

01052



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLOGICAS**

**MUJERES ANOREXICAS Y BULIMICAS LA CONSTRUCCION  
SOCIOCULTURAL DEL CUERPO FEMENINO**  
Análisis con perspectiva de género

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRIA EN ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**P R E S E N T A**

**AZUCENA EDUWIGIS AVILA VASQUEZ**



DIRECTORA DE TESIS DRA. MARCELA LAGARDE Y DE LOS RIOS

MEXICO, D. F.



**FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
SERVICIOS ESCOLARES**

2006

m. 339806



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Azucena Edwigis  
Avila Vásquez

FECHA: 10-enero-2005

FIRMA: [Firma]

*Esta tesis no sería sin el apoyo de las personas que han estado a mi lado a lo largo del tiempo en que cursé la maestría y en que realicé la tesis, por lo tanto, quiero dedicárselas a todas ellas y agradecerles infinitamente*

*Dedicatoria:*

*A Marina, mi madre, por su amor  
A Marve, Mary, Norma y Francisco, mis hermanas y hermano, por su apoyo y cariño  
A Chona, mi abuela, por su ejemplo de fortaleza  
A Mariana, Andrea, Perla, Inna, Daniel y David por sus sonrisas  
A Pedro, por alegrar mi vida  
A Mis tíos Gabino y Sebastián (†) por su cariño de padres  
A Elvis por su solidaridad  
A Laura, Nadia y Joel por su amistad.*

*A todas las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia*

*Agradecimientos:*

*A Marcela por todo cuanto me ha dado, su enseñanza, su paciencia, su apoyo, su amistad  
A Lucy, por iniciar juntas el viaje hacia el feminismo, por estar siempre cerca de mí, por enseñarme que no debemos preocuparnos sino ocuparnos  
A Mela, por su escucha, por su alegría  
A todas ellas por enseñarme con su ejemplo la sororidad  
A Manuel, por su apoyo incondicional, por su aliento para seguir adelante.  
Al Instituto de Investigaciones Antropológicas  
A la UNAM por ser lugar de encuentros y desencuentros, por todo lo que me brindó como estudiante y por todo lo que significa para las y los unamitas.*

*En especial quiero agradecer a las tres jóvenes que, depositando su confianza en mí, permitieron que conociera los momentos más importantes y trascendentales en sus vidas. Decirles que con ustedes aprendí cuan difícil puede ser la vida para las mujeres en una sociedad patriarcal y qué fuertes pueden ser éstas al enfrentarla.*

<b>INDICE.</b>	<b>1</b>
Introducción.	1
Capítulo I.	16
Las mujeres anoréxicas y bulímicas: construidas social y culturalmente.	
1.1 Las mujeres que padecen de anorexia, bulimia y la antropología feminista de género.	16
1.2 Los estudios antropológicos sobre la anorexia y la bulimia.	23
1.3 El patriarcado y el poder de género.	27
1.4 Las mujeres que padecen de anorexia, bulimia y el género	30
1.5 Las Identidades	34
1.6 La sexualidad en el centro de la anorexia y la bulimia en las mujeres	36
1.7 Cuerpo vivido e imagen corporal	40
1.8 Concepciones médicas y psiquiátricas hegemónicas sobre la anorexia y la bulimia	44
1.9 Las mujeres que padecen de anorexia, bulimia y las representaciones sociales	56
1.10 La sociedad, el Estado y las mujeres que padecen de anorexia y bulimia	61
Capítulo II.	71
La historia de vida de Miriam, Martha y Mónica.	
2.1 El Método	71
2.2 ¿Quiénes son Miriam, Martha y Mónica?.	76
2.2.1 Hitos en la vida de Miriam.	77
2.2.2 Miriam.	82

2.2.3 Hitos en la vida de Martha.	93
2.2.4 Martha.	97
2.2.5 Hitos en la vida de Mónica.	104
2.2.6 Mónica.	109
2.2.7 Comparación de los 3 casos: similitudes y diferencias.	116
Capítulo III.	119
Interpretación: la construcción sociocultural del cuerpo femenino	
3.1 La sexualidad rechazada	120
3.2 Las subjetividades	139
3.3 El trabajo	146
3.4 La familia	152
3.5 Las amistades	165
3.6 La alimentación	169
3.7 Los estereotipos femeninos y las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia.	174
3.8 Violencia y represión sexual	187
3.9. Salud y enfermedad.	200
Capítulo IV.	221
Empoderamiento y autoestima: alternativas de vida.	
4.1 Empoderamiento y autoestima.	221
4.2 Visibilizando los recursos con que cuentan las mujeres para su empoderamiento.	223
4.3 La atención	234
Conclusiones.	236
Bibliografía.	250

## INTRODUCCIÓN

"La mujer vive el mundo desde su cuerpo. El hombre también, pero para el hombre su vida no es su cuerpo y para la mujer la vida se despliega en torno a un ciclo de vida profundamente corporal. Por eso su sensibilidad, y por eso su cuerpo grita y le duele cuando está inconforme"

Marcela Lagarde.

La presente investigación es acerca de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia, a quienes defino como **mujeres que condicionadas genéricamente expresan a través de su comportamiento alimentario, es decir, de prácticas restrictivas, atracones, vómitos y/o privación total del alimento, la opresión social de la que son objeto.**

Asimismo, las concibo como **construcciones socioculturales enmarcadas en la organización social patriarcal.**

El interés por las mujeres que padecen anorexia y bulimia se debe a que ha trascendido el hecho de que la mayoría de las personas que padecen estas enfermedades son mujeres, pues, si bien es cierto que también hay hombres el porcentaje entre unas y otros es más que revelador de que no se trata de enfermedades que se presentan sin que el género sea condición fundamental para que esto suceda. Es decir, no es un hecho fortuito el que las mujeres representen entre el 90 y 95 por ciento de los casos, ni tampoco que, de acuerdo con diversos

estudios, los hombres que padecen de anorexia y bulimia sean sujetos con problemas en torno a su identidad masculina (Émilce Dio Bleichmar, 2000; Josep Toro, 1999).

Hoy en día, la anorexia y la bulimia, en algunas sociedades como la española o la estadounidense, se han convertido en tema de salud pública debido a su incidencia; se estima que de cada 100 mujeres, una padece anorexia y tres bulimia, o cinco una combinación de las dos enfermedades<sup>1</sup>. Sin embargo, el punto más alarmante es que las jóvenes se están muriendo como consecuencia de estos males. Así, por ejemplo, hace una década, en Estados Unidos morían 150,000 jóvenes al año a causa de la anorexia (Naomi Wolf, 1991). Es importante señalar que el número de muertes a causa de la anorexia y la bulimia es aproximado ya que muchas de las jóvenes que fallecen nunca tuvieron registro de atención relacionada con estas enfermedades, sus muertes fueron asociadas más bien a las complicaciones que devinieron de éstas como son los paros cardíacos.

En el caso de México si bien no se tienen estadísticas sobre la incidencia, los egresos hospitalarios o las defunciones relacionadas específicamente con la anorexia y la bulimia, pues están contenidas sin desagregarse en la categoría trastornos mentales y del comportamiento, es importante destacar algunas de las principales causas que pueden tener relación con estas enfermedades y que sí están expuestas en las estadísticas de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud (<http://www.salud.gob.mx>).

De acuerdo con la Secretaría de Salud, con base en el informe sobre mortalidad así como de egresos hospitalarios del 2001, entre las principales causas de muerte de la población en general, la desnutrición calórico proteica

---

<sup>1</sup> En Estados Unidos, donde sí se cuenta con estadísticas, el número de casos de anoréxicas fluctúa entre el 0.2% y el 0.5% de la población comprendida entre 12 y 25 años de edad; mientras que los casos que presentan bulimia comprenden entre el 2% y el 3%; en los casos no especificados, es decir aquellos que no presentan el cuadro sintomático completo, el porcentaje es del 3 al 5% (Claudia Unikel, 2000).



ocupa el decimosegundo lugar; este dato tan global puede, sin embargo, relacionarse con los datos resultantes del desglose de egresos hospitalarios por sexos, que señalan que las mujeres ocupan el 57.3 por ciento de las personas más afectadas por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, sobre todo entre los 15 y los 44 años de edad (Idem).

Ahora bien, no obstante la falta de datos oficiales sobre la incidencia de la anorexia y la bulimia, sí se cuenta con datos específicos de instituciones dedicadas al tratamiento y prevención de estas enfermedades, como es el caso de la Fundación Internacional Contra la Anorexia y la Bulimia (CBA). Victoria Holtz, directora de dicha institución, declaró que mientras que en 1993 el número de mujeres que se atendía mensualmente era de 150, para el 2000 éste ascendió a 600 casos (Proceso Núm.1292).

Por su parte Juan Manuel Mancilla Díaz, psicólogo y profesor de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala, ha señalado que los trastornos de la alimentación, es decir, la anorexia y la bulimia, "pueden ser 'hereditarios', no en términos genéticos, sino en cuanto al ambiente psicológico, a la dinámica familiar en que se desarrolla un individuo, porque las madres también sufrieron el trastorno" (<http://www.milenio.com>). Lo anterior refleja que el problema en México no es nuevo y que su incidencia es cada vez mayor.

Asimismo, los resultados obtenidos en estudios hechos en el D. F., dejan ver la presencia de porcentajes importantes de "prácticas alimentarias de riesgo o conductas dirigidas hacia la disminución del peso corporal" (Claudia Unikel, 2000)<sup>2</sup>. En dicha investigación, cuya muestra fue de 10,173 adolescentes, 52.1 por ciento mujeres y 47.9 por ciento hombres, se concluyó que "en la población

---

<sup>2</sup> Claudia Unikel (investigadora del Instituto Nacional de la Nutrición, Dr. Salvador Zubirán) y otros investigadores informaron que en la "Encuesta sobre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en la población estudiantil del Distrito Federal" de 1997 por primera vez se incluyeron preguntas de información sobre la conducta alimentaria, peso, estatura y autopercepción del peso corporal. El objetivo de incluir esta sección fue conocer el grado en que se presentan las conductas alimentarias de riesgo en la población.

estudiada, existen las conductas alimentarias de riesgo características de la anorexia y la bulimia nervosa, principalmente en la población femenina. Si bien es conocido que la prevalencia de estas enfermedades es baja, los porcentajes de preocupación por engordar y la práctica de diversos métodos de control de peso aquí reportados, colocan a una cantidad importante de adolescentes mujeres, ante la posibilidad de desarrollar una patología más severa" (op. cit.:45).

A su vez, la Fundación CBA reportó que: "el 81 por ciento de las mexicanas quiere bajar de peso, el 40.9 por ciento emplea algún método restrictivo, 27 por ciento consume pastillas para disminuir el peso, 7 por ciento acude al vómito para reducir la cantidad de kilogramos y 12 por ciento usa diuréticos y laxantes" (<http://informatica.issste.gob.mx>). Mientras que en la encuesta realizada entre los años 1996 y 1997 a cargo de Victoria Hottz, se indicó que "entre 600 muchachas de bachillerato, 59 por ciento reconoció que se había sometido a dieta alguna vez, un 7 por ciento haber vomitado "como parte de la dieta", 6 por ciento haber usado laxantes, 17 por ciento diuréticos y 27 por ciento pastillas" (Proceso, No. 1330)

Si bien el someterse a una dieta no es un acto que por sí solo cause anorexia y bulimia, los datos de las encuestas reflejan la insatisfacción corporal generalizada en el caso de las mujeres.

Otro dato importante es el arrojado por el estudio "Diferencias entre hombres y mujeres en la presencia de trastornos alimentarios" realizado por la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, en mayo de 2002, según la cual, el 4.94 por ciento de las estudiantes de nivel medio superior y superior padecen un trastorno alimentario, mientras que el porcentaje de casos de hombres es de 1 por ciento.

Por otra parte, la primera clínica pública en que se trató el problema de la anorexia en México fue el Hospital Salvador Zubirán, inaugurado en 1985; un dato relevante es que en ese tiempo la edad de inicio de dicha enfermedad era a los 16

años, hoy día es a los diez años (Proceso, Núm. 1330), e incluso, entre los casos registrados por la Fundación CBA, se tiene el de una niña de seis años que aprendió cómo provocarse el vómito al emular a su madre (Proceso, Núm. 1292).

En 1985 el hospital Salvador Zubirán era la única institución médica que brindaba atención a las personas con trastornos en la alimentación, desde hace 8 años el Instituto Nacional de Psiquiatría es la institución con un área especializada en atender a las personas con estas enfermedades. Asimismo, hay varias clínicas, sobre todo privadas, creadas con ese fin. No obstante, el costo en estas últimas puede resultar muy alto para el grueso de la población ya que generalmente son lugares de internamiento.

Ahora bien, mi interés por el problema de las mujeres que padecen anorexia y bulimia surgió primero de mi asombro y curiosidad ante los cambios en la corporalidad femenina, cambios que registraba con la observación cotidiana de los cuerpos, no sólo de las mujeres con las cuales me encontraba aunque fuera fugazmente, en espacios y tiempos concretos, sino con las imágenes de mujeres jóvenes que se difundían a través de espectaculares, revistas, comerciales, programas televisivos; mujeres con cuerpos que parecían tan distintos a los de sus antecesoras de los años ochenta y más aún de los sesenta o anteriores, y cuyos referentes encontraba en los medios audiovisuales. Debo señalar que mi formación primaria es la comunicación social, por lo tanto, tenía un particular interés por la lectura de la imagen.

El cambio corporal de las mujeres pasó de ser algo que despertaba mi curiosidad a ser un tema que me preocupó e interesó, esto se dio a raíz de que, al abordarse el tema de la alimentación, en el seminario de Antropología Física, se tocara el problema de la anorexia. En esa ocasión se mencionó sobre todo el caso de las jóvenes gimnastas y bailarinas, consideradas por su profesión como uno de los grupos de alto riesgo que desarrollan esta enfermedad; relevando el riesgo que

conlleva la estricta disciplina deportiva: exceso de ejercicio y una frugal dieta alimenticia.

Así fue que tomé la decisión de estudiar a las jóvenes que padecen anorexia y bulimia a partir de que comencé a cursar el seminario de Teoría de Género, espacio de conocimiento y reflexión donde desarrollé una empatía hacia las mujeres y los problemas que éstas viven.

Inicié la investigación desde una idea que podría definir como doxal, que fue transformándose a lo largo del tiempo conforme me fui informando sobre el tema, hasta el punto de no quedar más que un resquicio de ella. La perspectiva de género fue fundamental para que esa primera idea se complejizara.

La idea y la preocupación, como puntos de partida de esta investigación, fueron que las mujeres jóvenes desarrollaban la anorexia y la bulimia como resultado de su deseo, pero también de la presión social a la que eran sometidas, para estar delgadas, para ser bellas; con las implicaciones de lo que esto significa en una sociedad donde la estética de los cuerpos es cada vez más importante, es decir, con el fin de aceptación y pertenencia social, así como de la posesión de cierto estatus. Esta idea resultó ser socialmente generalizada, sin embargo, al confrontarla con la información obtenida a través del trabajo de campo, y de la investigación teórica, encontré que en realidad era sumamente reduccionista.

La generalización resultó, entonces, un problema preocupante, era la evidencia de que existe un desconocimiento social del problema en su justa dimensión, no porque yo lo desconociera sino por la información que circulaba en la opinión pública y que encontraba de igual forma en los medios masivos de comunicación como la prensa o la televisión. En este último medio por lo general se minimiza el problema refiriéndolo de manera sensacionalista, y por otro lado, el número de espacios críticos destinados a su reflexión es mínimo. Por ejemplo, en la televisión pública local hay sólo dos espacios, de factura mexicana, dedicados a

reflexionar acerca de este tipo de problemas: "Diálogos en Confianza", programa transmitido por canal 11, y el canal 22 que ha dado cabida a la difusión de documentales extranjeros respecto de la anorexia y la bulimia. En el caso de la radio, Órbita FM dedicó uno de los programas de Magazine a hablar sobre anorexia y bulimia .

Por otra parte, pero en estrecha relación con lo anterior, percibí el desinterés político en lo que toca a las jóvenes que padecen anorexia y bulimia ya que no existen campañas de prevención por parte del Estado, a pesar de que la incidencia de dichas enfermedades es cada vez mayor.

Estos puntos me ubicaron en un contexto específico, determinado por la ideología patriarcal desde la cual se concibe a las mujeres como vanidosas, débiles, incapaces, enfermizas por naturaleza, dependientes. Es decir, en una sociedad donde las distintas instituciones sociales, económicas y políticas que la conforman reproducen las condiciones para que las mujeres sigan siendo cosificadas, subordinadas y discriminadas.

Así pues, la construcción de las mujeres anoréxicas y bulímicas se da dentro de una trama dialéctica en la que se encuentran, por un lado, el mercado de bienes de consumo y de símbolos, en el que distintas industrias coadyuvan a reproducir la delgadez como ideal femenino a seguir, por ejemplo, la industria de la moda, la deportiva, la publicitaria, la televisiva, la de productos alimenticios, la farmacéutica. Por el otro, se encuentran las instituciones desde las cuales se producen y reproducen los contenidos de ser mujeres y ser hombres, es decir, instituciones como la familia, la escuela, la Iglesia, la comunidad, el trabajo. Todas, instancias reguladas por el Estado. De ahí que, el desinterés político al que me referí se refleje no sólo en la falta de actuación en el sector salud, sino en todos los espacios sociales.

De frente a lo anterior, y ante la certeza de que la anorexia y la bulimia son enfermedades condicionadas por el género, surgió el problema a estudiar: *¿cómo y por qué se construyen las mujeres anoréxicas y bulímicas?*

En la formulación del problema están implícitas la perspectiva y la teoría de género, las cuales surgen de la filosofía feminista que apuntala no sólo la diferencia entre mujeres y hombres sino la desigualdad histórica entre éstos, dominando el género masculino al femenino.

La perspectiva de género, de acuerdo con la antropóloga Marcela Lagarde, "permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades y las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras en que lo hacen" (1997b:15). Asimismo, hace visible lo invisible nombrando las cosas de otra manera y otorgándoles nuevos significados.

La perspectiva antropológica feminista de género es no sólo metodológica sino filosófica, desmonta presupuestos androcéntricos y misóginos acerca de los problemas que atañen tanto a mujeres como a hombres, para lo cual incluye el análisis de las relaciones sociales inter e intragenéricas, privadas y públicas, personales y colectivas, íntimas, sagradas y políticas. Desde ésta se analizan las instituciones civiles y estatales, educativas, religiosas, de gobierno, sanitarias. Por otra parte, utilizar la teoría de género, que es la base de la perspectiva de género, permite analizar a las mujeres y a los hombres no como seres dados sino como sujetos históricos construidos socialmente.

En la base de la perspectiva de género se encuentra la teoría de género, la cual plantea que mujeres y hombres han sido y son "construidos social y culturalmente sobre una base biológica que se modifica dialécticamente por la interacción sociocultural" (op. cit.:35).

A su vez el género es "el complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídico políticas, es decir, culturales, que crean lo que en cada época, sociedad y cultura son los contenidos específicos de ser mujer o ser hombre" (Marcela Lagarde, 1997a).

Realizar una investigación con perspectiva de género implicó, pues, estudiar a las mujeres como sujetas construidas en relación con los hombres, como una relación desigual, y no sólo estudiar a las mujeres y las problemáticas femeninas, como institucionalmente se utiliza la palabra género que se homologa a mujer.

Por lo tanto, considero importante relevar que el valor de esta investigación radica sobre todo en la forma en que se abordó el problema, es decir, a través de la perspectiva y la teoría de género. Poner en práctica la perspectiva de género requirió crear un método interdisciplinario que me permitiera ver y explicar la multicausalidad y complejidad del fenómeno, para poder plantear alternativas, punto importante en este trabajo que, lejos de posicionarse del lado de la atención, puesto que ni las áreas médicas, la psicología o la psiquiatría son mi campo de estudio, se posicionó desde la prevención.

Ahora bien, al iniciar esta investigación formulé dos hipótesis encaminadas a señalar la relación entre la anorexia, la bulimia y el estereotipo de la delgadez como signifiicante de belleza femenina, así como el papel que la industria de la moda, los medios masivos de comunicación y la publicidad juegan como promotores y difusores de dicho estereotipo:

- La anorexia y la bulimia son males propiciados por la presión social para cumplir con el estereotipo dominante de belleza corporal.
- Tanto el mercado de la moda como la industria cultural patriarcales son quienes imponen el ideal del cuerpo delgado.

Sin embargo, dichas hipótesis resultaban limitantes para la investigación; era imposible considerar los aspectos nombrados en éstas como únicos factores o los más importantes para explicar el fenómeno de la anorexia y la bulimia, por lo tanto formulé otras hipótesis:

- La búsqueda de la delgadez como estereotipo ideal corporal, interpretada como uno de los causantes en el desarrollo de la bulimia y la anorexia es la forma en que se enmascara un problema más complejo que es la sexualidad expropiada y escindida de las mujeres.
- Las mujeres que padecen anorexia y bulimia representan a través de sus cuerpos, enflaquecidos u obesos, la negación a su feminidad y por lo tanto a su sexualidad vivida como algo de y para los otros.
- La anorexia y la bulimia es consecuencia de la opresión que sufren las mujeres en su cuerpo vivido.
- La anorexia y la bulimia son una de las formas en que las mujeres se rebelan ante lo establecido.

Mis objetivos fueron, saber: 1) ¿Cuál es el o los significados que las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia dan a su cuerpo?; 2) ¿Cuáles son las situaciones particulares de vida de cada una de las mujeres, desde las cuales comenzaron a padecer dichas enfermedades?; y 3) ¿Cuáles son las condiciones sociales genéricas, de clase, etáreas y étnicas desde las cuales éstas se produjeron y se reproducen?.



Realicé lo anterior a través del registro de la historia de vida de tres mujeres jóvenes universitarias, de quienes identifiqué sus hitos de vida, así como los diversos problemas sociales, físicos y psicológicos vividos.

Las historias de vida fueron una metodología invaluable para mí como investigadora, ya que requirieron de un trabajo cara a cara con las mujeres. A través de ésta fue posible conocer a las mujeres de carne y hueso, crear entre ellas y yo un vínculo más allá de la mera relación investigadora-investigadas, espejear con ellas, comprender que como mujeres y jóvenes tenemos semejanzas y diferencias. Esta metodología hizo posible que las jóvenes pudieran hablar de sus problemas, para confiarme su vida, sus problemas y sentimientos más íntimos.

Es importante señalar aquí que de acuerdo con la antropología feminista, en el papel que tienen las y los antropólogos como investigadores, hay que reconocer la impronta de género, así como "... la asunción de la posición de la sujeta (o) que investiga en el sentido de discernir su propio bagaje cultural, sus prejuicios (tanto respecto al tema como a las personas con las que trabaja), y reconocer y hacer explícito que todo ello afecta tanto al planteamiento del tema, al tratamiento, a lo que puede o no puede observar y a sus conclusiones" (Ángela Alfarache, 2000:18).

También, no se puede dejar de lado que el género de la investigadora o del investigador es condicionante de la información que se obtenga, no siendo mejor una que la otra, simplemente son diferentes (Marcela Lagarde, 1997a). Asimismo, la edad es sumamente importante en la relación cara a cara entre la investigadora y las entrevistadas. Considero, pues, que el hecho de que sea de la misma generación que las jóvenes entrevistadas, fue un factor que influyó indudablemente para que pudiéramos sintonizar.

¿Cómo fue que conocí a estas jóvenes? El contacto se logró gracias al encuentro profesional y a compartir un interés común con dos psicólogos de la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM, de quienes omitiré sus nombres para salvaguardar el anonimato de las entrevistadas, que reciben atención por parte de uno de ellos. No obstante, debo aclarar que las entrevistas se realizaron con el consentimiento de las jóvenes. Éstas son nombradas en la investigación como Miriam, Martha y Mónica, son universitarias, condición necesaria para poder acceder a los servicios médicos universitarios, y sus edades se encuentran entre los 24 y los 26 años.

Cabe señalar que el hecho de entrevistar a universitarias tuvo que ver también con el interés por saber por qué estas jóvenes, que desde mi punto de vista deberían estar desarrollando una conciencia crítica ante las exigencias sociales hacia las mujeres, padecían dichas enfermedades. Mas tarde comprendí que precisamente esa conciencia crítica era en cierta parte la que las había llevado a pedir ayuda.

Por otra parte, el hecho de que en esta investigación se estudie a las mujeres jóvenes que padecen de anorexia y bulimia, exigió trabajar tanto en el plano de lo *emic*, es decir desde las categorías de las propias entrevistadas, como en el plano de lo *etic*, es decir desde un campo teórico científico. Así pues, el resultado es una epistemología dialéctica entre la perspectiva *emic* y la *etic*<sup>3</sup>.

Ahora bien, realicé la investigación haciendo uso de una epistemología interdisciplinaria que me ayudara a derribar los presupuestos androcéntricos sobre el problema, que me permitiera dar cuenta no sólo del porqué o porqués del

---

<sup>3</sup> De acuerdo con Marvin Harris, en la investigación antropológica hay un problema "que estriba en que los pensamientos y la conducta de los participantes puede enfocarse desde dos perspectivas contrapuestas: la de los propios participantes y desde la de los observadores. En ambos casos, las descripciones científicas y objetivas de los campos, mental y conductual, son posibles. Pero en el primero, los observadores emplean conceptos y distinciones que son significativas y apropiadas para los participantes; y en el segundo, conceptos y distinciones significativas para los observadores. El primero de estos dos modos de estudiar la cultura se llama *emic* y el segundo *etic*" (1981:129)

comportamiento de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia, sino, también, explicar las situaciones vividas por éstas. La interdisciplinariedad respondió a la heurística empleada para comprender a las mujeres como seres multideterminadas, es decir, como parte de una trama dialéctica entre lo psicológico, lo económico, lo político, lo religioso, lo cultural.

La interdisciplinariedad tuvo lugar en la construcción de un campo teórico que abarcó tanto categorías de la teoría antropológica de género, como de la psicología y la filosofía feministas.

Así pues, para explicar el problema de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia, partí de la siguiente concepción de cultura: "Esa dimensión de la vida, producto de la relación dialéctica entre los modos de vida y las concepciones del mundo, históricamente constituidos", siendo la *concepción del mundo*: "el conjunto de normas, valores y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, que elaboran culturalmente los grupos sociales. Por los elementos que constituyen la concepción del mundo de los grupos y de los sujetos, ésta puede tener mayor o menor coherencia, presentar aspectos estructurados y disociados, así como antagonismos y elementos contradictorios" (Marcela Lagarde, 1997a:27).

La investigación está compuesta de cuatro capítulos, los cuales comprenden los siguientes contenidos:

Capítulo I.- A este capítulo corresponde al Campo teórico, en el cual expongo las principales teorías y categorías que me ayudaron a comprender y posteriormente explicar el problema de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia. Esto es, la teoría feminista de género, la teoría antropológica y psicoanalítica sobre la sexualidad, la teoría del patriarcado, las categorías condición y situación de las mujeres, cuerpo escindido, opresión genérica,

cautiverio, subjetividad, identidad de género, cuerpo vivido, imagen corporal, orfandad.

Asimismo, hago un recuento de las principales teorías desde las cuales se ha abordado el problema de la anorexia y la bulimia en las mujeres, desde las primeras concepciones médicas, deteniéndome en las interpretaciones psiquiátricas y psicoanalíticas, las realizadas con una visión antropológica, hasta las elaboradas por teóricas feministas.

Capítulo II.- Este capítulo refiere el corpus de análisis, es decir, en él expongo los casos de las tres jóvenes entrevistadas.

A través de cuadros metodológicos presento la información desglosada en ejes de análisis: edad; enfermedades y padecimientos; autoimagen, construcción del cuerpo y autoestima; sexualidad; violencia y autoagresión; familia y afectos; educación e instituciones formativas; trabajo y recursos económicos; atención y alternativas. Identificando en cada hecho los hitos de vida.

Los hitos de vida, en los casos de las jóvenes entrevistadas, muestran claramente cómo las situaciones de vida de cada una de ellas incluso antes de nacer fueron hallando el camino para que éstas padecieran anorexia y bulimia. Cabe señalar aquí que dichas situaciones no tendrían razón de ser si no estuvieran enmarcadas dentro del orden social patriarcal.

Posterior a cada cuadro expongo la semblanza de cada una de las jóvenes entrevistadas, cuya información tuvo como corpus las historias de vida, así como las notas del diario de campo alimentado durante cada entrevista.

Finalmente presento un cuadro en el que expongo tanto las similitudes como las diferencias encontradas en la vida de cada joven.

Capítulos III y IV.- Interpretación: La construcción sociocultural del cuerpo femenino y Empoderamiento y autoestima: alternativas de vida.

En estos dos capítulos retomo lo expuesto en los capítulos I y II cruzando la información de cada uno de ellos. Expongo cómo se han construido social y culturalmente las mujeres que padecen de anorexia y bulimia de acuerdo con los ejes de análisis expuestos en el capítulo II.

Si bien cada eje de análisis puede relacionarse con cada uno de los apartados que contienen estos capítulos, en realidad cada apartado o tema cruza todos los ejes de análisis, de ahí el hecho de que la información expuesta resulte en algunos casos repetitiva.

El Capítulo III aborda principalmente los hechos que dan cuenta de cómo llegan las mujeres a padecer de anorexia y bulimia, en él expongo cómo viven las jóvenes la enfermedad en cada uno de sus círculos particulares.

El Capítulo IV, se centra en las alternativas de vida para las jóvenes que padecen estas enfermedades, en los poderes que tienen y obtienen y de los cuales van siendo cada vez más conscientes.

# CAPÍTULO I

## **LAS MUJERES ANORÉXICAS Y BULÍMICAS: CONSTRUIDAS SOCIAL Y CULTURALMENTE**

Este primer capítulo corresponde al campo teórico con el cual analicé el problema sobre las mujeres que padecen de anorexia y bulimia. Para construirlo recurrí a la teoría feminista de género, a la filosofía feminista, a la teoría antropológica y psicoanalítica sobre la sexualidad, a la teoría del patriarcado. Las categorías analíticas que utilicé están basadas sobre todo en las creadas, o dotadas de nuevos contenidos, por la Dra. Marcela Lagarde y de los Ríos, como son: condición y situación de las mujeres, cuerpo escindido, opresión genérica, cautiverio, subjetividad e identidad de género. Así como en las categorías cuerpo vivido, desarrollada por Aida Aisenson Kogan; imagen corporal, por Françoise Dolto y la categoría orfandad, desarrollada por Franca Basaglia.

### **1.1 Las mujeres que padecen de anorexia, bulimia y la antropología feminista de género.**

Las sujetas estudiadas en esta investigación son tres mujeres jóvenes que padecen de anorexia y bulimia, las cuales defino como mujeres que condicionadas genéricamente expresan a través de su comportamiento alimentario, es decir, de prácticas restrictivas, atracones, vómitos y/o privación total del alimento, la opresión social de la que son objeto. Asimismo, las concibo como una construcción sociocultural propiciada por el orden social genérico patriarcal, pero también por otros órdenes sociales como el de clase y el de etnia.

Al concebirlas como construcciones socioculturales me refiero tanto al hecho de que hay un entramado social que crea las condiciones propicias para que padezcan dichas enfermedades como a su historicidad.

Que las mujeres padezcan de anorexia y bulimia es, pues, resultado de la condición genérica de las mujeres, es decir, de ser de y para los otros y de su situación de opresión.

Para comprender este problema ha sido fundamental partir de la perspectiva antropológica feminista de género, pues ésta centra su interés en las y los sujetos concretos y no en las enfermedades como abstracciones.

De acuerdo con la teoría antropológica feminista, la categoría "las mujeres" debe entenderse como la expresión de las particularidades genéricas. Pues, ésta permite conocer a las mujeres concretas "determinadas por sus definiciones y relaciones sociales como las genéricas, las de clase, de edad, de escolaridad, de religión, de nacionalidad, de trabajo, de acceso al bienestar y la salud, a espacios y territorios urbanos o rurales, escolarizados, agrarios o fabriles, artísticos, políticos, etcétera" (Marcela Lagarde, 1997a:83).

La antropología feminista de género reivindica las diferencias que hay entre las mujeres, sin por ello anular sus semejanzas, basándose en el estudio de la condición de género y en la situación de cada mujer en particular. Haciendo eco de lo anterior, retomo dichas categorías para comprender y analizar a las mujeres que padecen de anorexia y bulimia.

La **condición social de género** es la "creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico: ser de y para los otros... Es histórica en tanto que es diferente a lo natural" (op. cit.:33).

Por otra parte, la **situación de las mujeres** es "el conjunto de características que tienen las mujeres a partir de su condición genérica en circunstancias históricas particulares" (op. cit.:34). Entre los factores que determinan la situación de las mujeres están la clase, el grupo, el tipo de trabajo,

los niveles de vida y el acceso a los bienes materiales y simbólicos, la lengua, la religión, los conocimientos, las definiciones políticas, el grupo de edad, las relaciones con las otras mujeres, con los hombres y con el poder, así como las preferencias eróticas, las costumbres, las tradiciones propias y la subjetividad personal.

La condición y la situación de las mujeres son categorías de la teoría feminista de género, la cual como parte de la perspectiva feminista es fundamental para extraer el problema de lo meramente individual, biológico, genético y psíquico, así como para derribar concepciones estereotipadas de las personas que padecen trastornos en su comportamiento alimentario.

La especificidad genérica de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia ya ha sido abordada por las feministas quienes a través de estudios realizados desde disciplinas como la psicología, la psiquiatría, las ciencias sociales y la literatura, a partir de la década de los setenta, fueron las primeras en denunciar el papel de la cultura y la sociedad contemporáneos (patriarcales) en la presencia de la anorexia y la bulimia en las mujeres.

Mujeres como Emilce Dio Bleichmar (2000, versión electrónica), Mara Selvini Palazzoli (1999), Naomi Wolf (1991), Susie Orbach (1986), Kim Chernin (1981), Marilyn Lawrence (1979), entre otras feministas, denunciaron a la cultura y a la sociedad patriarcales como propiciadoras de la existencia de jóvenes anoréxicas y bulímicas. Al respecto, sus argumentos son variados, unos centrados en la cosificación de las mujeres y el papel histórico que éstas han tenido como cuerpos para el erotismo, otros en su capacidad reproductora y en su confinamiento dentro del espacio privado, algunos más se refieren a los múltiples papeles que se les exigen a las mujeres contemporáneas. Entre todos los argumentos hay un hilo conductor, a veces explicitado y otras dado por hecho, que se traduce en la condición genérica de las mujeres, es decir, en "...el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer



como ser social y cultural genérico: ser de y para los otros..." (Marcela Lagarde, op. cit.:33).

Las reflexiones feministas marcaron un nuevo paradigma en el estudio de los trastornos del comportamiento alimentario<sup>1</sup>: los ubicaron en la dimensión social, trascendiendo el campo de la explicación biológica y psicológica hegemónicas desde el cual se naturalizan e individualizan las enfermedades<sup>2</sup>.

La importancia de los estudios feministas radica sobre todo en su cuestionamiento sobre "la naturaleza femenina" construida por la ideología patriarcal y aplicada a todos aquellos hechos y comportamientos atribuidos a las mujeres. Revelan que no obstante el avance político y social de las mujeres, o mejor dicho en contra de éste, la anorexia y la bulimia se presentan como resultado y respuesta a viejos y nuevos mandatos de género: maternidad, belleza, éxito, heterosexualidad.

Por ejemplo, para Kim Chernin "la omnipresente 'tiranía de la delgadez' estaría limitando el desarrollo de la mujer desde todos los puntos de vista, social, personal y físicamente. La mujer, a diferencia del hombre, parece tener la obligación de avergonzarse de su cuerpo y, en consecuencia, proceder a modificarlo" (en Josep Toro,1996:290). Asimismo, explica el fenómeno de la anorexia aludiendo a la dominación de los hombres sobre las mujeres, centrándose en su cuerpo. De acuerdo con la autora, en el hombre habría "... una especie de temor original hacia la mujer. Este temor se forjaría a través de sus experiencias infantiles relativas al cuerpo de su madre. La época actual, caracterizada por el incremento y desarrollo del papel social de la mujer, estaría dando lugar al aumento de este temor. La mujer estaría amenazando la tradicional postura masculina de fuerza y poder. El hombre reaccionaría intentando –y al

---

<sup>1</sup> Término clínico con el que están clasificadas la anorexia y la bulimia en el manual de diagnóstico clínico (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10).

<sup>2</sup> No obstante, cabe señalar que Charles Lasègue, creador del término anorexia histérica, en el siglo XIX ya consideraba la influencia externa (la familia) en el desarrollo de dicha enfermedad.

parecer logrando- que la mujer ocupara cada vez menos espacio, concretamente a través de la reducción de su cuerpo" (idem).

Susie Orbach, por su parte, se preocupa más por la ingestión compulsiva, que es uno de los síntomas de la bulimia. Para esta autora, "los atracones más o menos voluminosos serían consecuencia directa de la opresión social ejercida sobre el sexo femenino..." (op. cit.:291).

Las comedoras compulsivas, señala Orbach, son mujeres que a través de la obesidad "encarnan la función simbólica de rechazar el modo como la sociedad distorsiona sus cuerpos y sus relaciones interpersonales...". Asimismo, la sobreingesta se da como consecuencia de que "la vida de ama de casa supone en general para la mujer desconocer y relegar sus propias necesidades. Las que cuentan son las del marido y sus hijos". Así pues, la sobreingesta sería una forma de "compensar la frustración sistemática de sus motivaciones y necesidades no satisfechas" (idem.)

Por otra parte, para esta autora "La aceptación de la normativa adelgazante por parte de la mujer se basa en su necesidad de tener un hombre a fin de realizarse como madre y esposa, es decir a través de los papeles o funciones tradicionalmente asociados en la sociedad patriarcal a su condición femenina" (op. cit.:291).

Naomi Wolf, en su obra *El mito de la belleza* (1991), señala, respecto a las teorías de Chernin y Orbach, que éstas pueden ser instructivas en un contexto privado pero no van más lejos. De acuerdo con la autora "las mujeres comen o se privan de comer no sólo en una sucesión de relaciones privadas sino dentro de un orden social público con un interés creado en sus dificultades con la alimentación" (op. cit.:244). Por lo tanto, para Wolf la anorexia es, más bien, uno de los mecanismos por medio de los cuales se vale el patriarcado para mantener el orden social genérico traducido como dominio de las mujeres.

Wolf es, quizá, la feminista que ha criticado más férreamente la construcción de la belleza femenina como uno de los principales medios de sometimiento de las mujeres, señalando a la anorexia y a la bulimia como una estrategia política para que las mujeres no puedan desarrollarse ni emanciparse.

Por otra parte, entre las investigaciones psicoanalíticas feministas más promisorias acerca de la bulimia y la anorexia, se encuentra la realizada por la psicoanalista Emilce Dio Bleichmar (op. cit.), quien propone la siguiente tipología con base en las situaciones en que se presentan las enfermedades:

Forma en que se expresa	Situaciones
<p>1.- Formas de equilibración del balance narcisista por medio del patrón estético de la belleza actual.</p>	<p>Inicio a partir de una dieta para perder peso, con la cual se espera tener una ganancia narcisista (Garner).            La motivación que impulsa la conducta restrictiva se desencadena a partir de una neta predominancia del sistema narcisista vinculado a un atributo corporal que funciona como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) un estereotipo de género que garantiza una especulación narcisizante</li> <li>b) como una cualificación imprescindible para una actividad; gimnastas, modelos, bailarinas (Nasdel 1983; Rowley 1987)</li> </ul>
<p>2.- Otra forma del control de la angustia.</p>	<p>Se le ha considerado perteneciente a la familia de los trastornos obsesivos-compulsivos. (McEloy 1994; Stein 1993; Thiel 1998)</p>
<p>3.- Síntoma producto de un conflicto .</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Conflictos edípicos.- que generan pánico y rechazo a la sexualidad.</li> <li>b) Abuso sexual.- La afectación corporal obedecería a una modalidad de resolución sintomal y defensiva ante el descontrol que supone la experiencia emocional de abuso sexual y que puede significar un borrado del cuerpo objeto del abuso, con la consiguiente exhibición de la sexualidad o bien, en otros casos, una actividad compulsiva a la ingesta con el objeto de</li> </ul>

	desaparecer como objeto del deseo sexual del otro.
4.- Síntomas ante situaciones de cambio por desbalance del vínculo del apego.	Dificultades en la tramitación adolescente del vínculo de apego, ya sea por el sólo hecho de cambio de situación vital, que correspondería a un tipo de crisis adolescente. (Selvini Palazzoli las incluye en una tipología de personalidad previa dependiente, 1999) o por cambios de residencia por motivo de estudio o trabajo. Estos casos suelen ser de buen pronóstico, con cuadros clínicos parciales o incompletos, a los que se tiende a llamar "reacciones anoréxicas" (O'Kerney, 1996)

Considero que el principal aporte de Dio Bleichmar radica en tomar en cuenta la multicausalidad de situaciones y formas en que se presenta la anorexia y la bulimia, de tal forma que releva aspectos tan determinantes como la relación que hay entre los trastornos del comportamiento alimentario y el que las jóvenes hayan vivido un abuso sexual.

Por la diversidad de situaciones en que se presentan, Emilce Dio Bleichmar interpreta dichas enfermedades como "una maniobra defensiva y no un mecanismo de defensa intrapsíquico e inconsciente" (2000:7).

Englobando, de las reflexiones feministas destaco cuatro grandes aportes:

1. El relieve del género que padece dichas enfermedades, es decir, la visibilización de las mujeres como las principales afectadas.
2. La denuncia del poder hegemónico patriarcal que crea las condiciones propicias para que las mujeres sigan subordinadas, discriminadas y en dependencia vital.
3. El cuestionamiento a las organizaciones sociales genérica y de clase.
4. El relieve de las subjetividades.

No obstante que las feministas fueron las primeras en poner en el centro del análisis a las mujeres que padecen de anorexia y bulimia, nombrar a "las

mujeres" no implicó en dichos estudios el reconocimiento de la diversidad de éstas. Cabe destacar que el reconocimiento a la diversidad de mujeres y hombres es un aporte invaluable de la antropología feminista de género.

## **1.2 Los estudios antropológicos sobre la anorexia y la bulimia.**

El interés antropológico por los trastornos del comportamiento alimentario en las mujeres es reciente; las reflexiones antropológicas datan de hace no más de quince años y están centradas, al igual que las cavilaciones realizadas desde otras disciplinas donde se incluyó el factor cultural, en los cambios sociales y culturales que promueven, a manera de valor, atributos como la delgadez corporal instaurada como imperativo social sobre todo para las mujeres.

