora y la reintegración. El drama social hace posible el estudio de procesos que responden a una estructura metafórica que los actores sociales tienen en la mente.



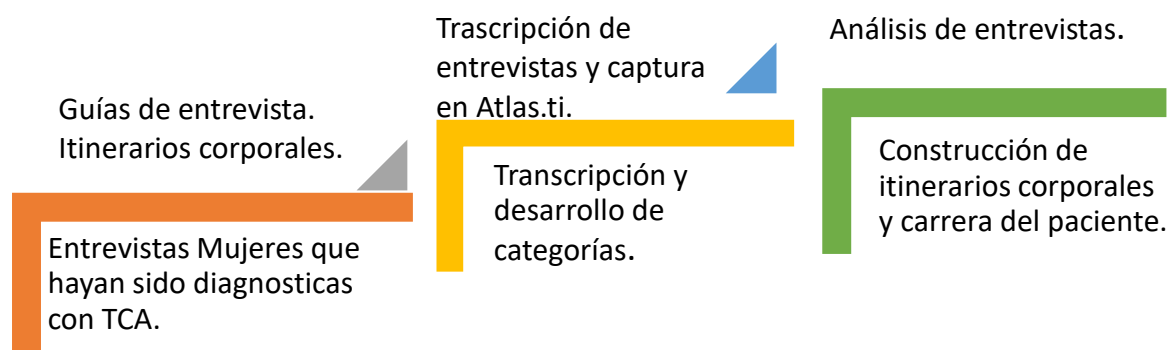
### **3.2. Proceso metodológico.**

En este acercamiento a los TCA, se realizaron tres entrevistas a mujeres mayores de edad que en algún momento de su vida padecieron algún trastorno de la conducta alimentaria para reconstruir la carrera del paciente bajo la mirada de los itinerarios corporales. Las entrevistas se enfocaron en las emociones, significados y prácticas que realizaron desde antes de ser diagnosticadas con el trastorno de la conducta alimentaria con las primeras conductas de riesgo, el proceso de la enfermedad y el momento en que recuperaron su salud y la resignificación posterior de su cuerpo y su proyección al futuro.

Al contar su historia, se reconstruyó no sólo lo que vivieron en relación al trastorno de la conducta alimentaria, también sobre sus emociones, la relación con su cuerpo, sus lazos familiares y la resignificación de su cuerpo. Su disposición a platicar sobre estos temas facilitó la entrevista y la forma en que se accedió a la información. En los tres casos, las mujeres encontraron (de acuerdo a sus palabras) una forma de hacer que “le sirva a alguien” para que los trastornos de la conducta alimentaria no sucedan a otras mujeres que se sienten insatisfechas con su cuerpo.

El contacto con estas mujeres fue gracias al apoyo de compañeras del Centro de Estudios de Género de la Escuela Nacional de Trabajo Social y de la Maestría en Trabajo Social quienes por medio de sus redes tuvieron contacto con ellas. Este suceso fue relevante pues la cercanía con mujeres con TCA es mucho más frecuente y cercana de lo normalmente creemos, pero del que poco se habla.

**Figura 3. Proceso metodológico de la investigación.**



Fuente: elaboración propia.

Las entrevistas se realizaron en lugares públicos como cafeterías y centros comerciales bajo una guía de entrevista (ver anexo) con el objetivo de construir sus itinerarios corporales y la carrera del paciente. Tuvieron una duración promedio de una hora, fueron grabadas y después transcritas para su posterior análisis cualitativo derivado de la sistematización de la información en el programa Atlas.ti (ver figura 3). Las categorías y subcategorías de análisis que se obtuvieron de las entrevistas a las participantes fueron las siguientes:

Categorías de análisis	Subcategorías
<p><b>Cuerpo:</b> “Moldeado por el contexto social y cultural en el que se sumerge el actor, es ese vector semántico por medio del cual se construye la evidencia de la relación con el mundo. Del cuerpo nacen y se propagan las significaciones que constituyen la existencia individual y colectiva” (Le Breton, 2002, p. 7)</p>	<p>Tipo de relación con su cuerpo.</p> <hr/> <p>Emociones hacia el cuerpo.</p> <hr/> <p>Proyección al futuro de su cuerpo.</p> <hr/> <p>Imagen corporal.</p>
<p><b>Prácticas corporales:</b> “Usos intencionales, individuales y colectivos del cuerpo (amputaciones, mutilaciones, modificaciones, transformaciones, maquillaje -cosmético y ritual-, tatuajes, perforaciones, intervenciones quirúrgicas, tortura, guerras, violencia y muerte), prácticas y disciplinas corporales que se superponen a sus imágenes, aquellas que ofrecen variaciones físicas de lo humano (peso, color de piel, órganos sexuales, color de cabello y ojos)” (Muñiz, 2011, p. 23)</p>	<p>Con fines estéticos.</p> <hr/> <p>Alimenticias.</p>
<p><b>Itinerarios corporales:</b> "Procesos vitales individuales pero que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. El cuerpo es... el lugar de la vivencia. Itinerarios que deben abarcar un período de tiempo lo suficientemente amplio para que pueda observarse la diversidad de vivencias y contextos, así como evidenciar los cambios” (Esteban, 2013, p.58).</p>	<p>Trayectoria de atención.</p> <p>Profesionales que participaron en la atención del trastorno.</p> <hr/> <p>Tipos de tratamiento.</p> <p>Efectividad del/los tratamientos.</p> <p>Redes sociales y familiares durante y después del tratamiento.</p>
<p><b>Trastorno de la conducta alimentaria:</b> "conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad. Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura o ritmo de vida (Secretaría de Salud, 2004, p. 10).</p>	<p>Motivos.</p> <hr/> <p>Inicio.</p> <hr/> <p>Desarrollo.</p> <hr/> <p>Alta.</p>

La construcción de los itinerarios corporales dentro de los trastornos de la conducta alimentaria y la carrera del paciente fueron herramientas para comprender las prácticas que las mujeres realizaron para poder moldear su cuerpo y alcanzar un estereotipo de belleza. A lo largo de las entrevistas surgieron los motivos, los sentimientos y las representaciones sobre su cuerpo y el cuerpo que los demás les demandaron que necesitaban tener. En la práctica de intervención, la o el trabajador social tendría que realizar el mismo ejercicio de reconstrucción periódicamente durante el proceso de intervención a fin de encontrar modificaciones, avances o retrocesos en el tratamiento del padecimiento como parte de un proceso de atención multidisciplinario a la par de otras disciplinas: medicina, nutrición, enfermería, psiquiatría, psicología.

Estas herramientas enriquecerían el diagnóstico realizado por Trabajo Social pensado como puente entre la historia de vida de las mujeres con TCA y los profesionales de la salud.

## **Conclusiones**

La investigación cualitativa para abordar fenómenos de la realidad social brinda la posibilidad de dar voz a las personas que viven directamente una problemática. Esta perspectiva a diferencia de la visión cuantitativa se enfoca en la particularidad de la experiencia vivida, de las emociones, representaciones e imaginarios construidos social y culturalmente y que guían las prácticas en la vida cotidiana. Los itinerarios corporales permiten al investigador/investigadora adentrarse a este universo de significaciones, particularmente en los TCA enmarcados en los valores otorgados al cuerpo. Incorporar al quehacer del trabajo social conceptos metodológicos que puedan aproximarse a la diversidad de formas de vivir el cuerpo y sus problemas, ayuda a facilitar los procesos de diagnóstico e intervención de distintos problemas.

## **Capítulo 4.**

### **Construcción de itinerarios corporales, prácticas corporales y trayectoria de atención de los TCA**

Los itinerarios corporales que se presentan en este capítulo son la reconstrucción de las narrativas de tres mujeres que han atravesado por un proceso de padecer y tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Con la recuperación de las prácticas corporales y la trayectoria de atención de los TCA, se busca dar voz a la experiencia corporal de las mujeres quienes, con el objetivo de conseguir una apariencia física estereotipada, llevaron a cabo técnicas corporales que dañaron o alteraron su salud.

A partir del análisis de las entrevistas se busca recabar las prácticas corporales de las mujeres en un contexto social y en momento de su vida específico que les permitió resignificar y valorar su cuerpo después de ese momento de crisis. El camino para tejer la historia de cada una de las mujeres se centra en la experiencia corporal como expresión individual y representante de un referente colectivo, constructora de su propia realidad y de la forma en que vive su identidad de género. El género entendido como las prácticas que muestran lo que “somos” y moldean las ideas fijadas de lo masculino y femenino (Esteban, 2008). A lo largo de sus historias, se hablará de la relación con su cuerpo, la trayectoria de atención del TCA, sus emociones, redes familiares y la proyección de su cuerpo en el futuro. Las mujeres entrevistadas son mayores de 18 años que viven o vivieron en algún momento de su vida con algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA):

**Cuadro 2. Características de las participantes de la investigación<sup>10</sup>.**

<b>Participante 1 Lucía</b>	<b>Participante 2 Martha</b>	<b>Participante 3 Alicia</b>
Edad: 24 años. Escolaridad: licenciatura en pedagogía. Radica en Ciudad de México. Diagnóstico: Anorexia Nerviosa (AN).	Edad: 37 años. Escolaridad: licenciatura en diseño gráfico. Radica en Cuernavaca, Morelos. Diagnóstico: Bulimia Nerviosa (BN).	Edad: 21 años. Escolaridad: licenciatura trunca en veterinaria. Radica en Ciudad de México. Diagnóstico: posible Trastorno de la Conducta Alimentaria (TANE).

Fuente: elaboración propia.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis. Las historias de Lucía, Martha y Alicia son un ejemplo de la realidad a la que cientos de mujeres de enfrentan día con día como resultado de su insatisfacción corporal y la imagen de su cuerpo.

#### **4.1. La relación con el cuerpo en los trastornos de la conducta alimentaria**

A lo largo del transcurso de los TCA, la relación que las mujeres tuvieron con su cuerpo fue variante. En un principio, antes de la aparición de los trastornos, las tres participantes mencionaron haber tenido una relación negativa con tu cuerpo. Como Lucía, que consideraba a su cuerpo como gordo y en desagrado con su apariencia. Para ella, la preocupación por su cuerpo empezó al recibir comentarios sobre su peso por parte de un amigo de la escuela que la consideraba “gorda”, algo que anteriormente no había sido preocupación para ella: “yo no era una niña superficial,

---

<sup>10</sup> Los nombres de las participantes fueron cambiados para garantizar el anonimato de las mujeres entrevistadas.

nunca era así... No buscaba el cuerpo súper en forma, yo buscaba no estar gorda. O sea, era nada más..." (Lucía, 24 años). Fue en ese momento, cuando cursaba el tercer año de secundaria, que consideró que era momento de hacer algo para tener un cuerpo delgado y continuó así durante el desarrollo del trastorno, hasta que, en la preparatoria, mientras tomaba el tratamiento para salir de la anorexia, fue que consiguió comer más. Después de su recuperación, decidió aceptar su cuerpo como era, a amarlo y valorarlo, pues reconoció que había causado un daño a su cuerpo y su salud: "Fui una egoísta con mis papás, con mi familia, soy sincera, y conmigo misma, con mi cuerpo. Vaya, con mi cuerpo porque, ¿qué culpa tenía?" (Lucía, 24 años).

Para Martha, su historia fue distinta. El rechazo a su cuerpo inició desde los 13 años cuando lo único que ella buscaba era lograr evitar las miradas de aquellos hombres que la consideraban "bonita". El recibir comentarios sobre su cuerpo y apariencia, sólo lograban hacerla sentir incómoda y con sentimientos de rechazo hacia él, buscando "desaparecer": "quiero que nadie me vea. Quiero caber en un espacio chiquito y que nadie note que existo", "era como un rechazo a mí misma, a mi cuerpo" (Lucía, 24 años). Durante su padecimiento, la relación con su cuerpo dio un cambio cuando a los veinte años descubre que puede ser femenina con un cuerpo delgado y los beneficios que de él puede obtener: "me doy cuenta de que ¡no! de que la belleza es bonita, o sea estar arregladita. Ser femenina es padrísimo. Coqueto y bonito" (Lucía, 24 años). Esta idea de un cuerpo atractivo, delgado y femenino siguió y reforzó el miedo a engordar y perder esa figura, agudizando las prácticas alimenticias que desencadenaron el TCA.

Para Alicia entrevistada, su cuerpo nunca ha sido una preocupación en sí. Al pedir que reconozca cualidades y lo que más le gusta de él, le es difícil. Sin embargo, reconoce que su peso le preocupa cuando nota que empieza a comer más de lo normal o al tener atracones: "comía un buen, entonces empecé a subir de peso y yo ya no me sentía bien porque yo comía mucho..." (Alicia, 21 años). Actualmente, no ha tenido un diagnóstico médico de TCA, pero identifica que los momentos de atracones y largos periodos sin comer no son normales, están

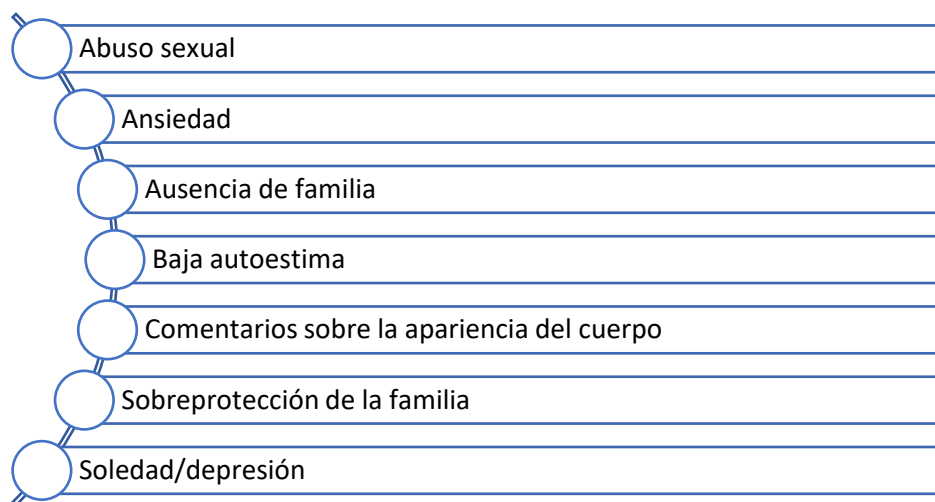




dos elementos fueron cruciales para comenzar a notar aspectos de su cuerpo que antes no había percibido y ahora le causaba desagrado. El primer comentario, lo recibió de un joven de su escuela, quien le dijo por primera vez que se veía gorda. A partir de ese momento, con 14 años, decidió dejar comer para estar delgada: “estaba yo acostada, estaba viendo la tele y dije: Ya, ya no tienes que comer, ya estás gorda.” (Lucía, 24 años).

La ausencia de la familia se debió por la enfermedad de su abuelo que lo obligó a estar hospitalizado. Sus padres y hermano pasaban la mayor parte del día en el hospital, acontecimiento que rompió con la cotidianidad de la familia, ya que eran muy unidos y pasaban gran parte del tiempo juntos, pero en especial con su madre era cercana y su hermana mayor no vivía en la misma casa, pues ya había dejado el núcleo familiar al casarse. Así empezó un periodo de 6 meses de nula o poca ingesta de alimentos sin que nadie se diera cuenta si comía o no durante el día: “realmente mi mamá nunca me preguntaba si comí o no comí. Nunca se dio cuenta, nunca... no sé por qué, bueno, yo creo que, porque venía cansada del hospital...” (Lucía, 24 años). Este cambio de dinámica incentivó un sentimiento de soledad, baja autoestima y las condiciones para que aún sin comer, nadie en su casa notara su baja de peso y su poca ingesta de comida: “yo me sentía sola; me sentía con una autoestima baja, y cuando llegan y me dicen: Te ves gorda, cuando no lo estaba...” (Lucía, 24 años).