Antropólogas y antropólogos, desde la antropología social, la antropología física y la etnopsiquiatría, luego de reparar en la indubitable injerencia de la cultura y la sociedad en los clínicamente llamados trastornos del comportamiento alimentario o de la alimentación, han comenzado a reflexionar sobre el problema desde conceptos como trastornos culturales o étnicos (Mabel Gracia,2000), construcciones sociales (Liliana Saslavski,1996), o, como expresiones comportamentales (Graciela González,1999).

Así pues, entre las pocas investigaciones antropológicas sobre el tema destaca la de Mabel Gracia Arnaíz, que desde la antropología de la alimentación y con fundamento en la teoría de los trastornos culturales o étnicos se pregunta respecto a la "especificidad femenina de los trastornos alimentarios: ¿por qué las mujeres?". Como respuesta, más allá de enunciar el papel que la alimentación juega en el caso de las mujeres que padecen de anorexia y la bulimia, la autora asevera que estas enfermedades "presentan una continuidad subyacente a los elementos normales de la cultura, manifestando de una forma extrema los conflictos esenciales y las tensiones que, asociadas sobre todo a las mujeres, están generalizadas en nuestro orden cultural contemporáneo" (Mabel Gracia,

2002:361). La antropóloga ubica el problema como un *continuum* y no como algo que se presenta de manera espontánea en cada individuo o individuo.

Otra reflexión antropológica ahora realizada desde el estudio de las enfermedades entendidas como construcciones sociales es la de Liliana Saslavski (1996). Desde su visión, las enfermedades, es decir la anorexia y la bulimia, son "una metáfora" donde "...el síntoma se vuelve soporte de sentido (significante) y su significado siempre alude a las relaciones que el individuo enfermo sostiene con el orden social". Por lo tanto, concluye "Si viéramos en los bulímicos y anoréxicos más allá de sus diagnósticos psicopatológicos, si en vez de sólo preocuparnos porque comen demasiado o no comen, analizáramos sus circunstancias socioculturales además de las psico-biológicas, nos encontraríamos con severos desórdenes en nuestros valores socioculturales y con una crisis profunda en el orden social" (op. cit.: 43-52).

Liliana Saslavski atribuye la construcción de la anorexia y la bulimia al orden social establecido, no obstante, deja de lado que este último tiene uno de sus pilares en la organización genérica patriarcal, y sólo se refiere al poder político hegemónico que se vale indistintamente de mujeres y hombres para su perpetuación.

Por su parte, Graciela González Zetina (1999) analiza los trastornos alimentarios desde la teoría del comportamiento. Su planteamiento es considerar a la anorexia y la bulimia como expresiones comportamentales que se dan como respuestas a la tensión que provoca la interiorización de las normas presentes en su entorno sociocultural, enfocándose sobre todo en el culto a la delgadez. Para la autora el punto central que explica la anorexia y la bulimia en las personas como expresiones comportamentales es el concepto de cuerpo dócil, el cual hace referencia a la "concepción del cuerpo como una entidad que puede ser formada, perfeccionada, sometida y/o utilizada para manifestar los valores morales que posee o a los que aspira el individuo" (op. cit.:545), y que responde al poder

disciplinario que conlleva la interiorización de crecientes normas sociales. Con la instauración de este poder disciplinario, que se fundamenta en el concepto de humanidad legado de la Ilustración, "cada individuo es convertido en guardián de sí mismo a través de la interiorización de las normas que rigen su comportamiento" (op. cit.:549).

Ahora bien, las investigaciones antropológicas sobre los trastornos del comportamiento tienen como principal referente teórico la categoría de trastorno étnico desarrollada por el etnopsiquiatra George Devereaux en 1955 al estudiar la esquizofrenia.

Los criterios propuestos por Devereaux para clasificar un trastorno como étnico son los siguientes:

- 1) "El trastorno se presenta con frecuencia en la cultura en cuestión.
- 2) Debido a la continuidad de los síntomas y la dinámica subyacente a los elementos normales de la cultura, el trastorno se expresa en grados de intensidad y en un espectro de formas dudosas subclínicas.
- 3) El trastorno expresa los conflictos esenciales y las tensiones psicológicas que están generalizadas en la cultura.
- 4) El trastorno es un sendero común definitivo para la expresión de una amplia variedad de problemas personales y de angustia psicológica.
- 5) Los síntomas de los trastornos son extensiones y exageraciones directas de conductas y actitudes normales dentro de la cultura, que a menudo incluyen conductas que, por lo general, son muy valoradas.
- 6) El trastorno es un patrón altamente diseñado y ampliamente imitado para la expresión de la angustia.
- 7) Puesto que por una parte, recurre a conductas valoradas pero, por otra, es una expresión de desviación, provoca respuestas sumamente ambivalentes por parte de los otros (respeto, temor, reacciones punitivas, etc.) En este sentido, el trastorno adquiere notoriedad en la cultura y genera su propia 'política'" (en Mabel Gracia, 2002:359).

Otros investigadores que desde especialidades no antropológicas retomaron la teoría de los trastornos étnicos de Devereaux fueron:

Yap Pow Meng (1969), quien concebía a la anorexia y la bulimia como síndromes asociados a la cultura (culture-bound syndromes).

En 1990, Richard Gordon, psiquiatra, fue el primero en aplicar el concepto de trastorno étnico a los trastornos del comportamiento alimentario.

Por su parte, el psiquiatra Vincenzo DiNicola (1990) prefirió utilizar la expresión más general de síndromes reactivos a la cultura. Para el autor, la cultura puede ser respecto de la anorexia "su causa, su precipitante, o un simple paradero o envoltura social determinante de los segmentos de la sociedad o de las culturas en que aparece la anorexia nerviosa. La tesis "dura" sería la defensora del papel causal, definitivo de la cultura. La tesis "moderada" propugna el papel desencadenante desempeñado por los factores culturales, pero la enfermedad estaría determinada por múltiples factores, incluyendo relaciones interpersonales, características individuales y disposiciones biológicas. La tesis de la envoltura, del simple dar cobijo definido a los afectados por el trastorno es la "débil". Los fenómenos integradores en estas opciones parecen plausibles. Sin embargo, no tienen por qué ser excluyentes, pudiendo darse en diferentes combinaciones en individuos diferentes" (en Mabel Gracia, op. cit.).

Respecto a las categorías mencionadas, si bien estoy de acuerdo con los criterios con los cuales George Devereaux clasificó al trastorno étnico ubicando los síntomas como su expresión en una dimensión cultural concreta, creo, también, que los teóricos que posteriormente retomaron y aplicaron dicha categoría a los trastornos del comportamiento alimentario se limitaron sólo a un aspecto de la cultura: la instauración de un modelo corporal delgado, estilizado, joven, de músculos marcados creado, respaldado y difundido por las industrias médica, deportiva, de la moda y mediática, vinculado a su vez con un estilo de vida



particular, que si bien es necesario tener en cuenta, forma parte de una serie de hechos o situaciones que funcionan como ordenadores sociales, y particularmente como ordenadores genéricos.

Los planteamientos antropológicos, aunque diversos, pueden sintetizarse en las siguientes conclusiones:

- Hay un vínculo inseparable entre la cultura y los trastornos del comportamiento alimentario, siendo estos últimos representaciones del orden social y cultural y de su crisis.
- Hay un poder político hegemónico que se perpetúa a través de la instauración de normas sociales.

Finalmente, no obstante que con dichos planteamientos se ha denunciado a la cultura y la sociedad contemporáneas como responsables de que mujeres jóvenes presenten trastornos del comportamiento alimentario, ha faltado el cuestionamiento al orden social genérico patriarcal, cuya crítica ayuda a comprender que el hecho que las mujeres sean quienes mayoritariamente padecen estas enfermedades tiene que ver con su estatus histórico social y no con una crisis social particular.

### **1.3 El patriarcado y el poder de género.**

Enmarco el análisis de las mujeres jóvenes que padecen anorexia y bulimia en la organización social de los géneros que se ha denominado el patriarcado. Orden social desde el cual partí para entender cómo son y están constituidos los cuerpos de las mujeres que padecen trastornos del comportamiento alimentario.

La concepción de *patriarcado* como hegemonía masculina, como un sistema de dominación y explotación, fue significada a partir de la teoría feminista realizada durante la década de los setenta, esta acepción está muy lejana de la idea del patriarcado como gobierno de ancianos cuya autoridad provenía de su

sabiduría (Alicia H. Puleo, 2000). Así pues, fue Kate Millet (1975) quien dotó de nuevos contenidos la acepción patriarcado, definida por Max Weber como *relación de dominio y subordinación*. "Si consideramos el gobierno patriarcal como una institución en virtud de la cual una mitad de la población (es decir, las mujeres) se encuentra bajo el control de la otra mitad (los hombres), descubrimos que el patriarcado se apoya sobre dos principios fundamentales: el macho ha de dominar a la hembra, y el macho de más edad ha de dominar al más joven" (Kate Millet, op. cit.:34).

En relación con lo anterior puede decirse, citando a la filósofa Alicia H. Puleo que "el patriarcado no es una esencia, es una organización social o conjunto de prácticas que crean el ámbito material y cultural que les es propio y que favorece su continuidad" (2000:27).

Ahora bien, para Kate Millet, la supremacía masculina no tiene su origen en la fuerza física como algo biológico, puesto que la misma musculatura se halla estimulada culturalmente por la educación, sino en la aceptación de un sistema de valores.

Respecto del origen histórico del patriarcado, Kate Millet acepta la tesis de un pre patriarcado igualitario con culto a la fertilidad fundamentado en el hecho de que la humanidad primitiva "viese en el nacimiento de los niños la manifestación más impresionante de la fuerza creadora: algo así como un advenimiento milagroso relacionado, mediante un vínculo analógico, con el crecimiento de la vegetación" (op. cit.:37). De donde procedería el deseo de los hombres por apropiarse del poder femenino, apropiándose de las mujeres y de sus hijos.

Esta hipótesis es mucho más plausible que la expuesta por la historiadora Riane Eisler (1990), que desde una visión etnocéntrica atribuye la instauración del patriarcado en sociedades igualitarias, al resultado de una lucha campal en la que los hombres del neolítico provenientes del sur, mataron a los hombres del norte, y

se apropiaron de las mujeres y sus hijos; con la explicación de la violencia de éstos como algo inmanente y omitiendo el porqué de la apropiación.

Por otra parte, Marcela Lagarde define el patriarcado como “uno de los espacios históricos del poder masculino”, caracterizado por:

“i) El antagonismo genérico, aunado a la opresión de las mujeres y al dominio de los hombres y sus intereses, plasmados en relaciones y formas sociales, en concepciones del mundo, normas y lenguajes, en instituciones, y en determinadas opciones de vida para los protagonistas.

ii) La escisión del género femenino como producto de la enemistad histórica entre las mujeres, basada en su competencia por los hombres y por ocupar los espacios de vida que les son destinados a partir de su condición y su situación genérica.

iii) El fenómeno cultural del machismo basado tanto en el poder masculino patriarcal, como en la interiorización y en la discriminación de las mujeres producto de su opresión y en la exaltación de la virilidad opresora y de la feminidad opresiva, constituidos en deberes e identidades compulsivos e ineludibles para hombres y mujeres”.

(1997a:91)

Así pues, el patriarcado como el orden social genérico dominante rige todos los aspectos de nuestras vidas normalizando lo que debe ser un hombre o una mujer, establece relaciones jerárquicas entre los mismos hombres, es decir el dominio de los mayores sobre los más jóvenes, como de hombres sobre mujeres; “es un poder que se articula con opresiones de clase, nacional, étnica, religiosa, política, lingüística y racial” (op. cit.:92).

## **El poder de género.**

“La organización genérica es en sí misma una red estructurada de poderes, jerarquías y valores. Las reglas básicas de este tipo de configuración consisten en que un poder aumenta en relación directa a la resta de otro poder, una jerarquía superior se construye a partir de la subordinación jerárquica y los valores se conforman como universales a partir de la desvalorización” (Marcela Lagarde, 1997b:53).

El poder atraviesa tanto la organización social de géneros, como las organizaciones sociales de clase, étnica o etárea. Implica no sólo el poder de los hombres sobre las mujeres, sino el de las mujeres sobre ciertos hombres o sobre otras mujeres. Así pues, las mujeres tienen poderes adquiridos desde sus particulares situaciones de vida y de su particular situación de opresión. Por ejemplo algunas mujeres utilizan su belleza física para conseguir cosas de los hombres, regalos, atenciones; otros poderes de las mujeres son propios de su clase o de su etnia, por ejemplo el poder que ejercen algunas mujeres de clase social alta frente a los hombres que trabajan a su servicio.

De acuerdo con Marcela Lagarde, “Todos los hechos sociales y culturales – las relaciones, las instituciones, las normas, y las concepciones-, son espacios del poder: el trabajo y las demás actividades vitales, la sabiduría, el conocimiento, la sexualidad, los afectos, las cualidades, las cosas; los bienes, las posesiones y los territorios materiales y simbólicos; el cuerpo y la subjetividad, es decir, los sujetos y sus creaciones son espacios de poder” (1997a:155).

### **1.4 Las mujeres que padecen de anorexia, bulimia, y el género.**

Como ya lo he mencionado, para comprender el problema sobre las mujeres que padecen de anorexia y bulimia es preciso enmarcarlo en el orden social genérico patriarcal.

Entendiendo por género, la construcción social y cultural de lo que deben ser una mujer y un hombre. En palabras de Marcela Lagarde, "el complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídico políticas y psicológicas, es decir, culturales, que crean lo que en cada época, sociedad y cultura son los contenidos específicos de ser mujer o ser hombre, o ser cualquier otra categoría genérica" (1997a:177).

El género, es la categoría de análisis introducida en la investigación antropológica a partir de la década de los años ochenta, es producto de la reflexión y crítica feminista realizada después de los movimientos de los años setenta, y se fundamenta en la teoría y la filosofía feminista sobre la condición de las mujeres.

La condición de opresión de las mujeres se encuentra determinada "por la definición del ser social de las mujeres en torno a una sexualidad expropiada procreadora o erótica, estructurada en torno a su cuerpo-para-otros" (op. cit.:99).

De acuerdo con Franca Basaglia, "...la mujer ha sido, por siglos, cuerpo y propiedad del hombre, propiedad exitosamente confirmada por la subordinación económica. A cambio de este cuerpo y de esta propiedad, el hombre ha ofrecido protección a la mujer y gracias a la protección proporcionada ha logrado inventar tanto la realidad como la ideología de la "natural" debilidad femenina, traduciendo la diferencia original como inferioridad... Si la mujer es naturaleza, su historia es la historia de su cuerpo, pero de un cuerpo del cual ella no es dueña porque sólo existe como objeto para otros o en función de otros" (1983:32-35).

El antecedente más importante en el origen de las reflexiones feministas sobre la condición de las mujeres está en la obra realizada por Simone de Beauvoir (1999), *El segundo Sexo*, publicada en 1949. La conclusión a la que llegó la autora al señalar que una no nace mujer sino que llega a serlo puede considerarse el blasón para el neo-feminismo de los años setenta. Así como el

primer marco de referencia sobre el cual se construyó la teoría y la perspectiva de género.

Sin embargo, la primera disciplina en utilizar la categoría género fue la psicología en su vertiente médica con los estudios realizados por Robert Stoller (1968) sobre los trastornos de la identidad sexual. En dichos estudios “se examinaron casos en los que la asignación de género falló, ya que las características de los genitales se prestaban a confusión”. Lo anterior hizo suponer a Stoller que, “lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias y costumbres atribuidos a cierto género”. Su conclusión fue, entonces, que “la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica” (en Lamas, op. cit.:113)

El género, sin embargo, es construido sobre la base de la diferencia sexual. Lo sexual, o bien el sexo<sup>3</sup>, es “el conjunto de características fenotípicas y genotípicas presentes en los sistemas, funciones y procesos del cuerpo humano, con base en los cuales se clasifica al individuo por su papel potencial en la reproducción biológica de la especie” (Marcela Lagarde, 1997a:183).

Al respecto Marta Lamas señala que, no es lo mismo el sexo biológico que la identidad asignada o adquirida. Lo que hace femenina a una hembra y masculino a un macho no es pues, la biología, el sexo, sino el género, es decir, la

---

<sup>3</sup> La biología ha dividido la especie humana en dos sexos, femenino y masculino, conformados por cinco áreas fisiológicas: genes, hormonas, gónadas, órganos reproductivos internos y órganos reproductivos externos. Investigaciones recientes han demostrado que esta división tiene muchas más posibilidades combinatorias, de tal manera que para entender “la realidad biológica de la sexualidad, es necesario introducir la noción de *intersexos*[...], los intersexos serían, precisamente aquellos conjuntos de características fisiológicas en que se combina lo femenino con lo masculino”. De tal forma que es posible “reconocer por lo menos cinco “sexos” biológicos: varones (es decir, personas que tienen dos testículos); mujeres (personas que tienen dos ovarios); hermafroditas o *herms* (personas que aparecen al mismo tiempo con un testículo y un ovario); hermafroditas masculinos o *merms* (personas que tienen testículos, pero que presentan otros caracteres sexuales femeninos); y hermafroditas femeninos o *ferms* (personas con ovarios, pero con caracteres sexuales masculinos)” (Marta Lamas:1996:340). Así pues, “el sexo en sí mismo no tiene implicaciones sociales, culturales ni históricas. Únicamente define la existencia de un ser, no de

construcción cultural surgida con base en las relaciones entre sexos en la que el ser mujer como el ser hombre depende de ciertas características, no sólo físicas, sino, también culturales enmarcadas por la historia; es por ello que ser mujer en un espacio y tiempo determinado no es lo mismo que ser mujer en otro momento histórico, ya que la cultura se transforma (op. cit.).

Por otra parte, si bien, es en la diferencia biológica externa, es decir, en el fenotipo, como distinguimos, en primera instancia, los cuerpos masculinos de los femeninos y viceversa, esta diferencia es una diferencia jerarquizada y por lo tanto no se queda sólo en el aspecto biológico sino que es una diferencia socialmente construida, en la que uno de los sexos, el masculino, domina sobre el otro, el femenino.

Para Linda McDowell, "las diferencias corporales tienen una enorme importancia a la hora de decretar una situación de inferioridad, ya que los grupos dominados no tienen otro modo de definición que su cuerpo, que se convierte para ellos en una prisión no deseada" (2000:78).

De lo anterior surge entonces una pregunta: ¿Por qué esa diferencia se ha constituido como desigualdad?

La antropóloga Sherry Ortner explica la desigualdad a través de la dicotomía naturaleza/cultura, así, "el cuerpo de la mujer parece condenarla a la mera reproducción de la vida; el macho por el contrario, al carecer de funciones naturales creativas, debe (o tiene la posibilidad de) afirmar su creatividad de modo exterior, "artificialmente", a través del medio formado por la tecnología y los símbolos. Y, al hacerlo, crea objetos relativamente duraderos, eternos y trascendentes, mientras que la mujer sólo crea algo perecedero, seres humanos" (1979:117). Las mujeres son identificadas, de acuerdo con la ideología patriarcal, como más próximas a la naturaleza y por tanto inferiores a los hombres, quienes

---

una persona; de un macho o una hembra, no de un hombre o una mujer" (Daniel Cazés,2000:91).

por antonomasia son seres de cultura. La cultura es concebida como superior a la naturaleza, puesto que no sólo hace uso de ella sino que la transforma.

## 1.6 Las Identidades

El género es una forma de adscripción, es decir, una forma de identidad, implicando ésta un reconocerse igual o diferente de los "otros", y también, ser reconocidos por éstos como su igual o diferente, es decir, implica una heterodesignación.

De acuerdo con Marcela Lagarde "Tener una u otra definición genérica implica para los seres humanos, ocupar un lugar en el mundo y, aún ahora, tener un destino más o menos previsible. Independientemente de la voluntad, la adscripción genérica ubica: es una forma de integración en la jerarquía social, y es uno de sus criterios de reproducción; significa también, tener y ejercer poderes sobre otros, o no tener siquiera, poder sobre la propia existencia" (1997a:184).

La identidad siempre se define y se afirma en la diferencia respecto de otros grupos o personas; dichas diferencias están cargadas de códigos y símbolos culturales específicos.

"La identidad de los sujetos se conforma a partir de la primera gran clasificación genérica. Así, las referencias y los contenidos genéricos son hitos primarios de la conformación de los sujetos y de su identidad. Sobre ellos se organizan y con ellos se conjugan otros elementos de la identidad como los derivados de la pertenencia real y subjetiva a la clase, al mundo urbano o rural, a una comunidad étnica, nacional, lingüística, religiosa o política. La identidad se nutre también de la adscripción a grupos definidos por el ámbito de intereses, por el tipo de actividad, por la edad, por el periodo del ciclo de vida, y por todo lo que agrupa o separa a los sujetos en la afinidad y en la diferencia" (op. cit.:798).



Así, la identidad de género determina las demás identidades, es decir, podemos ser trabajadoras, amas de casa, profesionistas, negras, blancas, orientales u occidentales pero antes de ser todo eso somos mujeres y por tanto todo aquello que realizamos está determinado en primera instancia por nuestro género.

Para nuestro caso, además de todas las adscripciones sociales y culturales que determinan la identidad de las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia, la enfermedad forma, también, parte de ésta. El modo de vida de cada joven se transforma debido a que no sólo la persona se presenta de distinta manera en la sociedad, sino a que sus prácticas cotidianas cambian y por lo tanto cambia también la forma de concebirse en el mundo. Incluso muchas veces, la vivencia de la anorexia y la bulimia abarca todo el ser y por tanto la identidad de las personas.

Un aspecto sumamente importante en la conformación de las identidades es, como ya se ha señalado, la edad. En el caso de las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia la edad nos remite al ciclo de vida, el cual aunado a las situaciones vividas por cada una explican en buena medida por qué desarrollan estas enfermedades.

Simone de Beauvoir (op. cit.) expuso el ciclo de vida de las mujeres, el cual se define en relación con los cambios corporales y las experiencias sexuales que las mujeres viven a lo largo de sus vidas, y lo dividió en infancia, juventud, edad madura y vejez.

El ciclo de vida, cuyas etapas son abordadas a través de la historia de vida, releva la trascendencia que tienen los cambios corporales y la sexualidad en la vida de las mujeres. Por ejemplo, en el caso de las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia, es durante la adolescencia, "periodo de grandes cambios fisiológicos, psíquicos y sociales que afectan la imagen e identidad del yo" (Charo

Altable Vicario,2000 ), cuando viven una de las etapas de vida más difíciles y donde tienen lugar, con mayor frecuencia, los periodos de crisis durante los cuales la sintomatología propia de estas enfermedades se presenta de manera crónica.

La adolescencia es un periodo sumamente difícil de transitar para muchas mujeres pues implica cambios corporales que no sólo les hace poner mayor atención sobre sus cuerpos, sino que les crea conflictos en la construcción de su identidad; es durante este periodo de vida cuando las mujeres adquieren conciencia del género al que pertenecen y de su sexualidad. Cabe señalar que la angustia o ansiedad que algunas mujeres experimentan durante esta etapa de la vida, para muchas otras significa más bien la etapa anhelada en que pueden autoidentificarse como mujeres, en que pueden ejercer cierta independencia.

#### **1.6 La sexualidad en el centro de la anorexia y la bulimia en las mujeres.**

La sexualidad es “un complejo de fenómenos bio-socio-culturales que incluye a los individuos, a los grupos y a las relaciones sociales, a las instituciones y a las concepciones del mundo –sistemas de representaciones, simbolismo, subjetividad, éticas diversas, lenguajes-, y desde luego al poder” (op. cit.:185). Esta es una definición amplia de la sexualidad a diferencia de aquella propia del sentido común que la reduce a las relaciones sexuales, es decir al coito y al erotismo.

En su expresión amplia, la sexualidad abarca todos los espacios de nuestras vidas por el hecho de que nos presentamos ante la sociedad antes que nada como cuerpos sexuados.

La sexualidad “constituye a las personas y las adscribe a grupos bio-socio-psico-culturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas que a su vez condicionan sus posibilidades y sus potencialidades vitales” (Marcela, Lagarde,1997b: 28). Es la base a partir de la cual el poseedor del cuerpo

"adquiere y desarrolla una identidad genérica, misma que implica una identidad sexual" (Patricia Castañeda, 1987:107).

La identidad genérica y la sexual se construyen a través de la interiorización de los códigos sexuales reservados a cada proceso individual de crecimiento, lo cual se logra a través de las relaciones sociales inter e intragenéricas.

De acuerdo con Patricia Castañeda, "cada cultura y cada situación histórica construyen sus propios modelos de sexualidad permitida, restringida y prohibida" (Idem.). Por lo tanto, las expectativas también cambian de acuerdo con ese modelo.

Por otra parte, el interés feminista por definir las categorías de sexo y género desde la construcción social se acentuó durante los años ochenta luego de que Foucault publicara en 1976 *Historia de la sexualidad*, obra en la cual señaló el uso de la sexualidad como medio de coerción social y destacó el vínculo entre ésta y el poder; no obstante, el autor no percibió las diferencias existentes entre la sexualidad femenina y la sexualidad masculina.

La crítica realizada por Foucault fue adoptada por el movimiento feminista de tal forma que el hecho de que el cuerpo femenino y su sexualidad eran construcciones, significaba que podrían construirse de otra manera (Celia Amorós, 2000: 262).

La sexualidad es construida totalmente en la cultura de acuerdo con los objetivos políticos de la clase dominante (Michael Foucault, 1991), de la hegemonía de género y étnica (Lagarde, 1997a). Sin embargo, de acuerdo con Foucault, "...no hay que describir la sexualidad como un impulso reacio, extraño por naturaleza e indócil por necesidad a un poder que, por su lado se encarna en someterla y, a menudo fracasa en su intento de dominarla por completo.

Aparece ella, más bien como un punto de pasaje para las relaciones de poder, particularmente denso: entre los hombres y mujeres, jóvenes y viejos, padres y progenitura, educadores y alumnos, curas y laicos, gobierno y población. En las relaciones de poder, la sexualidad no es el elemento más sordo, sino más bien uno de los que están dotados de la mayor instrumentalidad: utilizable para el mayor número de maniobras y capaz de servir de apoyo, de bisagra, a las más variadas estrategias..." (1991:126).

El modelo sexual dominante para las sociedades patriarcales se basa, de acuerdo con Patricia Castañeda, "en el principio de la diferencia, es decir, es fundamentalmente heterosexual" (1987:107). Sin embargo, el hecho de que el modelo heterosexual sea dominante no quiere decir que no existan otras formas como puede ser la homosexualidad.

La heterosexualidad supone además la fidelidad legitimada por una relación contractual, el matrimonio. El matrimonio, "se celebra con el fin de procurar un espacio permitido, reconocido y privado a la puesta en escena de la sexualidad, misma que debe tener como meta la procreación, la preservación de la especie" (op. cit.:108). Sin embargo, el matrimonio, como institución surgida como consecuencia de la instauración de la monogamia, tiene como fin no sólo la procreación sino la descendencia.

Por otra parte, el modelo heterosexual, señala Patricia Castañeda, "es profundamente contradictorio, puesto que en la experiencia concreta no deja de ser más que eso, un ideal de relación y de comportamiento que se ve puesto en entredicho a cada momento por fenómenos tales como la homosexualidad, la pollgamia, la promiscuidad, el incesto, las uniones conyugales no sancionadas por alguna institución, el bestialismo, la masturbación, en fin, por las formas reales, comunes, en que se relacionan los seres humanos y satisfacen sus impulsos sexuales" (op. cit.:108).

Sin embargo, los contenidos sexuales para mujeres y hombres son distintos, mientras que las primeras como género deben cumplir a pie juntillas con las normas sexuales como son la monogamia, institucionalizada con el matrimonio, en el caso de los hombres la sexualidad es más permisible, está "orientada a su exhibición pública porque no necesita de manera tan estricta la justificación de realizarse con vistas a la procreación" (op. cit.:108)

Por lo tanto la sexualidad no sólo es biología, sino también relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como concepciones del mundo (Marcela Lagarde, 1997a). De acuerdo con Paul-Laurenó Assoun, "... la sexualidad actualiza de manera ejemplar la cosmología de la voluntad de vivir" (en Castañeda, 1987).

El feminismo, al tomar en cuenta tanto el género como los distintos ejes que conforman la condición de las mujeres, considera, por un lado, que la sexualidad femenina puede ser vivida y experimentada de formas distintas, dependiendo de las situaciones vitales de las mujeres, por el otro, intenta superar la visión simplista sobre las mujeres y visualizarlas en su complejidad.

Mujeres y hombres somos, antes que nada, cuerpos, los cuales son nuestra forma de existencia material, es decir, cuerpos físicos integrados por órganos y funciones, "factor individualizador que nos convierte a cada uno en una particular presencia en el mundo" (Aida Aisenson,1981:281). Pero el cuerpo no sólo es cuerpo físico-biológico sino cuerpo construido en tanto existencia frente al otro. El cuerpo, de acuerdo con la antropóloga Patricia Castañeda, es "fuente creadora de símbolos y centro articulador de los mismos" (1987:76 versión electrónica). Es, pues, la materia principal del contenido simbólico social<sup>4</sup>. Es un complejo construido histórica, social y culturalmente, por tanto no es toda naturaleza, ni universalidad (Charo, Altable,2000), como tampoco es algo

---

<sup>4</sup> De acuerdo con Mary Douglas "el símbolo constituye el único medio para expresar los valores, es el instrumento principal del pensamiento y la válvula regularizadora de la experiencia" (1978:57).

acabado, está en transformación constante.

De acuerdo con lo anterior, la anorexia y la bulimia en las mujeres son enfermedades que tienen que ver con la experiencia sexual de las mujeres, es decir con todo aquello que viven a través de los cambios corporales, que no son meramente físicos y biológicos, sino también en las relaciones con los otros, con la forma en que son y se ubican genérica y particularmente en el mundo, y con todas las representaciones simbólicas que conlleva su ejercicio durante el ciclo de vida.

### **1.7 Cuerpo vivido e imagen corporal.**

Cuerpo vivido es la categoría que permite entender cómo llegaron las mujeres a padecer anorexia y bulimia, si se entiende que el cuerpo que poseemos y que somos es resultado de nuestra experiencia vivida y de nuestro mundo vivido.

De acuerdo con Aida Aisenson Kogan, en la relación cuerpo-persona dentro del vivir humano existen tres posiciones: *la zona media* –el cuerpo vivido– es “la que corresponde a los modos de sentir y de obrar más frecuentes, la vivencia del cuerpo entra invariablemente en la trama de la experiencia total, pero en los extremos se hallan, por un lado los momentos puramente espirituales del pensamiento abstracto de la libre adhesión a valores, y por el otro sectores o funcionamientos fisiológicos y aun meramente físicos del organismo que no llegan a integrarse en la personalidad individual” (1981:289).

Para la autora “el sentido antropológico del cuerpo reside en su enraizamiento en la personalidad, que por una parte refleja y por otra contribuye a formar, en una ceñida trama dialéctica. Sentiremos nuestro cuerpo según como nos sintamos en general con relación a nosotros mismos, el mundo y a los otros... A la vez el sentimiento del propio cuerpo influirá en la configuración de actitudes y expectativas, y éstas paulatinamente irán plasmando modificaciones en la

estructura de la personalidad ya alcanzada" (op. cit.:295).

Es indudable que el cuerpo se halla entretelado por la personalidad puesto que ésta por un lado determina muchos de nuestros rasgos individuales, ante los cuales "el temperamento es algo así como la constitución operante", y por el otro "constituye una situación nuestra a la que reaccionamos" (op. cit.:295).

Sin embargo, si en algún momento la existencia de nuestras formas corporales adquiere un valor subjetivo, es sólo de manera indirecta a través de "condicionamientos sociales que le prestan un sentido de pertenencia a un grupo, acaso, o a una clase determinada, o lo dotan de un sentido estético, o si no el tono subjetivo surge por algún proceso particular que lo torna presente a la sensibilidad" (op. cit.:289).

Por su parte "el cuerpo objetivo tiene una existencia sólo conceptual en las circunstancias de la vida más frecuentes, pero no siempre, ni tampoco pueden considerarse valores imaginarios en los que reconocemos nuestra propia identidad". Por ejemplo, señala la autora, para Karl Jaspers (1955) el "yo" implica siempre una elección, y esto significa la capacidad de trascender diversos "aspectos de mí mismo" que no constituyen el meollo de la *verdadera* existencia. El cuerpo es uno de tales aspectos, el primero; otro de ellos lo constituye el carácter. Así, "incluso el cuerpo vivido es una ineludible condición del yo, pero el yo no se agota en ello". Es decir, no todo nuestro ser pasa por el cuerpo aun cuando sea éste el que nos instala en el mundo (Aida Aisenson, op. cit.:290-294).

Así pues, en la vivencia del cuerpo destaca el hecho de que sólo vivimos auténticamente nuestra existencia en tanto somos capaces de optar. De ahí que "aun en la medida que mi cuerpo me determina, soy yo quien dota de sentido existencial máximo a tales determinaciones" (Idem). Y, no obstante que el cuerpo vivido no participa en todas las dimensiones de la existencia, sí cubre zonas fundamentales, siendo en ellas siempre un mi cuerpo, es decir, un cuerpo

personal (idem).

Sin embargo, el mundo vivido que interiorizamos está inserto dentro de un orden social en el que las mujeres se encuentran en opresión, es decir, subordinadas, dependientes y discriminadas, en relación "con los hombres, en el conjunto de la sociedad y en el Estado" (Marcela Lagarde, 1997a:97). Por lo tanto, el cuerpo vivido, al tratarse de un cuerpo femenino, es de antemano un cuerpo oprimido. El cuerpo femenino no puede concebirse entonces como un cuerpo propio.

Las mujeres que padecen de anorexia y bulimia viven distintas formas de opresión según sus condiciones sociales particulares, no obstante, éstas pueden agruparse en las tres situaciones en que se traduce la condición de opresión de acuerdo con Marcela Lagarde (1997) y que dan como resultado los cautiverios de las mujeres.

De acuerdo con la autora, creadora de la categoría cautiverio, "las mujeres están cautivas porque han sido privadas de autonomía, de independencia para vivir, del gobierno sobre sí mismas, de la posibilidad de escoger, y de la capacidad de decidir" (op. cit.: 152)

Las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia viven cautivas pues, si bien en un primer momento creen elegir libremente comer poco, no comer, devorar o vomitar, lo que sucede en realidad es que su "decisión" no es sino resultado de su opresión. Es decir, son mujeres que, condicionadas por su género, viven situaciones que las llevan a representar de manera consciente o inconsciente por medio de sus cuerpos y a través de dichas enfermedades sus miedos, sus frustraciones, sus inseguridades, sus inconformidades.

Representan a través de sus cuerpos su mundo vivido, su inconformidad con éste y con la sociedad que lo conforma. El cuerpo es su medio de expresión



cuando ya no hay palabras. Así pues, parafraseando a Emilce Dio Bleichmar (1999), para la mujer el uso de su cuerpo es su forma más frecuente de encarar y resolver conflictos, es sólo por medio de éste como cree ser escuchada. Así, la enfermedad se vive en el cuerpo, al igual que la salud.

De acuerdo con la antropóloga Eugenia Flores:

- La salud-enfermedad no es un proceso natural. Es un proceso dialéctico, sociocultural e histórico. En él, la enfermedad y la salud; el desgaste y la reproducción y el deterioro y sobrevida son los polos dialécticos de un *continuum*.
- La salud es un estado que se vive en el cuerpo, reflejo, traducción y resultado de la satisfacción de las necesidades vitales, la calidad de vida y el entorno —micro y macro- ambiental y social del sujeto individual y social.
- La salud es la traducción de la capacidad del sujeto de adaptación, control y transformación de él mismo y de su ambiente (1998:61).

La concepción de cuerpo vivido actuante en la relación salud-enfermedad ayuda a derribar las concepciones médicas hegemónicas que separan la salud física de la salud mental de las mujeres.

Ahora bien, junto a la concepción de cuerpo vivido está la de imagen corporal, la cual es definida como la forma inconsciente en que cada cual se concibe a sí mismo en relación con su cuerpo y según la historia de su vida. En palabras de Françoise Dolto (1986:21) "la *imagen del cuerpo* es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia, así como a la cultura donde se desarrolla esa historia... es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes".

El concepto de imagen corporal me es útil sobre todo para analizar la percepción que las mujeres tienen de sí mismas como corporalidad, y también

para entender las explicaciones médicas y psicológicas sobre las particularidades de la anorexia y la bulimia.

### **1.8 Concepciones médicas y psiquiátricas hegemónicas en la historia de anorexia y la bulimia**

En el modelo médico y psiquiátrico hegemónicos las y los enfermos están subsumidos en las enfermedades. No se estudia a las mujeres que padecen de anorexia y bulimia como sujetas, sino que se estudian las enfermedades en sí mismas.

Así la anorexia y la bulimia, cuyos términos han sido tomados del griego antiguo: anorektous -los que rehúsan el alimento o no lo absorben- y boulimos -bou, gran cantidad, o boul "buey" y limos "hambre", hambre de buey- (Nicolás Caparrós, 1997 y Josep Toro, 1996), están clasificadas por la clínica médica como trastornos del comportamiento o de la conducta alimentaria según el manual de diagnóstico de las enfermedades mentales que se consulte, ya sea el DSM IV o el CIE 10. Si bien estos manuales se limitan a dar las pautas de diagnóstico, sin mención alguna a presupuestos teóricos, destaca el hecho que pongan énfasis en el comportamiento alimentario como característica definitoria.

De acuerdo con el CIE 10, la anorexia nerviosa "es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo", presenta también, una distorsión de la imagen corporal "la que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales" (OMS, 1992:219).

Asimismo, se encuentra la anorexia atípica que es aquella en la que faltan una o más características de la anorexia, o bien, se presentan todas pero en grado leve.

En lo que toca a la bulimia, es “un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal” (op. cit.:221). Entre las pautas para su diagnóstico, deben estar presentes alteraciones como, además de las ya mencionadas, el uso de métodos vomitivos, el abuso de laxantes, así como una psicopatología que consiste en un miedo morboso a engordar.

Por otra parte, siguiendo con la clasificación del CIE 10, aquellas conductas alimentarias que no cumplen con todos y cada uno de los criterios requeridos para ser diagnosticadas como trastornos típicos de la conducta alimentaria, es decir bulimia y anorexia, entrarán dentro de la categoría de los trastornos de la conducta alimentaria no especificada (EDNOS por sus siglas en inglés).

Los dos padecimientos anteriormente mencionados hacen referencia a otro trastorno de la alimentación, la obesidad; importante de mencionar en esta investigación por el hecho de que tanto la bulimia como la anorexia se manifiestan como rechazo a ésta.

La obesidad es definida clínicamente como “una acumulación excesiva del tejido adiposo que se traduce en el aumento del tejido corporal” (Josep Toro, 1996)<sup>5</sup>, no obstante el grado de obesidad de la persona es una designación social, pues se establece con relación al llamado peso ideal o peso deseable que tiene su fundamento no sólo en la salud sino también en la estética, establecidas desde parámetros culturales y de clase. La medicina hegemónica legitima el peso ideal

---

<sup>5</sup> La determinación de la obesidad, como ya mencioné, es un hecho cultural que puede prescribirse a simple vista, sin embargo, en el ámbito de lo científico hay una forma de determinar el grado de obesidad, el índice de masa corporal (IMC). El IMC o Índice de Quetelet es el resultado de dividir el peso en kg por la talla, es decir la altura, elevada al cuadrado:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (m)}}$$

Comúnmente se define un IMC=28 como punto de corte a partir del cual la obesidad se convierte en un factor de riesgo de importancia creciente para el aumento prevaiente de diabetes, hipertensión arterial y otras complicaciones. (Martín Peña G., 1994:6)

delgado en las personas sin tomar en cuenta sus particularidades, el medio en el que viven, la comunidad a la que pertenecen, el modo de vida que tienen.

Las mujeres que padecen de anorexia y bulimia pueden pasar muchos años con altibajos en su salud, sin embargo, durante los momentos de crisis ésta puede verse mermada hasta ocasionar la muerte debido a las complicaciones físico-biológicas en sufren los cuerpos.

Algunas de las consecuencias físico-biológicas asociadas con la anorexia y la bulimia según el DSM-IV son:

En el caso de la anorexia

- Amenorrea
- Estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva
- Emaciación, hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel
- Bradicardia

Entre las enfermedades que desarrollan están la anemia, alteración en la función renal y trastornos vasculares.

En el caso de la bulimia:

- Irregularidades menstruales
- Dependencia a fármacos, debido al abuso de laxantes
- Desequilibrios electrolíticos
- Aunque raros, pueden presentarse desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas.

## Breve historia de la anorexia y la bulimia

Respecto de la historia de la anorexia y la bulimia, se encuentran referencias que datan de finales del siglo XIX en el caso de la anorexia y, para el caso de la bulimia, de hace tan sólo 20 años, ya que se le consideraba como parte de la primera, o de la obesidad.

No obstante lo anterior, las comilonas así como las prácticas vomitivas y el ayuno, consideradas antecedentes de la anorexia y la bulimia, han formado parte de rituales humanos de las primeras civilizaciones. Por ejemplo, en la antigua Grecia, sobre todo a través del pensamiento pitagórico en el cual quedó establecido el dualismo cuerpo-mente subordinado el primero a la segunda, el ayuno fue interpretado como el "medio de superar ese pesado vínculo que en su aspecto negativo, ata a lo terrenal, al reino de la necesidad" (Nicolás Caparrós, op. cit.).

De acuerdo con el registro histórico, en la Baja Edad Media, a partir del s. XII las connotaciones del ayuno sufrieron ciertas modificaciones: de la actividad como forma de purificación a través de la cual se puede obtener el éxtasis, las prácticas restrictivas fueron vistas por la Iglesia como "mensajes de protesta a las que juzga como fragmentadoras para su estructura", de tal forma que más tarde la abstinencia se mudó completamente y fue interpretada como "una influencia demoníaca". Aparecieron entonces las primeras encuestas encargadas por la propia Iglesia a fin de comprobar la veracidad y naturaleza de los ayunos prolongados. Así pues, los significados de las prácticas vomitivas y de los ayunos autoimpuestos son tan diversos como la cultura e ideología desde la cual se realizan o realizaron.

No fue sino hasta el siglo XVII que el ayuno prolongado, junto a otros síntomas, recibió la categoría de enfermedad llamada más tarde anorexia. Dentro de la literatura médica se considera a Morton como el primer autor que refiere con

precisión el cuadro clínico de la anorexia, así, en 1689 este autor, a través de la denominación *consunción nerviosa*, diferenció la enfermedad de otras alteraciones del mismo tipo: "consunción nerviosa: consunción del cuerpo sin fiebre, tos o disnea, acompañada de pérdida del apetito y de malas digestiones, de ella se deriva languidez corporal y un adelgazamiento día a día mayor". Por su parte Djerine en 1774 señaló el rechazo de los alimentos de origen psíquico y lo describió decididamente como algo separado de otros trastornos orgánicos. Sin embargo, fue a partir del siglo XIX en que comenzó a gestarse la base de las concepciones actuales de la anorexia entendida como una enfermedad mental (en Nicolás Caparrós, op. cit.)

El estudio pormenorizado sobre este cuadro comenzó a finales del siglo XIX en Francia por Charles Lasègue y en Inglaterra por William Gull. El primero de ellos denominó a la enfermedad como "anorexia histérica", mientras que el segundo acuñó el término hoy día utilizado, "anorexia nervosa" (Nicolás Caparrós, op. cit.; Josep Toro, op. cit.).

Para William Gull (1868) el origen de la enfermedad está en lo orgánico "en el estado actual de los diagnósticos representan ante todo una inferencia basada en los acontecimientos acerca de la predisposición de diversos órganos a cierto tipo de lesiones: en ausencia de fiebres tuberculosas y con apepsia de tipo histérico debemos evitar el error de hipotetizar la presencia de una alteración mesentérica en las jóvenes gravemente deprivadas a causa de tal enfermedad" (en Nicolás Caparrós, op. cit.)

Con Lasègue la anorexia entró en el campo de la medicina desde el ámbito de la psique, de ahí que el término utilizado sea "anorexia histérica". Este autor es considerado el primero en realizar una descripción clínica del cuadro sintomático, así como el primero en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la joven y sus padres (Josep Toro, op. cit.). Nicolás Caparrós discrepa sobre este último punto y señala que para esta época

es imposible interpretar todavía el rechazo de la comida como "rebelión ante la familia o siquiera frente a la función materna".

De acuerdo con Josep Toro, "las aportaciones de Lasègue y Gull deben situarse en la época victoriana, en plena polémica sobre las *fasting girls*, en el momento culminante de la transición desde una visión religiosa a una concepción natural de la anorexia nerviosa. La utilización del termino *girl* implicaba en ese momento la noción de "histeria" (histeros=útero), pues los médicos victorianos consideraban a las muchachas particularmente proclives a los trastornos nerviosos" (op. cit.:31).

Para Lasègue, "la anorexia histérica se inicia entre los 15 y 20 años a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionada con la transición a la edad adulta. La evolución de la enfermedad se produciría a lo largo de tres etapas: en la primera, la paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo género de presiones por parte de sus padres en orden a incrementar su alimentación. La segunda etapa contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga a la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa. En la tercera fase el deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, sed persistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos" (en Josep Toro, op. cit.:32).

La descripción realizada por Lasègue, que sigue operando en la actualidad, fue el punto de partida para todas las discusiones actuales sobre el tema.

Por su parte, Jean Martin Charcot fue el introductor cuasi oficial de la "parentectomía", es decir, el aislamiento de la paciente respecto de la familia como fórmula terapéutica. La intervención sobre la familia e incluso el alejamiento de la paciente del ambiente familiar eran cuestiones ya planteadas por Gull y

Lasègue. Asimismo, Charcot señaló el "miedo a la obesidad" como responsable de la motivación anoréxica hacia el ayuno (en Josep Toro, op cit.).

Es importante señalar que en la época de Charcot, en la Francia decimonónica había una presión social al sobrepeso como representación de la belleza femenina; este ideal sigue vigente en ciertas culturas como por ejemplo entre las mujeres de Tehuantepec, Oaxaca.

Como se puede ver, esta primera etapa nosológica de la anorexia versó sobre todo en la descripción de la enfermedad en cuanto a la sintomatología de las jóvenes anoréxicas.

Fue, sin embargo, en el campo psicoanalítico donde se encontraron mayores respuestas a las preguntas planteadas sobre las causas que originaban estas enfermedades, las hipótesis son diversas:

Pierre Janet, psiquiatra francés, describió dos formas de anorexia: obsesiva e histérica. En la forma obsesiva se mantendría la sensación de hambre. La paciente se manifestaría a disgusto con su cuerpo, temiendo engordar y conduciría a excesos en ejercicio físico. La forma histérica, mucho más frecuente, implicaría una pérdida "real" del apetito. Para Janet, la anorexia nerviosa o mental tiene un origen emocional. Sus pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo, estaban obsesionadas por la idea de su volumen corporal y contaban con una "multitud de pequeños delirios relacionados con los alimentos y el comer". Janet interpretó la conducta anoréxica en relación con la sexualidad: "el pudor, un género de ocultación de lo sexual definiría los sentimientos de estas muchachas. Su negativa a crecer, a ser mujeres, implicaría su rechazo al desarrollo sexual" (en Josep Toro, op. cit.:42)

Por su parte Sigmund Freud en el año de 1895, señaló la anorexia como la neurosis de las jóvenes púberes que rechazan la sexualidad. "Es sabido que en



niñas que se hallan en la época de la pubertad o poco después de ésta, se presenta una neurosis que expresa la desautorización de lo sexual mediante la anorexia, es lícito vincularla con esta fase oral de la vida sexual" (1979:97).

Para el año 1905, en que se publicó *Tres ensayos*, Freud hizo una descripción acabada sobre el vínculo inicial entre sexualidad y hambre. "La primera de las organizaciones pregenitales es la oral, o si se prefiere caníbal. En ella, la actividad sexual no está separada de la absorción de alimentos [...] De estas primeras y más importantes relaciones sexuales queda gran parte como resto, después de separada la actividad sexual de la alimentación. Durante todo el periodo de latencia aprende el niño a amar a las personas que satisfacen sus necesidades y le auxilian en su carencia de adaptación a la vida. Y aprende a amarlas conforme al modelo y como una continuación de sus relaciones de lactancia con la madre" (Sigmund Freud, 1973:1210-1225)

Sobre esta misma línea Karl Abraham "apuntaría la relación entre comer-engordar-embarazo. Esta asociación implicaría una regresión desde la sexualidad genital a la oralidad, -o quizá también una incapacidad de alcanzar la sexualidad genital" (Nicolás Caparrós, op. cit.:67).

Por otro lado, la anorexia pasó por una fase, desde 1914 hasta 1937, en que fue considerada como una enfermedad exclusivamente endocrina, es decir, se la atribuía al mal funcionamiento de la glándula pituitaria o de la tiroides; debido a esto se retrasaron considerablemente las investigaciones médicas (Ginette Raimbault, 1991:34).

Por su parte, Anna Freud (1993) en *El yo y los mecanismos de defensa*, publicado en 1936 situó la anorexia mental de la joven en lo que ella denominó: "comportamientos ascéticos de la adolescencia".

Para la llegada de los años cincuenta el interés del psicoanálisis se desplazó del síntoma hacia el papel de la madre-hijo. Dio inicio la hipótesis edípica; Jessner y Abre estudiaron los elementos preedípicos en la génesis de la anorexia de la adolescente. De los cuales dijeron que, "la no superación de la ambivalencia pregenital (ligada a una separación de la madre) hace que esta ambivalencia imprima su marca sobre cualquier relación posterior" (en Ginette Raimbault, op. cit.34-36)

Las conclusiones a las que se llegaron en el Simposio de Gottingen, realizado en 1965, desplazaron de nuevo el eje de las investigaciones, esta vez de los trastornos alimentarios hacia las perturbaciones corporales (op. cit.). En esta línea sobresale la figura de Hilde Bruch, psiquiatra, quien "fue la primera en llamar la atención sobre los defectos en la autopercepción y autorregulación de las sensaciones del hambre en los trastornos de la alimentación" (Emilce Dio Bleichmar, 2000:4).

La anorexia nerviosa debía entenderse, según Hilde Bruch, en términos de desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta. Así se oponía a una visión limitada al desarrollo psicosocial.

Asimismo fue Bruch quien en 1973 creó el concepto de anorexia nerviosa atípica para significar la anorexia secundaria a un trastorno depresivo. A esta autora se le debe la inclusión de la obesidad como trastorno de la alimentación (Nicolás Caparrós, op. cit.).

Las características de la anorexia primaria y secundaria serían para Bruch las siguientes: mientras que la primera se distinguiría por "la distorsión en la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones y una sensación generalizada de ineficacia"; la anorexia secundaria se caracterizaría por la "pérdida de peso grave debida a conflictos internos" (Josep Toro, op. cit.:44).

Considero importante mencionar que Hilde Bruch fue no sólo la primera en relevar que las jóvenes que padecen anorexia y bulimia tienen distorsionada su imagen corporal, sino que extrajo la concepción de imagen corporal del espacio de lo meramente psíquico para destacar el papel que la mujer como ser humana juega en la construcción de dicha imagen.

Desde esta perspectiva las jóvenes son, por lo menos en un primer momento, creadoras conscientes de su estado corporal; la autora de *La jaula dorada* asevera: " [...] ellas luchan a fondo para cambiar, negar y confundir la evidencia de sus sentidos [...]", y continúa, "[...] las anoréxicas insisten en que no pueden 'ver' cuán delgadas están, en que toda la preocupación que muestran los demás no es realista porque ellas están bien, tienen buen aspecto, justo el que quieren tener; incluso dicen que están muy gordas. Este síntoma característico, la distorsión de la imagen corporal, también ha necesitado entrenamiento para autoengañarse. Practican mirándose al espejo, una y otra vez, y están orgullosas de cada kilo que pierden, cada hueso que se les ve. Cuanto más orgullosas estén de ello, más convencida será la afirmación de que están bien" (2002:99-102).

De acuerdo con Josep Toro (op. cit.), aun cuando Hilde Bruch "abrió los caminos para que se consiguiera el acceso de los agentes socioculturales como indudable influencia en el padecimiento de la anorexia", ya que esta autora fue quizá la primera en relacionar el aumento de casos con "el enorme énfasis que pone la industria de la moda en la delgadez", fue Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra italiana, quien dio los pasos definitivos en la dirección cultural.

Mara Selvini Palazzoli (1999) enumeró desde sus primeras reflexiones realizadas en 1963, los factores socioculturales que consideró predisponen genéricamente a las reacciones neuróticas y psicóticas: "la entrada de la mujer en la lucha tradicionalmente masculina de la escuela, de la profesión o, en cualquier caso de la carrera..., el no disminuido, sino acaso incrementado narcisismo femenino, fomentado por la moda, los medios audiovisuales..., y el aumento de la

riqueza". Treinta años después, consideró a la anorexia como "un síndrome de la sociedad opulenta", destacó así entre los factores socioculturales que permiten su desarrollo: la abundancia de comida; la moda de la delgadez; el bienestar de los hijos como imperativo central en la familia y la dependencia de los hijos hacia los padres. Asimismo, señaló en las mujeres la experiencia de una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de su emancipación.

Por otra parte, de acuerdo con Josep Toro (op. cit.), a partir de las aportaciones de Mara Selvini se desglosan dos claras líneas de abordaje: "[...] una de ellas pretende profundizar en la dinámica familiar, siendo su principal representante Minuchi (1975), quien desarrolló su modelo de familia 'psicosomatogénica'. En la otra línea, se ubican todos los especialistas que se decantan por una interpretación sociocultural más allá de lo estrictamente familiar, los principales representantes son Garfinkel y Garner (1982) en América y Vandereycken en Europa".

Otra de las hipótesis teóricas es la de Russell, quien en 1977 se refirió al aspecto etiopatogénico. Este autor propuso "un esquema etiopatogénico que muestra a las claras que, incluso desde una visión orgánica, es preciso invocar factores múltiples: a) un trastorno mental que origina la reducción de la ingesta y la consiguiente pérdida de peso; b) esta pérdida provoca una alteración endocrina y consiguiente amenorrea; c) la desnutrición agrava el trastorno mental; y d) o bien el trastorno mental modifica directamente la función hipotalámica". Destacó asimismo que, "la disfunción hipotalámica repercute en las funciones psíquicas del paciente, en especial en las que se relacionan con los alimentos y la sexualidad" (en Nicolás Caparrós, op. cit.:47).

## **La Bulimia.**

Si bien el estudio de la bulimia es incipiente, teniendo tan sólo 30 años de ser motivo de reflexiones, entre sus principales contenidos se encuentran los siguientes:

Según la revisión realizada por Josep Toro (op. cit.), la práctica de vómitos que caracterizaría a la bulimia fue un hecho común entre los griegos quienes "se entregaban al vómito de manera cuasi ritualizada". Por otra parte, "durante la Baja Edad Media, el vómito constituyó una práctica penitencial; mediante la emésis, el penitente arrojaba sus pecados"

Fue Rusell, en 1979, quien describió la bulimia nerviosa propiamente dicha. En sus criterios de diagnóstico, junto a los atracones y las conductas compensatorias de los mismos hizo hincapié explícito en el miedo a engordar como condición sine qua non. Los criterios de diagnóstico de Russell fueron retomados por el DSM-III.

Según la revisión realizada por Stein y Laakso en 1988, la bulimia ha sido analizada desde el criterio dominante de ser un síntoma de la anorexia o de la depresión (en Nicolás Caparrós, op. cit.). Por mi parte, la considero no como un síntoma de ésta sino más bien pienso que ambas se presentan como un síndrome puesto que en la mayoría de los casos las personas padecen tanto síntomas de una como de la otra.

Finalmente, se han realizado estudios acerca de los trastornos de la alimentación en los que se analiza la implicación de aspectos neuroquímicos fundamentándose en estudios realizados con animales, los cuales "... demostraron que la noradrenalina liberada en el hipotálamo estimula en los animales a consumir alimentos..., con un aumento preferente de la ingesta de hidratos de carbono". La serotonina por su parte ocasiona un efecto contrario, es

decir la reducción de la ingesta. Así, "la saciedad y la terminación de episodios bulímicos pueden estar asociados al aumento de los niveles cerebrales de serotonina (5-HT) en el cerebro, no se llega a percibir la sensación de saciedad" (Julio Moizeszowicz, 1996:201).

Concluyendo, puedo decir que las teorías mencionadas en este apartado muestran que el contenido que se ha dado a la anorexia y la bulimia, antes que a las personas que padecen dichas enfermedades, ha estado en relación con el momento histórico social vivido y con la concepción que en ese momento se ha tenido a cerca de las personas y sus cuerpos, específicamente de las mujeres. Las teorías estuvieron enfocadas sobre todo al comportamiento y a la sintomatología de las personas concebidas como cuerpos o como mentes, nunca como un todo y mucho menos en el caso de las mujeres, como seres humanas.

### **1.9 Las mujeres que padecen de anorexia, bulimia y las representaciones sociales.**

Las representaciones sociales de "la mujer", es decir, los contenidos simbólicos con los cuales se define al genérico femenino, están fundamentadas en primera instancia en la sexualidad de las mujeres, la cual, en la ideología patriarcal, está escindida en cuerpo para la maternidad y cuerpo para el erotismo<sup>6</sup>.

El contenido simbólico de lo que debe ser una mujer se encuentra condensado en dicha categoría; sin embargo, las mujeres concretas son mucho más que sus representaciones, aun cuando las representaciones sociales sean

---

<sup>6</sup> La sexualidad femenina tiene dos espacios vitales: uno es el de la procreación y otro el erotismo. Estos ámbitos de la sexualidad son la base de la especialización sociocultural de las mujeres. En torno a la procreación, se construye la maternidad como experiencia vital básica, "natural", como contenido de vida de todas las mujeres, como centro positivo de su feminidad, de su "naturaleza". El erotismo es el espacio vital reservado a un grupo menor de mujeres ubicadas en el lado negativo del cosmos, en el mal, y son consideradas por su definición esencial erótica como malas mujeres... Sin embargo, el erotismo está presente en la vida de todas las mujeres pero salvo el caso de las putas, en el resto está asociado de manera subordinada y al servicio de la procreación. Así, es característica básica de la sexualidad de las mujeres la relación orgánica entre erotismo y procreación, la cual en el nivel de los sujetos aparece escindida (Marcela Lagarde, 1997a: 202-203)

causa y efecto en la conformación de las y los individuos reales.

Son muchas las representaciones sociales que hay acerca de las mujeres y los hombres, éstas varían de acuerdo con el espacio social desde el cual fueron construidas. Así las personas definimos a una mujer o a un hombre en relación con concepciones religiosas, filosóficas, históricas, literarias, mediáticas, también de acuerdo con las relaciones que mantenemos, en las distintas esferas de nuestras vidas, con las y los otros. Cada una y cada uno de nosotros creamos nuestras propias representaciones sobre nosotras y nosotros mismos y sobre las y los otros (parafraseando a Marcela Lagarde, en mis notas personales).

De acuerdo con Emile Durkheim "Para que la sociedad pueda tomar conciencia de sí y mantener, en el grado de intensidad necesaria, el sentimiento que tiene de sí misma, es necesario que se reúna y se concentre. Esta concentración determina una exaltación de la vida moral que se traduce por un conjunto de concepciones ideales donde se pinta la nueva vida que así se ha despertado; ellas corresponden a esta afluencia de fuerzas psíquicas que se sobreañaden entonces a aquellas de que disponíamos para las tareas cotidianas de la existencia. Una sociedad no puede ni crearse ni recrearse sin, al mismo tiempo, crear el ideal" (1968:434).

Las representaciones colectivas son "las categorías más generales que existen entre las cosas; superando todas nuestras ideas en extensión, dominan todos los detalles de nuestra vida intelectual" (idem), sin ellas no cabría la existencia de la sociedad, ni del ser humano mismo. Las representaciones colectivas operan como el deber ser social<sup>7</sup>. Así pues, no son sólo formas

---

<sup>7</sup> Características de las representaciones colectivas según Josetxo Berian:

- a) La normatividad legítima como autoridad racional articulada sobre dos factores: 1. *El Deber* (obligatoriedad) de la norma "es la moral en cuanto que ordena y prohíbe; es la moral severa, ruda, de obedecerse" la sociedad presenta una autoridad... ; y *El bien* (deseabilidad) es la moralidad en cuanto se nos aparece como algo bueno, como un ideal..., la sociedad es el poder amigo y protector, la madre nutricia de quien recibimos lo más importante de nuestra sustancia intelectual y moral.

simbólicas sino que conforman al ser social o individual concreto en su hacer en el mundo. El *deber ser* genérico puede ser asimilado o rechazado por cada persona.

Partiendo de lo anterior, las representaciones colectivas son el cúmulo de normas internalizadas por los individuos en forma de hábitos, utilizando la categoría de Pierre Bourdieu<sup>8</sup>. La manera en que cada individuo las internaliza es a la vez consciente e inconsciente.

Respecto a las representaciones colectivas sobre lo que debe ser una mujer o un hombre, éstas son internalizadas, en primera instancia, a través del lenguaje, pero también, de las prácticas cotidianas partiendo del papel o rol<sup>9</sup> que juegan los individuos dentro de la sociedad.

Los papeles que las mujeres y los hombres desempeñan en la vida privada como en la pública están en función de un ideal, el ideal de mujer y el ideal de hombre cuyas tareas o quehaceres están asignados como el deber ser de cada género, entendiéndose según la ideología patriarcal cada uno como complementario del otro.

Así, las mujeres somos ubicadas y nos ubicamos en el mundo según respondamos o no con las representaciones colectivas de ser mujer, del ideal de

- 
- b) La externalidad, esto es, las representaciones colectivas existen antes, más allá y con independencia de las manifestaciones individuales; el lenguaje y los esquemas y categorías operadoras del "representar sociales", así como las prácticas profesionales, funcionan independientemente de su uso aquí y ahora por un individuo.
  - c) La intersubjetividad, las representaciones colectivas constituyen "el acervo de conocimientos simbólicamente estructurado de una sociedad" (A. Shultz y T. Luckman (1975), citados por Berian, p 28-29)

<sup>8</sup> El hábitus es definido por Bourdieu como "sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes" (Pierre Bourdieu, 1991:92).

<sup>9</sup> Según Emilce Dio Bleichmar "rol se refiere al conjunto de prescripciones y proscripciones para una conducta dada, las expectativas acerca de cuáles son los comportamientos apropiados para una persona que sostiene una posición particular dentro de un contexto dado. El rol de género es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para una persona que poseen un sexo determinado (Emilce Dio Bleichmar, 1991:9).



mujer que nos señala lo que está permitido o prohibido acerca de nuestra sexualidad y nuestro cuerpo, de nuestro ser y hacer en el mundo. No obstante, las permisiones y prohibiciones de lo que es una mujer varían según la cultura en que se encuentra y según los hechos históricos que se vivan. Así pues, cada cultura "tiene concepciones teóricas sobre la mujer, se despliegan en todos los niveles desde la filosofía hasta el sentido común... En la cultura patriarcal la mujer se define por su sexualidad, frente al hombre que se define por el trabajo. Además se confina la sexualidad en el ámbito de la naturaleza, como una esencia más allá del hacer de las mujeres" (Marcela Lagarde, 1997a:81).

Por otra parte, los contenidos y formas específicas de representar a los seres genéricos dentro de cada sociedad con culturas diferentes, no son estáticos sino que se transforman según los requerimientos sociales. Todo aquello que no cumple con el deber ser es considerado anormal o antinatural. Asimismo, la norma sólo puede existir si hay algo que se le contrapone, lo anormal.

Entre lo considerado anormal es donde se ubica, en el marco de las representaciones sociales, a las mujeres que padecen de anorexia y bulimia, quienes son consideradas enfermas o locas, es decir, están estigmatizadas<sup>10</sup>, pues no corresponden con el deber ser genérico.

Así como hay diversas representaciones de las mujeres, así mismo han habido diversas representaciones de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia y que están en relación con la visión del mundo de cada época histórica. Por ejemplo, durante la Alta Edad Media las mujeres que practicaban el ayuno fueron representadas como santas, ya que la abstinencia formaba parte de las prácticas ascéticas durante una época regida por la Iglesia. Cabe señalar que de acuerdo con Bell (1985), profesor de historia en la Rutgers University, quien ha

---

<sup>10</sup> De acuerdo con Erving Goffman (1980) el estigma es un atributo que vuelve a una persona diferente a las demás y la convierte en alguien menos apetecible. De tal forma que "constituye una discrepancia especial entre la identidad social virtual y la real". Así, el atributo desacreditador siempre se presenta en relación con el "estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie

revisado la vida de 261 mujeres religiosas italianas del siglo XIII hasta la actualidad, en el siglo XIII, el 50 por ciento de las 42 religiosas estudiadas parecen cumplir criterios de anorexia; en el siglo XVII el 61 por ciento de las 13 tomadas en consideración y en el siglo XX el 12 por ciento de las 16 investigadas (citado en Toro, 1991).

Actualmente una de las ideas que se tienen sobre las mujeres que padecen de anorexia y bulimia, quizá la más socializada al grado de presentarse como una representación estereotipada, es la de jóvenes con una gran preocupación por su apariencia física. Sin embargo, hay que señalar en relación con esta representación, que son varios los factores que han intervenido en su construcción:

- 1) La construcción simbólica de las mujeres como el bello sexo y por lo tanto educadas para gustar a los otros.
- 2) La representación de las mujeres como cuerpos para el erotismo, es decir cuerpo-objeto.

Para reproducir la representación de las mujeres como cuerpos para el erotismo, el orden social patriarcal se ha valido de diversos medios, sobre todo ha utilizado las imágenes producidas por las artes gráficas y, a partir del siglo XX, por la televisión y el internet. A través de dichos medios no sólo se han construido imágenes de las mujeres, sino que, parafraseando a Teresa de Lauretis (1992) al hablar de la imagen cinematográfica sobre la mujer, éstos han tendido a reproducir a la mujer como imagen.

- 3 ) La importancia que desde el siglo XX adquirió la industria de la moda, la cual marcó a partir de la década de los setenta la disminución en el peso no sólo de las modelos, como las afectadas directamente, sino de las mujeres en general. La imagen delgada y glamorosa de las modelos aunada a la

---

de individuos".

difusión de un estilo de vida cuyo fin es el placer, crearon el ideal, inalcanzable para la mayoría de las mujeres.

### **1.10 La sociedad, el Estado y las mujeres que padecen de anorexia y bulimia.**

He relevado la importancia de las representaciones sociales en la construcción de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia, sin embargo, éstas no se reproducen por sí solas, ni solo a través de los medios gráficos, literarios, de comunicación, sino a través de prácticas cotidianas que día a día las nutren y las refuerzan. Ahí la importancia del papel que juega la sociedad y el Estado.

Por ejemplo, y siguiendo la línea de la belleza y de la delgadez corporal como un imperativo para las mujeres, la industria farmacéutica satura el mercado con un sinnúmero de productos "reductores de grasa" e "inhibidores del apetito", sin que durante mucho tiempo se verificara su eficacia y sobre todo, sin que se tuviera la plena seguridad de que no ocasionan daños colaterales. Recientemente se señaló una medida tomada por la Secretaría de Salud Pública respecto a retirar del mercado todos aquellos productos "milagro", entre ellos los dietéticos<sup>11</sup>, que no contaran con el certificado otorgado por dicha institución (La Jornada, 2004). No obstante lo anterior, habría que realizarse una investigación minuciosa, sobre todo en lo que toca a los medicamentos ya sean alópatas u homeópatas pues se ha identificado que tras la leyenda de medicina homeopática se están vendiendo anfetaminas.

Aunados a la saturación de medicamentos para reducir de peso se encuentran los productos light y los métodos reductivos como el uso de vendajes e incluso cirugías como la liposucción, de los cuales tampoco se tiene un control.

---

<sup>11</sup> Los productos que no contaban con el certificado de la Secretaría de Salud eran: Gelatin, Sin Hambre, Redugrass Acelerado, Astro Dieta, Siluet 40 y Slim Fast, entre otros.

Por otra parte, se encuentra el ejercicio físico como fuente de salud, promovido desde diversos espacios como son la propia institución deportiva, las escuelas, la medicina, los medios de comunicación, la industria de productos deportivos.

Respecto del deporte, cabe señalar que es benéfico sólo hasta cierto nivel, siendo paradójicamente, al interior de las instituciones deportivas donde con frecuencia sobrepasa dicho límite. Dentro de la institución deportiva de élite, la salud de las personas puede estar en gran riesgo pues, ante la lucha por el poder y ante las exigencias de competición, deja de ser prioridad no sólo para las autoridades deportivas sino para los propios deportistas. Por ejemplo, está el caso de las y los remistas mexicanos, a quienes la Federación Internacional de Remo exige a sus deportistas, independientemente de la estatura, edad o nacionalidad, un máximo 59Kg a las mujeres y de 70Kg a los hombres. Cabe señalar que las características físicas de quienes practican esta disciplina en México son muy similares: mujeres con una altura de 165 cm hasta 178cm, y hombres con una altura de 175cm a 190cm (Proceso,1292).

Asimismo, es dentro de la institución deportiva donde se ha ubicado el mayor número de personas que tienen trastornos en su alimentación. De acuerdo con el dato difundido por la revista Proceso (op. cit.), el 62 por ciento de los deportistas de élite en el mundo padecen algún trastorno alimentario. Cabe señalar que es entre las gimnastas donde se ha identificado a muchas de las jóvenes que hoy en día padecen de anorexia y bulimia, llegando considerarse hoy día el grupo de las gimnastas como uno de los grupos de alto riesgo para desarrollar trastornos del comportamiento alimentario. Como ejemplo, sólo señalaré el caso de la gimnasta norteamericana Christy Henrich, quien murió en 1994 con apenas 22 años de edad y 27 kilos de peso; padecía de anorexia y era adicta a los laxantes (Idem).

Finalmente decir, acerca de los deportistas, que el Colegio Norteamericano de Medicina Deportiva considera que 62 por ciento de los deportistas de élite padece trastornos en su salud como consecuencia de su alimentación y que 18 por ciento está en peligro de caer en la anorexia (Idem).

Otra esfera donde la corporalidad delgada en las mujeres no sólo se promueve sino que se ha impuesto es la laboral. Me refiero no sólo a aquellos espacios de trabajo donde las mujeres además de vender su fuerza física venden su imagen, como son el espacio del modelaje, la televisión, el cine, la danza, sino también a aquellos espacios laborales donde los encargados de reclutar al personal han establecido como requisitos de contratación el que las mujeres cumplan con determinadas características físicas, siendo que éstas nada tienen que ver con el trabajo que las mujeres realizan, ni con las capacidades que se requieren para hacer dicho trabajo.

Ahora bien, respecto de las jóvenes que viven de su imagen física, como las modelos, cabe destacar que durante el transcurso de los años sus pesos van disminuyendo mientras que sus tallas aumentan. En un estudio citado por Toro (1991), realizado por Garner y otros investigadores durante 1980, se verificó la evolución de los pesos de las concursantes y ganadoras de los concursos de belleza y se encontró, por ejemplo, que en Europa la ganadora del concurso Miss Suecia de 1951 medía 170cm de altura y pesaba 68kg, mientras que la vencedora de 1983 una joven de 175cm pesaba 50kg. Así pues, en 32 años el cuerpo modelo experimentó una disminución de 18kg con la de que la talla se había incrementado 5cm. Algo similar sucede en Estados Unidos donde, durante la década de los años ochenta, la modelo media pesaba un 8 por ciento menos que la mujer media estadounidense, mientras que durante los noventa pesaba un 23 por ciento menos (Naomi Wolf, 1991).

En estrecha relación con lo anterior cabe decir que los cuerpos de las mujeres así como los cuerpos masculinos, son creados de acuerdo con las

actividades diarias y con el trabajo que cada una de las personas realizan, con la clase social a la que pertenecen, con los lugares que habitan, con el país donde viven. Es decir, los cuerpos de las personas corresponden con lo que cada sociedad necesita de ellas.

En el caso de México no es un asunto nimio que el foco de alarma respecto de la incidencia de la anorexia y la bulimia entre las jóvenes mexicanas se haya ubicado en primera instancia entre las jóvenes urbanas de clase alta y media alta .

Janet Rojas, psicóloga y presidenta de Ávalon (Centro de Tratamiento para la Mujer), expresó su indignación por la incidencia del problema de la anorexia y la bulimia en las jóvenes mexicanas, visible en el hecho de que las tuberías de los baños de la escuela privada, a los que asistían las jóvenes a quienes ella atendía, se estuvieran tapando al solidificarse el vómito vertido por éstas (Proceso,1330), y ante la respuesta que las autoridades dieron a este hecho, optando por ponerles candados a los baños durante el recreo. Cabe destacar que los problemas en las tuberías de las universidades atribuidos a los efectos del vómito sucedieron también en otras ciudades como Guadalajara.

Debido a mandatos de clase y etarios, las jóvenes pueden ser doble o triplemente franco idóneo para desarrollar trastornos en su comportamiento alimentario. Es decir, la clase social alta y media alta exige a las mujeres jóvenes un modo de vida determinado que incluya el éxito profesional, la participación en actividades culturales y deportivas, la asistencia a eventos sociales públicos, un modo de divertimento que si bien no es exclusivo sí es restringido, la asistencia a lugares exclusivos y de moda, así como una serie de actividades diarias que refuercen su pertenencia social. Además, se les exige por género y por clase, una presentación de sus personas que no pase desapercibida por los demás, y donde la presión social por la delgadez corporal es muy fuerte. No obstante todo lo anterior, es preciso señalar que así como no todas las mujeres cumplen con los mandatos de género, tampoco todas cumplen con los de clase.

En relación con lo anterior el papel de la industria del vestido es sumamente importante en la construcción de los cuerpos. Sobre esta cuestión el Estado también debería tomar cartas en el asunto pues las tallas van reduciéndose debido a que los diseñadores de modas crean vestidos específicamente para ser lucidos en cuerpos de modelos más parecidos a maniqués que a las mujeres comunes. Las tallas consideradas extras están asociadas con la madurez de las personas y por lo tanto están diseñadas para personas maduras, en términos coloquiales están "aseñoradas", lo cual para una joven robusta puede resultar verdaderamente frustrante y ansiógeno.

Quizá una de las situaciones más visibles acerca del papel que juega la sociedad en la construcción de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia es la referente al uso que se hace de las mujeres y de su imagen en los medios de comunicación, espacio donde la intervención del Estado es fundamental. Ante la falta de una reglamentación mediática que incluya la perspectiva de género, se reproducen mensajes publicitarios en los que las mujeres son cosificadas y subordinadas, no obstante que en la Plataforma de Acción de Beijing los gobiernos firmantes, entre ellos México, se comprometieron a "Fomentar una imagen equilibrada y no estereotipada de la mujer en los medios de comunicación" (Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer: 2004:425)<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Entre las medidas que hablan de adoptar los gobiernos se encontraban:

- Fomentar la investigación y la aplicación de una estrategia de información, educación y comunicación orientada a estimular la presentación de una imagen equilibrada de las mujeres y las jóvenes y de las múltiples funciones que ellas desempeñan;
- Fomentar una capacitación que tenga en cuenta los aspectos relacionados con el género para los profesionales de los medios de difusión, incluidos los propietarios y los administradores, a fin de alentar la creación y la utilización de imágenes no estereotipadas, equilibradas y diferenciadas de la mujer en los medios de difusión;
- Alentar a los medios de difusión que se abstengan de presentar a la mujer como un ser inferior y de explotarla como objeto sexual y bien de consumo, en lugar de presentarla como un ser humano y creativo, agente principal, contribuyente y beneficiaria del proceso de desarrollo;
- Fomentar la idea de que los estereotipos sexistas que se presentan en los medios de comunicación son discriminatorios para la mujer, degradantes y ofensivos;
- Adoptar medidas efectivas, que incluyan normas legislativas pertinentes, contra la pornografía y la proyección de programas en los que se muestren escenas de violencia contra mujeres y niños en los medios de difusión (Ibidem)

El punto sobre el trabajo y las oportunidades que hay para las y los jóvenes, en específico para las primeras, es uno de los factores que permiten la incidencia de la anorexia y la bulimia en las jóvenes. Es decir, la situación real sobre las oportunidades es de preocupación para el grueso de la población y de incertidumbre para las y los jóvenes, hay escasez de empleos, las plazas se congelan y los sueldos son muy bajos en comparación con el costo de los servicios públicos y de los productos de primera necesidad. Y, en una edad en que las jóvenes están definiendo lo que quieren en la vida, en que el cambio corporal que viven durante la adolescencia es difícil de asimilar, si no tienen herramientas lo suficientemente fuertes no sólo en lo que toca a su personalidad y carácter sino en lo que se refiere a lo necesario para conseguir lo que se desea, es decir recursos económicos y culturales para así conocer sus posibilidades, esta situación puede vivirse con verdadera angustia.

Igualmente importante es el acceso a la educación. Ésta aún no es un derecho del que todas y todos los mexicanos gocen; las instituciones educativas públicas han reducido su matrícula y aunque se han creado escuelas privadas, la calidad de la enseñanza no es del todo la mejor. Las oportunidades de desarrollo se acortan. La profesionalización ya no asegura la contratación y mucho menos una buena remuneración. No obstante, la educación sigue siendo el campo donde las personas pueden acrecentar su capital simbólico, cultural y posiblemente el económico. En el imaginario colectivo las oportunidades de desarrollo que se puedan tener en la vida están estrechamente ligadas con la educación.

El acceso a la educación es marcador en la identidad de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, al ser uno de los principales espacios donde éstos pueden ejercer su autonomía, no obstante el ejercicio de esta autonomía puede ser más o menos ansiógeno de acuerdo con la visión que cada cual tenga sobre sus capacidades y sobre sus oportunidades.



En el caso de las niñas, adolescentes o jóvenes la seguridad sobre sus capacidades y posibilidades invariablemente es mucho menor que la que sus compañeros hombres puedan tener sobre sí mismos. Con esa seguridad mermada las mujeres tienen que enfrentarse a la presión social por ser cada vez mejores estudiantes y llegar a ser excelentes profesionistas.

No tener acceso a la educación puede ser una situación verdaderamente frustrante, como puede serlo también una carrera asignada no elegida.

Ahora bien, respecto del papel que juega la institución educativa en la construcción de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia es importante señalar que la SEP ha implementado un programa de nutrición infantil en el que se informa a las y los niños sobre la calidad de los alimentos y sobre la forma en cómo deben nutrirse, con el fin de bajar el alto índice de obesidad registrado entre los infantes. De acuerdo con la encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1999 por el Instituto Nacional de Salud Pública más del 20 por ciento de las niñas y los niños mexicanos (no se especifica por sexo) tienen sobrepeso o son obesos por exceso de cereales y de azúcares en la dieta (Secretaría de Salud, 2002:15).

Este programa que parece realmente benéfico para evitar la obesidad infantil y posiblemente la adulta, puede sin embargo actuar de forma contraproducente si dicha información se da sin tomar en cuenta el contexto social en que las niñas y los niños y las y los adolescentes se desenvuelven, y si la información se transmite desde una ideología maniquea en que se refuerza la idea generalizada de que la gordura es mala y que lo bueno es lo delgado.

Por otra parte, el acceso a la alimentación es uno de los principales problemas que el Estado debe resolver y aquí me refiero al hecho de que esta primera necesidad no está cubierta para todas las mujeres, tanto por cuestiones que tienen que ver con el acceso a los recursos como a aquellas que tienen que ver con la desigualdad de género. En el caso de algunas jóvenes que han

padecido trastornos en su comportamiento alimentario, en su historia familiar la falta de recursos para cubrir esta primera necesidad fue un factor que propició la restricción alimentaria.

Asimismo, un punto muy importante es la procuración de la salud de las mujeres, siendo ésta un derecho, enunciado primeramente en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Viena en 1993 y retomado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995.

La Declaración y Programa de Acción de Viena, respecto de los derechos humanos de las mujeres reconoce "la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida..." (Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 2004: 294)

Por su parte, la Conferencia de Beijing agrega: "... El disfrute de este derecho es esencial para sus vidas y su bienestar y para hacer posible su participación en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud no es sólo la ausencia de enfermedad o dolencias, sino un estado pleno de bienestar físico, mental y social. La salud de las mujeres incluye su bienestar emocional, social y físico; contribuyen a determinar su salud tanto factores biológicos como el contexto social, político y económico en que viven" (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, op.cit.:372)

Al respecto y en relación con la atención que reciben las mujeres que padecen de anorexia y bulimia es preciso señalar que en México, contar con una sola Institución pública que brinde atención especializada al respecto, como es el caso del Instituto Nacional de Psiquiatría es insuficiente, como lo son los recursos que el gobierno destina a esta institución y como lo son también los médicos psiquiatras especializados con los que se cuenta para atender a la población demandante que de acuerdo con la doctora Magdalena Ocampo son sólo cuatro, dos que laboran en el Instituto y dos más ubicados en los estados de Puebla y

Querétaro.

De acuerdo con la doctora Ocampo, durante los ocho años que tiene de funcionar, el Instituto de Psiquiatría ha atendido y atiende a 1000 pacientes, la mayoría mujeres, quienes representan el 90 por ciento de su población. Todas ellas son mayores de 12 años pues es la edad mínima de admisión, mientras que las y los menores a esta edad son canalizados al Hospital Psiquiátrico Infantil. La atención que se les brinda es ambulatoria pues sólo se cuenta con cinco camas que son reservadas para los casos crónicos.

Por otra parte, la médica señaló que el Instituto no ha realizado ninguna campaña de prevención sobre la anorexia y la bulimia y que sólo informan a los padres que se acercan directamente con ellos. Tampoco han realizado investigación, las únicas investigaciones que se han hecho provienen de otras áreas como son la atención a las adicciones y entre las cuales se tocó el tema de los trastornos en el comportamiento alimentario; dicha encuesta es representativa sólo para el D.F.

Al respecto cabe decir que el Estado no ha puesto la debida atención sobre este problema que aqueja sobre todo a las jóvenes mexicanas, a pesar de que ya se le considera un problema de salud pública. Esto significa un grave problema para la ciudadanía pues, no hay una política pública de rastreo de las personas que estén padeciendo estas enfermedades, que tenga el fin de brindarles atención y orientación antes de que se encuentren en un momento en que la atención sea por demás difícil.

De no dar al problema la importancia que se merece en un momento en que todavía puede prevenirse a generaciones futuras estaremos cayendo en la misma situación en que se encuentran países como España donde el número de jóvenes mujeres y hombres afectados por estas enfermedades es de 500,000; motivo por el cual en 1999 fue creada en el Senado una Comisión sobre la

anorexia y la bulimia (<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe>).

En la construcción de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia confluyen pues múltiples factores: sociales, políticos, económicos, psicológicos, culturales enmarcados en distintos órdenes, siendo el orden social genérico patriarcal el determinante.

## CAPÍTULO II

### LAS MUJERES DE ESTA INVESTIGACIÓN: MIRIAM, MARTHA Y MÓNICA.

En el presente capítulo refiero la metodología empleada para estudiar a las mujeres que padecen de anorexia y bulimia: por un lado expongo los recursos teórico-metodológicos de los cuales me valí para realizar tanto la investigación empírica como su análisis, y, por el otro, los casos de las mujeres estudiadas.

#### 2.1 El método.

El método con el cual realicé esta investigación fue el etnográfico. De acuerdo con Martín Hammersley y Paul Atkinson, debido a su flexibilidad este método permite "orientar la investigación de acuerdo con las necesidades cambiantes requeridas por el proceso de elaboración teórica" (1994:38). También, gracias a su "capacidad de retratar las actividades y perspectivas de los actores" ayuda a desafiar las "peligrosas y equivocadas concepciones previas que con frecuencia los investigadores sociales transfieren a la investigación" (ibidem).

Asimismo, hice míos los objetivos que los estudios feministas se proponen con la metodología de la historia de vida: "servir de correctivo a supuestos androcéntricos y producir conocimientos e ideas que beneficien a las mujeres en el sentido de contribuir a cambiar las formas de interpretar, apreciar y comprender la vida de las mujeres a través de la experiencia histórica" (Alejandra Massolo, 1998:13).

El hecho de que en las historias de vida, la memoria sea el "dispositivo esencial" y la "actividad de la mente humana que labora reconstruyendo el pasado

y lo vivido" (op. cit.:15), me permitió realizar un registro no sólo diacrónico sino también sincrónico en la vida de las jóvenes.