**Figura 5. Motivos de aparición de TCA.**



Fuente: elaboración propia. Entrevistas, 2019.

Para Martha, el detonador principal fue un abuso sexual que vivió de los siete a los nueve años por parte de una familiar cercano. Posterior a este suceso, el sentimiento de rechazo a su cuerpo respondía a no querer llamar la atención de los hombres, fueran integrantes de la familia o no, sobre su aspecto físico. La intención de tener un cuerpo delgado era “ser invisible”: “en general los hombres, me decían “estás bien buena”, “estás sabrosa” y eso a mí me chocaba”. “Yo decía: mejor una flaca a la que no le digan nada más, que sea una tabla y así que no la pelen” (Martha, 37 años). De acuerdo a especialistas, el abuso sexual infantil tiene una alta relación con la aparición de TCA, pues los sentimientos de vergüenza, sensación de minusvalía hacia la apariencia corporal y la baja autoestima son detonantes para desarrollar conductas alimentarias de riesgo (uso de laxantes, ayunos prolongados, vómitos autoprovocados, dietas restrictivas), las cuales son prácticas previas a los TCA, de hecho, el riesgo de presentar un TCA se incrementa tres veces cuando se ha tenido un abuso sexual infantil, siendo la bulimia la más relacionada, con un incremento del 50% de probabilidad de tener síntomas purgativos (Unikel, et.al., 2011).

Aunado a este sentimiento, existía un control de su madre sobre la apariencia de su cuerpo durante su desarrollo, con especial atención en su peso: “[mi mamá me decía] gorda, estás gorda, vamos a cuidar tu cuerpo” (Martha, 37 años). Había un control sobre lo que comía y las cantidades de sus porciones. Esta presión, la llevó a sentir ansiedad, una imagen corporal negativa y baja autoestima, que lo trasladaba a otras esferas de su vida: “sentía que era muy mala porque todo el tiempo me estaban descalificando. Para mi familia yo era la pendeja, la tonta.” (Martha, 37 años).

El caso de Alicia, los detonantes fueron la ansiedad y la depresión. Es una mujer joven que se encuentra en proceso de poder estudiar lo que ella desea, cuenta con lazos fuertes con su madre y hermano mayor, pero que, durante periodos de crisis como pérdidas de personas cercanas o cambios en su vida, provocan episodios de ansiedad que tranquiliza con grandes cantidades de comida o en su defecto, largos periodos de no ingerir alimento: “murió mi tío, y el día del funeral según yo me iba a levantar... pero todo ese día estuve comiendo, comiendo

y comiendo digamos lloré un poquito pero estuve comiendo galletas porque habían comprado un buen de pan y un buen de galletas” (Alicia, 21 años).

La depresión ha sido también un estado anímico recurrente a lo largo de su vida y en la de su familia. Identifica diferentes momentos como la partida de casa de su padre, la ruptura con novios, interrumpir sus estudios o el cambio de residencia de su hermano como episodios depresivos o de inestabilidad emocional que la hicieron sentir de nuevo ansiedad: “pero igual luego pasan como cosas así en mi vida que me volvieron a dar como depresiones y volví a tener esos atracones” (entrevistas, 2019).

#### **4.3. Inicio de los trastornos de la conducta alimentaria.**

Conseguir un cuerpo delgado requiere realizar acciones para conseguirlo que comienzan por algo muy sencillo y con el paso del tiempo y el desarrollo de los TCA se complejizan y perfeccionan.

En sus inicios, Lucía cuenta que la mejor forma de dejar de comer fue con el autoconvencimiento, repetirse constantemente que para dejar de estar gorda, lo que tenía que hacer era no comer aunque le diera hambre. Poco a poco se convenció de que era el único camino para conseguir de forma más fácil y rápida su objetivo: “era como que una plática interna conmigo... no tienes que comer, eh, no sé, puedes distraerte viendo la tele, leyendo...”, “yo solita me fui alimentado, [con ideas]... no necesitas la comida, puedes estar bien sin comer” (Lucía, 24 años). De ahí, el siguiente paso fue dejar de consumir alimento.

Para Martha, el proceso fue más gradual. La presión de su madre por controlar su peso hizo que consumiera algunos productos milagro como los tés para adelgazar, pero que poco efecto tuvieron para bajar de peso. El siguiente paso, fue recurrir a las dietas que aprendió viendo de su madrina que también realizaba regímenes de alimentación y con información de revistas de moda. Poco a poco aprendió las propiedades de los alimentos y su función en el cuerpo, con esta información conseguía construir sus propias dietas desde que tenía 13 años: “Ahora escuchemos a mi madrina con sus dietas, tal vez alguna de estas va a entrar, ¿no?”

Mi mamá por ejemplo me compró té chinos para adelgazar, que me daban una diarrea impresionante.” (Martha, 37 años).

Al no conseguir los resultados que ella buscaba su último recurso, fue vomitar: “Empecé con las dietas a comprar revistas como Cosmopolitan que vienen las dietas...ahí empezaba a ver: ¡ah! esta fruta que quita esto, con este jugo puedo bajarle...Hasta que vi que no bajaba de peso. Me dije: no, tengo que vomitar.” (Martha, 37 años).

**Figura 6. Factores que dieron inicio a los TCA.**



Fuente: elaboración propia. Entrevistas 2019.

Para Alicia, los primeros indicios de ansiedad fueron desde los 10 años de edad cuando recuerda que tuvo dermatitis en las piernas a consecuencias del estrés, aunque no recuerda el motivo. Después a los 13 años comenzaron los atracones alternados con periodos largos sin comer: “de repente me daba como el no comer y me sentía normal y de repente si comía un buen.” (Alicia, 21 años). Los periodos de ayuno se prolongaron por más tiempo hasta llegar a comer sólo una vez en la semana, pero con episodios de atracones.

#### **4.4. Desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.**

La evolución de los TCA nunca es igual en cada persona, aunque comparten algunos elementos. Para las tres participantes, existen emociones que detonaron la insatisfacción con su cuerpo como la depresión, la ansiedad o el miedo a engordar y en este proceso, conocieron las alternativas para poder bajar de peso, encontraron las técnicas más convenientes para dejar de comer, vomitar o comer en exceso, para no causar alarma entre la gente que las rodeaba y por consecuencia, tuvieron un mayor conocimiento de su cuerpo.

El caso de Lucía es abrupto. De un día a otro tomó la decisión de dejar de comer para bajar de peso, no realizó ninguna otra práctica para lograrlo, aunque hubo días que tuvo sensación de hambre, hasta llegar a los 35 kilogramos en un periodo de 6 meses: “al principio sí yo decía: es que tengo hambre, tenía como esta ansiedad, quiero comer. Pero decía, no, es que estás gorda, espérate, no comas. Y ya después ya no tenía hambre” (Lucía, 24 años).

Lo que esperaba, era disminuir el tamaño de sus mejillas, de su abdomen y de sus brazos, no buscaba tener un cuerpo en forma, por lo que no practicaba ningún deporte ni hacía ejercicio: “Sólo quería bajar de peso. Quería que los cachetes se me bajaran... el abdomen, yo decía: no, es que sí estás gorda. Y también de los brazos” (Lucía, 24 años). Durante esos meses, afirma que no vomitó, realizó ejercicio excesivo, ni consumió productos para acelerar la disminución de peso.

Para Martha la evolución de la bulimia ha sido un camino largo. La primera vez que vomitó la recuerda muy bien porque fue dolorosa físicamente y llena de culpa y enojo después de tener un atracón: “La primera vez, lo recuerdo, fue un 6 de enero por que los Reyes Magos me trajeron chocolates. Y dije: ¡¿cómo se atreven?! Si me están diciendo que estoy gorda.... Recuerdo que me los acabé todos y dije: ¡No! ¿por qué te los acabaste? ¿Qué hacemos ahora? y fue la primera vez que vomité” (Martha, 37 años).

Con el paso del tiempo, aprendió consejos para vomitar mejor y los tipos de alimentos que eran más fáciles de devolver, aprendidos de películas y revistas. Así descubrió que licuar la comida era más fácil de regresar que los sólidos y que estimular la garganta con un objeto provocaba eficazmente el vómito: “lo veía en películas de anorexia y de bulimia y agarraba los tips... así empezaba a experimentar. Y también para no hacer ruido... Empecé a practicar y me di cuenta qué alimentos podía regresar y qué otros no. Entonces dije: creo que es más fácil si licúo mi comida porque así va a poder salir mejor” (Martha, 37 años).

Gradualmente la información de las dietas que aprendió en las revistas, los consejos de su madre y madrina, sumados al ensayo y error, le permitieron planear su dieta, conocer las propiedades de cada alimento y los efectos que tenían en su cuerpo. Qué ingredientes tienen más azúcar, más sal, más grasa, antes o después de qué horario es mejor consumirlos, etc. Estas prácticas conscientes ayudaron también a conocer su cuerpo, saber cuándo estaba hinchada, cuando ha subido de peso o cuándo era momento de consumir azúcares para levantar su energía: “Cuando me siento débil, trato de tomarme jugos de naranja y siempre voy a comer fruta... no después de cierta hora... por ejemplo después de las seis de la tarde, la fruta es veneno porque para el cuerpo es como si te hechas un dulce, ya no es nutritivo” (Martha, 37 años).

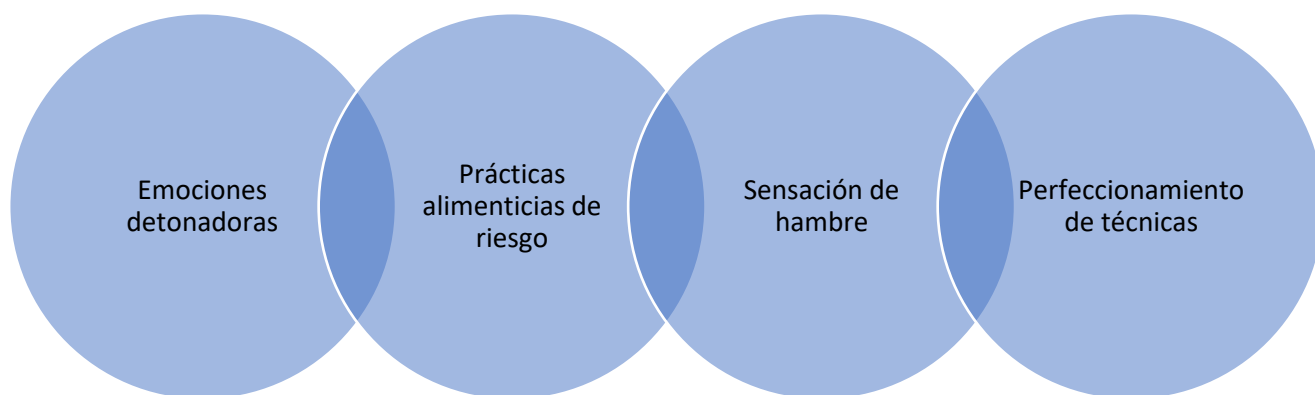
La obsesión por no ingerir alimentos que la hicieran subir de peso hizo que los vómitos fueran más frecuentes, al principio, cada tercer día, pero llegó un momento en que eran seis o nueve veces al día. Estaba excluido el uso de cremas y cosméticos porque el temor de que la grasa de esos productos pudiera entrar por la piel y hacerla engordar, era mayor. Con el paso de los años ha decidido superar ese miedo al ver que su piel tiene menos elasticidad y han aparecido las arrugas en su rostro por el paso natural de la edad y eso la hace ver menos bonita: “tampoco me ponía crema porque decía: la crema se me va a meter al cuerpo, se me va a ir la grasa al cuerpo”, “[ahora]... me hecho un buen de cremas para hidratar mi cara, pero no funciona. Mi piel, todo.” (Martha, 37 años).

El uso de laxantes fue otra práctica que se incluyó en su rutina de adelgazamiento, aunque no tuvieran el resultado que ella buscaba para bajar de

peso, pero le brindaba una sensación de expulsar todo lo que pudiera hacerla engordar: “[llegué a]... tomarme 20 laxantes en un solo día. No pasó nada, es frustrante totalmente. Quería una diarrea mortal que me sacara todo lo que tenía dentro” (Martha, 37 años).

Una práctica importante porque le brinda satisfacción y le ayuda a mantener su peso, es el ejercicio. Caminar largas distancias se convierte en una actividad compensatoria cuando tiene la percepción de aumento de peso o al sentir que ha ingerido más comida de la que debía. Al realizar ejercicio se limpia el sentimiento de culpa por la ingesta de alimentos que considera en exceso y devuelve al cuerpo la forma que a ella le gusta: “si comía como en exceso, tenía que hacer ejercicio. Me iba a caminar a la carretera y regresaba, hacía como unos 40 minutos caminando...”, “Cuando veo que ya estoy subiendo de peso, camino mucho. Me puedo poner a caminar como loca” “[me siento]...adolorida del cuerpo, pero bien del alma. Estoy adolorida el día siguiente” (Martha, 37 años).

**Figura 7. Desarrollo de los TCA.**



Fuente: elaboración propia. Entrevistas 2019.

Para Alicia, el trastorno de la conducta alimentaria no ha sido diagnosticado por un especialista, sin embargo, reconoce que los episodios de ansiedad le provocan comer en grandes cantidades y posteriormente tener periodos largos de

días sin comer o comer poco y esas reacciones no las observa en la gente la rodea. Una actividad que realiza constantemente es el baile, práctica que durante un periodo de depresión cuando dejó de estudiar, adoptó como espacio de desfogue, que exigía gran demanda a su cuerpo y le permitía no comer sin que nadie se diera cuenta de ello. Las clases eran extenuantes: “estaba en “Porrás” de Prepa 8 y aparte tomaba clases de ballet, jazz, danza aérea y algo de hip hop. Lunes y miércoles digamos que empezaba las clases diez y media a una y media y después de ahí me iba a entrar a porras de 3 a 5 y luego de 6 a 8” (Alicia, 21 años).

Durante el día no tenía sensación de hambre aún con la demanda física que le exigía las clases de baile y porras que tenía todo el día, todos los días de la semana y al llegar a casa lo único que quería hacer, era dormir, aunque sólo hubiera tenido una comida en el día: “llegaba a mi casa y era como: no tengo hambre, y ya me dormía. Recuerdo que, en ese momento, sólo desayunaba” (Alicia, 21 años). Al pasar ese periodo de depresión, disminuyeron los periodos de ayuno, pero aumentaron los momentos de ingesta de alimentos en exceso.

#### **4.5. Prácticas durante los trastornos de la conducta alimentaria.**

Las prácticas corporales en los trastornos de conducta alimentaria no son lineales ni estáticas, pero en la mayoría de los casos, las relacionadas con la alimentación son las primeras modificaciones en la vida cotidiana que las mujeres realizan para bajar de peso antes de consumir productos adelgazantes o realizar ejercicio.

Ese fue el caso de Lucía pues disminuir radicalmente su ingesta de alimentos fue su primera y única opción para reducir su peso. El día comenzaba con el desayuno que consistía en un té y una pieza de pan de dulce, que de acuerdo a lo que ella sabía, el azúcar que tenía el pan podía brindarle energía suficiente para cumplir con sus deberes en la escuela (en ese momento cursaba el último año de secundaria) sin que nadie se diera cuenta de que comía poco. En el transcurso del día no realizaba ninguna otra comida, al llegar a casa hacía su tarea y no volvía a salir, por lo que ella consideraba que no era necesario más alimentos para sus

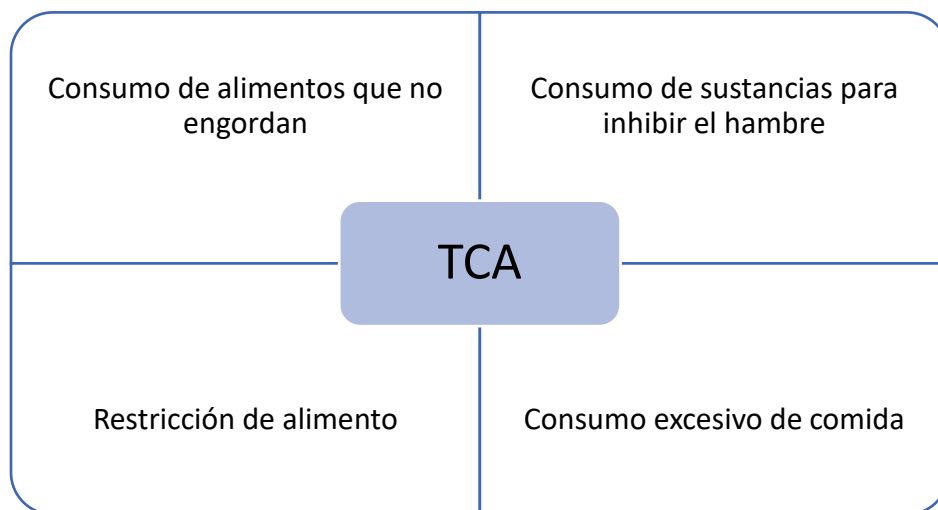


actividades: “desayunaba un té, con un pan de dulce. Porque en eso sí pensaba, se me va a bajar el azúcar, y me van a decir: es que no comes” (Lucía, 24 años).

En un principio, no lograba notar cambios en su cuerpo hasta que su ropa comenzó a verla más grande, tenía que doblar la falda del uniforme de la escuela para ajustarla a su cuerpo y que sus padres no se dieran cuenta de la baja de peso. La efectividad del dejar de comer le causó momentos de felicidad y satisfacción al ver de a poco los logros que ella perseguía: “dije: ¡Ah, sí está funcionando!” (Lucía, 24 años).

Esta práctica de alimentación no se detuvo hasta que su hermana mayor que no vivía en la misma casa pasó unos días con la familia y observó su delgadez y falta de alimentación, fue ella quien dio aviso a su madre sobre la situación de su hermana y comenzó el proceso para afrontar la anorexia. Para ese momento, ya había llegado a 35 kilogramos.

**Figura 8. Prácticas durante los trastornos de la conducta alimentaria**



Fuente: elaboración propia. Entrevistas 2019.

Las prácticas alimentarias de Martha han cambiado a lo largo del tiempo, pues después de 24 años de tener bulimia, ha tenido que adaptar sus dietas y formar nuevas estrategias para mantener el tipo de cuerpo que ella quiere aminorando las secuelas en su cuerpo.

Consume casi todo tipo de alimentos pero que tengan la menor cantidad de grasa y azúcares posibles. Nunca consume frutas después de las seis de la tarde porque para ese horario, han perdido sus nutrientes y sólo se convierten en glucosa que se almacena en el cuerpo. Puede vivir comiendo barras de surimi y cerveza, le gusta las verduras y el pollo, pero preferentemente en caldo o licuados por que le encanta su sabor, ya no los vomita porque sabe que su estómago y dientes ya no soportan regresar los alimentos, práctica que realizó desde los 13 años hasta los 35. Los primeros años del padecimiento, su rutina era llevar dietas y aparentar ante su familia que comía “saludablemente” aunque después lo vomitara. Alrededor de los veintidós años, su contacto con más mujeres diagnosticadas con bulimia y anorexia dentro el psiquiátrico Ramón de la Fuente Muñiz, le amplió el panorama sobre las alternativas que tenía para dejar de comer y adelgazar sin vomitar tantas veces en el día, ese espacio le dio confianza para seguir con las prácticas restrictivas de alimento y purgativas: “entre nosotras nos dábamos consejos, nos dábamos tips. Sí estábamos en terapia, pero entre nosotras nos decíamos: tú puedes, para no hacer ruido abrir la regadera o métete a bañar o hazlo cuando estés bañándote o hazlo de tal forma”. Comenzó el consumo de metanfetaminas que le quitaban el hambre por días, lo que permitía que bajara de peso y se “deshinchara” después de algún periodo de atracón: “...tengo atracones y me doy cuenta de que estoy panzona, estoy hinchada por tanta sal. Necesito dejar pasar dos o tres días para que mi cuerpo vuelva a estar normal. Dejo de comer o como poquito”, “...empecé también a consumir metanfetaminas para adelgazar. Entonces consumía metas y todo el mundo me decía que si era para drogarme y yo: ¡No! es que se me va el hambre por días” (Martha, 37 años).

En el periodo de los veinte a los treinta años la experiencia de Martha con el consumo de drogas y medicamentos incluyó marihuana, cocaína, metanfetaminas, clonazepam y ácidos. No en todos los casos el objetivo de su consumo fue bajar de peso, los únicos que tenían esta finalidad fueron el clonazepam y metanfetaminas, el resto de ellos le ayudan a mantenerse en un estado de sedación para sobrellevar periodos de depresión asociados en primer lugar con el término de la relación de pareja o por momentos de estrés por la presión familiar. Actualmente, la sustancia

que más utiliza es el clonazepam cuando desea tener un periodo sin comer para llegar al peso que desea: “Lo que hago es tomar clonazepam, me agarro de un mes en donde lo consumo y ya bajó de peso tantito...el clona únicamente lo uso para adelgazar, por ejemplo, me toma un clona y una cerveza y sé que va a hacer efecto y me quita el hambre”, “Va al mismo tiempo pastilla, cerveza, después me forjo un cigarro... sí está padre porque me tumba...lo empecé a usar, así de esta manera porque terminé con mi exnovio, otra vez las emociones. Con eso ya estaba anestesiada todo el día, ya no sentía esa ansiedad” (Martha, 37 años). El día de la entrevista, después de mucho tiempo sin pesarse, decidió subirse a la báscula que marcó 53 kilogramos, aunque ella cree que debe tener mayor peso más pues su complexión la nota menos delgada que en otras ocasiones que ha tenido mayor peso corporal: “...ahorita me pesé en la mañana, peso 53. Y dije: ¿neta? no puede ser. Debe estar mal la báscula porque yo recuerdo que estaba más delgada hace un mes o hace dos meses. Te digo, no sé si es mi imagen corporal, distorsión o no sé. Quiero llegar a mi casa porque quiero pesarme...” (Martha, 37 años).

Para Alicia la relación con la comida ha sido negativa, principalmente por los momentos de estrés que detonan ansiedad y, en consecuencia, momentos de descontrol que le provocan la ingesta de grandes cantidades de comida. En su caso, reconoce que estos episodios no son normales pues no los identifica en el resto de las personas que la rodean: “Yo creo que sí es un problema [los atracones], no es normal. Yo no lo veo así en otras personas” (Alicia, 21 años).

Para ella las emociones juegan un papel importante al comer mayor cantidad de comida, en especial cuando siente ansiedad o depresión: “[no es normal] que no me sienta tranquila, y que esté come y come y come. Qué de repente puedo estar bien, comer normal, y de repente es, hoy voy a cenar un buen y no me importa, voy a comer más, y estar como llena, no satisfecha. Aunque debemos de estar satisfechos, no llenos y si no me siento bien así, pues sigo comiendo” (entrevistas, 2019).

#### 4.6. Prácticas después del trastorno de la conducta alimentaria

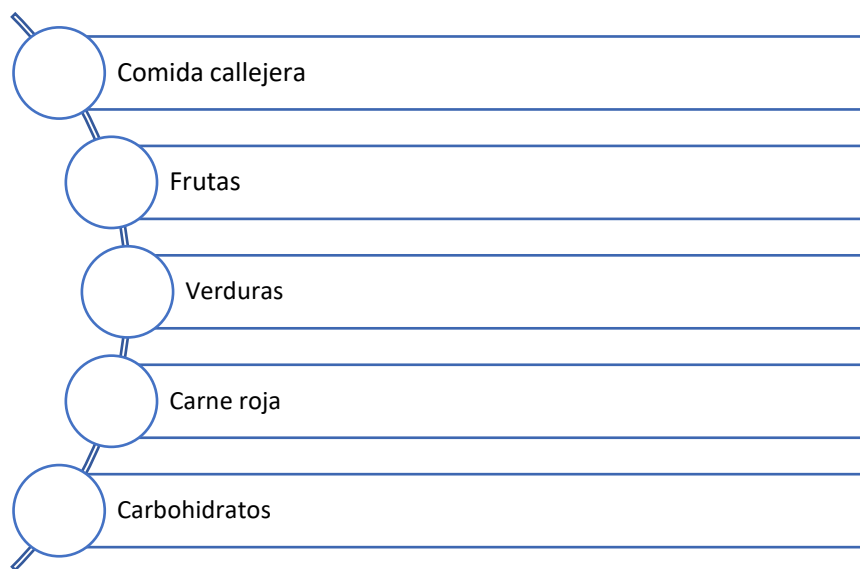
Para Lucía, su vida cambió después de terminar su tratamiento de anorexia con el médico y psicólogo y ambos la dieron de alta. Comenzó poco a poco la ingesta de proteínas y carbohidratos hasta llegar a completar todos los grupos del plato del bien comer. Comenta que este proceso fue difícil pues su estómago sólo podía recibir pequeñas porciones de comida hasta que recuperó su tamaño normal: “obviamente, pues el estómago se va reduciendo... entonces es volverlo a llenar, volverlo a hacer de un tamaño normal” (Lucía, 24 años). En sus estudios médicos, los resultados probaron que padecía anemia a consecuencia de la reducción de ingesta de comida, por lo que la primera dieta propuesta por el médico fue con énfasis en carne roja y verduras: “primero me recomendó verduras y carne, carne roja. Me hicieron estudios y pues sí salí anémica, y para la anemia, un poquito de carne roja... porque trae proteína. Entonces, el procuró que al principio nos enfocáramos en carnes rojas” (Lucía, 24 años). Sin embargo, modificar la alimentación no fue suficiente, pues tuvo un tratamiento de vitaminas para ayudar a su cuerpo a recuperarse de mejor manera.

Ahora come todo tipo de alimentos y afirma poder comer varias veces en el día sin culpa en momentos de ocio o esparcimiento como al ver televisión, además de alimentos ricos en azúcares, frutas y lácteos: “puedo estar viendo la tele, y estoy viendo qué agarro de fruta, o qué agarro así de pan o galletas, o simplemente un cereal con leche. Siempre busco estar comiendo algo. No me da culpa ya comer” (Lucía, 24 años).

Para Martha, la relación con la comida ha cambiado muy poco. A pesar de que ha participado en varios de tipos de tratamiento, no ha sido dada de alta. Ahora cuida mucho más los alimentos que ingiere en el día, los horarios y el tipo de comida porque intenta no vomitar de forma frecuente como en otros momentos de su vida, pero sí tiene atracones de forma esporádica. Constantemente bebe agua simple, cerveza, nada con azúcar, frutas en determinadas horas del día, barras de surimi, caldo de pollo, todo en su mayoría licuados, pues el sabor de los alimentos cambia: “cuando me siento débil, trato de tomarme jugos de naranja y siempre que vea fruta,

voy a comer fruta, no después de cierta hora... por ejemplo después de las seis de la tarde, la fruta es veneno porque para el cuerpo es como si te hechas un dulce, ya no es nutritivo”, “de verduras sí puedo comer muchas, pero las licúo, en puré está rico, me encantan. O sí hago caldo de pollo o caldo de res, lo que hago es molerlo y comer” (Martha, 37 años). Hasta el momento de la entrevista, no había considerado modificar sus hábitos de alimentación, pues su preocupación por el aumento de peso aún es alta.

**Figura 9. Tipos de alimentos ingeridos después de los TCA**



Fuente: elaboración propia. Entrevistas 2019.

Alicia ha tratado de modificar su dieta, actualmente acude con un nutriólogo para poder regular su ingesta de alimentos pues en los meses previos, tuvo un aumento de peso debido al consumo de comida alta en grasa y carbohidratos, lo que no la hacía sentirse bien con su peso y figura: “estoy yendo ahorita a un nutriólogo, porque cuando salía con este chico, comía, comíamos un buen, entonces empecé a subir de peso y yo ya no me sentía bien porque yo comía mucho, entonces sí subí mucho de peso. Pero igual luego pasan como cosas en mi vida que me volvieron a dar depresiones y volví a tener esos atracones” (Alicia, 21 años).

#### 4.7. Consecuencias en la salud

Los efectos de los trastornos de la conducta alimentaria en el cuerpo y la salud abarcan desde distintos grados de desnutrición hasta afectaciones fisiológicas que producen complicaciones.

Lucía explica que el primer cambio en su cuerpo fue la baja de peso lo que le provocó un cambio en su estado de ánimo, la falta de energía para realizar actividades disminuyó y cambió su tipo de actividades por ello: “cuando pasó todo este proceso, como que me fui apagando. Los profesores, los compañeros no decían nada porque ellos lo relacionaban con que mi abuelito estaba enfermo” (Lucía, 24 años). La ausencia de periodo menstrual, fue un signo de alarma para que su hermana se diera cuenta que tenía un problema de largo plazo, sus uñas no crecían o eran quebradizas, se le caía el cabello, sus dientes se mancharon por la falta de calcio en su organismo y su sistema inmune se debilitó, por lo que contrajo varicela: “en ese tiempo perdí mi regla, yo ya casi no menstruaba”, “por la baja de defensas, me dio varicela, también se me caía el cabello, las uñas no me crecían; y si me crecían se rompían”, “los dientes se me llegaron a manchar, por falta de calcio” (Lucía, 24 años).

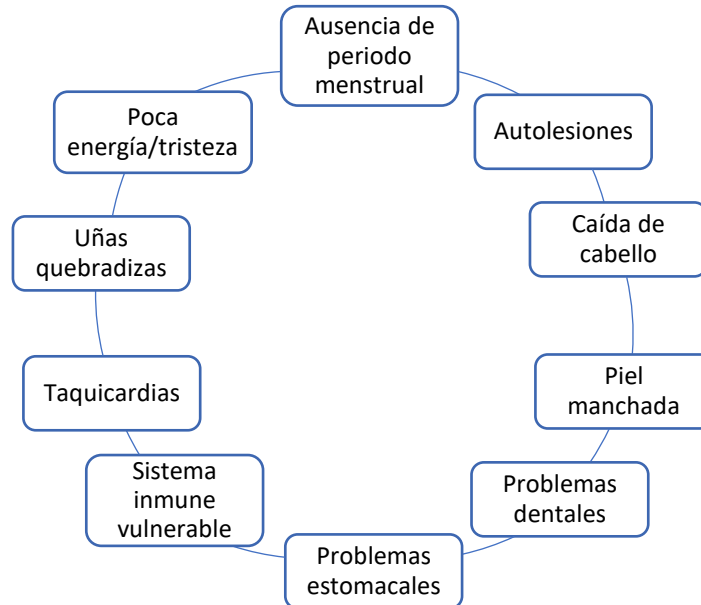
Al mejorar su alimentación, su salud también lo hizo. Las únicas secuelas que ella identifica son las pequeñas marcas en su piel por la varicela, durante los seis meses que vivió con poco alimento y los cambios bruscos de su salud se pudieron revertir, aunque reconoce que, de haber continuado con la anorexia, su cuerpo hubiera sufrido consecuencias mayores.

De acuerdo con Martha, las secuelas en su salud no han sido tan graves. Sin embargo, señala que en los momentos cuando menos peso ha tenido han presentado taquicardias y en sus palabras, “me duele el corazón”. Otras secuelas fue la pérdida o disminución considerable de su menstruación, algo que no le incomoda pues siente repulsión hacia el tema: “estaba más delgada hace unos meses y me di cuenta de que mi corazón empieza a bombear horrible. Ya tengo taquicardias muy fuertes”, “No podía tocar la palabra menstruación... no lo soporto.

Se tiene que decir "periodo". Cuando las mujeres hablan, así como de cosas de mujeres, no lo soporto.... aug... siento repulsión, no lo soporto" (Martha, 37 años).