A través de las historias de vida, como una de las formas del método etnográfico, conocí las condiciones sociales particulares de cada una de las jóvenes: condición de clase, de etnia y, por supuesto, las particularidades de su condición de género. Así como sus situaciones de vida tanto en la esfera familiar como en la laboral, en la política como en la atención o en la esfera afectiva. Así pues, me fue posible conocer y comprender no sólo cada una de las situaciones de vida de las jóvenes y cómo éstas influyeron en la construcción de la anorexia y la bulimia, sino, también, cómo la anorexia y la bulimia afectaron las esferas de vida de las jóvenes.

Por lo tanto, la forma en que analicé a las mujeres estudiadas fue reconociendo que éstas están determinadas por una gama de relaciones sociales, es decir, por cada una de las esferas o círculos particulares, en términos de Antonio Gramsci (1993), en los cuales participan. En el entendido de que "[...] los círculos en que un individuo puede participar son muy numerosos, más de lo que se piensa, y es a través de estos círculos sociales como el individuo se integra al género humano. Así son múltiples los modos en que el individuo entra en relación con la naturaleza [...]"(op. cit. :95).

Para Marcela Lagarde, "los círculos particulares de vida de las mujeres se construyen a partir de considerar que cada mujer surge y es recreada por un conjunto de determinaciones y características genéricas, de clase, nacionales y lingüísticas; por su adscripción a los otros (filial, maternal, conyugal); por su grupo de edad; por su preferencia, realización y definición eróticas; por la calidad y el contenido de sus conocimientos, sus destrezas, su actividad vital, su sabiduría; por su definición ideológica, conceptual, y por su cultura política; por sus posibilidades de acceso al bienestar, a la salud, a la riqueza social y cultural, y por sus tradiciones y costumbres particulares" (1997:47).

Ahora bien, como lo señalan Martín Hammersley y Paul Atkinson (1994), el carácter reflexivo de la investigación me obligó a reconocer que como investigadora, soy parte del mundo social estudiado y que los investigadores "no podemos eludir nuestros efectos sobre los fenómenos sociales" (op. cit.:29). Así como tampoco los efectos que el fenómeno produce en la investigadora o el investigador, en nuestra concepción del mundo y de la vida.

Por otra parte, retomé la metodología propuesta por Marcela Lagarde (1997a) acerca de reconstruir un día en la vida de las jóvenes, con lo cual vislumbré las actividades más elementales que realizan, así como las que se presentaron como hechos extraordinarios. También, conocí cómo están organizados sus hábitos alimentarios y cuáles son sus modos de vida.

Asimismo, utilicé las fotografías como herramienta metodológica con la que no sólo adquirí mayor información, sino que me ayudó a corroborar algunos de los datos otorgados por las jóvenes.

Las fotografías, propiedad de las jóvenes entrevistadas, me permitieron ver las épocas, los estilos y los modos de vida de cada una, así como sus trayectorias personales. Por otra parte, el hecho de que en las imágenes fotográficas lo central fueran las mujeres y sus cuerpos, hizo de éstas un recurso indispensable para mirar las dimensiones de cada una en su cuerpo vivido. En los casos de las jóvenes entrevistadas, las fotografías adquirieron una particular importancia, puesto que, a través de éstas pude ver la transformación de sus cuerpos y, por consiguiente, de ellas mismas, así como, confirmar algunos supuestos al confrontar lo que las fotografías mostraban con los hechos e hitos vividos.

A través de las fotografías y su historia conocí quién las posee, qué importancia tienen como objetos pléticos de recuerdos, qué lugar ocupan en el espacio y la vida de las jóvenes entrevistadas; de igual forma, saber si estas

últimas fueron quienes captaron esos momentos concretos me dio una idea de cómo miran sus mundos particulares, qué es lo que les gusta mirar, qué les gusta recordar y qué no.

Las imágenes fotográficas fueron, pues, una ayuda por demás enriquecedora puesto que no sólo dejaron ver lo que a simple vista saltaba: estilos de vida, tradiciones, creencias, modos de vivir, transformación de los cuerpos de las mujeres a lo largo de sus vidas y particularmente durante los momentos en que los síntomas característicos de la anorexia y la bulimia se presentaron de manera acuciante, sino que con la ayuda de éstas las jóvenes recordaron hechos olvidados, perdidos en el tiempo; es decir, las fotografías son un recurso que despierta la memoria.

Por otra parte, para el análisis propuse los siguientes ejes metodológicos: la edad, enfermedades y padecimientos, peso y comida, autoimagen, sexualidad, violencia, familia y afectos, educación, trabajo, atención y alternativas. Estos ejes de análisis están sustentados con los hechos e hitos de vida de cada una de las jóvenes entrevistadas.

Entiendo por hitos, de acuerdo con Teresa del Valle, "aquellas decisiones, vivencias, que al recordarlas se constituyen en una referencia significativa" (1997:61). Los hitos en las vidas de las mujeres en algunas ocasiones se reconocen como hechos marcadores en sus vidas desde el momento en que sucedieron o, por otro lado, después de haber reflexionado sobre éstos. Asimismo, un hecho vivido que en su momento se considerara como algo que sería trascendental en la vida puede que en realidad, al reflexionar acerca de éste, no lo haya sido, es decir puede dejar de considerarse un hito.

Finalmente, la forma en que expongo las historias de vida de las jóvenes es, primeramente, a través de unos cuadros metodológicos en los cuales desagrego la información obtenida por temas, presento en éstos los hechos



vividos cotidianamente y que reflejan el modo de vida de cada joven, así como sus hitos de vida (texto en azul). Posteriormente, y con base en el cuadro, construí el perfil de cada mujer. Finalmente presento las semejanzas y diferencias encontradas entre ellas, con el fin de ver aquellos hechos que se presentan como genéricos y los específicos.

## 2.2 ¿Quiénes son Miriam, Martha y Mónica?

Las jóvenes con las cuales trabajé y de quienes pude no sólo conocer momentos importantes, tristes, y determinantes en sus vidas, sino también sus deseos, anhelos y proyectos, son mujeres que, una vez que han tocado fondo, buscan día con día y contra la adversidad construir un modo distinto de vivir.

Estas jóvenes son mujeres que hoy día reciben atención profesional, es decir, que ya se encuentran en el proceso de recuperación. Son mujeres que han vivido con la anorexia y la bulimia durante varios años, pero que hoy día han superado la fase crítica, la cual afortunadamente no llegó a situaciones desde las cuales se tornara por demás casi imposible salir y que las orillara a la muerte inminente.

Los tres casos a los que me referiré a continuación tratan de jóvenes universitarias, todas ellas estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, dos con carreras ya concluidas y una aún por concluir. Son mujeres jóvenes, cuyas edades van desde los 24 a los 26 años de edad. Estas mujeres reciben atención médica y psicológica en la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM. Es importante mencionar que la atención psicológica se obtuvo como consecuencia no de una búsqueda propia, sino como resultado de la canalización realizada por un médico general a quien se consultó en un principio para sanar otros malestares, o con el fin de obtener, por ejemplo, una constancia de salud.

Los nombres tanto de las jóvenes como de las personas relacionadas con ellas fueron cambiados con el fin de preservar la seguridad e integridad personal de las mujeres entrevistadas, estas últimas estarán referidas como Miriam, Martha y Mónica.

## 2.2.1 Hitos en la vida de Míriam:

Edad	Enfermedades y padecimientos	Peso y comida	Autismos, conexiones del cuerpo autostimula	Sexualidad	Violencia intrafamiliar	Familia afectiva	Educación e instrucciones formales	Trabajo y recursos económicos	Asociación y alternativas
nacimiento		Peso normal			Nacimiento no deseado. Padre que deja hogar desatendiendo sus responsabilidades. Sin embargo, realiza visitas esporádicas, manteniendo relaciones con dos familias a la vez.	El padre abandonó el hogar. La madre accedió a un trabajo remunerado. El cuidado de los hijos quedó a cargo de una tía paterna.		Familia de escasos recursos; viven en una casa precaria, con una habitación que comparten 7 personas.	
3 años	Depresión "me la pasaba debajo de la cama llorando porque me sentía sola"	Peso normal	"Llenita pero no gorda", "siempre fu una niña tranquila"		Visitas del padre solo para pagar, mandar y ser servido por los hijos.	Su cuidado quedó a cargo de sus tías y de sus hermanos mayores. Hermano mayor, figura paterna		Escasos recursos económicos. Ingreso económico: solo el de la madre.	Sin atención
8 años	Obesidad	El peso a esta edad era de 40kg.	"Era una niña obesa". "Niña buena"	Sexualidad reprimida	Críticas y burlas por su sobrepeso. Sus compañeros de escuela le pusieron el sobrenombre de Kalko.	Represión por parte de su madre, en el sentido de que esta coartaba su libertad y crecimiento. Sin embargo, también hay una falta de interés por lo que hacía o deseaba.	Cumplió la primaria con desempeño académico. Fue una niña siempre participativa en los festivales escolares. Se le adominó según la religión católica. Hizo su primera comunión, sin embargo, con los preceptos	Mismo lugar de residencia. Escasos recursos económicos	Sin atención

10 años	Obediencia	Niña común	Se concebía como: "un ser humano sin sexo", "una máquina pensante".	Menstruación. Periodo menstrual regular, con dolor moderado. Sexualidad reprimida	Temor de las actitudes ofensivas de su padre contra su madre.	Las Injusticias.	A esta edad la tía reprimió el hecho de que Miriam jugara con un amigo por ser hombre y porque jugarían en un "subbaje".	Excelencia académica. Asimismo, fue una niña participativa en los eventos culturales, como festivales, realizados en la escuela.	Vivían en la misma casa pero pagaban renta.	Sin atención
12 años	Obediencia	Comía para calmar su miedo y ansiedad ante situaciones de miedo, como su figura corporal, encontrarse sola en un lugar "privado".	Frente a su gusto por los vestidos con vuelo, primó la crítica externa hacia su figura corporal, "ve las a ver como prietas".	Sexualidad reprimida. Información sexual por medio de la revista de biología.	Durante el ingreso a la secundaria borifas por sobrepeso. Fue forzada a realizar ejercicios físicos, tras los cuales presentaron vómitos de sangre.	Sin libertad para elegir su propia ropa.	Salió de una primaria mixta e ingresó a una secundaria - para mujeres. Desarrolló su promedio académico debido a la materia de educación física.	Sin atención	Sin atención	
13 años	Obediencia Tos fuerte		Era considerada por su familia como la más estable emocionalmente.	Represión sexual.		Limitada atención por parte de la madre, la cual dirigía su cariño sobre todo a su hija Clemencia.				Obediencia sin atención
14 años	Obediencia					Se entorpeció que su madre quiso abortarla, así como del porqué de la preferencia por ella misma por Clemencia, su hermana.				Sin atención
15 años	Obediencia Depresión	Perdió el gusto por la comida	"Mi vida siempre era lo mismo".	Temor de actos de violencia de género en las relaciones conjugales de sus hermanas.	Temor de la violencia de género en las relaciones conjugales de sus hermanas.	Regreso del destino de su padre.	Ingresó a la educación media superior. Estudios en su principal actividad. Desarrolló un pensamiento			

Hilos: texto en azul

16 años	<p><b>Quemada</b> Asma bronquial Los ataques asmáticos seguidos de vómitos y dolor.</p>	<p>Reducción de la dieta afirmática. Disminuye su peso. Peso antes del asma: 65kg.</p>	<p>Intenso dolor menarual, que con el peso del tiempo se acrecentó.</p>	<p>Tentativa de suicidio, previa al asma. Testigo de actos de violencia por parte de su padre contra una de sus hermanas.</p>	<p>Primera relación de noviazgo, con una persona a la que no quería ni desear. Imposibilidad de expresar sus sentimientos reales.</p>	<p>crítico con respecto al catolicismo. Comenzó a tomar clases de natación, pagadas por su hermana Mariu, sin embargo, poco tiempo después, dejó de practicarla debido al asma.</p>	<p>Atención médica después de 7 meses de presentarse los ataques de asma.</p>
17 años	<p><b>Anorexia</b></p>	<p>Se redujo la ingesta debido al asma. Peso aproximado de 65kg. Uno de los motivos por los cuales se privó del alimento: "me sentía gordita"</p>	<p>Sentimientos de culpa ante los besos y caricias</p>				
18 años	<p><b>Anorexia</b></p>	<p>Tuvo conciencia sobre ser atractiva para los hombres, lo atribuyó a su delgadez, no se relacionaba con el mismo. Intimamente le seguían corriendo la parte de glúteos y caderas. "...como esos payasitos que se poran 2 globos (en los glúteos)"</p>	<p>Termina su noviazgo. Sentimientos de utilidad por los muchachos, quienes sólo la buscaban para pedirle ayuda con las tareas.</p>			<p>Ingresó a la Universidad</p>	<p>Peribió una beca gracias a su desempeño académico. Afirmó, su hermano le proporciona una ayuda quincenal.</p>

19 años	Bulimia amenorrea	El peso aumentó hasta 85kg. debido a la prescripción de hormonas. Dolor en las costillas por la inducción del vómito. Realizaba dietas para adelgazar: cada fin de semana.	La gordura: una barrera para que nadie se le acerque. Sentimientos de vergüenza al ser hermanita Mianu.	Ausencia de menstruación durante varios meses.	Debido a su complejidad de relaciones y desvalorizaciones	SU familia le contó su libertad para relacionarse con sus amigos. Problemas en las relaciones amorosas.	Insatisfacción con la carrera estudiada.	El socioeconómico era su hermano Mianu por lo que momento en esta decide casarse se produjo una crisis económica en la estructura familiar.	Se medicaron hormonas debido a la intensidad del dolor menstrual.	
20 años	Bulimia anorexia. Colitis y gastritis.		Toma conciencia sobre estar enferma.	Ausencia de menstruación durante varios meses.			Excelencia académica: "era la mejor".			
21 años	Bulimia anorexia. Colitis y gastritis. Hipotensión					Informó a 2 de sus hermanas acerca de su enfermedad, sin embargo, no obtuvo solidaridad de parte de éstas.	Saturación de actividades académicas. Empeñación por el estudio. Terminó la licenciatura.	Término de la beca al agresar de la licenciatura. Asimilado, suspensión de derechos en el acceso a los servicios universitarios como: servicio médico, o recreativos.	No recibió atención debido a la falta de recursos económicos.	
22 años	Bulimia anorexia. Colitis y gastritis.	Bajó de peso debido a la restricción practicada 4 horas a la semana.	Sentimientos de vergüenza por su figura corporal.				Elaboración de la tesis. Regresó nuevamente a practicar natación, deporte donde logró destacar al competir profesionalmente.			
24 años	Bulimia anorexia Rinitis alérgica			Ausencia de menstruación durante varios meses.		Entorpecimiento en posibilidad de comunicarse con sus		Entró a trabajar docente en	A causa de la rinitis, guardó cama durante 2 meses.	

Hitos: texto en azul

25 años	Bulimia anorexia Depresión	y Peso entre 78 y 81Kg.	Desmitizó por las cosas, se sentía "aburrída de la vida".  Durante este año, por primera vez se siente ansada y reconocida por alguien: su profesor, en quien ha visto la figura de un padre.	Ausencia de menstruación durante varios meses	Problemas con su madre y sus hermanas y frustración por deber el sentir la falta de reconocimiento y atención por parte de su madre.	Obtención del grado de licenciatura. Reconocimiento por su desempeño académico. Cursó un semestre de maestría y después abandonó el posgrado pues estaba viviendo problemas por los cuales su salud se vio afectada, viviendo en este período su peor crisis de amoríos y bulimia.	La UNAM, volviendo a obtener derecho a los servicios. Trabajos temporales fuera de la academia.	Se inició la atención psicológica
26 años		"...la comida es mi mamá". Deseo de disminuir el peso-bastante.	Misera se siente segura de sí misma, sabe que los obstáculos que se le presentan los podrá enfrentar.  La seguridad en sí misma es parte de lo que ha ganado con la terapia.	Ausencia de menstruación durante varios meses			Estabilidad laboral. Gusto por el trabajo.	9 meses sin vomitar. Sigue un régimen alimenticio por prescripción.

### 2.2.2 Miriam.

Miriam es una joven de 26 años, su complexión se ubica entre lo que podría ser una persona gruesa pero no obesa; es amplia de caderas y glúteos; sus piernas y brazos son gruesos; mide 1.65 m de estatura; es de tez clara, aunque ella la atribuye al maquillaje que utiliza, califica el color natural de su piel como amarilla (producto de la anemia); su cabello está corto, pintado de rojo borgoña; sus ojos son pequeños, usa anteojos; su risa es fuerte y espontánea. Viste por lo general pantalones de mezclilla y blusas sencillas sin mucho adorno. Miriam hoy día viste lo que le gusta sin importarle si se ve gorda o no, antes de acudir a terapia vestía de acuerdo a sus “traumas”.

En el momento en que conocí a Miriam ya se encontraba en tratamiento, por lo que considero que fue una situación que permitió encontrarme con una persona muy accesible, con un gran sentido del humor, y con un profundo deseo de ayudar a mujeres con trastornos alimentarios similares al suyo, motivo por el cual aceptó ser entrevistada.

Miriam nació en el D.F., en el año de 1974, es la menor de 5 hermanos, 1 hombre y 4 mujeres. La diferencia de edades existente entre ella y cada uno de sus hermanos, por ejemplo, 6 años entre la hermana que le sigue y ella, fue un hecho que la marcó sobre todo durante su niñez, puesto que fue una niña para quien resultó difícil la integración social.

El caso de Miriam es el de una mujer nacida de un embarazo no deseado por su madre, quien quiso abortar, sin embargo, se desconocen los motivos que impidieron que su gestación se interrumpiera. Su madre ya contaba con un aborto dentro de su historia reproductiva, sucedido previo al embarazo del cual nació esta joven.



Con el nacimiento de Miriam se presentaron varias situaciones que transformaron la vida familiar: su padre abandonó el hogar luego de varios años de mantener relaciones con otra mujer, con la que, para esas fechas, ya tenía 4 hijos. Si bien su salida fue relativa al realizar visitas esporádicas a lo largo de 15 años, evadió, no obstante, sus responsabilidades tanto en el aspecto moral como en el económico. En la actualidad hace más de 10 años que retornó para residir permanentemente en la casa de Miriam. Sin embargo, para esta joven su papá no es más que un desconocido que no le merece respeto alguno.

Al momento del abandono del padre, la madre de Miriam tuvo que dedicarse a lavar ajeno, accediendo así al trabajo remunerado, para mantener a sus cinco hijos; sin embargo, debido al trabajo tuvo que reducir su tiempo de estancia con éstos, quienes quedaron al cuidado de una tía paterna, que en ese entonces vivía con ellos. Para Miriam, que en determinado momento quiso más a su tía que a su madre, el hecho de que esta última dedicara sus atenciones y muestras de amor a su hermana Clemencia, 6 años mayor que ella, fue vivido como una doble privación materna.

Respecto a la tía, que tenía el papel de jefa de familia, ésta fue no sólo una persona represora y autoritaria hacia Miriam y sus hermanas, sino que abusó y acosó sexualmente a ésta, a su hermana Clemencia, e incluso a la madre de ambas. La madre a pesar del peligro en que se encontraban, sobre todo sus hijas, no tomó cartas en el asunto, posiblemente por ver en su cuñada la figura dominante del esposo ausente. Esta tía dejó de vivir con la familia desde hace poco más de 5 años. Es importante mencionar que esta mujer es lesbiana, de 73 años y soltera.

El abuso que Miriam vivió durante su niñez, es un tema que hasta muy recientemente ha logrado recordar y nombrar, aun cuando en un comienzo quiso no ahondar sobre éste, al considerar que no tenía caso saber cosas que le

hicieran daño en un periodo en que ya se encontraba estable. Cuatro meses después, afirmó el hecho.

Miriam nació en condiciones de pobreza: durante sus primeros 14 años su familia vivió en una casa muy pequeña, de una sola recámara en la que dormían su madre, sus 4 hermanos, su tía paterna y ella. Esta casa le pertenecía a un amigo del abuelo paterno, quien se las prestaba porque no tenían para pagar renta. Con el paso del tiempo, al ingresar sus hermanos y ella misma al campo laboral, el nivel socioeconómico familiar ha subido en la escala social; actualmente rentan un departamento en una colonia ubicada al oeste de la ciudad de México, y, tienen planes de comprar próximamente una casa o un terreno.

Por otra parte, Miriam estuvo marcada durante su niñez por su sobrepeso, que a la edad de 8 años llegó a obesidad, pesando 40kg. Debido a su alto peso, ha sido objeto de discriminación tanto en la esfera social como en la familiar; en esta última, en especial por dos de sus hermanas y su tía, mujeres de quienes frecuentemente recibió comentarios respecto a su gordura, no obstante que en esta familia existe una tendencia a la obesidad. De hecho la misma madre fue objeto de comentarios despectivos por parte de su cuñada debido a su sobrepeso.

Si bien Miriam fue una niña comilona, refirió el hecho de que su madre constantemente le ofrecía el alimento aun en los momentos en que ella no lo pedía, ni lo deseaba. Para la joven, la obsesión de su madre por alimentarla fue vivida como la única forma en que ésta le demostraba su amor.

Para esta joven el rechazo de la comida es representación del rechazo hacia su madre y señala "la comida es mi mamá". Hay un rechazo a sentirse amada por su madre sólo a través de la comida, pero también hay una necesidad de su madre, de llenarse de su madre que se representa a través de la sobreingesta.

Asimismo, Miriam fue una niña depresiva cuyo principal recuerdo de infancia muestra a una niña escondida bajo la cama, llorando porque se sentía sola. Paradójicamente, en ciertos aspectos fue sobreprotegida por su madre, quien hasta la edad de 14 años seguía llamándola "bebé".

Miriam creció en el seno de una familia católica, fue educada según la ideología de la culpa y el pecado, sobre todo en lo referente a su sexualidad, pero también a su actuar diario; estuvo regida por el imperativo: "ser niña buena", mandato cumplido hasta su juventud.

Como ya mencioné anteriormente las edades tan distantes entre Miriam y cada uno de sus hermanos fue un aspecto que le resultó difícil de asimilar, de tal forma que su comportamiento no correspondió a sus etapas de desarrollo: se comportó como adolescente cuando aún era niña, o como adulta cuando era adolescente.

Así, es importante resaltar que si bien Miriam es la menor de sus hermanos, la posición que ésta ha ocupado dentro de la estructura familiar, desde la edad de 13 años, es la de soporte emocional, considerada la más fuerte y estable emocionalmente, mediadora en los conflictos familiares y responsable en la toma de decisiones. Sin embargo, esta es una situación interpretada por Miriam como el resultado de la delegación de responsabilidades familiares en su persona.

En contraposición a la idea que se tiene de Miriam como una joven fuerte se encuentra la imagen que ésta tiene de su madre, a quien califica como una persona débil, chantajista, que utiliza su salud deteriorada como un escudo con el cual evade ser cuestionada sobre su actitud y decisiones, de igual forma que se escuda en su ignorancia. Las decisiones a las cuales se refirió Miriam están relacionadas sobre todo con el hecho de que su madre aceptó el regreso de su papá luego de 15 años de estar separados. Al respecto Miriam señaló: *"de ninguna manera me quiero ver reflejada en ella"*.

Por otra parte, para Miriam, la escuela, ya sea como productora de conocimientos o como lugar de trabajo, es el espacio donde más logros ha obtenido y el que más satisfacciones le ha dado. Sin embargo, también ha sido fuente de sus frustraciones. Así, durante su etapa de secundaria vivió su primera frustración al no obtener calificaciones de excelencia a causa de la materia de educación física, en la cual se le obligó a correr más de lo que ella podía. Debido al esfuerzo empleado vomitó sangre. No obstante, a este hecho no se le dio importancia, tanto por el profesor que le impuso el ejercicio, como por su madre y, por lo tanto, Miriam no recibió atención. En relación con lo anterior, la joven recordó que siempre tuvo problemas respiratorios, de tal forma que a la edad de 13 años enfermó de tos ferina. También, señaló la falta de atención médica o psicológica cuando lo requirió, por ejemplo, respecto a considerarse hiperactiva, aunque nunca fue diagnosticada por algún profesional.

La frustración que le provocó no ser buena en los deportes y que este hecho afectara en el reconocimiento de su excelencia educativa, fue un impulso a practicar un deporte, que no sólo le gustó sino en el cual pudo destacar, la natación. Miriam aprendió a nadar a los 15 años, sin embargo, no fue sino al terminar la licenciatura cuando practicó el deporte ya a un nivel de competencias, de tal forma que ganó incluso un campeonato universitario. El año en que sucedió lo anterior fue durante 1998, momento en que adelgazó debido a la práctica, 4 horas a la semana.

Por otra parte, Miriam padeció asma bronquial a los 16 años debido a la cual restringió su alimentación, lo que ocasionó su adelgazamiento. Así, pasó de un peso de 85kg a 65kg en un lapso de 1 año. Al momento de adelgazar, cambió su manera de ser con relación a los hombres, mostrándose desinhibida y "llamativa" en su forma de vestir, así como soez en su manera de hablar, con el fin de demostrar a éstos que no le importaba lo que pensarán de ella. Las relaciones sexuales fue su tema de discusión, siendo que nunca las ha tenido. Sin embargo,

hoy recuerda esa etapa como de las peores en su vida, ya que *"ni siquiera era yo misma"*.

Fue a esta edad, 16 años, que se presentaron los primeros síntomas de la anorexia y la bulimia; ante uno de los peores momentos de depresión, se privó del alimento durante dos o tres semanas. Durante este periodo, la idea de suicidio se presentó de manera acuciante y se tornó casi en un hecho: pensó en aventarse de un edificio. El motivo que la hizo desistir de esta idea fue ver a su sobrino reflejado en sí misma; al igual que ella, el niño estaba solo.

Del periodo en que adelgazó notablemente, Miriam recordó que el deseo que la privó del alimento fue bajar de peso, por sentirse y verse gorda, a pesar de que fue la etapa de su vida en que estuvo más delgada. Este periodo de delgadez se dio en un momento en que se sintió muy sola y, en el cual, ver que resultaba atractiva a los muchachos la descontroló aún más pues *"estaba acostumbrada a ser X"*.

Miriam se percibió como mujer a los 17 años al darse cuenta que era atractiva a los muchachos, antes de este hecho se percibía como una *"maquinita pensante"*, un *"ser sin sexo"*. De hecho, refiere darse cuenta de su sexualidad y, por lo tanto de su cuerpo, en los momentos en que se interesa por algún muchacho.

En cuanto a sus relaciones amorosas, Miriam las calificó como *"enfermas"*, caracterizadas por su inestabilidad. En estas soportó malos tratos, hecho atribuido a su pésimo estado emocional. Asimismo, la inestabilidad en sus relaciones estuvo determinada por su miedo a enamorarse y ser lastimada.

Al referirse al miedo que le provocaba relacionarse sentimentalmente con los hombres, Miriam mencionó la importancia del "ejemplo", representado por su madre y sus hermanas con relación a sus respectivos cónyuges, donde la posición

que estas ocupan es de subordinación. Así pues, la joven vivió en carne propia, a través de las relaciones conyugales de su madre y sus hermanas, las ofensas, desprecios, y desvalorizaciones de las cuales se les hizo objeto.

"... yo me acuerdo que cuando tenía 8 años, iban sus amigos (de mi padre) y (éste) les contaba que conoció una vieja, no sé dónde y le metió mano y que era hombre. Enfrente de mi mamá, ¡así, enfrente de ella!".

Sin embargo, al lado del "ejemplo", se encuentra también, el hecho de privarse de tener una relación donde pudiera tener un fuerte vínculo afectivo, a causa de la imagen que tenía de sí, donde su gordura representaba una barrera autoimpuesta. Para Miriam su gordura significó la barrera que en determinados momentos se impuso para que nadie la molestara, ni le causara ningún daño, y, también, la barrera que le impidió llevar buenas relaciones afectivas con los hombres.

Esta joven se somete a dietas desde los 17 años, hecho que aunado a otras situaciones ha ocasionado una variación constante en su peso. Por ejemplo, a los 18 años pasó de un peso de 63kg a 88kg debido a que se le prescribieron hormonas a causa de un desorden menstrual.

Miriam tuvo su primera menstruación a los 10 años, a partir de ese entonces y hasta los 17 años, aproximadamente, sus periodos fueron regulares, con presencia de dolor moderado, después de esa edad hasta la actualidad sufre fuertes dolores menstruales.

Ahora bien, la primer crisis de bulimia se presentó a los 19 años aproximadamente, en un momento en que Miriam se encontraba animicamente mal, con problemas tanto en su vida familiar y afectiva como en la académica. Los atracones surgían en momentos de angustia y desesperación como una forma de calmar esos sentimientos, no obstante, luego de la sobreingesta seguía el vómito.

Así pues, la enfermedad que esta joven presenta es una mezcla entre la bulimia y la anorexia.

Miriam tuvo conciencia de su enfermedad dos años después de padecer la bulimia cuando se presentó una de las crisis más severas en la cual vomitaba tanto que le dolían las costillas, sin embargo, le dio nombre a ésta tras leer, en una revista para jóvenes, acerca de las características de la bulimia y la anorexia. No obstante, pasaron cuatro años para que buscara ayuda profesional, ya que en ese momento se consideraba capaz de resolver el problema por sí sola.

Por otra parte, Miriam, a lo largo de la su formación profesional, sufrió algunos desmayos encontrándose dentro del campus universitario como consecuencia de los periodos en que se quedó sin probar alimento, presentó una presión baja, así como dolores intensos producto de la colitis y gastritis. No obstante, para ella el hecho de quedarse sin comer era ocasionado por el olvido, producto de la enajenación académica.

“... **me comía los libros** y más y más, era de una manera enferma”.

Miriam es estudiante sobresaliente desde la primaria, merecedora de diplomas y reconocimientos; su aprovechamiento, sobre todo en la Universidad, le mereció el acceso a becas, gracias a las cuales pudo mantenerse desde los 18 años, así como costear sus estudios. La Universidad representa su hogar, lugar donde se ha formado tanto profesional como personalmente. También, es el espacio donde conoció a personas que han sido determinantes en su vida, tal es el caso de Alfonso, uno de sus profesores, a quien considera hoy día su padre adoptivo. Gracias a la presencia y apoyo de Alfonso, Miriam pudo darse cuenta de su necesidad de sentirse amada y de la importancia del amor en su vida pues antes de experimentar el amor y el apoyo incondicional de Alfonso consideraba que para ser querida tenía que dar forzosamente algo a cambio y, no sólo eso, sino que tenía que ser diferente para ser aceptada. Y al no sentirse querida ni aceptada por los demás, se recluyó en el estudio tratando de que el aspecto

afectivo no la afectara aún más, sin embargo, no resultó de esa manera y sólo se sintió más sola y triste.

Como mencioné anteriormente Miriam ha sido una estudiante sobresaliente, sin embargo, su excelencia académica no fue reconocida por su madre sino hasta el día en que presentó su examen profesional para recibirse como actuario. El que su madre le explicitara hasta ese momento su admiración por su brillantez académica fue un motivo más de frustración, ya que el hecho fue interpretado como falta de reconocimiento a los logros y éxitos obtenidos a lo largo de 24 años.

Para Miriam, el estudio ha sido no sólo el principal eje de su vida, sino también su escudo y refugio ante situaciones adversas. De tal forma que al vivir uno de los momentos más difíciles en su vida, con serios problemas emocionales, cursó un semestre de maestría como una forma de “arreglar” su vida. Sin embargo, la depresión en que se encontraba aunada a problemas laborales y de salud, influyó para que no continuara con el posgrado.

Asimismo, Miriam trabajó en una institución privada, donde si bien se sintió a gusto al ingresar a ésta, su ánimo decreció como consecuencia de no realizar alguna actividad que le satisficiera; así, al ser cuestionada acerca de sus deseos profesionales, se sintió perdida, no sabía lo que deseaba hacer. A partir de ese momento se presentaron actos bulímicos también en el trabajo. Tiempo después la empresa quebró y la joven se quedó sin trabajo.

Miriam consiguió otro empleo en el cual laboró sólo un par de semanas ya que tuvo que guardar cama durante 2 meses al intoxicarse como consecuencia de un diagnóstico erróneo de sinusitis. Permanecer en cama todo ese tiempo, fue sin embargo, un periodo que le sirvió para reflexionar acerca de lo que hasta ese momento había vivido.



Después de ese periodo, Miriam acudió a Servicios Médicos de la UNAM para solicitar una constancia de salud, requisito necesario para ingresar a la alberca universitaria. Sin embargo, al darse cuenta la médica por quien fue atendida del estado anímico en que esta joven se encontraba, la canalizó con el psicólogo. Fue hasta ese momento, que Miriam se dio cuenta que no podía resolver el problema por sí sola como llegó a considerarlo cuando tenía 2 años de sufrir de bulimia.

De ahí que, Miriam contara, hasta el momento de las entrevistas, con seis meses de atención psicológica, gracias a lo cual las crisis de bulimia parecían erradicadas. No obstante, un par de meses después, la joven se sorprendió al experimentar el deseo de vomitar nuevamente durante los momentos en que se sintió triste.

Para esta joven la bulimia fue su forma de ser tomada en cuenta, de "decir que las cosas estaban mal", de "llamar la atención", sin embargo, su grito se perdió ante la indiferencia. Sus hermanas hicieron caso omiso cuando Miriam a los 20 años les comunicó que tenía bulimia, diciéndole que ella podía controlarse sola sin necesidad de ayuda.

Es importante mencionar que Miriam ya se siente mucho mejor, y si bien está en un periodo en que suprimió los atracones y vómitos, al parecer la sensación de hambre se inhibió totalmente, de tal forma que las comidas se realizan con horarios autoimpuestos; asimismo, no hay un gusto real por la comida, o sólo en ocasiones, por lo general come como parte del tratamiento. De hecho, no come con sus compañeros de trabajo porque ingiere poco y es cuestionada por esta actitud, lo cual le molesta considerablemente.

Por otra parte, presenta, de acuerdo con sus palabras, una imagen corporal todavía distorsionada. A decir de la joven, la imagen que tiene de sí misma ha cambiado, percibiéndose durante 3 ocasiones en un lapso de un mes, con una

imagen que le agrada y que es distinta a la que generalmente percibe de su cuerpo, en la cual ve su gordura de forma desbordante, tanto, que compara sus glúteos con los de los payasos que revisten sus nalgas con dos globos.

En el momento en que conocí a Miriam, se encontraba buscando trabajo fuera de la Universidad, donde labora como docente. Conocedora de sus capacidades profesionales, no esperaba cualquier trabajo, sino aquel en el cual se sintiera verdaderamente a gusto, en parte, porque sabía que si no era así lo dejaría hasta encontrar uno que le satisficiera. Finalmente, después de rechazar algunas propuestas, se encuentra trabajando en una Institución en la que se siente realmente bien, no sólo por las actividades que realiza sino por el ambiente en que se desenvuelve. Sin embargo, ya trabajando en este lugar, se presentó nuevamente el deseo de vomitar cuando el gerente le hizo un comentario burlón referente a su peso; de este hecho realizó posteriormente una reflexión debido a lo hiriente que le resultó el comentario, con la cual se dio cuenta que la forma violenta en que anteriormente respondía a los comentarios de este tipo era por el dolor que le provocan.

Actualmente, Miriam desea bajar de peso con el fin de eliminar “esa barrera” que la limita a la hora de relacionarse social y afectivamente, y que la mantiene cautiva.

### 2.2.3 Hitos en la vida de Martha:

Edad	Enfermedades y pediculosis	Peso y comidas	Autoimagen, construcción del cuerpo y subjetividad	Sexualidad	Violencia y agresión	Familia y afectos	Educación e instituciones formativas.	Trabajo e ingresos económicos	Atención y
nacimiento		Peso normal				El papá no asumió su paternidad, quedando como hija de madre soltera.		Vivió junto con su madre en casa de la tía de esta última.	
1 año		Peso normal				Emigra de la Ciudad de México.		La madre comenzó a trabajar como educadora.	
2 años		Peso normal				La madre se casó, estando ya embarazada de su segundo hijo.			
6 años	Depresión	No tenía una buena relación con la comida, sin embargo, su peso era normal.	Se percibía como "una niña" "no me gustaba bailar, jugar"	Víctima de abuso sexual por parte de su padrastro. "no me gustaba bailar, jugar"	Víctima de abuso sexual	La principal fuente de cariño fue la madre de su padrastro.	Ingresó a la escuela primaria.	Escasos recursos económicos. Vivía en casa de sus abuelos paternos.	Sin atención
12 años	Depresión	Peso normal.	Sería obediente. Sin capacidad de decisión.	Abuso sexual	Abuso sexual con su hermano menor.	Fin: completar a su madre.	Desearía estudiar en un internado de niñas, hecho no aceptado por el padrastro. Ingresó a la secundaria.	Escasos recursos financieros, con poca atención de su familia. Con un hermano, en el cual comenzaron a invertir en la construcción de una casa.	Sin atención
13 años	Depresión		Intentos de ocultar su feminidad. Hizo consciente el abuso y accesorio de los cuales era objeto.	Abuso sexual	Abuso sexual y intimidación por parte del padrastro.	Se dio cuenta del abuso frente a su madre, quien reprimió el hecho no aceptándolo.	Estudiante media	Escasos recursos. El espacio que se habitaba era muy reducido de tal forma que la reclamara era compartida por todos los miembros de esta familia.	Sin atención

14 años	Depresión				noviazgo sexualidad. La tema prohibido en su familia.		Acoso sexual no sólo por parte de su padrastro, sino, también, por parte de la persona que la empleó.		Ingresó al CCH.	Inició su historia laboral.	Sin atención
16 años	Endometriosis pélvica Depresión	Tomó el gusto por las bebidas alcohólicas, al grado de emborracharse.	Rebeldía, mentiras, autolesiones. Su imagen era, en un principio, lamabete, aunque posteriormente, se inclinó por el machismo. Deseos de penetrar a un hombre. Deseos de penetrar a un hombre.	Acoso sexual. Aproximadamente a esta edad comenzó a tener relaciones sexuales con su novio. Sin embargo, de éstas no obtuvo placer sexual. Deseos de ser como un hombre. "¿Como tú hombre? Y, ¿otra hubiera sido mi historia?"	Acoso sexual. Agresiones verbales acérrimas descalificativas hacia persona, por parte de su padrastro.	Puso distancia en sus relaciones familiares. Deseos de permanecer el mayor tiempo posible fuera del hogar.	Fuerte amigo escolar. Desempeño académico no del todo óptimo.			Trabajó como educadora en el kinder donde su madre era la directora.	Se le diagnosticó endometriosis pélvica y fue intervenida quirúrgicamente.
18 años	Depresión	Falta de interés por la alimentación. No obstante, su peso mantuvo		Acoso sexual.	Presentó ideas suicidas Acoso sexual						Sin atención
19 años			Imagen más femenina	Acoso sexual. Noviazgos esporádicos				Ingresó a la universidad, en su momento, tuvo dificultad para manejar los problemas de desajuste del estado del CCH.		Continuó trabajando en la escuela de su madre, pero, ante los problemas con su padrastro, dejó el trabajo.	
21 años		La cantidad de comida ingerida llamó la atención de sus compañeros, lo analizaron que								Perdió una beca por su servicio social.	

22 años	Anorexia bulimia Depresión	comía demasiado. Perdió casi un 20% de su peso total. De un peso de 54kg bajó a 43kg. presencia de vómitos espontáneos y autoinducidos	Sin distorsión en la imagen corporal. Robótica.	Acoso sexual Noviazgo con vida activa experimentada en sus inicios con miedo.	Acceso sexual Intento suicidio	Situación familiar concentrada por conflictos, debido a la revelación del abuso sexual a todos los miembros de su familia.	Presión académica muy fuerte.	Dependiente económica de su madre, aunque por su cuenta obtiene recursos económicos al trabajar para sus hermanas. No especificó si se trata de trabajos escolares o domésticos.	Recibió terapia en grupo, para resolver el trauma del abuso sexual. La carencia de atención personalizada dio mínimos resultados. Sin embargo, se consiguió verbalizar el abuso.
23 años	Anorexia bulimia Depresión	y Vómitos y falta de deseo por alimentarse. Gusto por ser alimentada por su novio y por las compañías a la hora de comer. Gusto por cocinar para los demás. La privación del alimento, así como los vómitos, son vividos como una forma de cumplir con un deseo y, como una manera de tener control.	"ya no me gustaba como me veía". "una niña hiperactiva".	Vida sexual activa, obtención de placer al sentirse protagonista.	Su madre le pidió respeto hacia su pedreiro, a quien le recriminó su actitud rebelde. La discusión la empujó a dejar el hogar materno.	Dejó la casa materna, siendo acogida en casa de su novio.	Terminó la licenciatura. Inició elaboración de la tesis para obtener el grado.	Se sintió discriminada, al no ser aceptada en un trabajo, "solo por ser mujer".	Recibió atención psicológica debido a la baja de peso. Sin embargo, no ha podido contarle al psicólogo sobre el abuso y acceso sexual del que ha sido objeto.
24 años	Anorexia Depresión	Comenzó a ganar peso.	"Me gusta porque le soy bonita al otro"; "¿cuerpo?"; "lo primero, lo bonito se lleva por dentro"; Reconoce, no obstante, sus cualidades físicas.	Embarazo: desconcierto e incertidumbre en un primer momento. Posteriormente, el motivo de asirse a la vida				Ingresó al campo laboral profesional, sin embargo el aislamiento que percibe es mínimo.	Actualmente recibe atención psicológica. Los vómitos han cesado y comenzó a ganar peso debido a su embarazo. (agosto de 2002)



#### **2.2.4 Martha.**

Martha es una joven de 24 años, pesa 43Kg. que se traducen en más de 10Kg. por debajo de su peso normal; mide aproximadamente 160mts, no obstante la delgadez de su cuerpo hace ver su esquema corporal más pequeño de lo que sería si se encontrara en su peso normal; su tez es clara, un poco rojiza, sus ojos son color miel, grandes, al igual que su boca de labios gruesos.

Martha es una mujer que presenta algunos síntomas característicos de la anorexia y bulimia, tales como vómitos y privación de la ingesta, desde la edad aproximada de 19 años. Asimismo, se trata de una joven víctima de abuso y acoso sexual por parte de su padrastro, desde la edad de 6 hasta los 23 años.

Esta joven es originaria de Acapulco, Guerrero, estado en el cual vivió durante su primer año de vida; después, ella y su madre emigraron a la Ciudad de México. Es importante mencionar que su padre no se hizo responsable de su paternidad. Por lo tanto, su madre quedó como soltera y, un año después de emigrar, contrajo matrimonio con quien hasta hoy día es su padrastro.

Los recuerdos que Martha tiene de su niñez son sólo aquellos que se han construido a través de sus fotografías personales, y por lo que la abuela paterna le ha contado. Durante su niñez la principal fuente de cariño fueron los padres de su padrastro, a quienes llama, abuelos. A pesar de tener su niñez obnubilada, Martha recuerda los momentos tristes ligados con el abuso sexual, recuerdos que no puede explicar y que le evocan sentimientos y sensaciones que sólo nombra con adjetivos como "asco" e "impotencia". Sin embargo, los recuerdos son más claros con respecto al acoso, el cual hasta hace poco tiempo aún continuaba.

Durante su infancia, Martha fue seria, obediente, sin voz ni voto, para quien complacer a la madre era la norma. En esta época su esquema corporal era el de

una niña "normal", vestía de acuerdo al gusto de su madre sin importarle en realidad que ésta decidiera por ella.

Al ingresar a la secundaria, lo único que a Martha le gustaba vestir era el uniforme escolar y de tal forma que estuviera lo más cubierta posible. De hecho, antes de su inserción, quería estudiar en un internado de monjas, no por sentirse atraída hacia la vida religiosa, sino para estar alejada de la casa materna; sin embargo, el padrastro no aprobó este hecho. Es importante mencionar que el padrastro de Martha es una persona dominante y autoritaria, de tal forma que sus decisiones son tomadas como la última palabra, respaldado en todo momento por la madre.

Martha comenzó a menstruar a la edad de 13 años, sin embargo la menarquia fue un hecho totalmente inesperado, ya que no tenía conocimiento de que debía vivir este acontecimiento sexual. Desde el inicio, sus periodos menstruales se presentaron con intensos dolores, los cuales fueron explicados médicamente con el diagnóstico de endometriosis pélvica, realizado a los 17 años y, por el cual, fue intervenida quirúrgicamente. Para Martha la menstruación es algo que "si pudiéramos eliminar" o que se presentara "una vez por año", sería tolerable.

Por otra parte, si bien Martha no hizo conciencia del abuso durante su niñez, ya entrada en la adolescencia y habiendo leído libros como *Nacida inocente* o *Pregúntale a Alicia*, fue que pudo escribir en su diario sobre el hecho. El acoso mientras tanto continuaba. Durante este periodo su madre se enteró del abuso tras leer su diario. Sin embargo, la forma en que se dirigió a su hija para hablar sobre el contenido del diario estuvo mediada por la orientadora social de la secundaria a la cual Martha asistía. No obstante la presencia de la orientadora la madre acalló lo que su hija pudiera decir, su argumento: "no es que si esto es cierto él se va a ir a la cárcel, toda la familia se va a destruir".



Así, Martha mantuvo en silencio, durante 10 años más, el abuso y acoso, del cual a los 23 años todavía era objeto. Martha piensa que el hecho de que el acoso durara tanto tiempo tuvo que ver con haberlo considerado parte de sí misma y, también, porque su padrastro le hizo creer que ella consintió, y que al haberlo negado, en un primer momento, si volvía a hablar sobre el tema nadie le creería.

Martha es hija primogénita, sin embargo, tiene dos hermanastros, un hombre y una mujer. La relación que tiene actualmente con éstos es un tanto distante, en especial respecto al hermano, con quien, desde la niñez, se enfrentó en la disputa por demostrar quién era el mejor; estos enfrentamientos se presentaron con hechos de violencia, los cuales continuaron hasta la juventud, al grado que como consecuencia de la última pelea, en que se agredieron físicamente, la joven tuvo que recibir atención médica. Es importante mencionar que el motivo de discusión fue una crítica hecha por el hermano a la forma de comer de Martha, en que ésta no comía lo que guisaba su madre sino lo que ella se preparaba, actitud presentada desde la niñez.

Un día después de ocurrida la pelea, Martha fue llevada a urgencias a causa de una crisis de vómitos debido al golpe que recibió al ser aventada por su hermano. En el momento de la pelea no se le dio la debida importancia a ese golpe tanto por parte de Martha como por ningún integrante de su familia, a decir de la joven, fue considerada una pelea más. Sin embargo, Martha mintió al ser cuestionada por el médico que la atendió: *"... en ese momento me sentí mal, tuve que decir que me caí de las escaleras porque si digo me golpeó mi hermano, en primera me daba pena, y en segunda que esto tenga consecuencias"*.

Por otra parte, los hermanos de Martha tienen ya conocimiento del abuso del que ésta fue objeto por parte de su padre, sin embargo, la reacción de éstos ante este hecho, fue algo inesperado; en el caso del hermano, éste refrendó su amor hacia su padre, mientras que por el lado de la hermana, se solidarizó ante la

develación de algo que de alguna forma ya sabía, puesto que le hizo saber a Martha acerca de sus sospechas. Es importante decir que la forma en que Martha habló con su familia, acerca del abuso sufrido, no fue del todo clara, atribuyendo su falta de claridad a sus miedos, miedo al rechazo y la incomprensión.

Ahora bien, la personalidad de Martha se transformó a los 15 años, se tornó rebelde, mentirosa y autodestructiva, según sus propias palabras. También adquirió el gusto por el cigarro y el alcohol. Se rodeó de amigos varones, de manera que su comportamiento era como el de un chico más, en esos momentos deseaba ser hombre. No obstante, fue una persona que se aislaba, que no convivía con las demás chicas de su edad cuando éstas se encontraban con muchachos y, sin embargo, durante esta etapa de su vida tuvo varios noviazgos, así como sus primeras relaciones sexuales, las cuales no fueron placenteras.

Asimismo, procuraba pasar el menor tiempo posible en su casa, primando un sentimiento de coraje hacia la persona que la dañó, pero sobre todo hacia su madre, de quien se sintió incomprendida. Es importante mencionar que Martha es una joven que se ha sentido constantemente vigilada y criticada por su madre en cuanto a la forma en cómo realiza las cosas, al igual que se ha sentido objeto de comparación con otras jóvenes.

Por otra parte, la primera vez que Martha vomitó tenía 19 años, la causa fue una discusión con su madre; a partir de ese momento los vómitos sucedieron tras discusiones, así como en los momentos en que ya padeciendo bulimia y anorexia era obligada a comer. No obstante, cuando el vómito era inducido por ella misma lo vivía como un logro.

A su vez, los síntomas de la anorexia se presentaron durante los últimos semestres de su carrera universitaria, después de conocer a quien hoy día es su novio. Releva el papel que este noviazgo particularmente ha jugado en su vida, ya que a partir de esta relación, con la ayuda y apoyo de su pareja, Martha logró

nombrar el abuso sexual y acercarse a pedir atención psicológica. Es importante mencionar que en la esfera de su relación amorosa fue donde Martha nombró el abuso, en el momento en que ya no pudo evadir dar respuesta al porqué de su negativa al contacto sexual. Tras dos años de noviazgo las relaciones sexuales con su novio, que en un principio fueron difíciles debido al recuerdo de la violencia sufrida, hoy día son placenteras; Martha se siente protegida por su pareja y con la convicción de que no la lastimará.

Si bien Martha ha conseguido algunos avances al hablar del abuso, ante la propuesta hecha por su novio de hacer la denuncia considera que es algo que no le gustaría ya que de hacerlo implicaría no sólo enfrentarse a la persona que la agredió sino también a su madre. Es importante agregar que uno de los motivos por los cuales la joven no denuncia el abuso se basa en la idea de que no será ella quien separe a su familia, y así ninguno de los integrantes de ésta podrá culpárle. No obstante, el motivo principal es la idea de que al hacerlo perdería a muchas personas que son queridas por ella.

Por otro lado, Martha asistió junto con otras jóvenes a una terapia grupal a lo largo de 6 meses, la cual estuvo a cargo de estudiantes de psicología, y, si bien compartir experiencias similares con otras jóvenes la ayudaron, considera que hizo falta la atención personalizada. Actualmente pasa por un estado de depresión que en ocasiones se exagera, por ejemplo, al discutir con su madre o con su novio, y que le hace recordar nuevamente ser víctima de abuso sexual. Debido a la depresión, Martha ha puesto en riesgo su vida, así, en una ocasión trató de cortar sus venas con un espejo, asimismo, se ha dañado físicamente golpeándose a sí misma cuando deseaba golpear a la persona que abusó de ella.

Como mencioné anteriormente, tras nombrar el abuso sexual, se presentaron los síntomas de la anorexia, la cual se acompañó de vómitos ya fueran espontáneos o autoinducidos, es decir también se presentaron síntomas de bulimia. Si bien los síntomas de la anorexia, específicamente la privación del

alimento y la consiguiente baja de peso, se presentaron a los 22 años después de nombrar el abuso sexual, Martha atribuye su baja de peso, de 53 a 43kg, a encontrarse en ese momento con demasiadas ocupaciones escolares, donde la importancia de la comida fue prácticamente nulificada: de la necesidad de la alimentación se pasó a la privación de ésta como la realización de un deseo, tener control sobre su cuerpo, su hambre y, su vida.

Martha acudió en busca de atención médica una vez que su peso disminuyó considerablemente, el motivo inmediato que refiere es, no a experimentar algún malestar físico u orgánico, sino al hecho de que su esquema corporal ya no le gustaba. Al relacionar el problema con la alimentación, asistió en un principio con la nutrióloga, quien la transfirió con el psicólogo. Ahora, recibe atención psicológica desde el diagnóstico de anorexia, sin embargo, con respecto al abuso sexual, el hecho de que el psicólogo sea del sexo masculino ha sido un factor que no le ha permitido sentir la confianza necesaria para hablar acerca de ese tema.

Actualmente, Martha realiza su tesis para graduarse como licenciada en pedagogía, es una joven independiente desde hace poco menos de un año, a partir del momento en que salió de su casa, aunque trabaja desde los 16 años aproximadamente, realizando trabajos esporádicos.

La joven salió de la casa materna en noviembre del año 2001 tras discutir con su madre y el esposo de ésta, ante la insistencia de ambos porque respetara a su padrastro y porque la relación entre ellos *"fuera otra vez como una familia"*.

Como menciono arriba, Martha es una joven independiente; si bien durante un par de meses vivió en casa de su novio como *"la novia a la que se le presta un cuarto"*, actualmente tiene una recámara asignada dentro de las instalaciones de su lugar de trabajo ya que trabaja para una institución asistencial privada, en la que desempeña actividades de atención y cuidado a personas discapacitadas. El

acceso a un lugar donde vivir fue el motivo principal que llevó a Martha a aceptar este trabajo, ya que el salario que percibe es mínimo y las actividades que realiza no son propias de su profesión.

Finalmente, Martha se encuentra en un momento en que se están llevando a cabo muchos cambios en su vida y en su persona, algunos tan radicales como su embarazo, motivo por el cual está en planes de buscar un trabajo mejor remunerado y con mejores perspectivas de desarrollo.

Para Martha su embarazo es una situación que la ha hecho sentirse mejor que en otros momentos de su vida y que la ha forzado a comer a pesar del asco que le provoca la comida y que ella atribuye a su estado de gravidez. Asimismo, es considerado como una situación enviada por Dios con algún fin, ya no estar sola.

## 2.2.5 Hitos en la vida de Mónica:

Edad	Enfermedades y padecimientos	Peso y comida	Y Antropometría, constricción del cuerpo y subfina.	Sexualidad	Violencia y agresión	Familia y afectos	Educación e identificaciones formativas.	Trabajo y recursos económicos	Atención y alternativas
Nacimiento		Normal	Era una niña "femina"	Género no deseado por sus padres. Desearon que naciera niño.		Género no deseado por sus padres. Desearon que naciera niño.			
5 años		Comenzó a adelgazar		Se enteró de que sus padres desearon que ella hubiera nacido niño.	Vivió momentos de agresión al ser despojada de algunos de sus bienes materiales cargados de afecto: el suéter que más le gustaba y que finalmente quedó destruido por su hermana, o el juguete que su padre le quito para regalarlo a un sobrino.	La madre le comentó acerca del deseo que tenía, al igual que su esposo, de que hubiera nacido niño.  Buena relación con su hermana mayor, aun cuando en la relación con sus padres siempre se sintió en desventaja frente a ésta.	Cursó el preescolar	Vivió en una casa propiedad del abuelo paterno, la cual estaba aprobada para su padre.  Su madre y padre, ambos, trabajaban, por lo que gozaban de una buena situación económica.	Sin atención
11 años		La relación con la comida no fue buena, se vivió como algo impuesto. Asimismo, la comida era la única forma en que su madre demostraba su amor.	Era una niña buena, sencilla, callada, pasiva. Adoptó una imagen masculinizada.  "Estaba como un paillo" "era inteligente".  Comparación con los demás niños.	Se sintió atizada por los niños, pero la atracción se debió a que ideal a seguir.  Su madre intentó hablarle de educación, sin embargo, ella comenzó el tema.	Fue objeto de burla por parte de sus compañeros de escuela, debido a la delgadez de sus piernas y brazos.	El principal objeto de amor era el padre. A la madre no la quería.  Al momento en que su hermana mayor entró en la adolescencia, la relación entre hermanas tomó distancia.	Cursó la primaria en una escuela particular. La exigencia académica era muy rigida, sin embargo, su aprovechamiento fue de excelencia.	Los padres trabajaban. La situación económica familiar permitió cursar la primaria en una escuela privada. Sin embargo, la economía fue un motivo de discusión constante entre sus padres.	Sin atención
12 años	Depresión (a causa de sentir pena por su madre y su	Bajo peso.	"Fui una niña atizada".  "Yo no me gustaba yo".	Se enamoró de 2 niños, sin embargo, no porque gustaran uno	La madre comenzó a preocuparse por la infidelidad.	Comenzó a preocuparse por el padre.	Peso de una escuela privada a una pública. El cambio en el	Problemas económicos familiares.  La manutención	Sin atención

	paciente)			porque quería ser como ella.	El padre se desahogó de sus obligaciones.		Dejaron la casa en la cual vivió desde su nacimiento.	sistema de enseñanza que ocasionó su desempeño académico decayera.	familiar recayó sólo en la madre.	
13 años					Un día pasamos los arrebató la casa en la cual vivió, al quedar inhabilitada debido al fallecimiento del abuelo.					
14 años		Bajo peso.	Trabé y me empezo a crecer los senos como que me daba mucha pena y todos por eso los escondía	Pubertad Menarquia. Período menstrual irregular. Cuando tuve lo como que se acabó el "muñido"		Reprimida por parte de la madre y la hermana adolescente, por comportarse "como una niña".				
15 años		Bajo peso. Cambio en sus hábitos alimenticios, al cesar de hacer actividades académicas.	Trabé y me empezo a vermorear, cumpliendo la casaca de la fuerza física, por el desempeño académico.	Un fuerte vínculo de amistad con una amiga, de la cual se enamoró.			Ingresó a la preparatoria de Bellas Artes.		Paró una beca estudiantil por su desempeño académico.	
16 años	Colitis nerviosa y gastritis.	Bajo peso.								Se diagnosticó la colitis y la gastritis.

17 años	Depresión Sentido perdido de su vida. Colitis nerviosa y gastritis	Mala alimentación. Había días en que comía y otros en que se le olvidaba comer.		Tuvo conciencia acerca de su orientación sexual. Sufrió su primera separación amorosa.	Intentó suicidarse	Saló de su casa y se fue a San Luis sin avisar a sus padres, fue en busca de trabajo para poder estudiar dentro en ese estado.	No fue admitida en ninguna de las universidades donde solicitó por lo que permaneció un año sin estudiar.	Al final de su estancia en San Luis trabajó como empleada doméstica.	gastritis.
18 años	Depresión Colitis nerviosa y gastritis	Mala alimentación							Recibió atención profesional fuera de la clínica, para curar su depresión.
19 años	Depresión Colitis nerviosa y gastritis	Mala alimentación					Colaboró con grupos teóaticofamiliares. Ingresó a la UNAM, pero la carrera estudiada no le satisfacía, no obstante concluyó la licenciatura representando postulaiones de trabajar.	Ingresó al campo laboral como redactora de la revista Universitarios.	
20 años	Colitis nerviosa y gastritis Depresión	Mala alimentación		Comenzó una nueva relación homosexual, en la cual tiene su primera relaciones sexuales, siendo insatisfactorias.	Fue víctima de bulos y ostracismo como consecuencia de su orientación sexual.	La actitud que mostraron su madre y sus hermanas respecto a su homosexualidad es de intolerancia y hostilidad.			
22 años	Colitis nerviosa y gastritis Depresión	La alimentación era buena cuando se comía se realizaba en compañía de amigas.	Independencia económica. Vivió algunas meses en compañía de amigas.	La salida de la casa misma en esta ocasión fue de forma violenta, hubo de por medio insultos y golpes				Trabajó como empleada en una cafetería.	

Hitos: texto en azul



23 años	Acortada atípica Depresión	Como un 20% por debajo del peso normal para su estatura y edad.	Sin distorsión en la imagen corporal. Sentirse a guiso o no con su cuerpo dependa de su estado de ánimo. "...mi cuerpo no me gusta", "acaptarme así me hace sentir como un cuerpo extraño". Sin embargo, al ingresar a talleres, con su madre, luego de pasar por períodos en los que estando fuera de la casa materna, comer sola le deprimió aún más.	Las irregularidades en la menstruación no son motivo de preocupación. Inició una relación heterosexual, la cual duró sólo un par de meses. Los causas por las que aceptó una relación heterosexual fueron: para experimentar y conocer, pero también por un sermónario de soledad que se desataba a salir.	Lea experiencias de mujeres que han aceptado una relación heterosexual. La experiencia heterosexual que mantuvo, le aclaró y reafirmó su "preferencia" sexual.	Colaciones continuas entre madre e hija, así como con sus hermanas, el motivo de su preferencia sexual.	Después de estar 3 meses fuera de la casa materna regresó nuevamente. Se le impusieron una serie de reglas a cumplir como condiciones para permanecer en la casa materna. Las relaciones con su madre y hermanas siguen siendo distantes. No tiene amigos debido a su aislamiento.	Arbuve sufrir de dolores de estómago a la presión académica. Su rendimiento en la escuela no ha sido muy bueno, atribuyéndolo entre otras cosas al hecho de que no se le exige.	Trabajó como cocinera en un restaurante privado, percibiendo el salario mínimo. Un par de meses fue despedida.	Diagnóstico de anorexia atípica. Sin embargo notó dicho diagnóstico. Se atiende la coctas y la gastritis a través del uso común de antiácidos. Estaba una negativa a seguir una dieta alimenticia. Diagnóstico médico de ansiedad, reforzado por sus propias inferencias hechas a partir de conocer las características de la ansiedad durante una clase impartida por uno de sus profesores. Creece a la terapia es que ha comenzado a comprender lo que le sucede y
	Coctas y gastritis	Displacer y falta de gusto por la comida.	Obtuvo una ligera mejoría en su lenguaje al vivir nuevamente con su madre, luego de pasar por períodos en los que estando fuera de la casa materna, comer sola le deprimió aún más.							
	Ansiedad		No obstante, se considera incapaz de llevar un buen régimen alimenticio por el deseo de la falta del realizar todo el proceso que implica el alimentarse: compra de productos, preparación de alimentos, el hecho mismo de comer y el tiempo necesario para hacerlo.							

		<p>Lo tanto no es ella la responsable ha sido muy importante para dejar de pensar que todo lo que vive es porque ella lo ha provocado. La preocupación de vivir con muchos problemas sin poder resolverlos la hacía sentirse inútil.</p>								<p>sico la hace sentirse mejor, pues se ha dado cuenta que su depresión, así como su problema con la alimentación no son males producidos por ella misma e independientes a todo lo que le rodea.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

### 2.2.6 Mónica.

Mónica es una joven de 24 años, mide aproximadamente 1.55 m. y pesa 43Kg. Es sumamente delgada, de piernas y brazos largos, y cuyos movimientos al andar son un tanto rígidos, lo que le da una imagen con cierto toque masculino. Así, en algunas ocasiones, la imagen "masculina" que Mónica proyecta con su andar, se refuerza con su forma de vestir; aunque a últimas fechas trate de incorporar motivos femeninos a su atuendo y arreglo. La intención de querer verse "más femenina" se dio como resultado de la conciencia que ha comenzado a hacer sobre su sexualidad, identificándose como mujer a raíz de la terapia a la cual asiste desde hace más de tres años.

Esta joven tiene el cabello largo y lacio, color castaño oscuro; usa anteojos, que nunca se quitó mientras hablamos, los cuales debido a la graduación hacen ver sus ojos más pequeños de lo que en realidad son; su boca es grande de labios gruesos, cuya sonrisa ilumina su rostro de manera especial. Debo agregar que en ocasiones suele reírse de sí misma, aunque con un dejo de tristeza.

Mónica nació en el D.F., es la segunda hija de padres separados, hermana de dos mujeres más, una mayor que ella y otra menor por 8 años. Esta joven no recuerda muchos aspectos de su niñez, la edad más lejana que permanece en su memoria es hasta los 4 años, asociándola con su ingreso a preescolar y con el momento en que se enteró de que sus padres deseaban que naciera niño. Este hecho, fue muy significativo en la vida de Mónica, quien a partir de entonces trató de copiar las actitudes propias del sexo masculino. Así, fue transformando paulatinamente no sólo su forma de vestir y de caminar, sino también de comportarse, así como el gusto por actividades o juguetes designados a los niños. De este periodo se registra también la baja en su peso, lo cual se pudo constatar, metodológicamente, a través de fotografías.

La figura que Mónica tenía a los 5 años, mostraba en efecto a una niña que podría decirse se encontraba con un peso óptimo para su edad; posterior a esta edad, su complexión la haría compararse con la figura de “un palito”.

El comportamiento que Mónica tuvo durante su niñez, fue el de una niña seria, callada, obediente, temerosa frente a los juegos con sus compañeros debido a su fragilidad corporal, motivo por el cual se aislaba; pero asimismo, el de una niña que trató de semejarse a los niños y que careciendo de la fuerza física, encontró en la excelencia académica su forma de destacar. Sin embargo, en la esfera familiar, fue una niña sin voz ni voto dominada por la madre, por quien siempre se sintió evaluada.

Es importante mencionar que hasta los 12 años, Mónica quería más a su padre que a su madre, sin embargo, sus sentimientos cambiaron al momento en que se enteró de la infidelidad conyugal por parte de éste, así como del incumplimiento de sus obligaciones en cuanto a la manutención familiar, motivo de constantes discusiones entre cónyuges. Las discusiones, que se presentaban con acciones violentas, fueron vividas por Mónica como directamente vinculadas a su persona, de ahí que fuera callada y obediente con el fin de evitar discusiones entre sus padres; el sentimiento de ser ella el motivo de los problemas es un hecho que hasta muy recientemente está tratando de superar. Actualmente, Mónica sigue en contacto con su padre, sin embargo, el respeto y cariño que sentía por él se ha esfumado.

La relación afectiva entre Mónica y su padre durante su niñez, no fue, sin embargo, del todo placentera ya que se presentaron algunos acontecimientos que Mónica recuerda con pesar, por ejemplo, aquella ocasión en que su padre le quitó de las manos su juguete preferido para regalárselo a un sobrino.

Respecto a su madre, las relaciones, que desde la niñez no son del todo buenas, en la actualidad son distantes; Mónica ha vivido fuera de la casa materna

en varias ocasiones, debido a problemas tanto con su madre como con sus hermanas. La forma en que se dieron las salidas fueron siempre tras discusiones y situaciones violentas con golpes e insultos. Durante sus salidas vivió sola, en algunas ocasiones, y en otras con amigas. La más reciente ocasión en que regresó a casa de su madre, se dio precisamente en el periodo en que la conocí, después de vivir 3 meses fuera, en un cuarto que le prestó la persona para quien trabajaba.

El apego entre Mónica y su madre nunca ha sido tanto fuerte como el de sus hermanas y esta última; asimismo, la comunicación no es muy buena, de hecho, recuerda haber cancelado, durante su niñez y adolescencia, todo intento de parte de su madre por hablarle sobre temas referentes a la sexualidad.

Esta joven comenzó a menstruar a la edad de 14 años, sin embargo, entrar a la adolescencia, marcada por la menstruación y el cambio en las formas corporales, fue vivido de una forma un tanto traumática ya que le implicó la pérdida de cierta "libertad", así como sentirse "diferente".

Mónica es una persona que durante su niñez y parte de su adolescencia se sintió atraída por los hombres, sin embargo, no fue tanto una atracción física como un deseo de semejarse al sexo masculino: *"quería ser como un hombre"*. Sin embargo, durante la preparatoria la atracción, ahora sí física, ya no fue hacia éstos, sino hacia su mismo sexo. Así, Mónica se enamoró de su mejor amiga, quien al concluir la preparatoria, concluyó también su relación de amistad.

Por otra parte, un eje determinante en la vida de Mónica es la educación escolar, cuya historia se presenta con altibajos; si por un lado destacó en el estudio cuando se encontró inserta en sistemas de enseñanza rígidos y disciplinarios, como fue el caso de la escuela primaria y en la preparatoria, por el otro, al encontrarse en instituciones con un sistema de enseñanza más "libre" y desahogado su rendimiento escolar decreció, llegando a considerar hoy día que "tanta libertad" no le sirve.

Una etapa muy importante en la esfera educativa de esta joven fue la vivida al cursar la preparatoria. Mónica cursó el bachillerato en una escuela perteneciente al Instituto Nacional de Bellas Artes, dentro de la cual se le instruyó sobre distintas artes, inclinándose sobre todo hacia la danza. Sin embargo, al concluir la preparatoria se produjo una ruptura en la línea educativa: Mónica, que para ese momento ya tenía decidido estudiar danza en un nivel profesional, no consiguió ser aceptada.

Durante este periodo su estado anímico era muy malo, se encontraba viviendo los primeros meses de su depresión a consecuencia de la separación amorosa. El sufrimiento que sintió Mónica ante el rechazo, la puso a partir de ese momento en un estado de depresión que se agravó al momento de quedarse fuera de la academia.

El deseo de estudiar danza, viviendo en un estado de depresión y ante una situación difícil en cuanto a las relaciones con su madre, la llevó en un par de ocasiones a dejar el hogar materno para ir en busca de la oportunidad de cumplir con ese deseo. Así, sin muchos recursos y siendo aún menor de edad, viajó a San Luis y después a Monterrey, con el fin de estudiar, sin embargo, no sólo no consiguió lo que buscaba sino que se puso en situaciones de riesgo, sin dinero, sin trabajo y en lugares desconocidos para ella. Fue durante este periodo que se “acostumbró” a no comer y a no dormir, no obstante que la restricción de ambas necesidades comenzó desde su ingreso a la preparatoria.

En esta etapa de su vida, su estado depresivo llegó a un nivel en que deseó dejar de vivir, así no sólo planeó como suicidarse sino que incluso se colocó en el momento y el lugar donde lo haría. Recientemente pudo darse cuenta, por medio de sus fotografías, que el lugar donde estuvo a punto de quitarse la vida es el mismo al que su padre la llevaba a pasear cuando tenía 7 años.

Mónica es una joven que una vez que se sintió atraída hacia las mujeres, tratando de entender su sexualidad, acudió a grupos lésbico-feministas como *Musas de Metal* o *el Clóset de Sor Juana*; durante su estancia en uno de esos grupos conoció a una joven, con la cual tuvo una relación de pareja un año después al momento de reencontrarse en la Universidad. Sin embargo, su madre la cuestionó respecto de esta relación; a partir de ese momento su preferencia sexual fue develada frente a todos los miembros de su familia. Las actitudes de intolerancia no se hicieron esperar, así, no sólo fue objeto de burlas y ofensas por parte de su madre, afectando su relación hasta el punto que tuvo que concluirla, sino que sufre todavía el ostracismo impuesto por sus hermanas.

Si bien Mónica tiene claro su gusto por las mujeres y el deseo de tener una pareja de su mismo sexo, el hecho de que sus relaciones sentimentales no hayan perdurado y ante la soledad en que se encontró durante 2 años, se permitió vivir una relación heterosexual, la cual terminó a los 2 meses. En el periodo en que concluí la entrevista con Mónica, se encontraba sin ninguna pareja sentimental.

A pesar de que Mónica ya no está sola porque vive en casa de su madre, no existe una buena comunicación con ésta y mucho menos con sus hermanas, mientras que con el padre prefiere no conversar porque piensa que éste sólo la busca al igual que a su madre y a sus hermanas como una alternativa para descargar en ellas sus tensiones y preocupaciones; por otro lado, no tiene amigos muy cercanos, sin embargo recuerda el sufrimiento que le provocó la separación de cada una de sus amigas a lo largo de su vida.

Finalmente, en cuanto a su problema de alimentación, diagnosticado por el psicólogo de la DGSM como un tipo de anorexia, presenta sólo algunos síntomas de la misma, siendo determinantes: la privación del alimento, así como la falta de gusto por la comida. Otra de las razones por las que no come o come "cualquier cosa", es la falta de tiempo y dinero para satisfacer esta necesidad, que convirtió en objeto de decisión. Es necesario aclarar que Mónica no acepta el diagnóstico

de anorexia, atribuyendo su falta de peso y de interés por alimentarse a su depresión, pero también a su relación "afectiva" con la comida.

A los 17 años Mónica fue diagnosticada como una persona deprimida por una amiga que era pasante en psicología; posteriormente a los 18 años asistió al Instituto Nacional de Psiquiatría para recibir atención profesional, donde le ratificaron el diagnóstico.

Durante nuestro primer encuentro, el cual fue de una manera un tanto precipitada, el psicólogo de la DGSM mencionó a Mónica acerca del trabajo que yo realizaría con mujeres que padecen anorexia y bulimia, y si ella estaba interesada en platicar conmigo. Ante esta breve presentación, Mónica accedió un tanto incrédula. Posteriormente ya a solas y tras comentarle acerca de mi interés en platicar con ella, Mónica respondió "pero yo no soy anoréxica... lo que tengo es un problema de bajo peso".

Por otra parte, Mónica pidió atención médica en la DGSM a causa de sufrir un dolor muy fuerte en el estómago; sin embargo, después de ser revisada se le dio pase tanto con la nutrióloga quien le prescribió una dieta que no pudo cumplir debido a la gran cantidad de alimento que debía de comer, como al hecho de no poder organizar su tiempo para comprar las cosas, preparar sus alimentos y comer. Asimismo, se le transfirió con el psicólogo. Para estas fechas Mónica ya recibía terapia psicológica debido a su depresión, sin embargo, la necesidad de hablar con alguien más, a parte de su terapeuta, le hizo ver en el psicólogo la alternativa a la cual acudir en los momentos en que su terapeuta no pudiera atenderla, "me he hecho muy dependiente de hablar con alguien, con alguien que me ayude".

Para Mónica hablar sobre los problemas que la aquejan es algo que solamente logró hacer a partir de recibir atención psicológica, ya que antes de ésta se quedaba con todo lo que la hacía sufrir, descargando sólo a través de la



escritura. Sin embargo, escribir acerca de sus problemas no sólo no le ayudó sino que la deprimió aún más.

Mónica se siente con demasiados problemas en su vida, no sólo está lo de su alimentación, y por lo tanto la colitis y gastritis que padece y que frecuentemente la hacen doblarse de dolor, sino también el sentirse cansada de las cosas que hace y del ritmo de vida que lleva; asimismo, no se siente a gusto con la carrera que cursa, sin embargo, la concluirá para posteriormente estudiar danza. Mientras tanto, la única actividad que disfruta es la clase de danza flamenca, a la que asiste los fines de semana.

Por otra parte, Mónica habla de un "problema afectivo con la alimentación" el cual data desde su niñez, así, recuerda cómo la comida siempre ha sido motivo de discusiones, regaños y castigos por parte de su madre, pero asimismo, el medio a través del cual ésta demuestra su amor. En este caso, la importancia de la comida está muy vinculada con las actividades que se realizan alrededor de ésta. Para esta joven todo el proceso que ha de seguir para alimentarse es algo que sale de su control, en parte debido a la falta de tiempo y organización de éste, así como a la falta de recursos económicos, pero también a la falta de ganas de hacer las cosas. La falta de ganas puede interpretarse como resultado de la depresión, al igual que el sentimiento de soledad.

## 2.2.7 Comparación de los 3 casos: similitudes y diferencias

Enfermedades y padecimientos	Peso y comida	Autoimagen, construcción del cuerpo y autoestima	Sexualidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dos de las jóvenes presentaron desde la niñez problemas en su peso: por un lado, una de ellas padeció obesidad a muy temprana edad, mientras que otra presentó una disminución en su peso a partir de los 5 años.</li> <li>- Los síntomas como vómitos, atracones y periodos largos de privación del alimento se presentaron a partir de la adolescencia, en todos los casos los síntomas fueron distintos: mientras que una presentó atracones seguidos de vómitos, así como periodos de privación del alimento; otra de ellas vivió sobre todo la privación del alimento, con prácticas vomitivas eventuales. En el tercer caso, lo que primó fue la privación del alimento.</li> <li>- Dos de los casos presentan coitis y/o gastritis aguda. Solo en un caso no se señala la presencia de malestares físicos u orgánicos.</li> <li>- Las tres jóvenes padecen amenorrea, una de ellas endometriosis pélvica.</li> <li>- Solememente en uno de los casos se nombra la ansiedad como padecimiento aunque en los otros dos casos se habla de una sensación de "desesperación".</li> <li>- De la niñez a la actualidad, las 3 jóvenes han vivido periodos depresivos, sin embargo, sólo en uno de los casos éstos fueron diagnosticados por un especialista. En los otros 2 casos, la depresión se ha vivido como uno de los estados de ánimo experimentados ante situaciones trágicas, angustiosas o desoladoras. No obstante lo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El problema con la comida se originó durante la niñez, se la vincula con el afecto puesto que, en los tres casos las jóvenes ven a la comida como el único medio por el cual tienen contacto con sus madres.</li> <li>- En los tres casos la comida ha sido un constante problema entre madres que alimentan y las hijas que son alimentadas.</li> <li>- Para estas jóvenes la relación con la comida es igual a la relación con la madre.</li> <li>- Las jóvenes mencionan que su problema con la comida viene que ver con problemas en la relación con sus madres, no obstante, resulta claro que también el padre interviene en la relación madre-hija y que incluso se podría decir está determinada por ésta, pero, no sólo se trata del papel que juega el padre en la relación con su cónyuge, sino del vínculo directo entre padre e hija.</li> <li>- La comida durante la niñez, se vivió como algo impuesto, obligado; se trataba de cubrir sólo una necesidad sin que esta fuera portadora de placer.</li> <li>- En dos de los casos el problema con la comida y el peso es un factor presente en otros miembros de la familia, primeramente en las madres quienes padecen de sobrepeso, pero también entre las hermanas ya sea por sobrepeso o aun estando en un peso normal.</li> <li>- No hay un gusto por la comida aunque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dos de las jóvenes presentan una figura corporal masculinizada; la masculinización corporal en una de las jóvenes se remonta a la infancia, mientras que en la otra, a la adolescencia.</li> <li>- Durante la niñez la figura corporal comenzó a ser motivo de inconformidad.</li> <li>- A partir de los cambios corporales producidos durante la adolescencia, se presentó un intento por cubrir o invisibilizar el cuerpo sexuado.</li> <li>- La delgadez está estrechamente ligada a la sexualidad, no sólo porque es algo inherentemente corporal, sino porque con la delgadez se pretende suprimir la redondez corporal como símbolo de la sexualidad femenina, es decir suprimir el cuerpo erótico o cuerpo gestante.</li> <li>- También, la delgadez corporal se masculiniza como una forma de masculinizar a la persona.</li> <li>- Asimismo, el cuerpo redondo se vive y presenta como una barrera sexual.</li> <li>- Sólo en uno de los casos se nombró una distorsión en la imagen corporal. En otro caso se habló de entimes deformes, ligando el gusto de la propia corporalidad con el estado de ánimo. En el tercer caso se nombró como un ya no gustarse.</li> <li>- En los tres casos se presentaron actitudes de rebeldía a partir de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La sexualidad se vivió con represión y situaciones de violencia principalmente durante la niñez y la adolescencia.</li> <li>- Dos de las jóvenes fueron abusadas sexualmente durante su niñez. En uno de los casos el abuso continuó hasta la edad adulta a través de acoso sexual. El abuso fue cometido por personas que vivían en la misma casa; en uno de los casos fue el padrastro, en el otro, la tía paterna.</li> <li>- Durante el proceso de construcción de identidad genérica hay rechazo a ésta a través de la masculinización corporal, asimismo una neutralización de la sexualidad.</li> <li>- En dos de los casos hay un rechazo total a ser como la madre, hablando sobre todo de la actitud que ésta tiene con respecto a su cónyuge.</li> <li>- Rechazo de los estereotipos femeninos de género.</li> <li>- Menstruación vivida con dolor e irregularidades.</li> <li>- De las 3 jóvenes, una es virgen, mientras que dos de ellas llevan una vida sexual activa iniciada entre los 16 y los 20 años. Estas jóvenes vivieron sus primeras relaciones sexuales con placer, anorgasmas y miedo. En una de las jóvenes, el miedo fue producto de la asociación de las caricias con el abuso del cual fue objeto. En otra el miedo fue a la penetración.</li> <li>- En dos de los casos, el placer sexual,</li> </ul>

<p>anterior, ese estado depresivo de alguna manera está resolviéndose con la terapia psicológica para tratar la bulimia y la anorexia.</p> <p>Por otra parte las situaciones vividas por estas mujeres han influido de manera muy puntual en su estado anímico: el acceso a un trabajo bien remunerado en el que pueden desarrollarse profesionalmente hablando y, donde además las relaciones laborales se mueven dentro del compañerismo, son situaciones que contribuyen en la percepción que tienen de sí mismas.</p> <p>En uno de los casos, la situación particular de estar embarazada, aunada a la independencia tanto económica como del yugo familiar, significa no sólo el motivo por el cual se sale a la vida, sino que permite tener nuevas expectativas de vida.</p>	<p>en los 3 casos se disfruta comer al encontrarse en compañía de personas a quienes se aprecia o quiere.</p> <p>- El cambio en los horarios y en las actividades realizadas al día fue un factor que también intervino para que se redujera la ingesta; sin embargo, en los tres casos esto parece más una excusa ya que no se come en horarios impuestos, pero tampoco en los momentos en que se tiene hambre. Asimismo, no se reserva un tiempo para cubrir esta necesidad relegándola al plano en que se considera sólo como un elemento que puede ser controlado.</p> <p>- En dos de los casos, el alto o bajo peso corporal son vividos con incomodidad; al utilizar calificativos como "gorda" o "falsa" también se remarca la auto-percepción descalificatoria de la persona.</p> <p>- Entre las jóvenes se encuentra una constante en que, si bien se mencionan ser objeto de crítica por parte de exámenes, ellas mismas reproducen esta crítica al considerar que se les rechaza por sus formas corporales.</p>	<p>adolescencia.</p> <p>- En los tres casos, las jóvenes presentan logros obtenidos a partir del deseo por estar bien. Se han hecho de recursos con los cuales adquirieron independencia económica. Y sobre todo el estudio ha sido para estas jóvenes el motor de conocimientos, les ha brindado la posibilidad de acceder al campo laboral y por tanto percibir un ingreso propio a través del cual han elevado su autoestima. El estudio les ha ubicado de otra manera en el mundo.</p> <p>En todos los casos el estudio y la academia han sido fundamentales en el desarrollo de una conciencia crítica para mirarse como seres humanos y comprender las situaciones vividas a través del tiempo.</p>	<p>experimentado durante la adolescencia se vivió con culpa, ligando este sentimiento a la represión sexual vivida durante la niñez en que las relaciones íntimas fueron sancionadas, pero también en que el primer contacto sexual fue violento.</p>
---	--	---	---

## Comparación de los 3 casos: similitudes y diferencias (continuación)

Violencia y autoagresión	Familia y afectos	Educación e instituciones formales.	Trabajo y recursos económicos	Atención y alternativas
<p>Las tres jóvenes son mujeres violentadas física y verbalmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- son víctimas de violencia por su preferencia sexual, su figura corporal, su género.</li> </ul> <p>La violencia que viven estas jóvenes es una violencia física, pero también simbólica a través de la represión y de las imposiciones.</p> <p>Sin embargo lo que marca el tipo de violencia de la que han sido víctimas es el género. Así han vivido no solo la violencia contra ellas, sino la violencia de la que han sido objeto sus iguales, es decir, las mujeres más allegadas a ellas como son sus madres y sus hermanas.</p>	<p>Relaciones conflictivas tanto con la madre y el padre, como con las hermanas y los hermanos.</p> <p>Rechazo de las figuras materna y paterna como sujetos de identificación.</p> <p>En uno de los casos la figura del padre se sustituyó simbólicamente por otras figuras masculinas, la del hermano mayor, y la de uno de sus profesores.</p> <p>En cuanto a las amistades, es importante mencionar que en los 3 casos se trata de jóvenes que si bien tienen amigos, estos no cuentan con la confianza total por parte de ellas para hablar acerca de sus problemas, así, de alguna manera se alejan de éstos o los apartan, sobre todo durante las etapas de crisis.</p>	<p>La escuela; uno de los soporte principales de identidad.</p> <p>La institución educativa en los 3 casos ha jugado un papel más allá del académico de tal forma que se refieren a ésta como:</p> <p>El hogar, la generadora de "ganias" para hacer las cosas, la que da un "sentido a la vida".</p> <p>Para estas jóvenes la universidad es el club desde el cual están posicionadas ante la vida. Es la academia la que les ha proporcionado recursos en el nivel del conocimiento, pero también de las relaciones con personas con quienes han conseguido vínculos selectivos que han actuado como apoyo ante situaciones de crisis.</p>	<p>- El nacimiento de las tres jóvenes se dio bajo situaciones adversas ya que los recursos con los cuales se contaba eran escasos, en uno de los casos la situación económica se agravó al abandonar el padre la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La carencia de recursos económicos para estas jóvenes ha sido un factor que ha coadyuvado en el desarrollo de la ansiedad y la buñama siendo causante de angustia y privaciones. Miedo de tensiones familiares.</li> <li>- Actualmente estas jóvenes son independientes económicamente con lo cual han obtenido no sólo autonomía sino también un impulso a su autostima, es decir, al solventar sus gastos se sienten capaces de tomar las riendas de sus vidas. Y aunque el dinero disponible sea poco, por lo menos en dos de los tres casos, poder decidir en qué emplearlo, y hacerlo sobre todo en sí mismas, ya sea en su atención, en regalarse cosas, en poder invitar a comer a la familia, les da un poder que antes carecían.</li> </ul>	<p>- Durante la niñez hay una falta de atención psicológica frente a estados depresivos, de lo cual se deduce tanto la naturalización de la depresión como una falta de interés, y de recursos, por parte de los padres o personas que estuvieron al cuidado de estas niñas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En dos de los casos la atención médica sólo se obtuvo en momentos de gravedad.</li> <li>- El acceso a la atención psicológica por parte de estas jóvenes es resultado, en parte, de los derechos que como universitarias tienen; se deduce de ello que las jóvenes tienen conciencia de que parte de su identidad es ser universitarias.</li> <li>- Asimismo, la atención obtenida lleva aparejada una historia en la que las jóvenes han adquirido poderes como la independencia económica y más libertades en sus relaciones familiares.</li> </ul>

## CAPÍTULO III

### INTERPRETACIÓN: LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DEL CUERPO FEMENINO.

Al concebir como construcciones socioculturales a las mujeres que padecen de anorexia y bulimia, ubico el problema en dos dimensiones desde las cuales se conforman las y los seres humanos: la dimensión de las subjetividades y la dimensión social u objetiva. Estas dimensiones, no obstante la distinción, se entrelazan de manera dialéctica no pudiendo separarse una de la otra.