A consecuencia de los vómitos reiterados, sus dientes y estómago resultaron afectados, motivo que la orilló a dejar de comer y tomar clonazepam para sustituir regresar la comida: “empecé a notar que me estoy fastidiando. Ya me arreglé dos veces los dientes, ya se me estaba fastidiando mucho mi estómago y dije entonces “necesito dejar de comer”. Entonces lo que hago es tomar Clonazepam. Me agarro de un mes en donde lo consumo y ya bajó de peso tantito... bueno, según yo o hasta donde yo creo que estoy bien y me mantengo ahí.” (Martha, 37 años).

**Figura 10. Alteraciones en la salud a consecuencia de los TCA.**



Fuente: elaboración propia. Entrevistas 2019.

El rechazo hacia el propio cuerpo responde a valores interiorizados por una imagen corporal negativa, para Martha, el odio a su cuerpo era también un rechazo hacia lo que los demás decían sobre él y lo manifestaba generando dolor en zonas corporales o realizando cortes en su abdomen cuando tenía 15 años hasta los 25: “[mi cuerpo] no me gustaba. De hecho, hacía *self injury*. Tengo cicatrices todavía. No me gustaba. Me cortaba mi estómago. Me lastimaba. No me gustaba. Era una sensación horrible, horrible”, “esa era mi forma para no llorar porque no me gustaba

llorar... Lo que hacía cuando alguien le estaba diciendo algo, agarraba mis uñas y apretada mi puño fuerte para sentir este dolor y clavarme más en este dolor que en lo que me estaban diciendo. Entonces era maravilloso porque no estaba llorando. Estoy más concentrada en mi dolor que en lo que tú me estás diciendo. Entonces así empezó” (Martha, 37 años). Las autolesiones en los TCA pueden estar o no presentes, sin embargo, son un comportamiento que no busca necesariamente terminar con la vida, pero refleja la dificultad de expresar emociones que se descargan por medio del dolor, es una forma de comunicación no verbal que expresa sufrimiento y se transmite visualmente en el cuerpo (Fleta, 2017). Se ha reportado que las mujeres son más propensas a autolesionarse con cortes, mientras que los hombres lo hacen por medio de quemaduras, las lesiones pueden variar de intensidad como: cortes en la piel, quemaduras, arrancarse el cabello, punciones, arañazos, pellizcos y envenenamiento (Javierre et. al, 2016).

E el caso de Alicia, a pesar de afirmar que sus conductas de alimentación no son sanas, tiene ansiedad, periodos de atracones, realiza ejercicio excesivo y no ha tenido secuelas significativas en su cuerpo a comparación de las otras dos mujeres. Algunas de las especificaciones de los TANE es que no cumplen en totalidad las características de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa, pero cuentan con atracones, actitudes compensatorias o restricción alimentaria sin reunir la frecuencia semanal o la duración que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) señala para su diagnóstico.

#### **4.8. Trayectoria de atención**

En la construcción de itinerarios corporales, los procesos de atención de los TCA son importantes para comprender la trayectoria del padecimiento y las formas de curación que intervinieron para tratar de restablecer la salud y en consecuencia, una aceptación del cuerpo.

Para Lucía, el tipo de atención que recibió fue en una institución de salud pública. Su familia cuenta con servicio del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), lugar al que acudieron para tener un diagnóstico y tratamiento a su padecimiento. El especialista que la atendió



fue el médico familiar que le correspondía, que casualmente contaba con estudios en nutrición facilitando el proceso de recuperación de su dieta: “tenía ISSSTE; y ahí en el ISSSTE, tenía un médico familiar, y el médico familiar, pues tenía una carrera de nutrición” (Lucía, 24 años). A la par, asistía a terapia psicológica que le ayudó a comprender la insatisfacción con su cuerpo, reflejo de la falta de atención de su familia, especialmente de sus padres por la ausencia en casa. En consecuencia, mejoró la percepción de su imagen corporal, la relación con su familia y tuvo mejoría en la ingesta de alimentos: “con esta psicóloga, estuve con ella un tiempo, y ya hasta que me dijo: sí ya definió que sí era más llamar la atención, que fuera parte emocional; ella decía que era una parte emocional. Ella decía que no creía que yo lo volviera a hacer, puesto que yo puse mi parte” (Lucía, 24 años).

Todo su proceso de atención lo llevó dentro del servicio de salud público, aunque el médico familiar y la familia sabían que los procesos de asignación de consulta y especialistas lleva más tiempo de trámite en el ISSSTE, el costo en una clínica privada sería aún mayor. Por lo que el médico con especialidad en nutrición ofreció su apoyo para llevar el tratamiento de Lucía aunque la atención psicológica, vitaminas y algunos estudios médicos se pagaran fuera de la clínica: “nos decía: yo estudié una parte de nutrición, dice, entonces yo sí les podría ayudar en eso. Igual él nos ofrecía la terapia ahí en el ISSSTE, pero nos decía lo mismo, va a tardar mucho” (Lucía, 24 años). Por recomendación del médico general, también fue atendida por un dentista pues sus dientes estaban manchados y descalcificados, además requería la confirmación de que no hubiera indicios de ácido por vómito: “me mandó con el dentista también, para checar los dientes. Yo siempre había sufrido de descalcificación, pues allí también se agravó un poquito. El dentista dijo que no se veía ácido, o que haya vomitado. Nunca vomité, se los juro que eso si no” (Lucía, 24 años). Después de dos años, el médico general y la psicóloga la dieron de alta y pudo restablecer su salud. A pesar de que el ISSSTE cuenta con un área de Trabajo Social, menciona que nunca tuvo contacto con alguna trabajadora o trabajador social que la orientara en su proceso de atención.

La trayectoria de Martha es más compleja. Su primer contacto con algún profesional para atender la bulimia fue hasta los 21 años, siete años después de

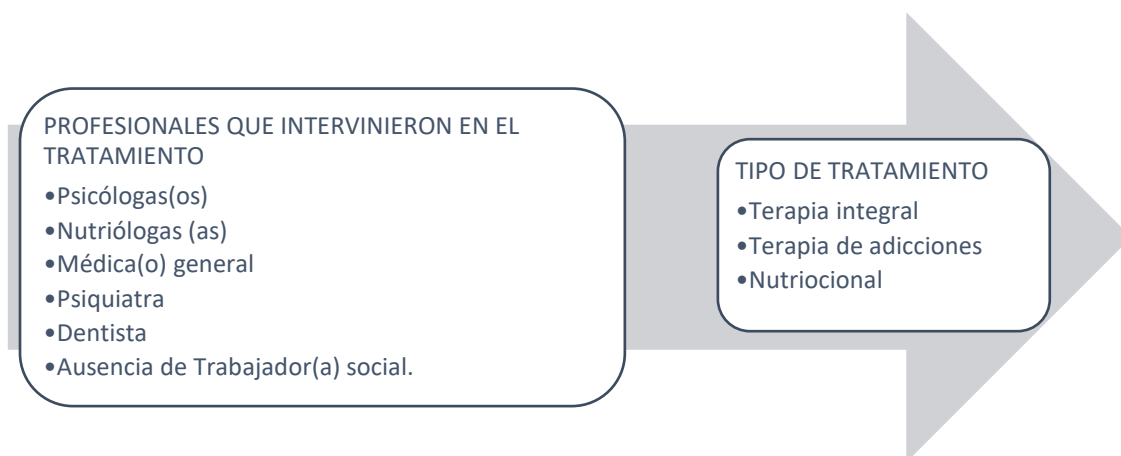
haber comenzado el padecimiento. Fue en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz donde recibió el diagnóstico de bulimia nerviosa, aunque originalmente había llegado a la institución por problemas de adicciones y depresión a consecuencia de la ruptura con su pareja: “recuerdo que mi mamá me dijo: ¿quieres ir a doctor? y como siempre me ha llevado al doctor... dije sí. Y llegamos a psiquiatría. Ahí fue cuando me enteré de que era bulímica porque el doctor me empezó a hacer preguntas y le empecé a responder. De repente se voltea y habla por teléfono y dijo: sí, efectivamente es bulímica. Te la voy a mandar.” (Martha, 37 años).

El tratamiento que llevó ahí durante un año, lo califica como “integral”, tenía terapia grupal, clases de musicoterapia, nutrición, psicología, psiquiatría y también asistía a la clínica de adicciones por consumo de marihuana: “cuando fui a psiquiatría tuve una terapia integral. Entonces tenía nutriólogo, psicólogo, psiquiatra. Creo que dos psiquiatras, psiquiatra familiar, grupos. No sé. Eran muchísimos. Me la pasaba toda la semana en psiquiatría.”, “...iba a adicciones porque también estaba en dos clínicas: tanto en trastornos de la alimentación como en Adicciones.” (Martha, 37 años). Al terminar su tratamiento en el INP, fue la etapa en que menos peso ha tenido a lo largo de su padecimiento, a pesar de que considera que la terapia le ayudó para elevar su autoestima y ser más segura consigo misma. Tiempo después tuvo una sobredosis y fue atendida en esa ocasión en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez donde estuvo internada durante casi dos semanas, porque “no aguantó más”. El tratamiento que siguió consistía de encierro y dosis de medicamento que no la tranquilizaban, sólo tuvo una visita de un psicólogo en el tiempo de reclusión: “...no te daban tratamiento ni nada. Solamente estaba encerrada en un espacio blanco con un buen de camas y con un buen de mujeres que realmente sí estaban zafadas. Solamente tuve una vez visita con el psicólogo. Yo iba con los doctores y les decía: de verdad me estoy muriendo de ansiedad, por favor dénme algo, esto ya no lo soporto es asfixiante. Y me decían: no, no, no. Tranquila, tranquila, tranquilízate” (Martha, 37 años).

Después de esta experiencia, decidió dejar de vivir en el mismo espacio que sus padres, lo que le permitió tomar sus propias decisiones sobre llevar o no algún

tipo de tratamiento y no volvió a ingresar ni a algún hospital, ni a ser atendida por algún especialista. Al igual que Lucía, Martha no fue entrevistada por el departamento de Trabajo Social durante sus internamientos en ambas instituciones mentales.

**Figura 11. Profesionales que intervinieron en los tratamientos de atención y tipos de tratamientos.**



Fuente: elaboración propia. Entrevistas 2019.

Poder tener un diagnóstico profesional de TCA es el primer paso para tener un plan adecuado de atención. Para Alicia, aún no ha llegado ese momento. Si bien asiste con un nutriólogo que le da un plan de alimentación, eso la mantiene segura de su cuerpo y tranquila sobre su apariencia, pero aún no participa de algún acompañamiento psicológico que le ayude al manejo de la ansiedad que desencadenan los atracones y las depresiones.

#### **4.9. Efectividad del tratamiento**

Poder recuperarse de un TCA requiere no sólo de un tratamiento que responda a las necesidades de la persona y a las características del padecimiento, también necesita de recursos externos e internos a la persona para lograr una mayor eficacia.

En el caso de Lucía, la efectividad de su tratamiento se basó en el apoyo de su familia, particularmente de su madre y padre. Ambos se turnaban para estar con

ella en distintos horarios del día para ayudarla a comer, era una combinación entre la vigilancia y apoyo emocional que le ayuda a mejorar su ánimo y lograr aumentar sus porciones de comida gradualmente: “mis papás, los dos se quedaban conmigo y me hacía comer a fuerzas, o sea, era de: No te paras hasta que te acabes esto. Y no me entraba la comida, yo me sentía súper llena con lo mínimo, yo decía no puedo, no puedo; y mis papás, sí puedes”, “mi papá se sentaba conmigo en lo que mi mamá se estaba arreglando y sentaba conmigo en la mesa a ver que sí me estuviera yo comiendo. En el receso, como mi mamá trabajaba en la misma escuela que yo, me buscaba y me decía: comes aquí, aunque sea un sándwich, hasta unas papitas, pero algo tienes que comer” (Lucía, 24 años).

Alternar la terapia médica y nutricional con la psicológica, le ayudó a reforzar su autoestima y, en consecuencia, a una mayor aceptación de su cuerpo y su apariencia: también ahí fue la psicóloga donde dijo: vas bien, ya comienzas a aceptarte, a decir, a decir así es mi cuerpo”, “me gusta mucho mi cuerpo, me han llenado mucho de seguridad. Hace dos años salí de la universidad, me dijeron: es que ya tienes cuerpo, tienes bonito cuerpo, ya no estás tan flaca.” (Lucía, 24 años).

La efectividad del tratamiento no siempre responde al objetivo inicial del mismo. Martha asegura que el programa que llevó en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz fue el que más le ayudó con la bulimia, a pesar de continuar con el trastorno. Para ella, este tipo de atención le dio las herramientas para poder ahora una mujer segura de sí misma, aumentó su autoestima y logró enfrentar al control de sus padres. El ingreso al Instituto Nacional de Psiquiatría le permitió reencontrarse consigo misma, conocer otras mujeres con las que se sintió identificada pues compartían el mismo objetivo de verse delgadas y bonitas, reconoció valores positivos que le permitieron aceptar de mejor manera a su cuerpo: “me ayudó con mi autoestima. En cuestión de trastornos no sé qué pasó, porque bajé demasiado, pero mi autoestima sí creció. Me sentí segura de mandar al carajo a mis papás. Así de: ya no me van a volver a decir esto, ¡pero jamás! Y me independicé” (Martha, 37 años).

Martha de lesionar a su cuerpo, disminuyó la frecuencia de los vómitos y atracones, y el odio que sentía hacia su cuerpo en la adolescencia, lo transformó en

orgullo por su apariencia, siempre y cuando ésta sea de delgadez: “hasta que conocí a las chicas [en el hospital], encontré mi lado femenino, dije no, cuerpo cortado es feo”, “[después de los treinta] creo que ahora sí me gustaba que me vieran. Fue el momento en el que dije: Okay soy guapa, o sea le gusto a las personas” (Martha, 37 años). Actualmente tiene una complexión delgada, pero no podría pensarse que padece algún TCA pues aunque tiene una ingesta de alimentos limitada, son suficientes para mantener su peso estable sin llegar a tener menos de 56 o 57 kilogramos.

Afirma que no va a dejar las prácticas que mantienen la bulimia, pues le brinda la satisfacción de tener un tipo de cuerpo que le gusta y obtener beneficios por su apariencia: “en cuestión del trastorno, yo lo quiero. Me gusta, me cae bien, nos llevamos bonito. Me da satisfacción en todos los aspectos porque nos guste o no, vivimos en una sociedad que se fija en el físico, entonces yo estando así, no pago, no me formo, no tengo problemas, todos me respetan, todo está perfecto. Y si no estoy así, soy un cero. Para mí es genial. Yo puedo salir con quien quiera. Puedo escoger, puedo escoger lo que quiera en mi vida teniendo esto. Por mí yo estoy bien. A mí me gusta” (Martha, 37 años).

**Figura 12. Factores que influyen en la efectividad del tratamiento.**



Fuente: elaboración propia. Entrevistas 2019.

Para Alicia, el primer paso para recuperar su estabilidad física y emocional es contar con un tratamiento que le permita reconocer los detonantes a su ansiedad, a los atracones y a la necesidad casi obsesiva de realizar ejercicio. En su caso, su principal apoyo para llevar una atención de sus crisis es su madre, quien ha detectado la necesidad de consultar a un profesional, ya sea médico o psicólogo por los comportamientos obsesivos de su hija.