En la dimensión subjetiva se relevan tanto la personalidad y carácter de cada una de las mujeres entrevistadas, sus creencias e ideología, así como su comportamiento ante las situaciones concretas vividas; mientras que, en la dimensión social u objetiva se releva el papel de las distintas instituciones que conforman la estructura social y desde las cuales se mantiene el orden patriarcal, de tal forma que es posible ver cómo en y desde el espacio propio de cada institución que reproduce la ideología de la dominación, la anorexia y la bulimia son propiciadas, producidas y/o reproducidas.

Debido a la relación dialéctica entre las dimensiones, la información está expuesta de tal forma que puede resultar reiterativa no obstante los matices que tiene de acuerdo con cada eje de análisis.

Así pues, en este capítulo cotejo en un ir y venir la información empírica con la teoría.

### 3.1 La sexualidad rechazada.

Al nacer, tanto mujeres como hombres son nombrados, según su sexo, como niña o niño. A partir de ese instante la forma en que aprenden y aprehenden el mundo está condicionada por su ser sexuado, es decir por su género. Los contenidos de la sexualidad misma dependen del género.

Ahora bien, la sexualidad de acuerdo con Marcela Lagarde "es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas" (1997a:184).

Al ser mujeres y hombres genéricamente desiguales, los contenidos sexuales para cada uno igualmente lo son, mientras que los hombres gozan de mayor permisividad en cuanto a la manera de vivir su sexualidad, las mujeres por el contrario están mayormente restringidas y su sexualidad está prácticamente encaminada a la procreación o al placer de otros. No obstante las concesiones que los hombres puedan tener como género dominante, la sexualidad tanto femenina como masculina se define por la represión.

Los hombres son exigidos a demostrar su virilidad a cada momento y en caso de ir en contra de esta imposición son considerados menos hombres por una sociedad particularmente machista (Pierre Bourdieu, 2000). Se actúa conforme a los códigos establecidos por la organización genérica patriarcal, códigos que no son inmutables sino que se transforman según los requerimientos sociales, vinculados con cuestiones sociales, políticas, económicas y culturales.

La sexualidad, de acuerdo con Michel Foucault, no debe describirse como "... un impulso reacio, extraño por naturaleza e indócil por necesidad a un poder que, por su lado se encarna en someterla y, a menudo fracasa en su intento de dominarla por completo... En las relaciones de poder, la sexualidad no es el

elemento más sordo, sino más bien uno de los que están dotados de la mayor instrumentalidad: utilizable para el mayor número de maniobras y capaz de servir de apoyo, de bisagra, a las más variadas estrategias" (1991:63).

De acuerdo con Patricia Castañeda (1987) la sexualidad se relaciona, por lo menos, con tres categorías: el placer, la moral y la procreación. Asimismo, si bien el género condiciona el contenido sexual éste está traspasado también por ejes como la edad y la clase social a la cual pertenece la sujeta o el sujeto. Así pues, al plantearse los contenidos sexuales por edades es fácil percibir la doble moral patriarcal con la cual se enseña, se aprende y se vive la sexualidad.

Mientras que las mujeres y los hombres jóvenes y adultos ejercen una mayor libertad en sus relaciones erótico-afectivas, y de hecho se presenta como una exigencia social, en el caso de las y los niños y las y los adolescentes ejercer libremente su sexualidad es un hecho todavía no permisible.

De acuerdo con Marcela Lagarde, "la infancia es para las mujeres el espacio del descubrimiento de su cuerpo para el placer y el goce propios" (1997a:212), sin embargo, para la sociedad hay un ocultamiento de la sexualidad y goce infantil.

No obstante que Sigmund Freud visibilizó desde el psicoanálisis la sexualidad infantil a través del complejo de Edipo y la teoría de la castración, para éste el sujeto siempre fue masculino, de ahí que definiera a las mujeres como un niño castrado y, por lo tanto, deseosas del falo del varón, símbolo de poder que está en el padre y posteriormente en el hijo. La hipótesis anterior ha sido debatida por psicoanalistas feministas, de tal suerte que las mujeres no sólo no son niños castrados sino que el desarrollo del complejo edípico femenino no puede explicarse de igual forma que se explica para el varón (Christiane Olivier, 1984; Émilce Dio Bleichmar, 1991).

De acuerdo con Émilce Dio Bleichmar (op. cit.) la niña vive dos infancias. Durante la primera, el objeto idealizado es la madre. Objeto sobre el cual el niño y la niña construyen su ideal del Yo. Para la segunda infancia, en el caso de la niña, la imagen ideal de la madre pierde el valor antes asignado; a partir de esta etapa, que correspondería a la realización del Edipo, la niña vuelve la cara hacia su padre y por lo tanto al género masculino como objeto deseado, mas no como objeto de identificación.

Pero, la pregunta es, ¿por qué la niña pierde el deseo por ser igual a la madre? La respuesta está en la forma en que la madre se presenta con relación al padre y a los hombres en general, en las cuales su género queda devaluado. Por su parte, María Asunción González de Chávez argumenta que, "en la misma medida que se percibe el estatus del padre, se aprehende la posición de la madre respecto a éste, y en función de ello, generalmente la desvalorización de las mujeres en relación a los hombres" (1999:215).

Sin embargo, el hecho de que la niña cambie el objeto de su deseo se debe al hecho de que el orden patriarcal impone la heterosexualidad como el modelo de sexualidad dominante. Así, la madre no puede pensar en su hija como un ser sexualmente deseable, no la desea y la hija no se siente deseada por la madre; la hija aprende muy pronto que son los hombres quienes pueden desearla y a quienes ella tiene que encaminar su deseo (Marcela Lagarde, 1997a; Christiane Olivier, 1984)<sup>1</sup>. Por supuesto, la definición sexual se realiza en primera instancia de manera inconsciente.

De acuerdo con Marcela Lagarde, "prohibiciones en torno al erotismo entre mujeres, hacen que la madre descubra sin deseo positivo el cuerpo de la hija, a diferencia del toque que erotiza el cuerpo del hijo cuya respuesta es el placer erótico materno. El tabú del incesto no está en la base del deseo negado de la

---

<sup>1</sup> Gayle Rubin señala que, "si la división sexual del trabajo distribuyera el cuidado de los niños entre adultos de ambos sexos por igual, la elección de objeto primario sería bisexual" (en Marta Lamas, 1996:79).



hija, sino el tabú del homoerotismo. La madre no desea a la hija porque su cultura patriarcal fálica, la hace desear al varón. La hija, al ser como ella, le devuelve la imagen de lo que no puede desear" (1997a:213).

Por su parte, Christiane Olivier (op. cit.) señala cómo las madres despojan de todo erotismo el cuidado y acicalamiento de sus hijas porque ellas mismas desconocen cómo dar placer a sus propios cuerpos. No obstante, el contacto corporal con la madre, iniciado con el amamantamiento y continuado con los cuidados, son fuentes de placer para las hijas. Con el destete y con el fin de los cuidados por parte de la madre no continúan ya aproximaciones afectivo-eróticas hacia la hija.

Dentro de la ideología patriarcal que obnubila la sexualidad infantil, la niña aprende, a través de los regaños y castigos, que debe suprimir su erotismo, pues cuando explora sus genitales, son frecuentes los "no seas cochina", o de plano los manotazos, sin palabras. Aprende a tocar su cuerpo sólo para limpiarlo y acicalarlo para los otros, primero para el padre, quiere ser igual a su madre<sup>2</sup>, posteriormente para los hombres.

En este aspecto, instituciones como la Iglesia y la escuela coadyuvan para que tanto mujeres como hombres permanezcan en la ignorancia en cuanto a su sexualidad y erotismo, puesto que ambas instituciones sólo se refieren a la sexualidad con respecto a la reproducción.

La moralidad se impone en la vivencia del placer de niñas y niños quienes deben conservar su "inocencia" (Patricia Castañeda,1987), lo que es igual a permanecer en la ignorancia, ya que no sólo se les reprime el placer erótico sino

---

<sup>2</sup> Según Olivier la niña que permanece como un ser asexuado, puesto que aún no tiene los signos del sexo (su sexo permanece oculto), para poder vivir sin estos signos limita a la mujer usando tacones altos o maquillaje " 'Juega a ser señora' ya que no hay un valor reconocible en ser niña y todo lo importante ocurre en el mundo de las señoras" (1984:134).

que se les priva del conocimiento acerca de su sexualidad, por ejemplo, en el caso de las niñas, de la menstruación<sup>3</sup>.

Cuando comienza la adolescencia en las mujeres, sus cuerpos comienzan a cambiar, no sólo adquieren mayor estatura y peso sino que les crecen los senos y los pezones, aparece vello en el pubis y en las axilas, sus caderas se ensanchan y se presenta la menarquia (primer sangrado menstrual); unas jóvenes viven dichos cambios fisiológicos en sus cuerpos con incertidumbre, miedo o rechazo, otras, las menos, con la dicha de concluir la espera, alimentada por la curiosidad, porque con la menstruación concluye una etapa de su vida y se inicia otra nueva, la adolescencia, y posteriormente la madurez. La menarquia es un rito de paso hacia la feminidad.

La adolescencia es la etapa del ciclo de vida donde las mujeres comienzan a vivir su sexualidad y su erotismo, antes invisibles para la sociedad. El desarrollo corporal de las formas femeninas se inicia entre los 10 y 12 años, para muchas niñas este cambio puede ser motivo de vergüenza, o, por otra parte, algo que las hace sentir mayores y por lo tanto más libres. Su cuerpo femenino, que no pasa ya desapercibido, puede narcisizarla, por una parte, o, por otra, puede ser el objeto de su desvalorización, si se le toma como cuerpo y nada más (Émilce Dio Bleichmar, 1991).

Émilce Dio Bleichmar habla de la belleza como el recurso que restablece el narcisismo devaluado de la mujer, porque su cuerpo es el recurso que le da poderes frente al otro, porque el otro la desea por su belleza, de ahí la importancia del arreglo corporal femenino. Aunque estoy de acuerdo con el hecho de que las mujeres se arreglan para ser miradas por los otros, sea de manera consciente o

---

<sup>3</sup> Aunque en las escuelas sí se aborda este hecho biológico, durante el cuarto o quinto grado de primaria, al enseñar a las niñas y los niños cómo están conformados los genitales sexuales femenino y masculino, y su funcionamiento en la reproducción humana; las niñas no son orientadas en cuanto a los cuidados y limpieza que deben tener para no pasar situaciones vergonzosas como el hecho de que se les manche la ropa.

inconsciente, sin embargo, considero que también el arreglo es una de las fuentes del placer de las mujeres. Cada acto destinado al arreglo corporal como puede ser escoger la ropa que se pondrá ese día; el color del lápiz labial que usará; la forma en como se recogerá o no el pelo, el cuidado del mismo, incluyendo si se lo tiñe o no; el cuidado y arreglo de las uñas; el olor de su perfume; todas estas actividades, son pequeños placeres sexuales que viven las mujeres. No obstante, cada mujer vive los cambios en sus cuerpos de manera distinta según sus particulares condiciones de vida.

En los casos de las jóvenes entrevistadas, la menarquia, se vivió con incertidumbre, desazón, o como un hecho meramente biológico propio de su sexo, que no representaba ningún cambio en su personalidad, ni en su desarrollo, así pues, permanecían niñas o de manera más exacta, en la asexualidad. La falta de información sexual, o la negatividad con la cual se nombran los hechos sexuales como la menstruación, produce en la mayoría de las adolescentes actitudes como las antes señaladas.

Es importante destacar que la falta de información sexual no fue el único factor que influyó en la forma en que estas jóvenes vivieron su menarquia, sino que se encuentran implicados hechos vividos en la cotidianidad, hechos represivos que les hicieron patente que debían distanciarse de algunos aspectos de la sexualidad femenina. Lo cual no quiere decir que no vivían su sexualidad, sino que al comienzo de su desarrollo sexual, entre la pubertad y la adolescencia no hubo interés por definirse como mujeres. De hecho, había en todas ellas rechazo a ciertos aspectos de la feminidad que iban desde la vestimenta es decir, no al uso de vestidos o faldas, hasta vivir con verdadero disgusto la menstruación.

Por ejemplo, para Martha la menstruación fue un hecho del cual no tenía conocimiento hasta el momento de su menarquia, a pesar de contar para ese entonces con 13 años, lo que supondría que por lo menos a través de otras niñas conociera sobre el tema. Sin embargo, en esta joven se trató no sólo del

desconocimiento de la menstruación, sino de un deseo de no vivir ese hecho sexual, como si al no interesarse pudiera evitarlo. Ya he comentado en el perfil de Martha que se trata de una joven que ha vivido sus periodos menstruales con dolor y que, para ella, si su regla se presentara cada año estaría bien.

En los tres casos estudiados la menstruación estuvo acompañada de dolor menstrual así como de irregularidades lo cual tiene que ver indudablemente con factores psicológicos y sociales. Con dicha aseveración no dejo de lado que las implicaciones físico-biológicas como pueden ser un bajo nivel de estrógenos por carencia o exceso de grasa en el cuerpo, lo que es causante de desórdenes hormonales.

La personalidad de cada niña o joven, la forma en que han sido educadas sexualmente, las palabras y el tono o los silencios utilizados por las y los otros que les han nombrado los hechos sexuales, juegan un papel primordial en la forma en que cada mujer vive la menstruación y el desarrollo corporal. Así pues, incluso a través del silencio las mujeres son formadas sexualmente, pues todo silencio está cargado de significados. Cabe señalar que no todas las mujeres padecen dolores menstruales, ni ningún tipo de malestar como puede ser una mayor irritabilidad o sensibilidad emocional.

De acuerdo con Domitila Ávila y Patricia Castañeda (obra en dictaminación), las mujeres que padecen de fuertes cólicos, así como trastornos en el estado de ánimo, es decir, del "síndrome premenstrual", son mujeres con poco aprecio de sí mismas, que tienen dificultad para enfrentar los conflictos y resolver los problemas a los que se enfrentan en su vida cotidiana.

Entre las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, descritas por psicoanalistas clínicos, es común la suspensión de la regla incluso antes de comenzar a bajar de peso. Así, las prácticas restrictivas de adolescentes y jóvenes que padecen anorexia y bulimia han sido interpretadas por la psiquiatría

como un miedo a quedar embarazadas, simbólicamente, por la boca; en los casos de las mujeres estudiadas en esta investigación no puedo hacer tal aseveración, sin embargo, si considero que hay un miedo real que es el miedo a vivir su sexualidad en el sentido amplio y no limitada sólo a la procreación.

Por ejemplo, para Miriam, la gordura de su cuerpo significó "una barrera" autoimpuesta para no relacionarse sexual y afectivamente con los hombres, para que no le hicieran daño.

En los casos de estas jóvenes la gordura o la emaciación de sus cuerpos son presentadas como barreras para evitar el contacto sexual con los hombres, desean despojar sus cuerpos de todo rasgo femenino con el fin de resultar desapercibidas por ellos. En términos de Goffman (1989), se trata de una representación de la persona. Es decir, las personas se presentan de una manera determinada frente a los otros según lo que quieran transmitir, a través de la forma o postura corporal, del tono y volumen de su voz, de su vestimenta, de su andar.

Una de las principales tesis citada en los estudios sobre la anorexia y la bulimia señala que las jóvenes que padecen estas enfermedades pretenden mostrar a través de sus cuerpos el control que tienen sobre éstos y sobre sus vidas, muchas de ellas realmente lo creen y luchan por que nadie les quite el poder que tienen. Sin embargo, ese cuerpo más que denotar poder, es un cuerpo que se mira casi inexistente. Cabe señalar que los cuerpos de las mujeres que padecen anorexia y bulimia con grados de emaciación graves, son cuerpos empequeñecidos, cuerpos de niñas. En el caso de las adolescentes con anorexia y bulimia, algunas de ellas representan a través de sus cuerpos, la etapa de su vida en que quisieran quedarse. Expresando así su miedo a crecer.

Tanto en dichas adolescentes como en el caso de las jóvenes entrevistadas, la anorexia y la bulimia, vividas por y en sus cuerpos, son la forma

en que logran expresarse cuando las palabras no son suficientes para decir lo que sienten y están sufriendo. Las mujeres representan a través de sus cuerpos todo cuanto se han "tragado".

No obstante, las jóvenes se relacionan con los demás y en sus relaciones ante los impulsos sexuales se sienten atraídas por los muchachos o las muchachas, así que, no obstante la represión impuesta o autoimpuesta, viven aspectos de su sexualidad como la atracción y el erotismo. Sin embargo, de acuerdo con lo percibido en el caso de las jóvenes entrevistadas la sexualidad no siempre se vive con placer, pues las relaciones erótico-afectivas suceden en medio del conflicto tanto interno como externo referente a sentirse lo suficientemente valiosa, inteligente, agradable, alegre o bonita para ser aceptada por las y los demás.

### **La pareja.**

En esta investigación referiré a la pareja como la institución que se establece ante el vínculo erótico-afectivo que hay entre una mujer y un hombre, entre una mujer y otra mujer, o entre un hombre y otro hombre, sin que haya instituciones jurídico-sociales que la normen, como sucede con el matrimonio.

La pareja es la relación en la cual las jóvenes encuentran uno de los espacios para vivir su sexualidad y erotismo "libremente". En las relaciones de pareja conocen aspectos de su persona distintos a los que viven en cualquier otro espacio de sus vidas, ya sea en la familia, o con las amigas y los amigos.

Las caricias, abrazos y besos forman parte del erotismo permitido en las relaciones de noviazgo, mientras que las relaciones sexuales, el coito, están permitidas sólo en las relaciones conyugales, y destinadas a la procreación. No obstante lo anterior, las parejas buscan espacios y momentos para el contacto

sexual, para vivir su erotismo de manera libre y placentera, lo cual significa para la sociedad patriarcal transgredir la norma.

Sin embargo, aun cuando hay espacios y momentos para vivir libremente el erotismo, el placer no depende sólo de tener un espacio sino del conocimiento del cuerpo propio, y sobre todo del autoconocimiento, de saber qué es lo que se desea, lo que gusta o disgusta a los sentidos. Por supuesto, lo anterior depende de cómo cada persona ha vivido su cuerpo y su sexualidad a lo largo de su vida, si le ha gustado o no, y qué ha hecho al respecto.

Pero, sucede que en el caso de las mujeres, la mayoría, ha vivido su sexualidad con represión, desconociendo su cuerpo y, por lo tanto, el placer que éste le puede proporcionar<sup>4</sup>, pues la obtención del placer queda en manos de los hombres.

Los hombres por lo general tienen sus primeras experiencias sexuales de manera solitaria, a través, por ejemplo, de la masturbación; a diferencia de las mujeres que viven su placer en primera y última instancia a través de ellos. Los hombres con un conocimiento previo enseñan a las mujeres cómo vivir su placer, pero lo hacen a través de sus propios códigos, es decir, desde los términos masculinos, pensando en que la sexualidad femenina es igual que la masculina, que si a ellos determinado acto les produce placer lo mismo debe ocurrir en las mujeres, lo cual no es así. Y de ahí el hecho de que gran parte de las mujeres no consigan el orgasmo, tan demandado, a través del coito, como los hombres esperan que sea. El placer en la pareja, aunque limitado, es un placer permitido, mientras que el placer que las mujeres pueden alcanzar por sí mismas aún es un tabú.

---

<sup>4</sup>El Informe Hite sobre la sexualidad femenina es la muestra fehaciente de lo que aquí se dice y sólo hay que consultarlo para tener una idea de lo difícil y frustrante que es para la mayoría de las mujeres vivir su sexualidad de una forma placentera.

El placer de las mujeres está estrechamente vinculado con el amor. Para las mujeres el amor y los afectos son necesarios en la obtención de su placer. Mientras que para los hombres el coito y el orgasmo experimentado a través de la eyaculación son la máxima expresión del placer erótico, para las mujeres las caricias y los besos son a veces más placenteros que la penetración vaginal.

Con respecto a lo anterior, dos de las jóvenes entrevistadas han tenido una vida sexual activa, la cual se caracterizó en sus inicios por la frustración: porque no se pudo conseguir un orgasmo durante las prácticas erótico-sexuales, o por la falta de interés y de placer con la que se vivieron; porque no existía un vínculo fuerte con la persona y se realizó sólo por curiosidad, para probar. Lo anterior parece algo común y generalizado en las primeras relaciones sexuales de cualquier pareja, sin embargo, quiero hacer notar que por general no es un hecho fortuito.

Como ejemplo referiré el caso de Martha, quien inició sus relaciones sexuales a partir de los 16 años. Para esta joven sus primeras relaciones sexuales fueron frustrantes ya que no obtuvo el placer esperado; el coito se realizó más por "curiosidad" que por un deseo erótico real. Sin embargo, si reparamos en el hecho de que Martha fue víctima de abuso sexual infantil, entonces no resulta rara su represión, explicitada cuando, luego de enamorarse y ante el deseo de entregarse "totalmente" a su novio, la asociación de imágenes entre las caricias sentidas y el abuso sufrido le produjo sufrimiento.

En relación con lo anterior puedo decir que, la joven violentada, que se sintió sucia interna y exteriormente, trató de obtener, de manera inconsciente, la pureza perdida, sometiendo a su cuerpo para que no fuera más un objeto deseable y la suciedad que se apoderó de ella fuera desechada. Sin embargo, no sólo es la pureza lo que se buscó, sino que se trató de redimir la culpa. La culpa por no poder defenderse, la culpa porque el miedo se apoderó de ella, silenciándola.



En la organización social genérica, es decir en el patriarcado, las mujeres por el sólo hecho de serlo son culpables de que los hombres las violenten, porque ellas y sus cuerpos eróticos los han provocado (Catherine MacKinnon, 1995).

El tema sobre la sexualidad y la violencia las abordo con más detalle en el apartado sobre "Violencia y represión sexual" (ver 3.8).

Por otra parte, la relación de pareja no es sólo erótica, sino también afectiva. Así, se traduce en apoyo, en una relación que pretende ser de iguales. En un intercambio de experiencias, pero también de vivencias, en compartir. La pareja es en distintos ciclos de vida de las mujeres fuente de su autoestima. Si bien lo anterior es resultado de la ideología patriarcal en que las mujeres son siempre en relación con los otros, no obstante las mujeres adquieren poderes en ella; para algunas tener novio o novia resulta un hecho fundamental para elevar su autoestima, no sólo porque este hecho les proporcione un determinado estatus en la sociedad, o porque las ubique en el mundo, sino porque a través de esta relación, de los sentimientos y de los afectos experimentados en ella, la forma de concebir el mundo adquiere nuevos significados.

### **¿Cómo viven algunas mujeres que padecen de anorexia y bulimia sus relaciones de pareja?**

La pareja es una de las principales instituciones sociales que influyen en la vida de las personas y desde la cual se construye parte de su ser en el mundo. En el caso de las mujeres la pareja significa, de acuerdo con la relación que se tenga, la permisión de determinadas actividades, así como el acceso a estatus distintos, según una sea novia, prometida, esposa, concubina o amante. Para la cultura patriarcal, ser pareja de, les da a las mujeres un valor frente a la sociedad, partiendo del precepto que el fin de mujeres y hombres es unirse para formar una familia, o lo que es lo mismo para la reproducción.

En la actualidad la mayoría de las parejas lo son por decisión propia, es decir que no hubo una imposición en esa "elección", por lo que entre sus basamentos los afectos juegan un papel primordial. Sin embargo, siendo definida como ser para los otros, la mujer se muestra afectivamente dependiente de su pareja, de tal forma que todo lo que suceda dentro de esta relación influye inevitablemente en las demás esferas de sus vidas.

Así, la pareja es una de las relaciones más importantes y trascendentales en la vida de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia ya sea porque ha sido un apoyo real y concreto en momentos de crisis, así como objeto de motivación para hacer las cosas, o por otro lado ha contribuido en la plétora de hostilidades de las cuales han sido objeto estas mujeres.

Entre las relaciones de pareja vividas por las jóvenes entrevistadas hay relaciones que a pesar de los conflictos, entre los cuales el problema con la alimentación está incluido, han resultado en acciones positivas, como es el caso del noviazgo de Martha.

Ya he mencionado en el perfil de Martha que su pareja sentimental fue un elemento indispensable no sólo para la concienciación de la violencia de la que fue objeto, sino también para la reparación del sufrimiento.

El amor y la comprensión que puede ofrecer una pareja son situaciones que ayudan a reconstruir la integridad de la persona. Cuando las mujeres vienen de vivir situaciones tan dolorosas como el abuso sexual, la pareja es vista inconscientemente como la madre simbólica. La madre toda comprensión, apoyo, amor, la madre dadora, nutricia. Es importante hacer notar aquí que en ocasiones Martha comía, incluso más de lo que su cuerpo requería, por el único hecho de ser alimentada por su novio. Por supuesto los significados de lo anterior pueden ser diversos cuan diversos son los afectos implicados.

Por otra parte, confrontando el caso de Martha con testimonios de mujeres violentadas sexualmente, pude ver cuán difícil es que las mujeres vuelvan a confiar en los hombres cuando han sido agredidas por uno de ellos, sin embargo, cuando se consigue un lazo de confianza es posible no sólo pensar en relaciones no opresivas, posiblemente ya no imaginadas, sino también, resarcir el sufrimiento<sup>5</sup>. Sin embargo, el amor no es por sí solo reparador, al lado de éste debe haber atención terapéutica, que ayude a superar el dolor y a no depositar en la pareja la solución de los problemas y sufrimientos personales.

El amor de pareja es fuente de energía vital para las mujeres, es por ello que cuando hay conflictos con la persona amada se produce una ruptura en la homeostasis personal.

Así como las mujeres se nutren del amor y de la presencia del otro, de igual forma dedican gran parte de sus energías en el cuidado y atención de la pareja, en algunos casos emplean toda su energía vital. El apoyo es incondicional, dar es la finalidad de la mujer, aun cuando no se reciba en igual cantidad, lo cual es por demás común.

Por supuesto que las mujeres obtienen muchas cosas positivas en el amor, sin embargo, no todas las que desean, en parte porque viven con ideales de lo que debería ser su relación y no es, lo cual produce frustraciones; y si no se tiene la capacidad de desmontar los mitos amorosos y sexuales y relevarlos por lo real y concreto, la frustración puede ser permanente. Sin embargo, no se trata de aceptar incondicionalmente sino de saber qué es lo que se desea, lo que se puede dar y lo que se puede recibir y no vivir en la espera de algo que tal vez nunca suceda.

---

<sup>5</sup> De acuerdo con Agnes Heller el sufrimiento "es un tipo de dolor que me cae completamente desde fuera. No depende, ni siquiera relativamente de mi intención, mi decisión, mi opinión. No es activo, sino pasivo (sufre la acción)" (Agnes Heller ,1980:314). Para dejar de sufrir es necesario elaborar el dolor estacionado en sufrimiento.

Por otra parte, también la relación de pareja se ve afectada ante la depresión en que se encuentran las mujeres. Las mujeres que padecen anorexia y bulimia son mujeres que viven procesos de depresión muy fuertes y que se agravan ante los conflictos amorosos; el dolor que provocan las discusiones, se suma al sufrimiento que se vive desde tiempo atrás. Así, las discusiones con la pareja se viven como extensión de un cúmulo de problemas que se miran todavía más difíciles de sobrellevar.

Ante la vivencia de conflictos de pareja es común que se produzcan crisis bulímicas, es decir atracones o vómitos. Por ejemplo, Miriam mencionó que sus atracones eran siempre antecidos de sentimientos de angustia y desesperación, al momento en que vivía conflictos familiares pero también de pareja.

El estado anímico en que se encuentran las jóvenes con anorexia y bulimia es una situación que las deja en tal estado de vulnerabilidad que pueden ser flanco de hostilidades y no reaccionar ante éstas, como le sucedió a esta joven quien al vivir su única relación de pareja, calificada por ella como "enferma", soportó humillaciones por parte de quien fue su novio.

Si bien lo anterior les ocurre a muchas mujeres educadas en la pasividad, en el silencio, o que una vez "enganchadas" o temerosas no reaccionan ante la agresión, e incluso muchas veces no la perciben como tal; en el caso de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, se reprime el deseo de decir verbalmente aquello que las está lastimando, porque cuando quisieron hablar sus palabras no fueron escuchadas y se perdieron en el vacío, o porque aprendieron que ser una niña buena era estar calladita. Estar callada o no hablar demasiado es resultado del silencio aprendido<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Sin embargo, no debe dejarse de lado el carácter de cada persona, así, por un lado resulta interesante ver cómo estas mujeres, que en dos de los casos demuestran su locuacidad, no pudieron durante mucho tiempo de sus vidas expresar con palabras lo que sentían acerca de las

Para las jóvenes que han pasado la etapa de adolescencia, la relación en pareja es un imperativo que deben cumplir con la amenaza de ser señaladas como "raras" o llamadas lesbianas como una manera de descalificarlas. La homosexualidad en la cultura patriarcal es causa de estigmatización<sup>7</sup> de las personas de tal forma que se utiliza el adjetivo "lesbiana" para descalificar a las mujeres que no corresponden con la norma de tener novio a determinada edad.

En el caso de las mujeres que en efecto son lesbianas las relaciones de pareja son vividas con el estigma de por medio, consideradas por la sociedad patriarcal como anormales son objeto de críticas y juicios. La hostilidad de la cual son objeto por sus propias familias influye de tal manera en las relaciones de pareja que las puede conducir a romper sus relaciones lésbicas y tratar de "encajar" entre lo normalmente aceptado a pesar de saber que no es lo que desean. Por supuesto, en la necesidad de mantener una relación de pareja influyen otros factores como son la soledad en que se encuentra la persona, el estatus que puede obtenerse con una relación de pareja, pero también la curiosidad de experimentar nuevas relaciones incluyendo en éstas la práctica sexual.

Finalmente diré que si bien entre las interpretaciones psicoanalíticas sobre la anorexia y la bulimia se señala el rechazo a la sexualidad, sobre todo el rechazo a la maternidad, con la salvedad de que esta interpretación se da sobre todo en los casos referentes a adolescentes, en el caso de las mujeres entrevistadas no se trata de un rechazo sino de un miedo a ejercer su sexualidad libremente y que tiene que ver con la forma en que a lo largo de sus vidas se han representado las relaciones entre parejas, así como a la vivencia de su sexualidad, que en los tres casos estudiados se vivió coartada.

---

personas y de sí mismas, pero también cómo gracias a esa personalidad son mujeres que están logrando salir adelante.

<sup>7</sup> De acuerdo con Erving Goffman el estigma es un atributo que vuelve a una persona diferente a las demás y la convierte en alguien menos apetecible. De tal forma que "constituye una discrepancia especial entre la identidad social virtual y la real". Así, el atributo desacreditador

## El lesbianismo

Las relaciones homosexuales son aún relaciones no aceptadas por la cultura patriarcal, y por lo tanto consideradas relaciones transgresoras del orden. Las mujeres que tienen una orientación sexual homosexual, y que viven su homoerotismo, son estigmatizadas y marginadas por la sociedad. De tal forma que la homosexualidad es antinatural según la ideología dominante, para la cual el fin de la sexualidad masculina y femenina es la reproducción.

Desde posturas psicoanalíticas feministas, la homosexualidad como identificación sexual no es un hecho meramente psíquico aunque el proceso se realice de manera inconsciente, sino que la orientación sexual de mujeres y hombres está estrechamente vinculada con la identificación genérica y por lo tanto al igual que ésta es una construcción. De acuerdo con Émilce Dio Bleichmar (1991), la niña en el periodo de latencia, es decir, el periodo en que define su orientación sexual, tiene delante varios caminos posibles para restituir el narcisismo perdido de su género, los que constituyen a su vez múltiples variantes de investidura narcisista de objeto: 1.idealización del objeto sexual (instituye como meta suprema de su Ideal de Yo ser la mujer de un hombre); 2.localización del Ideal del Yo en el objeto (localiza las metas de su ideal de Yo en el hombre); 3.constitución de la masculinidad como Ideal del Yo (incorpora rasgos que se consideran masculinos); y 4. Institución del deseo masculino como Ideal del Yo (instituye como ideal del yo el comportamiento sexual del hombre hacia la mujer, homosexualizando su deseo). Este proceso tiene lugar después de la desilusión que sufre la niña por la devaluación de su género.

Frente al término de homosexualidad está el de lesbianismo entendido como "un erotismo entre mujeres, transgresor del orden, de la sociedad y del cosmos" (Lagarde, 1997a: 241)

---

siempre se presenta en relación con el "estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos" (Erving Goffman,1980)

Así pues utilizo el término lesbiana para hacer visible el homoerotismo de Mónica quien además se autodefine como tal.

La antropóloga Ángela Alfarache, señala que la voluntad de definirse como mujeres lesbianas implica:

- a. la asunción de la identidad de género femenino;
- b. la conciencia de su especificidad al interior del género;
- c. la definición de dicha especificidad a partir de experiencias diversas en torno al: erotismo, el amor, los afectos, los modos de vida, los lenguajes, los cuerpos, etcétera;
- d. la politización de la identidad que... implica la construcción de identidades feministas... (2000:67)

La forma en cómo se definió la orientación sexual de Mónica deja ver cuestiones como el hecho de que el lesbianismo es un proceso donde el factor social está estrechamente implicado; recordemos que Mónica tiene una clara idea del momento en que su comportamiento empezó a cambiar con respecto a lo que se esperaba de ella como niña, es decir, a partir de saber que sus padres deseaban que fuera niño. Sin embargo, el proceso de estar plenamente consciente de hacia que género dirigir el deseo es largo y complejo, en el caso de Mónica si bien fue un hito saber que sus padres no la desean niña sino niño, no se hizo consciente de su orientación sexual sino hasta que se encontró compartiendo con adolescentes en su clase de danza, donde ante la contemplación de los cuerpos femeninos despertó su deseo.

Marcela Lagarde (op. cit.) señala que las mujeres lesbianas muchas veces no viven su erotismo y las que lo viven lo viven con culpa y en el anonimato. Aquellas que hacen pública su orientación sexual son objeto de discriminación y hostilidad. Ejemplo de lo anterior es el caso de Mónica, de quien ya he señalado algunos aspectos de su sexualidad y del rechazo social y familiar del cual ha sido objeto.

La orientación sexual no heterosexual es uno de los aspectos más trascendentales en la conformación de la identidad de las mujeres lesbianas declaradas en relación con las distintas esferas de sus vidas puesto que se les ubica socialmente como mujeres transgresoras del orden ya que rompen con la norma sexual dominante y en la lucha de la moral sexual por descalificarlas se les estigmatiza. Al vivir una sexualidad diferente a la dominante las personas homosexuales y lesbianas son ubicadas por la sociedad patriarcal como anormales o perversas y definidas sólo en relación con su orientación sexual. De tal forma que si la mayoría de las mujeres heterosexuales viven su sexualidad con represión y en opresión, las mujeres lesbianas la viven doblemente reprimidas y doblemente oprimidas.

“Independientemente de su voluntad y de su conciencia, todas las lesbianas están sometidas a una doble opresión: por ser mujeres y por su opción erótica” (Marcela Lagarde, 1997a:246). A pesar de esto, construyen espacios para vivir libremente, aunque esto signifique de alguna manera continuar su segregación social. En el caso de Mónica la necesidad de comprenderse y comprender a las mujeres lesbianas la llevó a pertenecer a algunas organizaciones lésbicas como “Musas de Metal” o “El clóset de Sor Juana”.

Desde perspectivas feministas radicales como el feminismo de la diferencia, el lesbianismo significa relaciones más equitativas y libres, pues para este sector, todos los hombres son culpables de la opresión de las mujeres. Sin embargo, ser lesbiana no es condición suficiente para vivir una sexualidad con más libertades y un erotismo equitativo, ya que muchas mujeres reproducen los códigos patriarcales y desde éstos establecen sus relaciones, de tal forma que algunas de ellas toman el papel del hombre y dominan a sus parejas.



Mónica por ejemplo mencionó cómo una de las mujeres con quien mantuvo una relación sentimental quiso hacer de ella su amante mientras mantenía una relación formal con otra mujer.

### **3.2 Las subjetividades.**

La subjetividad es "la particular concepción del mundo y de la vida del sujeto. Está constituida por el conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, físicas, intelectuales, afectivas y eróticas" (Marcela Lagarde, 1997a:302).

La subjetividad está conformada por ideas que cada persona interioriza a lo largo de su vida y que día a día se van transformando y poniendo en práctica con hacer, decir y pensar, en y acerca del mundo, de las personas que la rodean, de la naturaleza, de las cosas materiales como de las espirituales, de la metafísica o de la astrología. Asimismo, está determinada por las creencias, sean de tipo religioso o de cualquier otro tipo, por la moral y la ética, por los conocimientos aprendidos empíricamente, heredados, o contruidos con el estudio. Por las normas aprehendidas, rechazadas o aceptadas. Por las participaciones y pertenencias políticas, sociales y culturales. Por la forma en que experimenta su sexualidad y, en que se relaciona con el otro o la otra. Por las relaciones de clase, étnicas o en el grupo de pares.

La subjetividad, sin embargo, es inseparable de la objetividad en el desarrollo de cada individuo. En el caso de las mujeres, éstas han sido "objetivadas como seres sexuales" (Catharine MacKinnon, 1989), y es al lado de esa objetivación que se manifiestan las subjetividades.

Es decir, una mujer se constituye como tal teniendo como primer referente un modelo que no sólo responde a las exigencias del momento histórico que se

vive, sino que mantiene el orden social. Pues, de acuerdo con Foucault (1982), la sexualidad es el elemento de mayor instrumentalidad en las relaciones de poder.

### **Los afectos.**

Un aspecto de la subjetividad son los afectos, los cuales, de acuerdo con Agnes Héller<sup>8</sup>, forman parte de los sentimientos. Para la autora, "sentir significa estar implicado en algo..., ese "algo" puede ser cualquier cosa: otro ser humano, un concepto, yo mismo, un proceso, un problema, una situación, otro sentimiento... otra implicación... La implicación puede ser positiva o negativa, activa o reactiva, y también directa o indirecta" (op. cit.:87).

En el caso de la mujer, su ser "... se constituye sobre lo que lo otro y los otros necesitan de ella. Así, la familia y la pareja son para las mujeres espacios vitales —emocionales, intelectuales y eróticos-, de carácter cerrado y exclusivo. En ellos la mujer debe satisfacer sus necesidades y expectativas de manera que no le sea necesario -y no le está permitido-, trascenderlos en la búsqueda de otras relaciones, de otras fuentes de satisfacción, de posibilidad de realización más allá de la sobrevivencia" (Marcela Lagarde, 1997a:335).

Según Mabel Burín (1996), a las mujeres se les ha designado el poder de los afectos, como resultado de su identificación con la maternidad y por lo tanto con el espacio doméstico, mientras que a los hombres se les ha designado el poder racional y económico.

Al ser el espacio de los afectos del dominio de las mujeres éstas no sólo quedan como responsables del estado afectivo de los demás sino que los sentimientos se tornan en una dimensión inherente a la conformación de sus subjetividades, y por lo tanto determinantes en el estado de su salud mental. Las

jóvenes necesitan de los otros y su reconocimiento para ser en el mundo. Necesitan de sus familiares, de sus novios o novias, de sus esposos, para darles. Y en esa dádiva esperan recibir un poco, aunque sea; a veces no esperan nada, se complacen con dar.

Lo anterior sucede sobre todo en el caso de las mujeres más tradicionales; en el caso de las modernas, éstas ya no se conforman con dar, sino que esperan también recibir, obviamente en la práctica no reciben en igual proporción que lo que dan, sobre todo en lo que toca a los afectos y las atenciones.

Si bien hablo aquí de un pensamiento moderno y uno tradicional, en realidad todas las mujeres nacidas en la modernidad son sincréticas, es decir, su ideología fluctúa entre ambos tipos de pensamientos, y de ahí que cada mujer viva en una profunda contradicción. Y, precisamente, los afectos son una de las dimensiones donde se viven mayores contradicciones, pues, mujeres independientes, profesionistas, con libertades de hacer y decir, en sus relaciones afectivas por lo general se encuentran confinadas:

A ese confinamiento Franca Basaglia (1983) lo llama ser-para-los-otros. Para la autora, "la mujer no es por naturaleza sólo un objeto sexual, también debe ser madre no sólo de sus hijos sino también del hombre. Esto significa que la objetivación o cosificación de su cuerpo se transforma simultáneamente en una subjetividad o personalidad dedicada a nutrir, comprender, proteger y sostener a los otros; la subjetividad que llegue a reconocérsele es, por consiguiente, la de vivir en el constante dar, anulándose ella, es decir, actuando y viviendo como mujer-cuerpo para otros, como mujer-sustento para otros. Pero se trata de un cuerpo que no le ha pertenecido y de una nutrición que ella nunca recibió" (op. cit.:37). Si bien la autora se refiere a las mujeres en general, su argumento encuentra singular resonancia en las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia.

---

<sup>6</sup> "... sentimientos impulsivos, afectos, sentimientos orientativos, emociones en sentido estricto (sentimientos cognoscitivos-situacionales), sentimientos de carácter y personalidad, predisposiciones emocionales" (Agnes Héller, 1980:87)

Pues, por un lado, son jóvenes que desde pequeñas fueron subsumidas siendo para-los-otros, mostrando un deseo abierto por complacer a sus padres y a su familia, y por lo tanto, perdieron el sentido de lo que ellas deseaban para sí mismas. Por otro lado, son mujeres que rechazan el deber ser femenino como algo inmutable.

No obstante que la carencia del afecto en los casos de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia fue determinante en la construcción de la enfermedad. Ésta es sólo uno de los factores opresivos a partir de los cuales se construyeron las enfermedades.

### **Las creencias religiosas.**

Durante la Baja Edad Media, en Europa la anorexia y la bulimia en las mujeres estuvo fuertemente ligada a la religión. Pues la Iglesia era una de las principales instituciones en la vida de las personas y la religión cristiana uno de sus ejes estructurantes. En la ideología judeo-cristiana el cuerpo ha estado asociado con el pecado y de ahí la práctica del ascetismo en el medioevo, en la que el ayuno fue una de las principales prácticas para alcanzar la purificación divina.

Entre los años 1200 y 1500, un considerable número de mujeres se entregaron a prácticas ascéticas de todo orden, siendo el ayuno una de las más difundidas; el caso más conocido es el de santa Catalina de Siena quien murió en 1380 luego de hacer ayunos prolongados y donde la supresión del agua puso fin a su vida. Cabe destacar que santa Catalina inició sus prácticas restrictivas luego del empuje insistente de parte de sus padres para que contrajera matrimonio (Bell, 1985 citado por Toro, 1991). Similar fue el caso de santa Wilgefortis de Portugal, quien habiendo decidido entregar su virginidad a Dios, conoció que su padre deseaba casarla con el rey sarraceno de Sicilia. A fin de preservar su virginidad practicó constantemente la oración, así como el ayuno. Ante la inanición, su

cuerpo se llenó de vello y el rey de Sicilia renunció a sus pretensiones. El padre de Wilgefortis procedió a crucificarla (Lacey, 1982 citado por Toro, op. cit.)

Los dos ejemplos anteriores muestran cómo la anorexia y la bulimia en mujeres de la Edad Media si bien tenían que ver con el deseo de alcanzar la espiritualidad y la pureza corporal, también estaban estrechamente ligadas con el rechazo a la conyugalidad y por ende a la sexualidad asociada con la procreación.

Ahora bien, en el caso de las jóvenes entrevistadas, a pesar de que son modernas, también son tradicionales porque en su subjetividad han sido formadas desde los preceptos religiosos del pecado, la culpa y el temor. En algunas jóvenes como es el caso de Martha hay miedo incluso a dudar de Dios, a cuestionarse desde los parámetros de la misma ideología cristiana si acaso ese Dios no es más bien un ser malvado porque permite el agravio a las niñas y a las mujeres. El miedo a dudar o a reclamar a la propia divinidad, tiene que ver con el hecho de que al experimentar la duda desde la misma ideología sin desmontarla lo que provoca es miedo a ser castigada.

La tradicionalidad religiosa de las mujeres permanece aun cuando hay conciencia de que la violencia o la hostilidad vividas son resultado de la ideología patriarcal, explicitada como intolerancia social hacia las diferencias, como dominación masculina, y como violencia institucionalizada; situaciones presentes, en mayor o menor medida, en cada uno de los distintos círculos en que las personas se mueven. Así pues, a pesar de ser mujeres con un pensamiento crítico, a la hora de explicarse los hechos vividos que les han provocado sufrimiento los atribuyen a un ente divino, es decir, es Dios quien ha permitido que vivieran estos hechos violentos, pero no porque sea malo sino por algún motivo que desconocen, así, también, es él quien pone en sus caminos a las personas o los recursos que les sirven para salir adelante. Respecto a este último argumento, atribuir los logros a una entidad divina, de alguna manera, minimiza el esfuerzo personal desconociendo las capacidades reales de cada mujer.

No obstante lo anterior, la forma en que las mujeres se relacionan con la religión no es de manera enajenada, es más bien sincrética, ya que por una parte hacen juicios críticos sobre los preceptos religiosos, pero por otra conservan una imagen de lo que Dios representa para ellas: Dios-padre bondadoso y protector. No obstante, hay mujeres como Mónica, que cuestionan no sólo la existencia de esta divinidad sino, también, el trato que la Iglesia da a las mujeres lesbianas y, en general, a los homosexuales. Mónica critica la intolerancia de la Iglesia católica hacia la homosexualidad, motivo por el cual se siente agredida y por lo tanto se muestra distante.

Por otro lado, aunque las jóvenes no se adscriban a alguna religión o acepten los dogmas de la religión dominante, todas ellas fueron educadas bajo normas religiosas, algunas de ellas, sumamente represivas, dentro de familias conservadoras o puritanas para quienes el cuerpo y la sexualidad son objetos tabú. Por lo tanto, desmontar la ideología con la cual crecieron implica un largo proceso ya que sobre ésta están construidas las subjetividades.

A pesar de todo, las jóvenes van desarrollando un pensamiento crítico, desde el cual cuestionan las formas en que instituciones como la Iglesia instauran en ellas sus principios represores. Ese pensamiento crítico está sustentado en el feminismo, aun cuando las jóvenes no se identifiquen como feministas, aun cuando no tengan el conocimiento teórico y filosófico que emana de éste. Gracias a los movimientos feministas han quedado al descubierto las situaciones que oprimen a las mujeres, abriendo la posibilidad de que dichas situaciones desaparezcan, y es con referente en esa denuncia social que hay lugar para la crítica y la reflexión. Cabe señalar que dos de las jóvenes entrevistadas se definen como feministas, aunque sólo una de ellas milita dentro de un sector del movimiento.

Así pues, la conciencia crítica de género puede surgir, por un lado, desde la inserción a grupos o asociaciones civiles feministas, o por el otro desde la

experiencia de vida, en la identificación con otras mujeres y en considerar que los hechos opresivos no son inmutables.

### **Educación y subjetividad.**

Dentro de la modernidad un recurso fundamental para el desarrollo de las mujeres es la educación.

Las jóvenes entrevistadas son mujeres universitarias que han mantenido una lucha por acceder y continuar su educación profesional. Para estas jóvenes la educación ha sido no sólo uno de los principales ejes de sus vidas, sino aquella que les ha dado sentido de pertenencia y existencia, pues la escuela ha sido el espacio donde han encontrado el reconocimiento del cual se sentían carentes, y en el que volvieron a sentirse parte del mundo. Así pues, para ellas la educación ha sido un recurso de vida, no sólo porque a través de ésta se forman profesionalmente, sino porque parte de su autoestima está fundamentada en su identidad como estudiantes.

Estas jóvenes han tenido que luchar por la educación ya que por ser mujeres con escasos recursos se han visto, en algunos momentos de sus vidas, presionadas por sus padres para abandonar el estudio, o reducir el tiempo dedicado a éste. No obstante, las jóvenes se dedican no sólo al estudio, sino que a la par realizan quehaceres en la casa, si conviven con niños pequeños ayudan en su enseñanza y en su cuidado, trabajan y destinan parte del sueldo percibido al ingreso familiar.

Las jóvenes desean tener mejores condiciones de vida que las vividas por sus madres, para eso se preparan profesionalmente y encuentran en la educación una posibilidad distinta de vida, se han formado un juicio crítico a través del conocimiento, son modernas.

Sin embargo, las mujeres que padecen de anorexia y bulimia ven mermada su capacidad de estudio ante la enfermedad; en los casos de crisis faltan a clases o bien están distraídas, les cuesta trabajo poner atención, se sienten cansadas y su rendimiento baja.

Jóvenes que fueron consideradas como excelentes estudiantes ven reducido su potencial, el estudio les requiere mayor concentración y esfuerzo y ante dicha situación se tornan obsesivas.

### **3.3 El Trabajo.**

El trabajo como parte esencial del quehacer humano es otro de los elementos sobre los cuales se constituyen las identidades y por lo tanto las subjetividades, es decir, lo que la persona hace en la vida la ubica en la sociedad y esa ubicación da contenido a su ser.

Si bien la mayor parte del trabajo remunerado se realiza en colectivo no obstante, las experiencias y la forma en que cada persona vive su trabajo son subjetivas. Es decir, cada persona obtiene del trabajo que desempeña beneficios y experiencias únicas. El mismo sueldo percibido tiene significados distintos dependiendo de las situaciones de cada cual.

El trabajo, según Marx (1974:130), es un proceso en que "el hombre se enfrenta como un poder natural con la materia de la naturaleza. Pone en acción las fuerzas naturales que conforman su corporeidad, los brazos y las piernas, la cabeza y la mano, para de ese modo asimilarse a una forma útil para su propia vida, las materias que la naturaleza le brinda".

Sin embargo, el trabajo, de acuerdo con Henrietta More (1991:60), "no es sólo lo que hace la gente, sino además las condiciones en que se realiza la actividad y su valor social en un contexto cultural determinado".



Así pues, mujeres y hombres, a lo largo de sus vidas, realizan trabajos de distinto tipo debido a la división sexual del trabajo, es decir, a las tareas asignadas socialmente a uno y otro género, las cuales son valoradas de distinta manera según el género que las realice. Asimismo, las tareas asignadas a uno u otro género dependen de factores tanto económicos, políticos, demográficos, tecnológicos, ideológicos y culturales (Ana Amorós,2002).

De acuerdo con Ana Amorós, la división sexual del trabajo “[...] subyace a la repartición del trabajo estratificada socialmente. En los diferentes periodos históricos y en las distintas formaciones sociales, la situación en el sistema de producción, la clase social de pertenencia y el estatus que se ocupa en la sociedad determinan en gran parte la adscripción de unos y otros varones y una u otra mujeres, a determinadas tareas” (op. cit.:260).

En el caso de las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia, el trabajo adquirido, ha significado sobre todo autonomía. Sin embargo, no todas ellas tienen buenos puestos donde desempeñarse según su especialización. Lo anterior tiene que ver con diversos factores como son: el hecho de que la demanda de empleo altamente calificado sobrepase la oferta; la incapacidad del Estado para generar más fuentes de trabajo; las políticas laborales que establecen sueldos mínimos para la población estudiantil, que al mismo tiempo que estudia, trabaja para solventar sus estudios, para ayudar en la casa, o simplemente, para poder comprar lo que desean sin tener que pedirle a nadie. También, un factor muy importante con respecto al acceso al trabajo es la discriminación genérica, que aún persiste y, que arrebató los trabajos a las mujeres para dárselos a los hombres por ser el género sobrevaluado.

El trabajo remunerado, no obstante las condiciones desde las cuales se realice es fuente de recursos y poder, y por lo tanto parte fundamental para la autoestima. Así, aun cuando el empleo adquirido no cumpla con las expectativas

profesionales y personales, representa el acceso a un ingreso propio con el cual se adquiere independencia económica, necesaria para adquirir libertades.

Respecto a la historia laboral de las jóvenes entrevistadas, Martha y Mónica tuvieron su primer empleo durante la adolescencia, a los 14 y a los 17 años respectivamente, en el caso de Miriam fue al egresar de la universidad. En dos de los casos gran parte del sueldo percibido fue para solventar sus estudios. En el caso de Miriam, que no comenzó a trabajar sino hasta que egresó de la universidad, la forma en que pudo sostenerse económicamente dentro de la universidad fue a través de las becas obtenidas por su desempeño académico.

El tipo de empleos a los que Mónica y Martha han accedido han sido trabajos donde se les ha pagado muy poco, empleos temporales o bien en donde cubrían un horario que les permitiera estudiar a la vez.

Si bien, en general la economía nacional pasa por un momento en que los empleos están muy mal pagados, por otra parte, según la división sexual del trabajo por edades, hay empleos específicos para estudiantes o jóvenes, trabajos que son de menor remuneración. Sin embargo, mientras más cerca están de concluir los estudios universitarios, el trabajo al que han accedido son trabajos que se relacionan cada vez más a las carreras estudiadas, así pues Mónica ha trabajado como correctora de estilo, o como redactora de una importante revista, mientras que en el caso de Martha, estuvo laborando en una institución en la que tuvo a su cuidado a personas con capacidades especiales. En estos trabajos, aun cuando laboran como profesionales, siguen percibiendo un bajo sueldo.

Asimismo, el trabajo representa un espacio de desarrollo. Por ejemplo, Mónica se enorgullece de sí misma al recordar que pudo escribir y corregir una revista con calidad, a pesar de que en su nuevo empleo considere que no realiza el trabajo cómo debiera en el sentido de que se le exige mayor eficiencia traducida en rapidez y calidad.

Un punto importante es las situaciones desde las cuales llegaron estas jóvenes al campo laboral, puesto que no sólo fue por el deseo de tener un ingreso o del trabajo en sí mismo, sino que intervinieron factores como una mala situación económica familiar, la urgencia de un ingreso para poder solventar sus estudios. Y en los momentos en que se independizaron de sus familias, como en el caso de Mónica y de Martha, el ingreso para subsistir.

Miriam por su parte, ingresó al campo laboral en situaciones más estables, además de que el trabajo al cual accedió dentro del espacio académico es un trabajo acorde a su nivel educativo y profesional, y sobre todo que le satisface profesionalmente.

Por otra parte, en cuanto a las actividades que han realizado en sus espacios laborales es importante mencionar que por lo menos en los casos de Martha y de Mónica, éstas no fueron sólo las propias de su puesto sino que además incluyó proporcionar servicios de cuidado, atención y limpieza como los realizados en el espacio doméstico. Así pues, la falta de reconocimiento a su trabajo profesional y la desvalorización de éste al adjudicarles otras actividades no propias a sus puestos, así como el ambiente y las condiciones laborales son hechos que se viven como frustraciones aumentadas al sumarse a las demás situaciones vividas en sus otras esferas de vida.

Hablamos del trabajo remunerado, sin embargo, es importante mencionar que estas jóvenes no sólo realizan trabajo extradoméstico sino también trabajo doméstico ya sea en el espacio familiar o si se encuentran viviendo solas. Por este trabajo las mujeres no perciben ningún pago, se considera como parte de sus obligaciones cotidianas. Sin embargo, representa una sobrecarga física y mental ya que las jóvenes tienen que ocuparse de laborales domésticas, además de trabajar y de estudiar.

Para estas jóvenes, el trabajo doméstico es también una actividad por medio de la cual son calificadas por los demás y por ellas mismas. El referente sobre el cual se les califican son sus madres, así pues, en el trabajo doméstico también ven representadas a sus madres, es decir, como mujeres que preparan alimentos, como mujeres que sirven a los demás, como aquellas que ponen orden en la casa. Y de ahí el conflicto subjetivo que les provoca saber que no hacen las cosas como la madre o que las hacen igual que ésta.

Por otra parte, a pesar de los avances en materia laboral, se siguen enfrentando a situaciones de discriminación, como en el caso de Martha quien al buscar empleo a pesar de tener el perfil laboral no pudo obtener el trabajo deseado porque éste estaba reservado para el género masculino. Estos hechos concretos son los que a las jóvenes les recuerdan que su género está devaluado ante la sociedad.

Solamente en el caso de Miriam, quien no sólo tiene una carrera profesional preponderantemente masculina, recuérdese que es actuaria, y que por lo tanto goza de un estatus social que se reconoce a través de su alta cotización económica, sino que además se sabe buena, tiene así no sólo recursos que le permiten tener una alta estima de su trabajo y quehacer profesional, sino de sí misma<sup>9</sup>. No obstante en los momentos de crisis, incluso esa parte más valorada de su persona se ha visto mermada.

En los tres casos analizados, ante los momentos de mayor depresión y ante las crisis de bulimia y anorexia, el trabajo y la valorización de éste, como parte identificatoria de la persona, se presenta disminuido. El trabajo que se

---

<sup>9</sup> De acuerdo con Ana Amorós (2002:271), "hasta en las sociedades más avanzadas y liberales puede observarse que la distinción en la primitiva división sexual del trabajo, entre las tareas del ámbito doméstico, asignado a las mujeres, y el trabajo exterior a éste, asignado a los hombres, trasciende el ámbito económico extradoméstico cuando las mujeres se incorporan a él, y tradicionalmente siguen atribuyéndose a las mujeres parcelas de trabajo distintas de aquellas, que los hombres tienen asignadas".

realiza no se vive con gusto, de hecho se vive con ansiedad, con sentimientos de incapacidad, o como algo mecánico, algo que se realiza sin el mayor entusiasmo.

El estado depresivo actúa como una barrera en las relaciones laborales. Asimismo, si dentro de éstas se viven conflictos por cuestiones laborales y a la vez personales la depresión y frustración aumenta. Durante las crisis emocionales es común que vuelvan a vomitar, a darse atracones o a privarse del alimento, a experimentar ansiedad, afectando estas situaciones su desempeño laboral. Pero sobre todo, restándoles en su autoestima pues se consideran incompetentes.

No obstante, a pesar de que por momentos el trabajo parezca algo que no representa satisfacciones, en realidad tener trabajo pero sobre todo percibir un salario son hechos que no sólo permiten a las jóvenes ganar en su independencia y ocuparse de ellas mismas, sino ganar en su autoestima.

El trabajo es un espacio que proporciona libertades en tanto que la persona ya no queda sujeta al espacio privado. Asimismo, la libertad que se obtiene con el trabajo es una libertad traducida en toma de decisiones, en la adquisición de poder en el espacio familiar como resultado del capital obtenido, y en que pueden adquirir bienes y servicios que les permitan tener una mejor calidad de vida.

Finalmente, cuando hay relaciones muy conflictivas entre las familias una forma de evitar ponerse en riesgo físico y emocional es la toma de distancia respecto de aquello que las oprime, quizá la forma más práctica de poner distancia es la distancia física y espacial. Las mujeres necesitan de algunos poderes para realizar la salida del espacio donde se encuentran sujetas, necesitan recursos económicos y, también, recursos intelectuales y afectivos, ahí la importancia del trabajo.

### 3.4 La familia.

La Familia, "A pesar de ser una institución social que reposa sobre un fundamento biológico, su presencia es, por fuerza, universal, sea cual sea el tipo de sociedad" (Claudé Levi-Strauss,1988:13). Así pues, sin la familia no podría existir la sociedad, pero a su vez sin sociedad no podría existir la familia. Y, no obstante la universalidad de la institución familiar, no significa que exista un tipo de familia originaria. Claudé Levi-Satruuss se pregunta, "¿no es asimismo inevitable que en función de su estructura demográfica, su organización económica, y sus creencias religiosas, cada sociedad imprima en ella rasgos originales? ¿Existe, pues, un modelo de familia del que pueda decirse que constituye la base común de todas las sociedades humanas o a caso el término <familia> es simplemente una etiqueta cómoda para designar formaciones más o menos heterogéneas?" (op. cit.:13). La respuesta que a esta pregunta dan los observadores es que no existe un modelo de familia originaria y que los vínculos familiares como los conocemos en las sociedades de occidente no son universales.

"El ejemplo clásico es el de los nayar, importante población de la India en la que los hijos pertenecen al segmento de linaje materno en la que el marido no desempeña otro papel que el del discreto visitante ocasional de su esposa, libre por lo demás para tener cuantos amantes desee" (op. cit.:14).

Por mi parte, si bien estoy de acuerdo con Levi-Strauss considero que actualmente se están conformando familias cuya base no tiene su fundamento en la procreación, incluyo así a las familias conformadas por parejas tanto homosexuales como heterosexuales que han decidido no tener hijos.

No obstante lo anterior es bien cierto que la familia, como institución formativa, es el primer espacio desde el cual las y los seres humanos aprenden a ser mujeres y hombres, es decir, a través de sus relaciones familiares y, en

primera instancia, en la relación con sus madres y padres es que se da cabida a la formación genérica, social y cultural.

De acuerdo con Talcott Parsons (1974), la familia es el primer espacio de socialización para el ser humano, pero también el espacio en el que se prepara al niño de cara a su autonomía y en su realización como individuo a través del afecto. Así, "la función socializadora de la familia tiene por objetivo, en primer lugar, transmitir al niño las ideas, los valores y los conceptos fundamentales de la sociedad" (Parsons en Andréé Michel, 1974:71).

Asimismo, "la familia se define como el ámbito social y cultural privado, como el espacio primario de pertenencia, definición y adscripción del sujeto, como una institución del Estado en la sociedad. La familia está conformada por un conjunto de relaciones, instituciones, personajes, territorios" (Marcela Lagarde, 1997a:371) y, puede ser, según el grado de parentesco, extensa o nuclear<sup>10</sup>.

Ahora bien, respecto a la relación entre familia, anorexia y bulimia, cabe señalar que hay varias teorías que vinculan las relaciones familiares con el desarrollo de dichas enfermedades. Algunos de los teóricos como Minuchi se refieren incluso a familias psicósomáticas (en Mara Selvini, 1999). Otros por su parte consideran a las familias de las anoréxicas y bulímicas como "conflictivas", siendo por sí mismas causantes de la enfermedad en las jóvenes. Por mi parte, más que ver a la familia como la propiciadora *per se* de estas enfermedades, la

---

<sup>10</sup> "Las relaciones familiares:

- i) la filiación o descendencia (llamada comúnmente consanguínea) está basada en la progenitura materna y paterna.
- ii) La conyugalidad o afinidad (estructuradas en torno al tabú del incesto y a las reglas de la exogamia y la endogamia).
- iii) A partir del reconocimiento de la filiación y de la conyugalidad se generan las llamadas relaciones de parentesco".

Levi-Strauss destaca que si bien "la familia biológica es omnipresente en la sociedad humana..., lo que confiere al parentesco su carácter soclocultural no es lo que conserva de la naturaleza sino, más bien, la forma esencial en que diverge de ésta" (Marcela Lagarde, 1997a:371).

considero el espacio primario concreto en el cual las jóvenes viven la opresión genérica patriarcal. La familia es la institución donde las personas viven las primeras relaciones de poder y, muchas veces también de dominación. Así pues, encuentro en las relaciones familiares preponderantemente androcéntricas el *quid* de por qué se padece anorexia y bulimia.

Si bien en todas las familias se viven relaciones de jerarquía no en todas ellas hay relaciones de dominación. Hay familias más equitativas que otras, familias donde las y los hijos tienen derechos y obligaciones que son respetados y donde los cónyuges viven relaciones también más equitativas.

Sin embargo, lo que predomina son las familias androcéntricas y esto debe ser un alarma para que los sentidos de la sociedad estén alertas, pues de no cambiar las relaciones de dominación y las mujeres sigan siendo sujetas de segunda las hijas, las hermanas, las esposas, las madres, seguirán padeciendo trastornos en su comportamiento alimentario como representaciones de la opresión.

### **La relación madre-hija.**

La primera relación sexual y afectiva que un ser humano mantiene al inicio de su vida es con sus padres y en especial, durante su primera infancia, con la madre o con quien cumpla ese papel<sup>11</sup>. Así, es la madre, en primera instancia, el objeto de

---

<sup>11</sup> Resulta importante mencionar de acuerdo con Marcela Lagarde el papel de la maternidad y la paternidad como instituciones:

- i) La maternidad: basada en la progentura como experiencia evidente y comprobable, personal y corpórea de la mujer, la relación con la criatura y con la persona la transforma en madre, aun cuando ésta muriese, la mujer continúa madre. La maternidad dura toda la vida e implica los cuidados permanentes de reposición y reproducción cotidiana que prodigan las mujeres a los otros.
- ii) En la sociedad y cultura patriarcales el padre es una de las instituciones básicas y está compuesto por un complejo de relaciones, de funciones y de personajes: el padre social, el padre simbólico y el mítico, reconocidos socialmente, son también los padres imaginarios de cada cual. Esta figura recoge el conjunto de atributos y valores considerados como el máximo cultural, social y político que pueda ser



identificación para la niña o el niño ya que es ella quien más tiempo permanece a su lado, la que le proporciona cuidados y afecto, la que la y lo aculturaliza y reproduce en ellos las formas patriarcales de ser mujeres u hombres. En este proceso de socialización el papel del padre es también importante, no obstante que el tiempo de dedicación en relación al empleado por la madre nunca es el mismo<sup>12</sup>.

La forma en que las y los seres humanos son aculturalizados de acuerdo a su sexo –y, por lo tanto, identificados genéricamente-, es a través del lenguaje materno (Marcela Lagarde, 1997a), no sólo en el discurso de lo que debe ser o no, de lo que es bueno o malo, de la forma en que se le ama y se le cuida, sino también a través de los castigos, prohibiciones y silencios, en gran medida asimilados a través de lo que ve en la relación conyugal de sus padres, o en las relaciones intergeneracionales en las que se mueve.

Aun cuando en la actualidad las mujeres-madres ya no están confinadas sólo a la maternidad sino que, además, han incursionado en el espacio laboral público y son mujeres profesionistas, lo que les brinda un mayor estatus social - así como la valoración de sus hijas-, siguen siendo percibidas por la sociedad patriarcal como subordinadas en relación con los hombres pues en sus relaciones conyugales se siguen identificando con el servilismo y con la incapacidad para tomar decisiones y hacer respetar su autoridad. Esta es una situación que crea abierto rechazo de parte de las hijas hacia sus madres como objetos de identificación.

---

encarnado por un personaje (el padre) y por los sujetos designados como tales. (Marcela Lagarde, 1997a:372-375)

<sup>12</sup> "[...]algunos investigadores familiares han revelado que un padre pasa un promedio de 37 segundos diarios interactuando con sus hijos en los primeros tres meses de vida y casi una hora al día de juego directo entre padres e hijos de 9 meses [...]" (Osherson en Ma. Asunción González, op. cit.: 82)

De acuerdo con Émilce Dio Bleichmar (1991), la pregunta a ¿por qué la niña pierde el deseo por ser igual a la madre?, encuentra su respuesta en la forma en que esta madre se presenta con relación al padre, y a los hombres en general, en las cuales su género queda devaluado. Al respecto Ma. Asunción González argumenta, "en la misma medida que se percibe el estatus del padre, se aprehende la posición de la madre respecto a éste, y en función de ello, generalmente la desvalorización de las mujeres en relación con los hombres" (op. cit.:215).

En los casos específicos de jóvenes con bulimia y anorexia, el rechazo a la identificación con la madre es un rechazo a la feminidad, a ser como la madre, a la maternidad, a la sexualidad, y por lo tanto a las formas femeninas. De ahí la lucha por ocultar el cuerpo, por suprimir las formas corporales que delatan su feminidad.

Sin embargo, la condición de subordinada en que se encuentran tanto las madres como las hijas no es sino producto de la condición histórica de las mujeres, en que éstas han sido consideradas como el sexo de segunda categoría según Ortner (1979).

Las jóvenes viven a través de la identificación genérica con la madre, con referente en las relaciones conyugales de estas últimas, situaciones particulares de dominación, subordinación, discriminación. Por ejemplo, puedo decir que a través de las actitudes machistas que el padre tiene en su relación cotidiana con la madre, la hija vive la agresión como propia, no sólo por el vínculo afectivo entre madre e hija, sino por identificación genérica.

Asimismo, y en relación con lo anterior, las hijas aprenden que ser madre y esposa no es un modelo a seguir. Sin embargo, incluso cuando las hijas critican a sus madres por la forma en que realizan y viven su ser mujer como madresposas, hay actividades que son reproducidas inconscientemente y con las cuales

mantienen una lucha interna tratando de hacerlo igual o mejor que su madre. De acuerdo con Nancy Friday (1981), las mujeres terminan por darse cuenta que al ser madres y esposas reproducen lo que siempre criticaron de sus propias madres.

Por otra parte, las madres, como responsables del cuidado de sus hijas, tienen una preocupación permanente con respecto a la sexualidad de éstas, preservar su "honorabilidad" (que es el honor del padre), hecho ante el cual asumen actitudes represoras hacia éstas. Así, con sus silencios y tabúes acerca de la sexualidad, simplemente mantienen a sus hijas en la ignorancia y por lo tanto en la indefensión. Si bien las madres desean que sus hijas tengan mejores condiciones de vida que las que ellas han tenido, tanto en el aspecto profesional como afectivo, por la propia carencia vivida, de manera inconsciente, les niegan las herramientas necesarias para su empoderamiento; limitan su desarrollo potencial, demostrándoles con sus actitudes que el sujeto valorado por antonomasia es el masculino.

La carencia que la hija vive con respecto a su madre, que es una carencia vivida desde la infancia al no ser deseada por ésta, durante la madurez se la trata de reparar a través de los otros, los hombres y los hijos. Esta carencia afectiva deja a las hijas en estado de orfandad.

La orfandad de acuerdo con Franca Basaglia, "significa que para muchas mujeres no hay posibilidad de regreso al seno materno por no haber una madre a quien recurrir en busca de apoyo" (1983:39).

Así, las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, con las cuales conversé, refieren la relación con la madre como el principal conflicto que tienen en la vida. Hay en la relación madre-hija una falta de reconocimiento a los éxitos escolares obtenidos por esta última, siendo el primer espacio donde desarrolla y demuestra sus capacidades intelectuales, físicas y creativas. Sin embargo, la principal

carencia vivida es la falta de afecto, o bien la vivencia de éste como algo limitado y subordinado con respecto al que reciben los demás integrantes de la familia, padre, hermanas o hermanos.

El hecho de que estas jóvenes nombren la relación con su madre como conflictiva, tiene que ver con el hecho de que sus madres no corresponden con la representación simbólica de "la Madre", es decir, no son madres buenas, dadoras, amorosas. Al no responder las madres reales con esos ideales, no sólo son consideradas malas madres sino madres "desnaturalizadas". Se les llama desnaturalizadas porque se considera la maternidad como immanente a la mujer, sin reparar en que cada mujer aprende a ser madre en la práctica, la cual no precisamente inicia con los hijos propios.

Así, "la ideología de la feminidad no reconoce las dificultades personales de la maternidad para las mujeres. Tampoco que la maternidad las lesione o les haga mella. Por el contrario, se concibe a la maternidad como un enriquecimiento, como la verdadera plenitud —gozosa de las mujeres. Las mujeres que manifiestan problemas en cumplir con la maternidad de conformidad con las normas no sólo causan afecciones sociales, también atentan contra la estructuración simbólica del mundo. Ellas están mal, están equivocadas, deliran, son malasmadres" (Marcela Lagarde, 1997a).

Las madres no actúan en la forma que lo hacen respecto a sus hijas e hijos por mero instinto materno o por la falta de éste, sino por las situaciones concretas en que viven la maternidad.

En el caso de las madres de mis entrevistadas, se trata de mujeres que tuvieron vidas llenas de carencias afectivas, estrechamente ligadas con una situación económica de pobreza, asimismo, vivieron la violencia no sólo de la carencia sino también violencia física, de ahí que se trate de mujeres que quisieron encontrar en el matrimonio y en la maternidad un lugar en el mundo y su

ser en la vida. Son mujeres que creyeron que con el matrimonio accederían a otro estatus social, y también a otra calidad de vida. Y si bien, en efecto el estatus de esposas y madres las posicionó de otra manera en la estructura social, y sus condiciones sociales de vida se transformaron en la medida en que ascendieron en la escala social, no obstante, en las relaciones conyugales predominó la dominación, a través de la subordinación, de la dependencia y de la discriminación. Por mencionar un ejemplo me referiré al caso de la madre de Miriam, quien vivió su infancia y adolescencia en una isla perteneciente al estado de Veracruz, esta mujer vivió en condiciones de suma pobreza, sin derechos, fue golpeada por su padre, tratada como sirvienta, y al momento de casarse siguió viviendo la dominación.

No obstante, no en todos los casos se encuentra esta carencia total, por ejemplo, la madre de Martha encontró en la conyugalidad posición, estatus y afectos, de los cuales carecía y a los que no puede renunciar porque son parte constitutiva de su ser en el mundo. El caso de la madre de Mónica es parecido al anterior en tanto que con el matrimonio se obtuvieron ciertos beneficios, sin embargo, finalmente lo que preponderó fue la carencia nuevamente no sólo a través de la infidelidad conyugal, sino en la irresponsabilidad del marido como quien debía de proporcionar el sustento familiar.

La constante entre estas mujeres es que por la propia carencia vivida se muestran como incapaces de dar a sus hijas lo que a ellas les faltó, sobre todo, apoyo. En otros casos las madres colman a sus hijas de todo cuanto a ellas les faltó y las hacen sumamente dependientes, esas madres ven en sus hijas el medio de realizarse ellas mismas.

Por otra parte, hay un distanciamiento, entre madres e hijas, que no permite que se comprendan las unas a las otras, no como madre e hija sino como seres pertenecientes a un mismo género y como tales condicionadas por éste.

En la tríada madre-hija-padre, la hija carente de padre porque este casi nunca se encuentra, porque no es capaz de demostrar afecto ni mucho menos dar cuidados, busca colmar en la figura materna, sus necesidades de amor, deseo y reconocimiento, sin embargo, no puede entender que su madre al igual que ella también está carenciada.

Las madres al igual que las hijas son mujeres que han vivido en opresión, son mujeres que han sido discriminadas social y sexualmente, por estar gordas o flacas, por el color de su piel, por no haber estudiado, por ser pobres; se trata de mujeres subordinadas en sus relaciones conyugales, y laborales; mujeres dependientes vitales de los otros, no sólo en el aspecto económico sino en el afectivo, son seres para los otros.

En esa relación triádica, las hijas quedan siempre en desventaja, incluso en los casos en que han sido agredidas por sus padres. Las madres se posicionan del lado del cónyuge, ya sea como muestra del respeto a su autoridad de patriarca, ya sea porque aun conociendo la gravedad de sus acciones el miedo a ser abandonadas prima sobre ellas. Existe miedo a quedarse solas, miedo a perder el estatus de esposa, el cual las define.

Respecto a lo anterior el caso de Martha es clarificante. La madre de esta joven al conocer el abuso que su cónyuge cometió contra su hija, no sólo encubrió el hecho no queriendo hablar del tema, no aceptándolo, sino que, al momento en que se le hizo tan evidente y no pudo ocultarlo, minimizó lo sucedido, arguyendo que era algo que ya había sucedido, que estaba en el pasado y que debía de olvidarse y perdonarse.

Así pues, en este caso se trata de una madrespasa que se define como mujer por ser esposa, primero, y madre, después, y que está legitimada por la institución familiar, y de ahí su miedo a perder lo que la ubica en el mundo, su familia.

Las madres instaladas en la ideología de la culpa y el perdón enseñan a sus hijas, de manera verbal y, sobre todo con sus actos y ejemplo, que en la esfera familiar hay que perdonar el daño que se comete contra ellas, el cometido por el padre porque es el padre y el puede regañar y castigar a los hijos. Si el daño lo ha cometido ella, y se reconoce culpable, pedirá ser perdonada y se definirá como "mala madre", sin embargo, se considerará incapaz de cambiar las cosas. Otras madres en cambio no aceptan sus errores y culpabilizan a sus hijas o a otras personas de lo que les sucede.

Por otra parte como cuidadoras de sus hijos e hijas las madres tienen una obligación más en lo que toca a estas últimas, y es la preservación de su honor, que en sí es el honor del padre patriarcal, y si la hija no cumple con los lineamientos que la definan como "honorable" se le echará en cara en demérito de su papel como madre.

La vivencia de la sexualidad de las mujeres se presenta de manera paradójica, mientras que por un lado deben esconder sus deseos sexuales para seguir en la honorabilidad, por otra parte, se les exige ser sexualmente eróticas, "femeninas". A través de sus madres, las hijas aprenden que son objeto del deseo del otro, esto ocurre desde la infancia con el cuidado y acicalamiento que dan las madres a sus hijas, y en el "arreglo" que tienen las madres de sí mismas. Las hijas aprenden a estar bonitas, para gustar a los otros y por el propio goce experimentado en el uso de enseres corporales. Esto continúa de manera aumentada durante la adolescencia, con gran injerencia de parte del grupo de pares, es decir de otras y otros adolescentes. Asimismo, esta etapa en la vida de las mujeres significa un parteaguas al producirse los cambios corporales y presentarse la menstruación, ya no se le considera niña sino una "mujercita" de tal forma que se inicia aquí el temor de las madres de que sus hijas queden embarazadas.

## El papel del padre

El padre está y no está, es decir aun ausente está presente, imponiendo su autoridad, rigiendo los actos de sus hijos e hijas a través de la Ley del padre. El caso específico de cada una de estas jóvenes, es el de mujeres abandonadas por sus padres ya desde su nacimiento, ya durante su adolescencia, sin embargo, en el caso particular en que el padre está presente físicamente, en realidad no está ya que muy poco se ha ocupado de esa hija. El abandono afectivo y emocional ha estado desde siempre y no obstante esa carencia paterna, incluso en la separación de un padre que no inspira respeto, admiración, se le sigue añorando. Es la representación del Padre lo que se desea, el padre protector.

De acuerdo con Mori, "el padre, ausente por distracción, egoísmo, o impotencia emocional, tiene en cualquier caso derecho al mito" (en Ma. Asunción González, op. cit.:214). Es el padre que "le dará" lo que no ha obtenido de su madre. Así, el padre, "cuando no es una desilusión absoluta para la hija, es una esperanza absoluta" (op. cit.:213).

Si bien el padre no está presente físicamente, el hecho de que la estructura familiar esté asentada sobre la patrilinealidad y la patrilocalidad como en el caso de la familia de Miriam, hace evidente el poder que el padre tiene como cabeza de familia. En la familia de esta joven tanto la tía (paterna) como el hijo mayor fungieron como representantes del padre en su ausencia. La jefatura de hogar no pasó a cargo de la madre, a pesar de ser la cabeza de familia, única responsable del cuidado y manutención de sus hijos y de su hogar.

Por otra parte, la representación idealizada de ese padre que no concuerda con el real, es motivo de frustración pero también de un deseo permanente de encontrar al padre imaginario en otros hombres, al igual que se busca en éstos a la madre (Marcela Lagarde, 1997a; Olivier, 1984).



El hecho de que la ausencia del padre y la poca atención que dedica a sus hijos este normalizada por el Estado, a través de la división sexual del trabajo, y sea no sólo aceptada sino reproducida socialmente, invisibiliza su responsabilidad en el proceso de formación tanto social como emocional de sus hijos e hijas.

Aun ausente, el padre es visto como aquel que tiene el poder, aquel que sí tiene voz. La Ley del padre está enraizada en el imaginario de las personas y por eso las madres lejos de imponer su autoridad para hacerse respetar amenazan con "decirle al papá", o bien dejan en manos de éste decisiones que ellas podrían tomar con respecto a sus hijas e hijos, como por ejemplo, dar permisos.

Por otro lado, en los casos que la madre como única responsable del cuidado y desarrollo de los hijos es una madre dominante, pero a la vez "rechazante, fría, demandante [...] y un padre que, en cambio, es cálido y aceptador, inciden en el desarrollo de las características masculinas en la hija" (Ma. Asunción González, op. cit.:222).

Así, en el caso de Mónica, el cual ya fue expuesto con anterioridad, el lesbianismo que puede decirse fue construido a partir de saber que sus padres querían que fuera niño, tiene en su núcleo la relación afectiva tan estrecha entre padre e hija frente a una relación más bien distante y poco afectiva con la madre. El deseo por el padre, en este caso específico es el deseo de ser su igual.

En el caso de Mónica la idealización del padre, al momento en que éste se separa de la madre a causa de su infidelidad conyugal, la infidelidad es vivida por la hija como una traición no sólo a la madre sino hacia ella misma. Con la partida del padre, la hija puede volcar su resentimiento contra la madre por considerarla culpable de la separación y la consiguiente privación del primero. La separación entre cónyuges, generalmente implica la separación entre padre e hijos.

Sin embargo, al conocer y comprender las verdaderas causas que motivaron la separación de los padres, ubica a la madre en un piso desde el cual se la puede ver como la mujer que es y no sólo como madre, mientras que el descubrimiento del padre real antes idealizado y amado, se presenta como un hecho doloroso con sentimientos de rabia. Frente a la figura paterna real sin embargo se deseará y anhelará la figura idealizada del padre, es decir el Padre simbólico, de tal forma que en otros hombres se buscará esa figura que repare la carencia.

En el caso de Mónica se busca la presencia del padre en aspectos como la disciplina y la autoridad a través de otras personas como pueden ser los profesores, en la educación escolar. La disciplina en el caso de Mónica no puede venir desde sí misma sino que debe ser externa y presentarse como una forma de conducir su desarrollo. Este aspecto lo único que refuerza es el estado de inmadurez, aun cuando hay otras actividades que está operando en la construcción de una persona madura.

Por otra parte, con el abandono paterno se presenta también la disminución de los recursos para el sustento familiar. La madre queda como única responsable de los hijos<sup>13</sup>, de tal forma que tiene que emplear el doble de sus energías vitales en su cuidado. "Hablar de privación paterna o materna es a veces engañoso puesto que la privación sugiere que la explicación de un comportamiento se halla más en lo que está ausente que en lo que está presente. Hablar por ejemplo de privación materna en tanto que variable explicativa, representa un ensayo de dar cuenta de determinadas características del desarrollo del niño por la ausencia de la madre en vez de por la presencia de un conjunto de variables que caracterizan el mundo que rodea al niño" (André Michel, 1974: 89).

---

<sup>13</sup> "A partir de las crisis de pareja, el vínculo que tiende a permanecer estable es el de la madre con sus hijos, conformándose la mujer, cada vez más, como el eje central de la familia (ello conlleva un deterioro de la situación económica familiar, pues los índices de pobreza aumentan significativamente en las familias encabezadas por mujeres) esto en parte porque las mujeres perciben un menor salario que los hombres o porque se dedican más al trabajo informal o en casa" (Ma. Asunción González, op. cit.:80)

### **Las relaciones familiares, la anorexia y la bulimia.**

El hecho de que las jóvenes vivan la anorexia y la bulimia en un contexto familiar y social opresor en situaciones cotidianas, representa un factor que propicia la permanencia de la enfermedad, ya que se siguen reproduciendo las mismas relaciones conflictivas.

De hecho el que las jóvenes sean vistas por los miembros de la familia y por la sociedad como enfermas, en algunos de los casos es agravante de la hostilidad familiar ya que se crea un estigma de la persona, y en cierta forma también de las familias.

La familia experimenta cambios en su estructura, los cuales son vividos como conflicto puesto que se ve desestabilizado el supuesto "orden familiar". La joven que padece anorexia y bulimia, para la ideología patriarcal, es en su cuerpo y en sus actos, la evidencia del fracaso familiar, los padres pueden cargar con la culpa y pensar que no fueron buenos padres, sobre todo las madres, quienes son consideradas no sólo responsables del cuidado de las hijas e hijos sino también de lo que éstas y éstos logren en la vida. O por otra parte, depositan en la joven los problemas familiares.

En los casos de las jóvenes entrevistadas en esta investigación, aunque hay sentimientos de angustia y preocupación por parte de algunos miembros de la familia, otros por el contrario muestran un comportamiento hostil hacia ellas poniendo en el centro el que padezcan anorexia y bulimia.

### **3.5 Las amistades.**

Al igual que la relación de pareja la relación de amistad es una de las más solidarias que viven las mujeres. Para muchas, las y los amigos son el único apoyo con el que pueden contar. No obstante, es frecuente que al encontrarse

viviendo enfermedades como la anorexia y la bulimia o depresiones, las personas tiendan a alejarse de sus amistades. A pesar de esto, son los amigos muchas veces quienes las ayudan a salir de sus estados depresivos y darle un nuevo sentido a la vida.