#### **4.10. Redes sociales y familiares.**

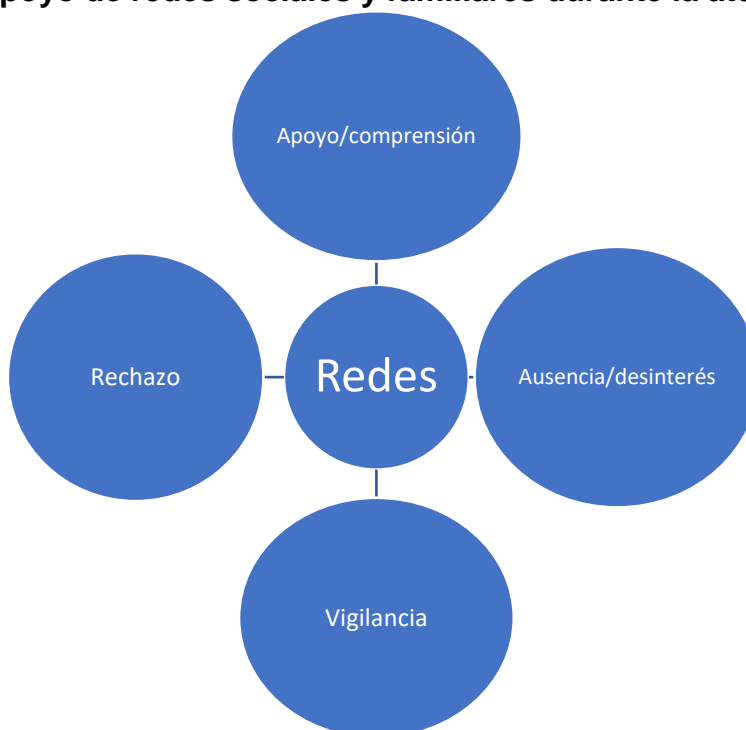
Como parte de la eficacia de los tratamientos de los TCA, las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres son importantes para garantizar la continuidad del tratamiento. Por otro lado, las redes también pueden tener un rol de desacreditación y descalificación de las mujeres, lo que incentiva la insatisfacción corporal.

Lucía recuerda la actitud de sus padres ante la anorexia. Primero hubo un proceso de negación ante sus comportamientos, su madre no creía que ella fuera capaz de dejar de comer y experimentó un sentimiento de culpa por no poder estar al “pendiente” de ella y no darse cuenta de que atravesaba por un problema: “mi hermana habló con mi mamá; mi mamá no le creía. Cuando le cree mi mamá y cuando ve la situación... fue cuando mi mamá se sintió culpable de que ella había fallado. Me dijo que buscáramos ayuda.” (Lucía, 24 años). Lucía reconoce que el dejar de comer se volvió una forma de llamar la atención de sus padres ante su ausencia y desinterés por ella por la enfermedad de su abuelo: “puedo decir que fue para llamar la atención. Como nunca estaba sola, nunca, éramos siempre mi mamá y yo, éramos una misma” (Lucía, 24 años).

Su padre, fue importante también en el proceso de recuperación pues en conjunto con su madre, constataban que comiera a las horas que debía comer. La actitud positiva y comprensión por parte de sus padres, mas no de castigo permitieron que Lucía adoptara una actitud asertiva a participar en el tratamiento: “mis papás como que siempre me buscaban alimentar con lo que yo quisiera. Tampoco fueron como los papás que: Te vas a comer, y lo que hay, y no. Ellos sí me apoyaron en esa parte de buscar qué me gustaba, qué se me antojaba” (Lucía, 24 años).

Afirma que las personas que la rodearon como su familia y amigos mostraron solidaridad y comentarios positivos para poder terminar con la enfermedad. Después de dos años de recuperación, su familia no le gusta hablar del tema: “no me juzgaron, mi familia nunca me juzgó, al contrario, siempre me apoyó y hasta la fecha. Mis papás como que esta etapa, como que la quisieron borrar” (Lucía, 24 años).

**Figura 13. Apoyo de redes sociales y familiares durante la atención del TCA**



Fuente: elaboración propia. Entrevistas 2019.

Para Martha el apoyo de sus padres fue casi nulo. Aunque siempre la acompañaron a las citas con médicos, a los procesos de internamientos y la acompañaron en los tratamientos, afirma que su actitud siempre era de regaño y descalificación. El apoyo de su madre fue más constante, pero no empático pues siempre la regañaba y estaba a la defensiva. En el caso de su padre, señala que fue de total indiferencia, rechazo y hasta ofensivo en algún punto del proceso: “la que estuvo conmigo, creo que fue mi mamá, pero nunca escuchó. Sí me lleva al

médico, me apoyaba, me compraba el medicamento por qué era muy caro y todo eso, pero realmente creo que fui yo sola”, “Y mi papá creo que fue una persona completamente ausente en esto. Nunca le importó.” (Martha, 37 años).

Su hermana tuvo un rol neutral ante la situación pues era tenía la imagen antagónica de su hermana: la perfecta, la estudiosa, la bonita, la delgada, por lo que su participación durante el tratamiento de bulimia no fue significativa para Martha.

### **Conclusiones generales.**

Es una realidad que los Trastornos de la Conducta Alimentaria son actualmente un problema de salud pública que le corresponde sí, al sistema de salud atenderlo, pero también de la sociedad en su conjunto prevenirlo. Estudios epidemiológicos señalan que estos trastornos se presentan con mayor prevalencia en países occidentales, no son exclusivos de una clase social y que la población a la que más afecta son las mujeres (Toro, 2015). Los ideales de belleza femeninos difundidos y sostenidos por medios de comunicación y replicados en todas las esferas sociales, son generadoras de ansiedad, insatisfacción, depresión y desagrado por el propio cuerpo. El cuerpo es el medio por el cual nos presentamos al mundo, el modelo hegemónico de belleza demanda un grado de maleabilidad del cuerpo, nos han hecho creer actualmente que se puede lograr un cuerpo como el que se aprecian en revistas, televisión o cine en tanto se tenga dominio sobre él y tener control estético implica un desarrollo personal y de realización consigo mismo. (Salazar, 2006). Los estereotipos de belleza son en consecuencia, un medio de control del cuerpo femenino, de cuerpo para los otros, ya sea para el placer del otro-hombre como objeto sexual o para otros-hijos como procreadora, nos encontramos en “una cultura que exalta el aspecto sexual en la vida de una mujer y le impide que esta sexualidad sea verdaderamente suya” (Basaglia, 1987, p. 42).

Como lo señala Basaglia, el cuerpo de la mujer ha sido su “prisión natural y cultural” pues en él se construyen los valores que no pueden prescindir de su naturaleza y que la constituyen como mujer, temas en los que también se centra su propia lucha: la maternidad, el aborto, sexualidad, lesbianismo, violación y estupro.



Temas que no le permiten a la mujer ser libre para enfrentar las disparidades que las ha colocado en un estado de esclavitud (Basaglia, 1987).

El cuerpo juega entonces dos roles en los TCA: el de víctima de las prácticas corporales que lo lastima, lo disciplina, lo moldea y el ser una cárcel simbólica, contenedor de los valores asignados del ser mujer, condicionado social y culturalmente.

En esta doble prisión, para las tres mujeres entrevistadas, los TCA las convirtieron en esclavas de su propio cuerpo, pero al mismo tiempo les otorgó el poder de moldearlo y controlarlo hasta lograr lo que los demás les dijeron que no debían ser: “gordas”. La lucha constante con su peso y la forma de su cuerpo las colocó en un estado de insatisfacción, repugnancia y hasta odio, extremo que a diferencia de otras mujeres que también se sienten inconformes con su imagen corporal, no llegaron a ese momento. Lograr disciplinar su cuerpo a no sentir hambre, soportar actividades sin demostrar la falta de energía y ocultar sus emociones demandó luchar contra ellas mismas y contra todo lo impuesto desde su familia, amigos y pareja, pero que les permitió tener el peso que ellas deseaban. Los motivos que las orillaron a tomar la decisión de modificar sus cuerpos respondieron a la presión, vigilancia, descalificación y abuso de las personas de sus círculos más cercanos, fueran amigos o familiares. Es relevante señalar que, en los tres casos, el inicio de los TCA fue en el periodo de la adolescencia, etapa crucial de la vida donde se comienza a construir la identidad personal, identidad ligada a los valores de la feminidad. La feminidad “es un conjunto de atributos de las mujeres adquirido y modificable; cada minuto de sus vidas, ellas deben realizar actividades, tener comportamientos, actitudes, sentimientos, creencias, formas de pensamiento, mentalidades, lenguajes y relaciones específicas, a través de las cuales tienen el deber de realizar su ser humanas, su ser mujer” (Lagarde, 2005, p. 783). La identidad femenina, por lo tanto, se encuentra constantemente incompleta, una lucha permanente entre lo que se es, lo que se quiere ser y lo que los demás dicen debe ser, y para lograrlo, las prácticas corporales que las participantes llevaron a cabo para modificar su cuerpo fueron radicales.

El primer paso para lograr tener el cuerpo que ellas deseaban fue la suspensión total o parcial del consumo de alimentos, en especial de aquellos que consideraban que podían aumentar su peso como el azúcar y las grasas, después prácticas compensatorias como vómitos, purgas o ejercicio excesivo. Estas prácticas lograron perfeccionarlas a lo largo del tiempo hasta conseguir una mayor efectividad, no sólo por mejorar las prácticas corporales, pero también porque les obligó a conocer mejor su cuerpo. El hacer uso de su cuerpo, les permitió tener mayor conocimiento de su funcionamiento, de sus capacidades y alcances. El disciplinamiento del cuerpo fue aún mayor cada vez que se perdía más peso.

Las prácticas restrictivas, purgatorias y obsesivas de las mujeres con TCA aumentaron también en frecuencia e intensidad, lo que resulta relevante es que la familia se dio cuenta mucho después del padecimiento de sus hijas, hasta que notaron una baja considerable de su peso o cambios en su estado de ánimo, el trastorno ya estaba en su cuerpo.

La familia tiene un papel fundamental en dos sentidos: los miembros de la familia, en especial la madre, son el primer referente sobre cómo debe verse el cuerpo; controlar el peso, si es bonito o feo y la vigilancia constante interiorizan en las mujeres los primeros valores que tendrán sobre su cuerpo. Esta socialización de información en torno a la apariencia física es primordial pues es la familia el soporte de mayor respaldo para una imagen corporal positiva, se ha demostrado que la madre es el primer referente corporal el cual tienen las niñas como modelo a seguir y son la primera persona a la que buscan para obtener consejos sobre el cuidado personal (Dove, 2010).

En segundo plano, la familia se muestra como la principal fuente de soporte para combatir los TCA. El estado de ánimo positivo de la familia aumenta el deseo de continuar con los tratamientos, dan seguridad y elevan la autoestima de las mujeres al no saberse solas en el proceso de atención. En los tres casos, las madres fueron las que acompañaron durante el proceso de recuperación y en segundo término con el resto de los miembros de la familia.

Los TCA, por ser catalogados como enfermedades mentales, los métodos de atención se realizan siempre con acompañamiento psicológico o psiquiátrico de

acuerdo al grado del trastorno o en centros psiquiátricos en procesos de internamiento. En el caso de Martha, el internamiento fue la opción que su familia determinó que era la mejor para ella. Martha considera que su familia la vió como una mujer loca desde los 5 años cuando la llevaron primera vez a un psicólogo porque no sabían cómo lidiar con su comportamiento.

De acuerdo a Lagarde (2005), todas las mujeres son consideradas con algún grado de locura. Todos los cautiverios en las que se encuentran las mujeres tienen culpa y locura. La cultura patriarcal considera como loca a toda mujer que por imposibilidad, desobediencia o rebeldía rompen con las cualidades de la feminidad. Para Lucía, la imagen de hija con buena conducta, altas calificaciones y obediente fue transgredida por la desobediencia al no comer, rompió con los valores que desde la familia se consideraban valiosos. Para Martha, no comer, decidir no ser madre, tener varias parejas sentimentales o de mayor edad, consumir drogas y no obedecer a sus padres, rompieron con la idea de ser una buena hija como lo fue su hermana, referencia constante para construir aquello que ella no era, decisiones que para ella no lastiman a nadie y la hacen sentir libre. Alicia sabe que algo no está bien en su cuerpo y su entorno, reconocer que los atracones son detonados por emociones que no pueden controlar y la rebasan, la hacen sentir que algo está mal con ella porque el resto de las personas que la rodean no tienen las mismas prácticas de alimentación que ella. Por ello, asistir con el psicólogo es para ella y su madre el siguiente paso para comprender sus periodos de inestabilidad.

Las locas están, por lo tanto, atadas a una situación de poder, ya sea por parte del cuidado de la familia o de una institución. La familia es la primera encargada de custodiar la vida en el espacio privado y cotidiano, cuando decide que ya no puede con esta asignación, se delega la obligación a la institución competente con más poder, en este caso, el hospital. El ejemplo de Martha es claro, sus padres optaron por otorgar la responsabilizar de “regresarla a la normalidad” desde médicos y psicólogos hasta llegar al internamiento, un tanto como castigo y otro para ayudarla a recuperar su salud.

Los tipos de tratamientos que las mujeres llevaron a cabo y los especialistas que consultaron fueron diversos: médicos, psicólogos, psiquiatras, nutriólogos, pero

en ninguno de los casos se mencionó al trabajo social como profesión que incidiera en el proceso de atención a su trastorno.

En los casos de Lucía y Martha que fueron atendidas en instituciones de salud públicas, el trabajo social debió ser una de las profesiones que interviniera para planear, en conjunto con los médicos, un mejor proceso de atención del TCA al conocer su historia de vida y, principalmente, llevar un seguimiento de su caso. El estudio de los trastornos de la conducta alimentaria en Trabajo Social ha sido en la mayoría de los casos desde una perspectiva de vigilancia y castigo. Procesos de intervención que incluyen la capacitación sobre alimentación balanceada con el plato del bien comer, vigilar y sancionar a las mujeres para que coman lo que deben de comer y hacer lo que el médico les prescribe. Esas actividades lejos de incidir en la realidad social promueven la función técnica que les corresponde a otras especialidades de la medicina como psiquiatría o nutrición. La especificidad de Trabajo Social dentro de una institución de salud responde a cubrir las necesidades de una usuaria que demanda un tipo de servicio que debe ser humano, sensible, empático; no un expediente o un paciente con un número. Persona con una historia de vida, con un entramado de significaciones culturales que se materializan en el cuerpo expresado en un padecimiento o enfermedad que altera su realidad social. La construcción de itinerarios corporales puede ser una herramienta para el trabajo social que permita pensar en el Trabajo Social con una perspectiva de género, que considere el proceso histórico de desigualdad y violencia en el que han vivido las mujeres históricamente, que den cuenta de un sistema que la violenta, la encarcela y la censura y centrado en la corporeidad, podría generar procesos de intervención más eficaces, eficientes y centrados en la persona como participante activo de su propia transformación a través de la palabra y la escucha.

## **Capítulo 5.**

### **Propuesta para la incorporación del cuerpo como categoría de análisis en la intervención con perspectiva de género**

A lo largo de la historia del Trabajo Social se ha debatido sobre su especificidad y el objeto/sujeto de estudio acorde a los objetivos, demandas o carencias del individuo, grupo o comunidad. En este capítulo se desarrollará una breve historia sobre el origen del Trabajo Social como disciplina desde una visión asistencialista, hasta la visión crítica del Trabajo Social, así como la incorporación de la categoría género en los procesos de intervención que han cobrado relevancia en las investigaciones y procesos de la disciplina.

Por último, se propone considerar el concepto cuerpo y la corporeidad humana dentro de los procesos de intervención, específicamente dentro del diagnóstico social, como una categoría de análisis en interrelación con el género y perspectiva de género para generar procesos de cambio a través del empoderamiento y conciencia corporal.

#### **5.1. Algunos orígenes del Trabajo Social**

El origen del Trabajo Social es debatido pues la postura construido desde el asistencialismo, se encuentra la labor social como caridad, la buena fe y ayuda el prójimo en valores religiosos, pero siempre bajo la instrucción de las instituciones encargadas de llevar a cabo los planes, programas o leyes, esto ha sido así desde los decretos reales de la Edad Media hasta las políticas públicas del mundo contemporáneo: la iglesia, la realeza, la asistencia social y las políticas públicas.

Para quien reconoce que Trabajo Social tiene su origen en las acciones de beneficencia, las tareas eran principalmente por mujeres que realizaban un servicio orientado con fines religiosos para atenuar los empates de la pobreza. Para Alayón las acciones que estaban encaminadas a atender las necesidades de los desamparados eran de tipos: las de carácter religioso (católicas o cristinas) bajo la idea de hacer “el bien” en nombre de Dios y amor al prójimo, a lo que se le llamó de beneficencia o caridad. Otras tenían que ver con la “filantropía”, basados en la

masonería desde la sociedad burguesa con el lema “hacer el bien por amor al hombre”. Ambas motivaciones para la acción social tenían en común hacer el bien en cualquier modalidad (Alayón, Barreix, & Cassineri, 1971). Este tipo de trabajos para ayudar al otro duró varios siglos con exponentes como Juan Luis Vives, quien en su Tratado del Socorro a los Pobres de 1526 afirma que:

“el asunto al que persuade es hacer bien a los pobres para hacernos bien a nosotros mismos y a todos los demás: no puede ser más benéfico y agradable: es hacer bien en lo espiritual y temporal a las almas y los cuerpos...Lo que produjo es tan profundo, elocuente que...interesa a Republicas, vasallos y Príncipes, Eclesiásticos y seculares. Los obispos no pudieron desdeñarse de que se les atribuyera como una de sus más selectas Pastorales; los Magistrados como una provechosísima Providencia de gobierno; los Theologos como discursos muy acertados, respecto de Dios...” (Tello, 2010).

Sin embargo, para ese momento Vives ya reconocía la necesidad de que la asistencia social debía contar con los siguientes principios: 1. Derecho del individuo a una asistencia efectiva y organizada; 2. Investigación detallada o estudio del caso para llegar a un diagnóstico; 3. Tratamiento especializado; 4. Medidas no sólo paliativas y curativas, sino también preventivas con el centro del interés en: niños deficientes, vagabundos e incapacitados (Chávez, 1982). Con estos principios, se concibe a las personas como individuos con derechos, con una historia de vida y con un contexto que debía considerarse para efectos de una intervención.

En Inglaterra, la Ley de Pobres de 160, fue el primer paso para el reconocimiento de las obligaciones que el Estado tiene con la población para cubrir sus necesidades, estableciendo las bases para la asistencia pública para los pobres (vagabundos, desempleados, desamparados) (Barahona, 2016).

En España surge también en el siglo XVIII El Manual para el Visitador de Pobres escrito por Concepción Morales, texto de asistencia que basa sus tareas en los principios cristianos. En sus capítulos se encuentran recomendaciones sobre cómo hacer caridad, cómo debe ser el trato hacia los pobres, cómo conducirse, hablarles, vestirse ante ellos y la forma de reprender a mujeres, hombres y niños abandonados, así como a los presos. En América Latina, así como fue el caso de México, la corona española fue ajena a las problemáticas sociales que existían en la colonia y la iglesia católica fue la única forma de ayuda social que continuó hasta la Independencia (Tello y Ornelas, 2015).

Hasta este momento, se reconoce que existen sectores de la población con más carencias que otras, que hay quienes pueden desde una posición más acomodada ya sea por una situación económica o de posición social, ayudar y hasta “educar” a los que no tienen las mismas posibilidades, pero no se considera una metodología o pasos a seguir para llevar a cabo acciones que generen un cambio social.

En el siglo XVIII Europa se enfrenta a nuevos retos con el auge de la revolución industrial, el invento de la máquina de vapor facilita la movilidad de la población y con ello, nuevos problemas sociales en comunidades migrantes, el hacinamiento y falta de salubridad (Alayón, Barreix, & Cassineri, 1971). Estas nuevas necesidades rebasan las acciones que hasta el momento se habían realizado para aminorar la pobreza. La caridad y al amor al prójimo no son suficientes. Las instituciones de asistencia se consolidan con patronatos y surgen las visitadoras, que cumplen con la función de recabar la información necesaria sobre las formas de vida de la población mediante informes para garantizar los servicios que se brindan a las familias. Aquí el papel de estas mujeres se vuelve más de corte técnico que teórico o metodológico, esta lógica requirió de informes que se fueron perfeccionando cada vez más, se proporcionaba información que requería adentrarse a los hogares, donde podían registrar los hábitos de higiene, la formalización de matrimonios, costumbres y hábitos que pusieran en riesgo el orden social (Tello, 2010).

Se crea entonces una nueva mirada de realizar asistencia social con la premisa de “hacer el bien pero hacerlo bien”, con pioneros como la Organización de la Caridad de Londres en Europa y en Estados Unidos con los trabajos de Mary Richmond, exponente del *social work* quien veía en las personas asistidas, individuos con características particulares como resultado de la estructura socio política y económica, reclamando un cambio en las reformas estructurales que no sólo mitigaran parcialmente las carencias (Alayón, Barreix, & Cassineri, 1971).

Las teorías europeas llegaron a Norteamérica y se adaptaron a las necesidades de la población americana. En el siglo XIX, el servicio social se limitó a cubrir las necesidades materiales a quien lo necesitara como dar trabajo al desempleado o ayuda financiera a quien lo necesitara, pero figuras como el mismo Juan Luis Vives, San Vicente de Paul (fundador de las Hijas de la Caridad), Benjamin Thompson (fundador en Munich de una Institución destinada a inculcar el trabajo a los mendigos) o Thomas Chalmers (religioso que tuvo visitantes encargados de cuestiones religiosas y otros para las materiales) y por último la C.O.S. que introdujo la asistencia social individualizada para identificar las necesidades de cada persona (Chávez, 1982) sembraron la semilla para crear la escuela de Trabajo social norteamericana teniendo como eje el Trabajo Social individualizado o de caso.

Mary E. Richmond Publicó en 1917 el libro *Diagnóstico Social* en donde expone los antecedentes históricos de la investigación minuciosa que se hacía en las asociaciones de beneficencia con el objetivo de saber si el solicitante realmente necesitaba la ayuda que ofrecían dichas instituciones. Con estos ejemplos, explica en su texto cómo llevar a cabo una investigación, cómo entrevistar a los sujetos y sus familiares, pero también cómo interpretar y analizar la información que se obtienen de las visitas. Aquí es cuando el Trabajo Social da un paso agigantado de tener una labor descriptiva y asistencial a tener una función profesional basada en evidencias concretas y obtenidas directamente del trabajo de campo (Tello y Ornelas, 2015). Propone hacer un diagnóstico que de paso a un plan social y por lo tanto un tratamiento fundado en corrientes teóricas, aquí comienza la intervención fundada del Trabajo Social.



Para Mary Richmond, el tratamiento o intervención debe comprender (Chávez, 1982):

1. La comprensión de la individualidad y de las características personales.
2. La comprensión de los recursos y de las influencias del medio social.
3. Acción directa de la mentalidad del trabajador social sobre su cliente.
4. Acción indirecta ejercida por el medio social.

Y para ello la entrevista es la herramienta básica, pues brinda al trabajador social de un contacto cara a cara, forma un lazo y un poder estar en el lugar del otro que brinda de información valiosa para después ser interpretada.

En el Trabajo Social de casos se pueden observar cuatro elementos esenciales (Chávez, 1982):

- La persona: ya sea hombre o mujer, niño o niña, al momento de recibir el auxilio del trabajador social ya sea de tipo material o de consejería, se convierte en cliente.
- El problema: se considera como un cúmulo de necesidades o frustraciones que en su conjunto afecta la adecuación social del individuo.
- Lugar: puede ser una institución u oficina de asistencia social.
- El proceso: consiste en un diálogo entre el profesional que ayuda y el cliente. Es un proceso de resolución de problemas.

El modelo de asistencia y protección a las personas menos favorecidas desde una visión socioeconómica se rebasa al considerar que los individuos desde diferentes contextos poseen necesidades particulares de acuerdo a su edad, contexto, historia de vida, salud y bienes materiales.

De acuerdo con García (1998) la especificidad de la profesión responde a un momento histórico y social el cual se delimita por las relaciones sociales de los sujetos que participan en la intervención de una demanda social. La especificidad debe partir de un saber especializado, un conjunto de prácticas, un currículo que desde la academia lo acredite a través de planes y programas y una identidad profesional que da estructura y cohesión a los profesionales.

Tello (2010) propone reconocer un origen distinto, aquel donde el trabajo social fue indispensable para las instituciones de carácter asistencial social y de bienestar con la creación de informes como medio para llevar a la práctica de las instituciones del Estado. La construcción de informes de mujeres que primera mano recababan la información en las visitas domiciliarias las colocaba en las responsables de la cuestión social institucional. Los informes, se volvieron cada más especializados de acuerdo a los requerimientos institucionales. Si bien no existía una intervención fundada desde la teoría social ni científica, las habilidades técnicas sobre las preguntas a la familia o individuo, la forma de observar y asociaciones que se debían realizar en las visitas domiciliarias, hicieron de la labor de la trabajadora social cada vez más especializada y metódica.

El movimiento de reconceptualización generó una ruptura con el paradigma tradicional asistencial que hasta ese momento se hacía desarrollado desde una teoría y metodología norteamericana, se gestó en las décadas de 1960-1980 en América Latina en un continente que atrasaba por movimientos estudiantiles, guerrilleros, inestabilidad económica e inconformidad política. El pensamiento crítico de la reconceptualización obligó a los profesionales de las ciencias sociales y con ellas el trabajo social a adoptar una posición política ante el contexto social que se estaba desarrollando en ese momento. El cuestionamiento eje de este movimiento fue pensar en la función social que el trabajo social, pasó así a ser una concepción asistencialista a la transformación social. El fundamento teórico de esta corriente fue el marxismo, la perspectiva de dominación, las premisas de Paulo Freire sobre la concientización y la teoría de la liberación; categorías como clase social, trabajo humano, capitalismo, Estado totalitario o dependencia surgieron para la movilización y organización de los grupos sociales. El estudio de caso se consideró como obsoleto al pensar que los problemas surgían desde los espacios sociales, no desde el individuo (Tello y Ornelas, 2015).

En la época contemporánea, el Trabajo Social como profesión se ha insertado principalmente en aquellas instancias donde sus aptitudes para restaurar el tejido social o disminuir las carencias sociales son el objetivo central y para lo cual necesitó de profesionales que hicieran tareas de promoción y educación para entrar

a la vida doméstica de las familias, conocer sus prácticas y así realizar diagnósticos que fueran de utilidad para profesiones para otras disciplinas, pero también reconoce y fundamenta su quehacer en la complejidad de los contextos sociales articulando distintos horizontes teóricos que puedan explicar esta realidad (Tello, 2010).

Actualmente se articulan tres visiones: la tradicional, la reconceptualizada y la contemporánea (Tello y Ornelas, 2015). En el nicho institucional, el Trabajo Social de nuestro país aún preserva algunos rasgos asistenciales e instrumentales que limitan el impacto social que la y el profesional podrían tener en la vida cotidiana de los usuarios. Desde la labor académica se busca un soporte teórico y metodológico que explique una realidad cambiante, en un contexto global, pero tomando en cuenta las particularidades de personas, grupos y comunidades para lograr procesos de intervención fundados en el conocimiento.

## **5.2. Trabajo social y la incorporación del género en los procesos de intervención**

El trabajo social, como se ha expuesto, a modificado su objeto a sujeto de estudio, de un paradigma asistencial a uno crítico, de tener un carácter instrumental a uno de promotor del cambio y transformación social. A lo largo de su historia ha tenido que cambiar junto con la propia sociedad que demanda distintas necesidades su postura teórica y perfeccionar su metodología y técnicas, “la exploración de la realidad social, desde Trabajo Social requiere de los siguientes criterios: la conformación de un enfoque epistemológico, la interrelación objeto/sujeto, el estudio-investigación/intervención en una construcción dialéctica, crítica y compleja; el enfoque disciplinar desde lo microsocial y la vida cotidiana” (Chávez, 2017, p. 13). La intervención, como proceso que busca modificar, alterar o transformar una realidad o contexto social, implica:

“...la elucidación de los datos complejos de una situación desde un marco comprensivo explicativo de esa situación o, sencillamente, en cuanto búsqueda de

una secuencia lógica que dé sentido a lo que se presenta como demanda y a su vez platee la posibilidad de respuesta a partir de determinados dispositivos para la acción. En otras palabras, intervenir implica la construcción de la lógica del acontecimiento fundante de la demanda desde cierto marco teórico o campo de saber (Carballeda, 2012, p. 100).

Desentrañar la complejidad que la que habla Carballeda, involucra incorporar nuevas categorías y horizontes teóricos, las intervenciones que incorporan la categoría de género y la perspectiva de género, implican también una mirada crítica a la realidad y a la construcción social que ha dado como resultado desigualdades sí entre mujeres y hombres, pero también desde aquello que es ajeno a lo que no responde al orden patriarcal y que se han normalizado hasta llegar a procesos de exclusión y discriminación para ciertos sectores de la población: la comunidad LGBTTTI, las mujeres, las niñas, las personas adultas mayores, personas con discapacidad, indígenas. El concepto de género como elemento central para entender los TCA, está estrechamente ligado también al de cuerpo, pues en él en que se forja la identidad y construcción de lo que se considera masculino o femenino. El cuerpo de donde nacen y se forjan los significados que construyen la existencia individual y colectiva, se moldea bajo el contexto social y cultura y por el que se relaciona con el mundo (Le Breton, 2002).

Construir estas otras realidades al interseccionar el género permite descubrir las causas y repercusiones en la construcción social, crear formas nuevas de relaciones entre los actores sociales involucrados en el marco de la igualdad y equidad al visibilizar las inequidades que la propia reproducción social ha sostenido con el paso del tiempo. Este enfoque remite a un proceso de reconstrucción, mejora, desarrollo y evaluación para una intervención y políticas que mejoren las condiciones de las mujeres.

Las mujeres que padecen TCA, han atravesado en su vida por el rechazo de la apariencia de su cuerpo, la depresión, la insatisfacción con su imagen y el sentimiento de soledad. Aproximarse a las historias de vida de cada mujer brinda de herramientas al profesional de trabajo social para entender el entramado de significados, motivaciones, emociones y representaciones que se muestren un

panorama más amplio y sensible para la planeación de una intervención que tome en cuenta la situación de género de las mujeres en relación con los hombres; y, en primera instancia visibilizar para hacer consciente los principios sexistas y androcéntricos, para después desnaturalizar los fenómenos que rodean la desigualdad (Chávez, 2017).

### **5.3. El cuerpo como categoría de análisis en la intervención de Trabajo Social**

En nuestro país, gran parte de las y los trabajadores sociales se insertan en el mundo laboral en el nicho de las instituciones relacionadas con la salud y el desarrollo social con labores de base metodológicas y de uso técnico como estudios socioeconómicos, visitas domiciliarias, descripciones de relaciones familiares o como peritos en el área judicial del orden familiar.

Sin embargo, la carga burocrática y administrativa dificulta el proceso para la planeación y desarrollo de una intervención social por parte del profesional en trabajo social. Hacer intervención, implica desencadenar procesos de cambio en el ámbito social. Cada proceso depende de la condición externa que lo contiene y promueve, pero también la posición del sujeto con quien se trabaja en conjunto con el profesional (Tello, 2013). La trabajadora y trabajador social es el primer contacto con quien el usuario<sup>11</sup> tiene relación con la institución, de ahí su importancia en dos sentidos: de la impresión y satisfacción del servicio prestado y de la oportunidad de recabar la información necesaria para formar su caso ya sea con entrevistas, visitas domiciliarias, formación de grupos o redes de apoyo, etc. El profesional es la primera persona que orienta, indaga, brinda información, asesora y crea un lazo de confianza con la o el usuario (Tello, 2013).

---

<sup>11</sup> Tenorio y Mendoza (2004) mencionan la pertinencia de nombrar como “usuario” a la persona beneficiaria de un servicio institucional. Realizan una diferenciación entre los términos cliente y paciente. La primera remite a proceso de compra-venta de una mercancía más conveniente en los países donde la práctica profesional de trabajo social es de ámbito privado; en el segundo caso, paciente se interpreta como sinónimo de enfermo, de carácter pasivo y tolerante.

En este proceso de atención institucional se enmarcan los trastornos de la conducta alimentaria. Como se desarrolló en la trayectoria de atención, las instancias donde las mujeres con TCA atendieron su padecimiento, fueron instituciones médicas y psiquiátricas. Es relevante en sus narraciones la ausencia de trabajo social como parte integral de su recuperación. Ninguna de las participantes identificó la participación dentro de su trayectoria de atención a la labor de trabajo social, entonces, ¿en qué parte de la trayectoria de atención de los TCA deberían participar las y los trabajadores sociales? ¿cómo podrían generar un proceso de cambio?

La atención en instituciones médicas de los TCA responde a un modelo médico hegemónico (MMH)<sup>12</sup> donde las usuarias y usuarios son responsables de su enfermedad, la orientación médica es curativa y no preventiva y donde la relación médico-paciente es asimétrica. En este contexto, la intervención de trabajo social se centra en el estudio de caso que desde sus inicios ha tenido avances y nuevas propuestas para atender problemas sociales. Tradicionalmente se identifican cuatro etapas en su metodología: investigación, diagnóstico, plan y tratamiento (Tenorio y Mendoza, 2004). Posteriormente, han surgido propuestas especializadas que ponen énfasis en el plan y tratamiento y la forma de abordar el diagnóstico de forma descriptiva. Es en esta etapa donde quiero centrar la propuesta de este trabajo.

El diagnóstico es “la comprensión psicosocial, es el proceso del pensamiento dirigido a la naturaleza del problema y sus causas” (Tenorio y Mendoza, 2004, p., 167). Se centra en definir el problema que aqueja a la usuaria y los sentimientos que éste le provoca, la forma en que interactúa con elementos y causas que lo conforman, así como la relación con el contexto externo e interno. Comprende: descripción de la usuaria, el planteamiento del problema y la hipótesis de origen del problema (Tenorio y Mendoza, 2004).

---

<sup>12</sup> Eduardo Menéndez considera al Modelo Médico Hegemónico como la medicina alopática, con las siguientes características: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2003).

La forma de llegar a este objetivo es a través de una serie de entrevistas para desentrañar el origen del problema. La entrevista en intervención social es entendida por Carballeda como “un juego de múltiples interacciones, en el que se construyen diferentes preguntas y respuestas. Es un devenir en que transcurren una serie de intercambios discursivos a través de otros lenguajes que se expresan en distintos momentos y encuentros” (Carballeda, 2018, p. 165). La entrevista posibilita a la trabajadora o trabajador social encontrar los significados y representaciones que desde la mirada de las y los usuarios encuentran sentido y dirección del problema que se vive y, por lo tanto, también posibilita su tratamiento. El relato se presenta como proceso complejo que, sumado a la obtención de información, promueve la acción, con recuerdos que reflejan los imaginarios sociales de un momento histórico. La relación construida entre la o el profesional y usuarios permite acceder a la interioridad desde la expresión de su padecimiento haciendo posible sacar a la luz aquello que estaba callado, ocultado, negado por la desigualdad, la opresión o el dolor (Carballeda, 2018).

Se propone entonces, a la entrevista con mirada de intervención social como técnica medular en la construcción de un diagnóstico que permita encausar una mejor planeación de tratamiento y seguimiento de los TCA en un estudio de caso. Deberá ser llevada con el propósito de la construcción de itinerarios corporales, haciendo hincapié en los procesos vitales y las prácticas corporales donde el cuerpo es el lugar de la vivencia, experiencia, reflexión y resistencia y desde el cual se busca generar una transformación que ayude a cada usuaria en la reconstrucción del padecimiento permitiendo la reflexión corporal y el empoderamiento corporal. Con esta línea, las usuarias se vuelven activas y partícipes centrales de su propio tratamiento y recuperación, ya no desde la subordinación.

La intervención desde lo microsociedad, como lo señala Carballeda (2012), es ajustar nuevas formas de construir categorías para una realidad social “inestable”, con fracturas y nuevos malestares, donde el padecer también responde a crisis provenientes de la incertidumbre. La salud, la enfermedad, el trabajo o la familia tienen entonces, nuevos escenarios atravesando la singularidad de los sujetos. La forma de aproximarse al impacto de lo macrosociedad en lo subjetivo es al reconstruir

la propia historia, que la persona hable y demande a diferencia de aquellas entrevistas que buscan dar respuestas a categorías estables “la mirada y la escucha centradas en la presentación de ese “otro” pueden determinar, orientar y muchas veces marcar un rumbo a la intervención” (Carballeda, 2012, p. 143).

Así, la intervención se convierte en “un hacer racional, intencional, funda en el conocimiento, que genera estrategias de intervención buscando, junto con el otro -el sujeto individual o colectivo-... alterar, modificar, irritar procesos sociales que lo limitan en su participación social responsable, en su entorno concreto, en su aquí y ahora” (Tello, 2013, p. 15).

Los modelos de intervención en Trabajo Social han sido un tema de discusión dentro de la disciplina. Se cuestiona no sólo la pertinencia, sino también su eficacia en un mundo donde la multiplicidad de actores y contextos hacen imposible la homologación de procesos metodológicos que den respuesta a las necesidades sociales de cada población, grupo o individuo<sup>13</sup>.

Como señala Viscarret, los trabajadores sociales en su crecimiento teórico y metodológico han desarrollado modelos que dan seguridad al quehacer en la práctica del trabajo social bajo la premisa de control y predicción. Pensar por lo tanto en un modelo, es garantizar resultados y con ellos el fortalecimiento de la profesión (Viscarret, 2009). Construir un modelo es reducir la realidad a una serie de pasos que refuerzan la relación de poder entre el profesional social y los sujetos poseedores de una demanda o problema social, una relación jerárquica que responde a discursos que construyen al sujeto como un sujeto asistencial. Por ello, en un contexto institucionalizado como lo es el área de la salud en los hospitales, normalizando y homogeneizando a las usuarias, la construcción de un diagnóstico con mirada social, sensible, empático, buscando el empoderamiento; es una posibilidad de generar cambios en la persona que atraviesa un momento de crisis como los TCA.

---

<sup>13</sup> Viscarret considera ocho modelos desde los cuales Trabajo Social realiza sus intervenciones: modelo psicodinámico, modelo de intervención en crisis, modelo centrado en la tarea, modelo conductual-cognitivo, modelo humanista y existencial, modelo crítico/radical, modelo de gestión de casos y modelo sistémico (Viscarret, 2009).



El trabajo social tendría que adoptar el cuerpo como una categoría de análisis como lugar de concreción de la vivencia y desde el cual se visualiza y construye un mundo, el mundo experiencial. El cuerpo desde esta perspectiva es visto como la materialización del sujeto, vehículo para acceder al análisis de la existencia humana y las relaciones entre sujeto, cuerpo y sociedad, entre naturaleza y cultura, entre lo orgánico y cultural. Contribuye a entender la diversidad para resolver la existencia humana y comprenderla a partir de la ciencia social (Esteban, 2013).

Los itinerarios corporales deben reflejar los procesos individuales, pero siempre con un referente social, y bajo los lentes de la perspectiva de género. Al construir los itinerarios corporales, “se presenta una carrera que va a ir ratificándose, etapa tras etapa, según la cual se construirá la identidad psiquiátrica del sujeto... que le permitirá “torcer el mundo”, que continuará interviniendo” (Carballeda, 2012, p. 147). La perspectiva de género “es un punto de vista, a partir del cual se visibilizan los distintos fenómenos de la realidad (científica, académica, social o política), que tiene en cuenta las implicaciones y efectos de las relaciones sociales de poder entre los géneros (hombres y mujeres)” (Serret, 2008, p. 15). Si el diagnóstico se realiza desde un inicio bajo este principio, por lo tanto, la intervención tendrá en consecuencia que desencadenar procesos donde las condiciones de género sean el eje principal del plan y tratamiento a ejecutar.

Utilizar la perspectiva de género para analizar la realidad social implica: “a) el respeto de los derechos humanos de hombres y mujeres; b) definir las relaciones entre hombres y mujeres que se desprenden de la construcción de género; c) tener como punto de partida la condición social de hombres y mujeres así como la definición de sus necesidades prácticas y estratégicas que los caracterizan; d) la reflexión sobre los privilegios de los hombres con relación a las mujeres; e) planteamientos para la promoción de la igualdad de condiciones entre hombre y mujeres; f) destacar las aportaciones que las mujeres han hecho al desarrollo económico, político, social y cultural de la comunidad y la sociedad; g) la identificación de las relaciones de poder entre hombre y mujeres en el ámbito social, político, económico y cultural; y h) el reconocimiento y análisis del papel que juegan

los reforzadores tradicionales de la construcción de género, en la reproducción de las desigualdades de género” (Chávez, 2017, p.22).

Un proceso de intervención con base en esta propuesta impulsa al sujeto a colocarse como el constructor de su propia historia en relación a un colectivo. La usuaria ingresará a la institución en un momento de su vida y con un tipo de problemática específica y egresará en un momento distinto, con potencialidades diferentes y una nueva mirada hacia la crisis que tendrá que enfrentar (Tello, 2013).

Intervenir en los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde una mirada microsocia (desde el sujeto) en interacción constante con lo macrosocia (contexto) con el fin último de comprender al otro y su realidad, evita la cosificación y objetivación de la persona que vive un padecer desde una crisis que se presentan en padecimientos, angustias y temores.

La y el trabajador social tendrá entonces las herramientas para vincular a la usuaria con el profesional de la institución, en este caso el médico, psiquiatra o nutrióloga. Además, tendrá que realizar en paralelo al proceso de atención, la construcción y modificación constante del itinerario corporal a través de la entrevista que propicie la reflexión y empoderamiento corporal como parte de un tratamiento integral y multidisciplinario en los TCA y en cualquier enfermedad o padecimiento que se implante en el cuerpo.

## Referencias.

Acosta, M. y Gómez, G. (2002). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical Health Psychology*, Vol III, N° 1, 9-21.

Alayón, N., Barreix, J., & Cassineri, E. (1971). ABC del Trabajo Social Latinoamericano. Buenos Aires: Editorial ECRO.

Altamirano, M., Vizmanos, L., y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 30, 401-7.

Andersen, A.E., y Holman, J.E. (1997). Males with eating disorders: changes for treatment and research. *Psychopharmacol Bulletin*, 33. pp. 391-397.

Ayala, A. y Cargas, D. (2005). *Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer*. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social, México: UNAM.

Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián. Revista de Humanidades* No. 2. Centro Asociado de la UNED de Tudela, Navarra.

Barahona, M. (2016). El trabajo Social: Una disciplina y profesión a la luz de la historia. Madrid. Universidad Complutense de Madrid.

Basaglia, F. (1987). *Mujer, locura y sociedad. México*. Universidad Autónoma de Puebla.

Barragán, A. (2011). La metáfora raíz como categoría de análisis en las representaciones de los cuidados paliativos. *Revista Cuicuilco*, Vol. 18, N° 52, 133-153.

Beauvoir, S. (2012). El segundo sexo. México. Debolsillo.

Behar, R; Arancibia, M.; Heitzer, C.; Meza, Nicolás (2016). Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Revista Médica Chile*; 144, 626-633.

Behar, R.; Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista Médica de Chile*, 138. pp. 1386-1394.

Bonilla, G. (2010). Teoría feminista, ilustración y modernidad: Notas para un debate. *Cuadernos de literatura del Caribe e Hispanoamérica*. pp. 191-2014.

Bordo, S. (1992). Postmodern Subjects, Postmodern Bodies. *Feminist Studies*. núm. 18, pp. 159-175.

Bordo, S. (2001). El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. *La Ventana*. núm. 14, pp. 7-81.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona. Editorial Anagrama.

Buddeberg, B., Klaghofer, F.; Reed, V. (1999). Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescent. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 325-338.

Calaf, M., León, M. ; Hilerio, C., Rodríguez, J. (2005). Inventario de imagen corporal para féminas adolescentes (IICFA) *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 39, núm. 3, 347-354.

Carballeda, A. (2018). Lo histórico, lo teórico y metodológico. Argentina. Margen Ediciones.

Carballeda, A. (2012). La intervención en lo social. Exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires. Paidós.

Carreño, A. (2014). *Estudio sobre factores de riesgo personal, familiar y su interrelación en la presencia de trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis de Maestría en Trabajo Social. México: UNAM.

Castellanos, A. (2000). Antropología y racismo en México. *Desacatos*, núm. 4. México. CIESAS, pp. 53-79.

Chaby, L. (2001). *La adolescente y su cuerpo. Una explicación para comprender, un ensayo para reflexionar*. México: Siglo veintiuno editores.

Chávez, J. (2017). Género y Trabajo Social. Centro de Estudios de la Mujer. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Chávez, B. (1982). Trabajo Social de Casos. Nuevo León. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Chrisman, N. J. (1977). The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 (4). pp. 351-378.

Cruz, T. (2016). Reflexiones en torno a los estudios de cuerpo. En Inés Castro y Susie Morales. *Cuerpos y diversidades. Miradas desde el sur*. México. Universidad de ciencias y artes de Chiapas. pp. 34-50.

Comas, Juan (1983). *Manual de Antropología Física*. México: UNAM.

Davis, K. (1995). *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. Nueva York: Routledge.

Del Moral Pérez Oviedo, M. (2000). "Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Comunicar*, N° 14, 208-217.

Espinosa, E. (2005). *Anorexia y bulimia nerviosas: un mal moderno intervención del trabajo social, con pacientes adolescentes que padecen anorexia y/o bulimia nerviosas*. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social. México: UNAM.

Esnaola, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y modificación de conducta*, Vol. 31, N° 135, 5-22.

Esteban, M. (2013). *Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. España. Ediciones Bellaterra.

Esteban, M. (2008). Etnografía, itinerarios corporales y cambio social. Apuntes teóricos y metodológicos. En Miren Elixabete Imaz Martínez (coord.). *La maternidad de la identidad* (pp. 135-158). España. Hariadna Editorial.

Esteban, M. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Fallon, A. (1990). Cultura in the mirror: sociocultural determinants of body image en Crash, T y Pruzinsky, T. *Body Image development, deviance and change* (pp. 80-190). New York: Guilford Press.

Florenzano, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Fichter y Krenn (2003). Eating disorders in males. En Treasure J, Schmidt U, Van Furth E, editors. *Handbook of eating disorders*. Philadelphia: John Wiley & Sons.

Fleta, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*. 47. pp. 37-45.

Flores, J. (2007). *La diversidad sexual y los restos de la igualdad y la inclusión*. Colección Estudios, núm. 5. México. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2011). *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia, una época de oportunidades*. New York: UNICEF.

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*. España: Siglo XXI.

Foucault, M. (1981). *Technologies of the Self. Tanner Lectures on Human Values. Salt Lake City.* University of Utah Press.

Foucault, M. (2005). *Vigilar y Castigar.* México: Siglo XXI Editores.

Gaytán, D. (2009). *Antropometría y percepción de la imagen corporal.* Tesis de licenciatura en Antropología Física. México: ENAH/INAH.

García Andrade, A. (2015). El cuerpo y las ciencias sociales: tres regiones científicas. En *El cuerpo. Estado de la cuestión*, (pp. 101-132). México. La Cifra/Universidad Nacional Autónoma Metropolitana.

García, S. (1998). Especificidad y rol en Trabajo Social. Curriculum-saber-formación. Buenos Aires. Editorial Humanitas.

Goffman, E. (1968). *Asiles.* París. Minuit. Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación.* México: McGraw-Hill.

Grant, J. y Cash, T (1995). Cognitive-behavioral body image therapy: Comparative efficacy of groups and modest-contact treatments. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.

Gross, E. (1986). ¿Qué es la teoría feminista? En C. Pateman, & E. Gross, *Feminist Challenges. Social and Political Theory.* Boston. Northeastern University Press. pp. 85-105.

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación.* México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por entidad federativa. Distrito Federal.* México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Jaiven, A. (2017). Feminismos. En Hortensia Moreno y Eva Alcántara. *Conceptos clave en los estudios de género.* México. CIEG/UNAM.

Javierre E; Amiguet, M; Mengual, JM; Fuertes, A; Ruiz, PM, García, N (2016). Lo último entre adolescentes. Los cortes en la piel. *Boletín Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria.* pp. 46- 35.

King, M. (1989). Eating disorders in general practice population: prevalence. Characteristics and follow-up al 12 to 18 months. *Psychol Med. Monograph Supplement.*

Kirszman, D.; Salgueiro, M. (2015). Imagen corporal. Dimensiones en la psicopatología y modalidades de intervención. En *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, Vol. 6, Num. 2, Universidad Nacional Autónoma de México. México. pp. 129-136.

Lagarde, M. (2012). *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y utopías*. México. Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México. UNAM.

Lagarde, M. (1990). Identidad femenina. *Secretaría Nacional de Equidad y Género*, pp. 25-32.

Lamas, M. (2000). La antropología feminista y la categoría "género". En M. Lamas, *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México. PUEG/UNAM. pp.97-125.

Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *Revista de Educación y Cultura de la sección*, 47. pp. 216-229.

Le Breton, A. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Le Breton, A. (2011). Prologo en Muñiz, E. *La cirugía cosmética: ¿Un desafío a la naturaleza? Belleza y perfección como norma*. México: UAM.

López, S. (2012). *Cuerpo, memoria y salud*. En *Tramas*. N°. 37. México. UAM-X. pp. 33-55.

López, S. (2008). La significación de lo corporal en la cultura en Aguilera y Alcanrán. *Cuerpo, identidad y psicología* (pp 13-31). México: Plaza y Valdez Editores.

Losada, A.; Leonardell, E. y Magnolia, M. (2015). Influencias socioculturales y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 18, N° 1, 380- 416.

Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*. España, N° 55 Vol. 3, 455-473.

Mallart, LL. (1984). *La dansa dels esperits*. Barcelona. Llar del Llibre.

Martínez, E. (2015). *Constructos socioculturales de la imagen corporal en las mujeres mastectomizadas en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)*. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social. México: UNAM.

Mauss, M. (1979). *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.

Martínez, E., Toro, J. y Salamero, M. (1996). Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna*, N° 23, 125-133.

Massot, M. (2003). *Jóvenes entre culturas. La construcción de la identidad en contextos multiculturales*. España: Editorial Desclée De Brouwer.

Mead, Margaret (1985). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. México: Editorial Planeta.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, N°4 (7). pp 71-83.

Millet, K. (1975). *Política sexual*. México

Mora, M.; Raich, R. (2004). Una revisión de estudios de intervención sobre las alteraciones de la imagen corporal. En *Psicología y Ciencia Social*, vol. 6, núm. 002. Universidad Nacional Autónoma de México. México. pp 34-46.

Morandé, G. (1995). "Introducción". *Protocolo de Trastornos del Comportamiento Alimentario*. Madrid: INSALUD.

Muñiz, E. (2015). Los estudios del cuerpo en México. En Citro, Silvia; Bizerril, José y Mennelli, Yanina (coord.), *Cuerpos y corporalidades en las culturas de las Américas*. Buenos Aires. Biblos. pp. 59-76.

Muñiz, E. (2010). *Disciplinas y prácticas corporales. Una mirada a las sociedades contemporáneas*. México: UAM.

Muñiz, E. (2010). Las prácticas corporales. De la instrumentalidad a la complejidad. En Elsa Muñiz, *Disciplinas y prácticas corporales. Una mirada a las sociedades contemporáneas*. México. Anthropos/Universidad Autónoma Metropolitana. pp. 17-50.

Muñiz, E. (2011). *La cirugía cosmética: ¿Un desafío a la naturaleza? Belleza y perfección como norma*. México: UAM.

Muñiz, E. (2008). La historia cultural del cuerpo. En Elsa Muñiz, *Registros corporales* (pp 15-30). México. Universidad Autónoma Metropolitana.

Nisbet, R. (1969). *Social change and History: Aspects of the Western Theory of Development*. Londres. Oxford University Press.



Orbach, S. (1993). *Hunger strike: the anorectic's struggle as a metaphor for our age*. London: Pinguin.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Francia.

Olivardia, R., Pope, H., Mangeweth, B. y Hudson, J. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152. pp. 1279-1285.

Perpiñá, C.; Botella, C.; Baños, R.M. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y tratamiento mediante realidad virtual*. Promolibro. Valencia.

Phiper, Mary (1999). *Hambre a la moda*. Barcelona: Editorial Grijalbo.

Plummer, K. (1983), *Documents of Life*, London: Allen.

Pruzinsky, T. y Cash, T. (2002). Understanding body images. Historical and contemporary perspectives. En Cash, T. y Pruznisky, T. (eds). *Body Images. A handbook of theory, research and clinical practice* (3-12). USA: Editorial Guilford Press.

Raich, R. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid. Pirámide.

Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Vol 22, 15-27.

Ríos, M. (2009). De la historia de las mentalidades a la historia cultural. Notas sobre el desarrollo de la historiografía en la segunda mitad del siglo XX. *Estudios de Historia Moderna y contemporánea de México*. N. 37, enero-junio, pp. 97-137.

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *Nueva Antropología*, vol. VIII, núm. 30, México, pp. 95-145.

Sabido, O. y Cedillo, P. (2015). Miradas de las ciencias sociales al cuerpo en México: tendencias temáticas y abordajes disciplinares. En Elsa Muñiz, *El cuerpo. Estado de la cuestión*, (pp. 66-100). México. La Cifra/Universidad Nacional Autónoma Metropolitana.

Secretaría de Salud (2004). *Guía de los Trastornos Alimenticios. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. México.

Salaberria, K; Rodríguez, S. y Cruz S. (2007). Percepción de la imagen corporal. En Irazusta, A.,. *Cuadernos de Ciencias de la Salud*. Donostia: Eusko Ikaskuntza, España,171-183.

- Secretaría de Salud (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. México.
- Serrano, J. (1997). Estudio de casos. En Angel Aguirre Baztán. *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. México. Alfaomega. pp. 203-208
- Serret, E. (2008). *Qué es y para qué sirve la perspectiva de género*. México. Instituto de la Mujer Oaxaqueña.
- Serret, E., Méndez, J. (2011). *Sexo, Género y feminismo*. México. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, Instituto Electoral del Distrito Federal.
- Taylor S.J. y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona. Ediciones Paidós.
- Tello, N. y Ornelas, A. (2015). Historia del trabajo social en México. En T. Fernández, & R. De Lorenzo, *Trabajo social: una historia global*. España: McGraw-Hill. pp. 245-266.
- Tello, N. (2013). Pensando el trabajo social desde el trabajo social. En *El cuaderno académico del laboratorio SYNDESMOS*. México. Editorial La ruptura. pp. 32-44.
- Tello, N. (2010). Entramado histórico y aparición del trabajo social como profesión. En *Revista de Trabajo Social. ENTS/UNAM*. pp. 45-52.
- Tenorio, R. y Mendoza, C. (2004). La atención individualizada en el trabajo social. En Manuel Sánchez Rosado. *Manual del trabajo social*. México. ENTS/UNAM. Plaza y Valdés. pp.159-188.
- Twaddle, A. (1980). *Sickness and the sickness career*. En Eisenberg y Kleinman, *The relevance of Social Science for Medicine*. London. D. Reidel Publishing Company. pp. 111-133.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Torres, Mónica Inés; Lovari Torres, Juan Luis (s/f). *Vulnerabilidad y TA: Una experiencia de trabajo en red*. Consultado en <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/vyta.pdf>
- Torres, F. (2008). Modelos hegemónicos, creaciones siniestras en Muñiz, E.(coordinadora). *Registros corporales* (pp.487-518). México: UAM.
- Turner, B. (1994). Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas REIS*, núm. 68, pp. 11-39.

Turner, V. (2002). *Antropología del ritual*. México. INAH/ENAH.

Unikel, C.; Ramos, L.; Juárez, F. (2011). Asociación entre abuso sexual infantil y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista de Investigación Clínica*. Vol. 63, Num. 5. pp. 475-483.

Unikel, C.; Caballero, A. (2010). *Guía clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud.

Unikel, C.; Villatoro, J.; Medina-Morca, M.; Bautista, C.; Alcántar, M. y Hernández, S.I (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *La Revista de Investigación Clínica*. Vol. 52, N° 2, 140-147.

Vaquero-Cristóbal, F.; Muyor, J. y López- Miñarro, P. (2013). Imagen corporal, revisión bibliográfica” *Nutrición Hospitalaria*. Vol. 23, N° 1, 27-35.

Vera, J. (2002). *Las andanzas del caballero inexistente. Reflexiones en torno al cuerpo y la antropología física*. México: Colección Eslabones de la ciencia.

Viscarret, J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En Tomas Fernández García. *Fundamentos del Trabajo Social*. España. Alianza Editorial. pp. 293-344.

Wieviorka, M. (2003). Diferencias culturales, racismo y democracia. En Daniel Mato (coord.), *Políticas de identidades y diferencias sociales en tiempos de globalización*. Caracas: FACES UCV, pp. 17-32.

Wittrock, B. (2011). Intervenciones cambiantes: repensando lo social, lo humano y lo natural. *Informe sobre las ciencias sociales en el mundo. Las brechas del conocimiento*. México. UNESCO. pp 214- 218.

### **En línea:**

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) (s/f). “Salud de la adolescencia” (7 de septiembre de 2017). Recuperado de <http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/saludadol.pdf>

¡Anorexia, en niñas! (7 de septiembre de 2017). *El Tiempo* (2000). Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1254271>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2 de abril de 2018). *Cifras Cuéntame*. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>

La verdad acerca de la belleza; renovado. Extensión de la conversación para la siguiente generación (12 de agosto de 2017). Recuperado de [http://www.dove.com.mx/es/Assets/Others/PDF/Dove\\_Extendiendo%20la%20conv%20ersaci%C3%B3n%20a%20las%20nuevas%20generaciones.pdf](http://www.dove.com.mx/es/Assets/Others/PDF/Dove_Extendiendo%20la%20conv%20ersaci%C3%B3n%20a%20las%20nuevas%20generaciones.pdf)

Ministerio de Sanidad y Consumo (7 de septiembre de 2017). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_440\\_Tt\\_Conduc\\_Alim\\_compl\\_\(4\\_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf)

Murolo, L. (27 de agosto de 2017). Sobre los estereotipos de belleza creados por el sistema, impuestos por los medios de comunicación y sostenidos por la sociedad". En: Universidad Nacional de Quilmes. Recuperado de <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/764>

VI Legislatura de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2 de septiembre de 2017). "Se registran 20 mil casos en último año de anorexia y bulimia". Recuperado de <http://aldf.gob.mx/comsoc-registran-20-mil-casos-ultimo-anorexia-y-bulimia--16574.html>

# ANEXO



## Guía de entrevista

### Proyecto de investigación *Imagen corporal, prácticas corporales y riesgos a la salud en mujeres. Un análisis desde el trabajo social con perspectiva de género.*

#### Itinerarios corporales sobre TCA

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

- o Cuéntame de ti. ¿Qué haces en tu tiempo libre? ¿a qué te dedicas? ¿qué es lo que más te gusta de ti? ¿qué cualidades consideras que tienes?
- o ¿Cómo describirías tu cuerpo? ¿cómo percibes tu cuerpo? ¿cómo es la relación con tu cuerpo?
- o ¿Te gusta tu cuerpo? ¿siempre ha sido así?
- o ¿Tuviste algún problema con tu cuerpo a lo largo de tu vida? ¿Desde cuándo? ¿Cómo comenzó?
- o ¿Cómo fue la evolución de ese problema?
- o ¿Cuál fue el momento de malestar con tu cuerpo de esa época que más te marcó?
- o ¿Cómo te sentiste? ¿Qué pensabas de tu cuerpo en ese momento?
- o ¿Por qué crees que pensabas eso de tu cuerpo? ¿Qué o quiénes contribuyeron a que pensaras eso de tu cuerpo? ¿cuál consideras que fue el motivo de tu problema?
- o ¿Cómo te diste cuenta de que lo que sentías y pensabas de tu cuerpo era un problema? ¿Cómo te sentiste?
- o ¿Cómo querías que fuera tu cuerpo? ¿Qué hacías para poder conseguirlo?
- o ¿Sentiste que lograste tu objetivo con tu cuerpo como querías?
- o ¿Cómo empezaste tu recuperación? ¿A dónde acudiste? ¿Quién estuvo contigo? En ese proceso, ¿en quién encontraste más apoyo: médico/medica enfermera/enfermero, nutriólogo/nutrióloga, trabajador social/trabajadora social?
- o ¿Qué te ayudó a superar el problema? ¿Qué tipo de atención fue la que más te ayudó?
- o ¿Crees que pudiste evitarlo de alguna forma? ¿cómo?
- o ¿Por qué crees que las mujeres se sienten insatisfechas con su cuerpo?
- o ¿Cómo ves a tu cuerpo en un futuro? ¿crees que la relación con tu cuerpo podría cambiar?



**Carta de consentimiento informado para participar en  
proyecto de investigación.  
Posgrado en Trabajo Social  
Escuela Nacional de Trabajo Social.  
Universidad Nacional Autónoma de México.**



Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019.

Muchas gracias por su colaboración. Usted ha sido invitada a participar en el proyecto de investigación denominado “Imagen corporal, prácticas corporales y riesgos a la salud en mujeres. Un análisis desde el trabajo social con perspectiva de género” como parte del proceso de titulación de Cinthya Karina Castro García con matrícula 517030882 del Posgrado en Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Dicho estudio tiene el objetivo analizar los motivos sociales y culturales que impulsan a mujeres a realizar prácticas estéticas con tienen repercusiones en su salud para diseñar alternativas de intervención desde el Trabajo Social con una perspectiva de género.

Para lograrlo, le pido me permita realizar una entrevista con preguntas referentes a la temática del proyecto y tener registro de audio para su posterior análisis.

La información será anónima y se usará sólo con propósitos profesionales, codificando los datos y manteniéndola en archivos seguros a la que sólo la investigadora titular tendrá acceso.

Los resultados del estudio serán usados para un proyecto de tesis y/o conferencias para mostrar los avances de investigación y no se revelarán datos sensibles de las mujeres participantes en la muestra del estudio.

## **FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Investigador Principal: Cinthya Karina Castro García.

Título de la Investigación: Imagen corporal, prácticas corporales y riesgos a la salud en mujeres. Un análisis desde el trabajo social con perspectiva de género.

- He leído y discutido la Descripción de la investigación con el investigador. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del propósito y procedimientos en relación con el estudio.
- Mi participación en esta investigación es voluntaria. Puedo negarme a participar o renunciar a participar en cualquier momento.
- La investigadora puede eliminarme de la investigación bajo su discreción profesional.
- Cualquier información derivada del proyecto de investigación que me identifique personalmente no será publicada o revelada sin mi consentimiento particular.
- Si en algún momento tengo alguna pregunta relacionada con la investigación o mi participación, puedo contactarme con Cinthya Karina Castro García, quien responderá mis preguntas.
- Recibo una copia del presente consentimiento informado.
- Si se requiere la grabación de un video o audio como parte de esta investigación (por favor, marque con una cruz dentro del paréntesis la opción que usted acepta):  
 Sí, consiento a que el audio sea grabado.  
 No consiento a que el audio sea grabado. Los materiales escritos, grabados en video y/o audio serán vistos sólo por el investigador principal y los miembros del equipo de investigación.
- Mi firma significa que estoy de acuerdo con participar en este estudio.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_