Las jóvenes que padecen anorexia y bulimia tienden a aislarse de sus amigos sobre todo cuando se encuentran desgastadas física y mentalmente, no obstante, cuando logran hablar después de hacer consciente que lo que les sucede y que les provoca dolor no es natural, en esos momentos han sentido el apoyo de sus amigas y amigos. Incluso una amiga o amigo puede ser visto como madre o padre simbólicos, de quienes pueden recibir protección y sobre todo cariño.

Cuando las personas se aíslan no sólo se refuerza su depresión sino que se atizan sus obsesiones. Si en lugar de aislarse es escuchada por los otros, si escucha a los otros que la quieren y si se escucha a sí misma cómo habla frente a los demás acerca de lo que le duele podrá elaborar el dolor. Podrá ver qué es lo que está en sus manos y qué puede si no cambiar por lo menos evitar.

Es necesario que las mujeres aprendan a no depositar todo su amor y afectos en una sola persona, por lo general, la pareja. Asimismo, que comprendan que al igual que su amor está repartido entre varias personas, su familia, sus amigos, su pareja, de la misma manera cuentan con el amor de todos ellos y por tanto no debe depender sólo del amor de una persona.

En los casos de las jóvenes entrevistadas, las relaciones con las amigas son relaciones de comprensión, solidaridad y apoyo. Hay una identificación que inicia no con el cuerpo femenino sino con las situaciones vividas. Martha por ejemplo menciona que sus amigas son mujeres con las cuales se siente identificada por los problemas que éstas viven.

Por otra parte, las jóvenes mencionaron en distintos momentos su deseo de querer estar bien, sin embargo, el camino a seguir les resultaba difícil y se preguntaban ¿cómo hacerlo solas?. Lo anterior encontraría su explicación en la falta de confianza hacia una misma, pero también en la condición de *dependientes vitales* (Marcela Lagarde, 1997a), en que se encuentran estas mujeres, sobre todo con relación a los afectos.

La dependencia afectiva hacia la familia y la falta de apoyo y reconocimiento por parte de ésta es un hecho que afecta profundamente la percepción del ser en el mundo de las mujeres, quienes no son por sí mismas sino en relación con los otros, así, son hijas, esposas, hermanas, madres, y por ello la necesidad de sentirse queridas, escuchadas y apoyadas por otras personas.

Las personas de quienes las mujeres reciben apoyo son sentidas de manera inconsciente o consciente como una madre o un padre. Así, por ejemplo, para Miriam su profesor-amigo es su padre adoptivo. Esta persona fue fundamental para la concientización de Miriam en cuanto a la bulimia y anorexia, así, darse cuenta que podía ser querida por otras personas de manera desinteresada fue un paso muy importante para la recuperación.

Por otra parte, el caso de Mónica es muy interesante al respecto; esta joven, al igual que Martha y Miriam, trata de ser "independiente" afectivamente de su familia, o al menos que su relación con ésta no afecte su estabilidad emocional, sin embargo, al alejarse de sus amigas y amigos porque consideró en cierto momento que ellos no podían ayudarla, que necesitaba de alguien que le diera respuestas a lo que le pasaba, se volvió dependiente de su terapeuta y del psicólogo con quienes acude semanalmente. También se apartó de sus amigas porque pensaba que nadie tenía los problemas que ella, que sus problemas eran demasiado complejos a diferencia de los problemas de las demás jóvenes.

Para esta joven los problemas de las demás, ya que se refirió a antiguas amigas, eran problemas vinculados con la vida amorosa y por lo tanto problemas minimizados. No conectó nunca "lo que a ella le pasaba" con lo que otras mujeres vivían. Recordemos que Mónica sufre de depresión y esta se dio, entre otros motivos a una decepción amorosa. No se identifica con otras mujeres, en parte porque hasta muy recientemente tampoco se definía como mujer, su deseo era ser hombre.

Es generalizado que las mujeres vivan los problemas como únicos, sin embargo, a lo largo de sus vidas al escuchar a las demás mujeres, van reconociendo semejanzas en las situaciones y problemas vividos. Así pues, una de las formas en que se relacionan amistosamente con otras mujeres es precisamente por identificación en cuanto a las situaciones vividas, puede tratarse de problemas en la pareja, con los hijos, problemas de salud.

Frecuentemente se habla de que las jóvenes que padecen anorexia y bulimia han formado, a manera de sectas, grupos difundidos a través de la internet donde se pasan tips sobre como bajar determinado número de kilos en escasos días. Sin embargo, no se menciona el hecho de que entre las jóvenes existe una identificación que va más allá, y que es una identificación de soledades<sup>14</sup>. Así pues de acuerdo con Ana Bella Pérez Castro (1995:58) "[...] incluso los mismos conflictos, permiten a los individuos participar y sentirse partícipes de un universo simbólico en el que están adscritos y con el que mantienen un sentimiento de pertenencia". Para las jóvenes que han desarrollado un pensamiento anoréxico y bulímico, es decir, para aquellas que todo cuanto realizan y hacen en la vida gira en torno a la alimentación, a comer y vomitar, o dejar de comer, estas enfermedades se presentan como su ser en la vida, así, sólo a través de la enfermedad logran sentirse parte del mundo como existencia.

---

<sup>14</sup> En el programa Diálogos en Confianza transmitido por canal 11 de la televisión Mexicana, al abordarse el tema de la anorexia y la bulimia, dos jóvenes participantes mencionaron cómo surgió una fuerte amistad entre ellas al identificarse por sus problemas con la alimentación, pero sobre

### 3.6 La alimentación.

La alimentación, asevera Mabel Gracia Amalz, "constituye una de las múltiples actividades de la vida cotidiana de cualquier grupo social y, por su especificidad y polivalencia adquiere un lugar central en la caracterización biológica, psicológica y cultural de la especie humana" (2002:15).

A través de la alimentación las y los seres humanos no sólo mantienen su organismo y su mente activos, sino que es una práctica necesaria en la reproducción social. La comida es en este sentido "un medio para comunicarse con otras personas". Así, "comer demasiado, comer poco o no comer nada a menudo constituyen mensajes destinados a otras personas, de forma tal que estas conductas, así como el peso corporal y las formas corporales que se derivan, pueden expresar, tanto información acerca de los hábitos alimentarios como de la personalidad, las intenciones o incluso el estatus social de las personas" (op. cit.:350)

Las pertenencias sociales, culturales, o religiosas determinan la dieta. Así, las personas comen aquello que les gusta al paladar y que les produce placer, pero también lo que está a disposición de sus recursos económicos, o lo que no está prohibido; como apunta Mabel Gracia "la incorporación de los alimentos supone también la incorporación de sus propiedades morales y comportamentales, contribuyendo así a conformar nuestra identidad individual y cultural" (Idem).

De acuerdo con Mabel Gracia "el sistema alimentario depende de y afecta al resto de sistemas —económico, político, familiar, cultural— que están articulando cada realidad social, de forma que es impensable hacer un análisis de la cultura alimentaria sin vincularlo, necesariamente, con el reparto de poder y autoridad

---

todo con las situaciones vividas en el seno familiar. La amistad que construyeron entre ellas fue fundamental para que ambas pidieran ayuda profesional.

dentro de la esfera económica y política y, en consecuencia, también con el sistema de estratificación social y la división sexual y social del trabajo" (op. cit.:18)

En el caso de la alimentación de las mujeres además de estas variables existe otra que las determina, su condición social genérica.

En relación con lo anterior Naomi Wolf (1991), en el *Mito de la belleza*, señala como las mujeres "siempre tuvieron que comer de un modo diferente al de los hombres, es decir menos y peor". Según la autora, en un informe realizado por la ONU se asegura que "los países del Tercer Mundo ofrecen ejemplos de niñas desnutridas y varones bien nutridos, donde el alimento disponible se destina a los niños de sexo masculino de la familia...", lo anterior, no es propio sólo de los países tercermundistas, en los países de occidente las mujeres confinadas al espacio de la cocina superponen su propia alimentación a la de los demás, sentándose al final, después de haber servido a todos, teniendo la ración más pequeña o las sobras.

Sobre este tema hay estudios antropológicos como el realizado por Bridget O'Laughlin (1979), que señalan cómo la alimentación de las mujeres tiene que ver con su estatus de inferioridad.

O'Laughlin realizó durante los años 1969 hasta 1971 un estudio en la subprefectura de Baïbokoum, República de Chad, donde demostró que "la dominancia de los hombres en la sociedad mbum se basa primordialmente en el control de las fuerzas y los medios de reproducción (mujeres y excedentes), más que en ninguna otra división del trabajo tecnológico o natural". En dicho estudio la antropóloga develó cómo la prohibición a las mujeres a comer pollo, bajo la creencia que esta carne provocaría en ellas la infertilidad, en realidad respondía a la forma en cómo la carne de pollo, al igual que la de cabra, son producidas y



distribuidas dentro de la economía nbum, es decir, en una estructura fundamentada en la asimetría sexual.

Así pues, la alimentación es también una cuestión de poder; de acuerdo con Mabel Gracia Arnáiz (op. cit.:350) "en general, las jerarquías basadas en la clase, casta, raza y género se mantienen, al menos en parte, a través del control diferencial en el acceso, distribución y uso de los alimentos" .

La forma en que las mujeres se alimentan o son alimentadas tiene que ver también con las maneras de mesa designadas a las mujeres, de quienes se dice comen poco, y cuando comen cantidades iguales o equiparables a las consumidas por los hombres son consideradas, a diferencia de éstos, unas "tragonas". Así pues, comer "mucho" en el caso de las mujeres está fuertemente relacionado con engordar o con la obesidad, lo cual para la figura femenina idealizada está más que prohibido.

Actualmente las personas ponen cada vez más atención en los alimentos que ingieren sobre todo a partir de las recomendaciones médicas que denuncian los riesgos en la salud a los que se exponen con el exceso de determinados alimentos. Este principio de la buena alimentación está muy ligado a la pertenencia a una clase social determinada, así como a la posesión de un mejor estatus, pero también a una mejor calidad de vida. No obstante que la buena alimentación y la práctica de ejercicio son realizadas desde el principio de la salud, ambas son vinculadas a la vez con una apariencia física de músculos firmes y una figura delgada.

Por otra parte, la comida es, en primera instancia, significativo del amor y del deseo materno. Así pues, existe entre los seres humanos un primer contacto sexual, el contacto con la madre, el cual se vivencia al ser alimentados y acicalados por ésta.

En los casos analizados, la privación del alimento recuerda sobre todo la carencia de los afectos. Las jóvenes viven la alimentación como un conflicto asociado, en primera instancia, con la madre; porque no se recibió apoyo, reconocimiento, aceptación, por parte de ésta; porque la única forma en que la madre se relacionó con ellas fue a través de la comida; porque a través de la alimentación se vivieron relaciones hostiles; o porque fue uno de los medios a través de los cuales se las relegó a segundos planos en la estructura familiar.

Con relación a lo anterior, en cierta medida el rechazo al alimento es el rechazo a la madre a la cual a la vez desean. O bien, la necesidad del alimento es simbólica del deseo por la madre o por cualquier otra persona a la que se desee. Esto encuentra sus orígenes en los primeros meses de vida del bebé quien, de acuerdo con la teoría psicoanalítica freudiana, vive sus primeros impulsos sexuales al ser alimentado (Sigmund Freud, 1973).

Sin embargo, no es la "mala madre" responsable de que su hija padezca anorexia y bulimia, son las circunstancias en que se vive la maternidad las que condicionan las relaciones entre madres e hijas predisponiendo el camino sobre el cual se construye la enfermedad.

En la cultura patriarcal las madres como encargadas de la alimentación de sus hijas e hijos son culpabilizadas si éstos no comen o si comen demasiado, se les considera malas madres o mimadoras. Pero, no es la madre la única persona de la cual se sienten y están carentes, también se encuentra el padre, que nunca estuvo con ellas o que estuvo de manera muy limitada y con quien se tuvo una relación distante.

Por otra parte, con frecuencia se habla de la lucha que mantienen las jóvenes que padecen anorexia y bulimia por el control de sus vidas (Bryan

Turner, 1989), que acaba siendo el control de su alimentación y de su cuerpo<sup>15</sup>. Lo que en esta investigación se pudo ver es que en efecto hay una lucha cada vez más férrea por parte de las jóvenes de ser ellas las únicas que decidan sobre sus vidas y cada uno de los aspectos que a ésta atañen, sin embargo, en el caso de la alimentación, tener control sobre ésta es quitarle el sentido de necesidad, desde el principio de que si en la vida no se pudieron cubrir otras necesidades consideradas por ellas *más importantes*, sobre ésta sí se tenga pleno control. Controlar la comida es, sin embargo, suprimirla, y con ello extinguirse ellas mismas.

No obstante, alimentarse no es sólo una necesidad es también una fuente de placer. Para estas jóvenes en específico, la comida está despojada de todo significado placentero, es decir, no existe gusto por el alimento como tal; así, ante la pregunta un tanto obligada ¿disfrutas la comida?, Martha asevera: "no, disfruto las compañías de la comida", este argumento es similar en Miriam y Mónica.

Es cierto que las personas degustan de distinta manera un platillo según se sientan de ánimo, así como dependiendo de si comen solas o acompañadas, del tiempo que dispongan para tal efecto y del ambiente en el cual transcurra, sin embargo, responden con un sí a la pregunta antes planteada, a diferencia de la joven con algún trastorno alimentario para quien alimentarse es igual a algo displacentero, a una necesidad que si fuera posible suprimir o cambiar la comida por "pastillas alimentarias" lo haría.

La alimentación en estos casos se ha vivido como imposición, como un mandato que estipula: come aun cuando no tengas hambre, come aun cuando no te guste, o, no comas. Asimismo, es un recurso de castigo utilizado sobre todo por los adultos para someter a las niñas y a los niños. En el caso de las jóvenes que

---

<sup>15</sup> Hilde Bruch, en *La jaula dorada* señala cómo las jóvenes anoréxicas y bulímicas mencionan "lavarse el cerebro" con ideas que terminan por creer para dejar de comer. No es cierto que no tengan hambre, sino que han elaborado un pensamiento que las haga resistir a la necesidad de alimentarse, y posiblemente en eso recae el placer que sienten por lograr su cometido.

padecen anorexia y bulimia ellas mismas hacen uso del alimento, de manera inconsciente, como un medio de autocastigo, pero también como recurso reparador de hechos vividos con anterioridad. Se autocastigan porque aun cuando sienten la necesidad de comer se privan de hacerlo, porque alimentarse les quita tiempo para cumplir con el orden del día en el trabajo o en la escuela.

Entender la alimentación como símbolo de reparación es entender que las jóvenes que padecen anorexia y bulimia tratan de reparar con la privación del alimento o con la sobreingesta las carencias y las afrentas, así desean atiborrarse de comida para sentirse llenas de lo que no tienen, o por otra parte tratan de suprimir aquello de lo que están colmadas, cautivas o dominadas. Intentan eliminar los confines representados por sus cuerpos.

Alimentarse o no hacerlo en el caso de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia refleja su forma de ser y estar en el mundo.

### **3.7 Los estereotipos femeninos<sup>16</sup> y las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia.**

Las mujeres, como género, están estereotipadas, no obstante cada una vive los estereotipos de distinta manera, pueden asumirlos o rechazarlos, pero, nunca permanecen ajenas a éstos.

La forma en que cada mujer se apropia o no de un estereotipo tiene que ver con sus condiciones y situaciones particulares de vida, así como con la propia

---

<sup>16</sup> Un estereotipo, de acuerdo con Tajfel (1963), va siempre acompañado de prejuicios; es decir, se hace un juicio valorativo partiendo de las características de las personas, y a partir de las cuales se le etiquetará; estos juicios a la vez son comparativos, es decir, que conducen a minimizar las diferencias que hay entre miembros del mismo grupo y maximizarlas en el caso de aquellos que no pertenecen a éste. Por lo tanto, adoptar un estereotipo también es signo de identidad. En el caso de los estereotipos de género, también referidos como estereotipos sexuales, reflejan las creencias populares sobre las actividades, los roles, características o atributos que caracterizan y distinguen a hombres de mujeres (en Olga Bustos, et. al., 1998:28).

personalidad y carácter. Por ejemplo, el estereotipo de la delgadez como sinónimo de belleza goza de mayor aceptación sobre todo en el grupo de las adolescentes, sin embargo, está más presente entre las jóvenes que pertenecen a las clases alta y media alta, y entre las mujeres ciudadinas más que en las rurales. Asimismo, la apropiación que se hace de éste tiene que ver con el espacio en que las jóvenes se mueven, si es un espacio que demanda la reproducción del estereotipo, si las jóvenes que los reproducen no tienen otros modelos de feminidad, así cómo si sólo a través de éste pueden conseguir aceptación y reconocimiento, necesarios para su supervivencia.

No obstante, es común que dentro de una gama de estereotipos vigentes las mujeres asuman o incorporen sólo ciertos aspectos de éstos y no los reproduzcan acríticamente.

Ahora bien, los estereotipos son asimismo conformadores de la subjetividad. Es decir, que en la medida en que funcionan como un modelo a seguir, las personas, desde sus particulares situaciones y condiciones de vida, pueden sentirse más o menos identificadas con cierto estereotipo. Asimismo, la apropiación o no apropiación que se hace de un estereotipo, da a las personas un sentido de pertenencia, ya sea por inclusión o exclusión en y de un grupo social.

Si bien algunos estereotipos son criticables como modelos a seguir, no obstante, cuando las personas cuestionan el actuar de las y los otros cercanos a ellas, por lo general lo hacen con base en lo que consideran deberían de ser o hacer, teniendo como referente un ideal, es decir un estereotipo. Por ejemplo, las jóvenes critican a sus madres porque éstas no son amorosas "como todas las mamás".

La anorexia y la bulimia en las mujeres entendidas como un problema sociocultural son mucho más que enfermedades propiciadas por la moda de la delgadez, como comúnmente se cree. No obstante, es innegable que el

estereotipo de lo delgado como ideal corporal femenino, sobre todo para las adolescentes –aunque sin dejar de lado su impacto en las mujeres adultas y aun en las niñas–, es compartido por un número cada vez mayor de personas, a pesar de ser un causante de estrés, frustraciones y depresión para aquellas que se someten a éste y que no pueden cumplir con él por cuestiones sobre todo fisiológicas.

Es indudable que la aceptación y difusión de este estereotipo tiene que ver con aspectos tanto de clase como de estatus social y económico. Asimismo, es incuestionable que la aceptación social de la delgadez implica el rechazo de las formas gruesas, así, se presentan ambos fenómenos de manera dialéctica. Estos fenómenos son asumidos por los grupos sociales según su ideología y cultura predominante, y en la medida en que se los apropian los hacen medio de presión social contra aquellas personas que no cumplen con ellos.

El hecho de que se relevan características sintomatológicas como la distorsión en la imagen corporal<sup>17</sup> o el temor a engordar, puede ser el principal motivo por el cual la anorexia y la bulimia son señaladas como un problema agravado por la presencia e incidencia de la llamada "cultura de la delgadez".

Cuando se habla de la cultura de la delgadez como un factor de riesgo para que las mujeres jóvenes o adolescentes presenten los síntomas propios de estas enfermedades, los elementos sobre los cuales se pone énfasis es en la estética y su carácter hedonista, enjuiciando a las jóvenes como mujeres a las cuales no les importa incluso morir por ser admiradas por los demás; se las considera como jóvenes particularmente vulnerables a los mensajes mediáticos y a la publicidad.

Interpretar la anorexia y la bulimia en las jóvenes desde la cultura de la delgadez no sólo tiende a reducir el problema, sino que lo minimiza y hace

---

<sup>17</sup> La imagen corporal de acuerdo con Françoise Dolto (1986), se ha construido a lo largo de nuestra historia a partir de la relación con los otros, es una "memoria inconsciente".

parecer a las mujeres como superfluas, tontas y manipulables. En dicha interpretación se omite el fin político de la cultura de la delgadez, la dominación de las mujeres, así como el papel que la sociedad juega en la reproducción de dichas enfermedades.

Cuando las mujeres tienen una delgadez corporal que toca los límites de lo saludable pero es aceptable a la mirada de los otros, no importan los métodos por medio de los cuales éstas llegaron a estar, o se mantienen, delgadas, se cree que la delgadez es connatural a ellas. Sin embargo, cuando su corporalidad ya no entra en los límites de lo normal, entonces son cuestionadas y señaladas por la sociedad, que finalmente las margina.

La mujer, considerada según la ideología patriarcal cuerpo siempre erótico, es el máximo exponente de la belleza natural. Es así, representada como diosa o musa. Sin embargo, los contenidos de la belleza varían según la cultura, la etnia y el momento histórico. Así, en cada cultura se construyen distintos estereotipos de la belleza femenina, cuyos contenidos dependen de la etapa de vida de las mujeres, si son niñas, adolescentes, jóvenes, adultas o viejas –aunque las primeras y las últimas son vistas por la sociedad patriarcal como asexuales-.

El estereotipo determina el tipo de belleza socialmente aceptado y demandado, referente sobre el cual se conforma la imagen que cada mujer tendrá de su cuerpo y de sí misma. Así, todas y cada una de las mujeres tiene distorsionada su imagen corporal ya que la manera en que miran y sienten sus cuerpos está condicionada por la forma en que se posicionan frente al estereotipo, sobre todo ante la mirada de los otros sobre su propio cuerpo, ante la forma en cómo se refieren a él y por supuesto a la persona en su totalidad.

Así pues, la imagen corporal depende de cómo sienten y viven las mujeres sus cuerpos en relación con lo que los otros la han hecho sentir a través del

lenguaje, sea este verbal o corporal, pero también a través de las representaciones sociales que asimila de manera inconsciente.

No obstante el impacto que la “cultura de la delgadez” ha tenido en la población sobre todo urbana y de ciertos estratos, no puede considerarse como único factor o el más importante para explicar el porqué del número cada vez más creciente de jóvenes con trastornos alimentarios. El ejemplo que expondré a continuación puede dar una idea más clara de lo que trato de decir.

A través de la internet pude conocer páginas pro-anoréxicas y bulímicas (con nombres como “amigos de anna y mía”) y que sirven de espacio de encuentro, pero también de “promoción”, para jóvenes que padecen algún trastorno alimentario. En estas páginas hay muestras discursivas de un narcisismo exacerbado y un desprecio por las formas gruesas; sin embargo, dejan ver que si bien se recubre la anorexia y la bulimia con discursos como “la mujer más bella del mundo es Kate Moss” (una de las top models más cotizadas, que padece anorexia), o “nos tienen envidia porque están gordas”, o bien pidiendo consejos para adelgazar 10kg en una semana, por otra parte también se hacen presentes los gritos de ayuda y llamados a la reflexión por las mismas jóvenes que padecen estas enfermedades, dejando al descubierto cual es el verdadero deseo:

*“la anorexia es lo máximo, dicen que te puedes morir pero a fin de cuentas he de morir de algo no?, Y si muero al menos moriré flaca”.*

Así, la anorexia y la bulimia no pueden reducirse a un factor meramente estético o hedonista, ni siquiera como respuesta al por qué de su mayor incidencia en espacios como el de la moda o la danza. Considero que si bien en el grupo social de las modelos, de las deportistas de alto rendimiento y de las bailarinas hay una exigencia constante por el peso, motivo por el cual, muchas de las jóvenes llegan a padecer anorexia y bulimia, si se hiciera un estudio a profundidad sobre estos casos se encontrarían factores propiciatorios de estas enfermedades,



que van más allá de la mera exigencia atlética y competitiva, así como del deseo del éxito y de destacar.

Sin embargo, es una cuestión ética no quitar el dedo del problema que representa la reproducción de este estereotipo y denunciar que las políticas de la industria de la moda atentan contra las mujeres que laboran en este espacio al imponerles pesos y tallas cada vez menores, así como contra las consumidoras hacia quienes se dirigen, ya sea porque les imponen imágenes con las cuales no pueden identificarse y que afecta la manera de percibirse y valorarse, como por el hecho de no valorar su derecho al consumo, al no fabricar tallas extras con iguales modelos, o no hacer promoción de modelos de tallas grandes<sup>18</sup>.

En la mayoría de los casos los síntomas de la anorexia y de la bulimia se presentan en las jóvenes tras iniciar una dieta con la *excusa* de verse y sentirse bien, lo cual está estrechamente relacionado con la necesidad de ser aceptada por los demás. La dieta se inicia incluso estando delgada. No obstante, no todas las mujeres que hacen dieta padecen de anorexia y bulimia.

Muchas de las mujeres que hacen dieta obtienen grandes beneficios al adelgazar: ganan en autoestima, así como mejoras en la salud, sus relaciones sociales se amplían, así como su inserción en espacios antes negados o autonegados.

El cuerpo femenino como cuerpo erótico ha sido a lo largo de la historia un cuerpo-objeto para ser mirado y deseado por los hombres. Así, es el hombre, en primera instancia, el sujeto que goza del poder para criticar y evaluar la corporalidad femenina, lo cual responde, de acuerdo con Franca Basaglia, "al hecho de que, para que los hombres tengan poder universal y generalizado basado en un poder sexual hay una expropiación sexual de las mujeres". De

acuerdo con Naomi Wolf (1991), la delgadez y una figura estilizada operan como un imperativo femenino.

La crítica y juicio sociales hacia las formas corporales femeninas son una constante que, dependiendo de las situaciones particulares de vida, afecta en mayor o menor medida la autoestima de las mujeres; se presentan como muestra de la hostilidad e intolerancia patriarcales, pero, sobre todo son una forma más de la coerción sexual de la que son objeto las mujeres.

La presión a la que están sujetas las mujeres para cumplir con los estereotipos de su género se ejerce en las distintas esferas donde éstas se mueven, una de ellas es la esfera familiar. En los estudios sobre la anorexia y la bulimia, así como en los datos obtenidos en esta investigación es dentro del seno familiar donde comienzan las primeras críticas o alusiones hacia las formas corporales.

De acuerdo con Ma. Asunción González de Chávez, "el culto a la belleza corporal femenina, que los hombres han instaurado y las mujeres han abrazado como suturación narcisista de su "castración", se ha convertido para ellas en el precio a pagar para poder ser deseadas en el mercado sexual, al carecer de cualquier otra moneda de intercambio" (op. cit.:218)<sup>19</sup>.

Las críticas y comentarios hacia el esquema corporal femenino se presentan sobre todo durante la adolescencia, lo cual nos recuerda de manera

---

<sup>18</sup> En España, se hizo una denuncia contra la industria de la moda para que promovieran tallas extras, ya que se considera que la reducción de tallas, incluso se habla de talla 0, es un factor que influye para que las jóvenes bajen de peso.

<sup>19</sup> Durante el periodo de latencia, de acuerdo con Émilce Dio Bleichmar (1991), ante la desvalorización de la sexualidad femenina, ocurrida en la realización del Edipo, las niñas "tienen delante varios caminos posibles para restituir el narcisismo perdido de su género, los que constituyen a su vez múltiples variantes de investidura narcisista de objeto: 1.- idealización del objeto sexual (instituye como meta suprema de su Ideal del Yo ser la mujer de un hombre); 2.- localización del Ideal del Yo en el objeto (localiza las metas de su Ideal del Yo en el hombre); 3.- constitución de la masculinidad como Ideal del Yo (incorpora rasgos que se consideran masculinos); y 4.- institución del deseo masculino como Ideal del Yo (instituye como Ideal del Yo el comportamiento sexual del hombre hacia la mujer, homosexualizando su deseo".

explícita que las mujeres son valoradas por lo que sus cuerpos representan como cuerpos sexuados, es decir, cuerpos para la maternidad o para el erotismo. Aun en la infancia, como género, las mujeres no son reconocidas como niñas, sino por lo que se les ha dicho llegarán a ser: madres, o mujeres bellas, eróticas (Christiane Olivier, 1984). Sólo baste recordar que el atributo máspreciado de la mujer joven es su belleza, alabada y fetichizada a través del cine, explotada por la televisión y la publicidad.

En los casos estudiados es imposible decir que el problema de bulimia y anorexia que padecen estas jóvenes sea consecuencia de la búsqueda de un ideal corporal por cuestiones de estética o vanidad. Si bien, la práctica de la dieta, cuando no de la privación del alimento, en el caso de Miriam, se realizaban con el fin de disminuir el peso, respondía sobre todo a la búsqueda de aceptación familiar y social.

El sobrepeso considerado un problema en el siglo XX, no lo fue en épocas anteriores<sup>20</sup>, en que no sólo se valoraban positivamente las formas redondas, sino que fueron consideradas motivo de mistificación y adoración. De hecho, actualmente, el sobrepeso es considerado un problema sólo en ciertos grupos sociales y culturales, ya que por ejemplo en algunas comunidades es más bien una cualidad. Lo anterior por sus significados de fertilidad, bienestar económico, salud y atractivo sexual.

La valoración de una figura más esbelta, con la consiguiente desvalorización de la gordura, fue promovida por la industria del vestido a comienzos del siglo XX, aunque su mayor difusión se dio a finales de los años 60's, a través de figuras como la de la afamada modelo Twiggy. La medicina y la industria aseguradora por su parte hicieron lo propio, la primera al identificar el sobrepeso como un mal patológico, y la segunda reforzando la idea al

---

<sup>20</sup> "En la antigüedad y en las "sociedades primitivas" la redondez femenina era símbolo de fecundidad y de abundancia. La delgadez femenina significaba esterilidad, penuria y hambre" (Ma. Asunción González, 1999:546)

considerarlo como riesgoso para la salud, fue así como se asentó la delgadez como constitución corporal ideal (Mabel Gracia, 2002)

Durante la segunda mitad del siglo XX, tras la publicación del *Segundo sexo* de Simone De Beauvoir, en el cual la filósofa afirmó que no se nace mujer sino que se llega a serlo, y ante los movimientos feministas de la década de los 70's, cuando se cuestionó la "naturaleza" de las mujeres, concluyendo que el ser mujer no está sólo en lo biológico sino que se trata de una construcción social y cultural, las mujeres se empoderaron y comenzaron a ganar espacios antes negados.

Ante este empoderamiento, se instaló un nuevo mecanismo de opresión: los nuevos cánones de belleza.

Al respecto, Naomi Wolf, en *El mito de la belleza*<sup>21</sup>, menciona lo siguiente: "La dieta y la delgadez comenzaron a ser motivos de preocupación femenina cuando las mujeres occidentales obtuvieron el voto, aproximadamente en 1920. Entre 1918 y 1925, la rapidez con la que la nueva silueta lineal reemplazó la curvilínea resulta sorprendente. En los regresivos años 50's la mujer pudo disfrutar brevemente de sus curvas naturales porque su mente estaba ocupada en el encierro doméstico. Pero cuando las mujeres avanzaron en masa hacia la esfera de los hombres, fue necesario neutralizar ese placer mediante un urgente recurso social que convirtiese el cuerpo de la mujer en la prisión que había dejado de ser su hogar" (Naomi Wolf, 1991:237). Así pues, todo cambio o transformación en la corporalidad femenina implica necesariamente un acto político.

---

<sup>21</sup> En la obra citada, la autora realiza un detallado análisis sobre las prácticas que las mujeres realizan con el fin de embellecer sus cuerpos. Da cuenta de los riesgos que algunas de esas actividades conllevan, entre los más graves y comunes los ocasionados por la cirugía plástica. Denuncia el uso de la belleza femenina como un medio de control y poder político contra las mujeres señalando por ejemplo que "el problema de los cosméticos surge solamente cuando las mujeres se sienten invisibles e inútiles sin ellos. El problema de hacer gimnasia existe sólo si las mujeres se odian cuando no la hacen. Cuando se sienten obligadas a adornarse para que las escuchen, cuando recurren al cuidado de su físico para proteger su identidad, cuando pasan hambre para conservar un empleo, cuando deben buscarse un amante para poder cuidar de sus hijos, entonces es cuando saben que la "belleza" duele" (Naomi Wolf, 1991:354).

De acuerdo con Naomi Wolf, cuando el cuerpo femenino ideal se desnudó totalmente y se le exhibió en todas partes, se dio a la mujer "los detalles gráficos de perfección con los cuales compararse" (1991:173). Así, ante los avances tecnológicos y científicos avalados por la medicina, los cuerpos comenzaron a ser modelados y las prácticas deportivas tanto como las restrictivas a tener gran aceptación por parte de la sociedad, sobre todo dentro de las clases alta y media alta. Sin embargo, lo anterior no se normalizó por sí solo, sino que la moda, así como los medios masivos de comunicación y en específico la publicidad, actuaron como los difusores por excelencia de lo delgado y la firmeza de músculos.

Como bien lo menciona Linda McDowell (2000:78), "el confinamiento se completa con la construcción de un cuerpo femenino idealizado (por lo general, joven, blanco y esbelto) imposible de conseguir para la mayor parte de las mujeres".

Esta nueva forma en la estética de los cuerpos femeninos está constituida como un deber ser; sin embargo, también puede ser interpretada de acuerdo con Émilce Dio Bleichmar (2000), como "una herramienta con la cual las mujeres luchan por reconstituir su narcisismo golpeado por la devaluación de su género". Por su parte Mari Luz Esteban, al referirse a la estética, afirma lo siguiente, "no se puede interpretar el cultivo de la imagen corporal como un mero sometimiento a las normas dominantes ni como expresión de un sistema de desigualdad" (Mari Luz, Esteban, 2000: 206).

En la relación entre la anorexia y la bulimia y el imperativo de la delgadez femenina Susan Bordo señala lo siguiente, "los desórdenes alimentarios, lejos de ser estafalarios y anormales, son completamente continuos con el elemento dominante de la experiencia de ser mujer en esta cultura" (en Mabel Gracia,2002:373).

Debido a cambios en la estructura social y económica, el imperativo de la delgadez no es el único de los estereotipos femeninos dominantes en la actualidad, a la par se encuentra el de la mujer exitosa tanto en el aspecto profesional-laboral como en el familiar. La exigencia del éxito para algunas mujeres resulta en ansiedad y frustración, sobre todo durante la adolescencia cuando se encuentran en el inicio del camino hacia su autonomía y en la construcción de una identidad personal.

Por otra parte, con la imposición de la delgadez se pretende políticamente que las mujeres nunca adquieran la condición de adultas sino que siempre permanezcan como niñas, mujeres infantilizadas, frágiles. Lo cual significa, en términos patriarcales, ser seres dependientes, del dominio de otros, representadas por los demás, sin capacidad de decisión, seres inferiores.

De acuerdo con Mary Douglas (1978:89), "el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico" y "la experiencia física del cuerpo, modificada siempre por las categorías sociales a través de las cuales lo conocemos, mantiene a su vez, una determinada visión de la sociedad".

Asimismo, las mujeres anoréxicas y bulímicas están estigmatizadas por la sociedad debido a que han superado los niveles de delgadez aceptados, así como por sus actitudes y obsesiones, por las cuales son señaladas como enfermas o locas.

La imagen corporal, se define como la forma inconsciente en que cada cual se concibe a sí mismo en relación con su cuerpo, según la historia de su vida, o en palabras de Françoise Dolto (1986:21) "*la imagen del cuerpo es propia de cada uno: esta ligada al sujeto y a su historia, así como a la cultura donde se desarrolla esa historia... es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes*"

En el caso de Miriam, que padece de bulimia, su sobrepeso fue el causante de constantes críticas, principalmente, por personas con las cuales mantenía relaciones afectivas muy estrechas, esto es la relación con sus hermanas y con su novio, respecto de esta última Miriam refiere malos recuerdos:

“...fue una relación bastante fea, quedé bastante traumatizada de esa relación, precisamente por el problema de sobrepeso, es que tienes los brazos muy gruesos, es que mi mamá me dijo que se imagina que ando con una niña güerita, delgadita y bonita, si supiera que eres todo lo contrario”.

Para Miriam, la gordura representa un impedimento para relacionarse principalmente con los hombres; cuando alguno le gusta, inmediatamente piensa en que por su gordura esa persona no se fijará en ella aun cuando conscientemente pueda percibir que sí es atractiva al otro, no sólo físicamente, sino por su personalidad y carácter.

La imagen del cuerpo, según Dolto (1986:21), es “la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales, interhumanas repetidamente vividas a través de las sensaciones eróticas electivas, arcaicas o actuales..., es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional y al mismo tiempo es actual”.

De acuerdo con lo anterior, considero que todas las mujeres tienen distorsionada su imagen corporal, en el sentido de que están condicionadas social y culturalmente a verse y sentirse de determinada manera.

De ahí que en los tres casos estudiados, las jóvenes señalen cómo perciben sus cuerpos de distinta manera según su estado de ánimo, hecho que siempre implica las relaciones afectivas con los otros. Es decir, las mujeres se gustan o no físicamente si se sienten amadas y deseadas por el, la o los otros, en los momentos en que una nueva ilusión la embarga, o si está satisfecha con lo que ha logrado. Así pues, la importancia de los afectos es tan determinante en la percepción que tiene sobre sí misma que de acuerdo con Gabriella Buzzatti y

Anna Salvo (1998), "allí donde no resuenan los afectos no puede haber autoafecto, no puede haber amor hacia sí mismo".

Por otra parte, en los casos estudiados, y considero que en general en lo que se refiere a todas las mujeres, no se valoran atributos como la inteligencia, de tal forma que pareciera que en las mujeres esta no tuviera valor tanto en la esfera social como en la familiar. En el caso de Miriam es muy evidente que su inteligencia no le crea admiración ni reconocimiento en estas esferas, y en cambio siempre está la crítica a su cuerpo grueso.

En varios estudios clínicos acerca de la anorexia y la bulimia se hace mención de una característica atribuida a las jóvenes que padecen estas enfermedades, sobre todo de las que padecen anorexia se dice que tienen un coeficiente intelectual más alto del normal (Paloma Gómez, 2001; Santiago Martínez-Fornés, 1995). Sin embargo, por mi parte considero que al tipificar a las jóvenes como más o menos inteligentes lo que ocasiona no sólo es la estigmatización puesto que por un lado se destaca su inteligencia y por otro lado se las disminuye diciendo que siendo tan brillantes se someten a una actividad que les puede ocasionar la muerte, sino que en cierta forma se continúa con la idea de que las mujeres no se caracterizan por ser inteligentes, de manera que ésta en las jóvenes es anormal.

Por mi parte pienso que el hecho de que las jóvenes traten de esforzarse aún más en la actividad escolar tiene que ver con la búsqueda de ese reconocimiento que aleje la atención de los demás al aspecto físico, y por tanto sexual, respecto a ellas. Asimismo, considero que el estudio desmedido es una forma de alimentarse.

Como puede verse, en los casos estudiados padecer de anorexia y de bulimia no tiene como principal referente el ideal de la delgadez, aunque en el caso de Miriam la estigmatización social de la cual es objeto por su obesidad por



su puesto que tiene como primer referente la valoración social de lo delgado. Asimismo, considero importante señalar que no descarto que hay casos de adolescentes y jóvenes en las que la presión por estar delgada es tan grande que a partir de ella llegan a desarrollar la anorexia y la bulimia. No me refiero sólo a las mujeres que viven de la imagen de sus cuerpos, como las modelos o las bailarinas de valet, sino también a las jóvenes de clase media alta cuyo modo de vida está traspasado por una estética corporal y de vida determinada por la moda, el lujo y el confort. Sin embargo, en estos casos, el imperativo es igualmente una forma de dominio y opresión para esas jóvenes.

### **3.8 Violencia y represión sexual.**

La vivencia de la sexualidad recuerda a las mujeres que tienen un cuerpo y que son cuerpo y ahí el problema de lo que este cuerpo significa para cada una cuando no está conforme con lo que le sucede.

La violencia, sea del tipo que sea, necesariamente implica una relación en que siempre hay una persona o grupo cuya posición de poder es superior a la de otra persona o grupo, el tipo de relación social puede ser de etnia, de clase, de filiación, parentesco, intergenérica o intragenérica.

Así, la jerarquía entre las partes siempre legitima, de alguna manera, la agresión, de tal forma que hay cierta permisividad social, por ejemplo, de que los padres ejerzan su autoridad frente a los hijos con actos y actitudes violentos.

Entre los géneros el sujeto definido como más violento es el hombre, el cual está caracterizado simbólicamente como fuerte y aguerrido. La violencia masculina está legitimada en los hombres concretos al caracterizarlos como agresivos "por naturaleza", se legitiman sus actitudes violentas como si fueran inevitables en su comportamiento (Kay Martin, 1978).

La legitimación de la violencia no es sino el recurso con que el patriarcado se ha instaurado. Así, la violencia en contra de mujeres y niños refuerza el poder masculino y reproduce el orden patriarcal basado en el sometimiento y la opresión.

Sin embargo, si bien los hombres no son los únicos sujetos violentos, la diferencia entre la violencia masculina y la que proviene de las mujeres o de los niños estriba en que, para los primeros hay una permisividad social de actuar agresivamente, violentamente, contra los otros subordinados a él. La permisividad se encuentra legitimada por distintas instituciones como la familia, la Iglesia, o el Estado. De hecho, la mayoría de las representaciones colectivas sobre "ser hombre" tienen como unas de sus principales características la agresividad y la fuerza, sólo hay que pensar por ejemplo en los personajes de la mitología griega o en los estereotipos vigentes sobre lo masculino.

De acuerdo con Concepción Fernández Villanueva, "la agresión que se ejerce sobre los grupos o personas que están en posiciones asimétricas de poder, como son padres-hijos, hombres-mujeres o marginados no marginados. En esos casos de desigualdad social entre agresores y víctimas hay una cierta permisividad social para que el dominador ejerza ciertas formas de agresión sobre el dominado, que quedan fuera de la consideración del mismo concepto o categoría de "agresión" y se denomina "castigo" o se descuidan como poco importantes o inapreciables" (1990:19).

La violencia, de la cual fueron y aún son objeto Miriam, Martha y Mónica, es antes que nada violencia de género, la cual se presenta de diversas formas, como violencia física, sexual, simbólica, afectiva, económica, en la propiedad y como autoagresión. Así pues, al hacer visibles los hechos violentos y nombrarlos como tales, permite no sólo extraer la violencia del terreno de lo natural o normal, sino denunciar que se trata de violencia genérica.

De acuerdo con Celia Amorós (1990), la violencia contra las mujeres tiene que ver con los pactos patriarcales, los hombres se identifican como grupo, excluyendo a las mujeres y haciendo del poder su patrimonio genérico. Las mujeres son ubicadas en el topos de lo no-pensado, es decir ni siquiera se les tiene en cuenta<sup>22</sup>.

Así pues todas las mujeres son víctimas de violencia, si no de manera directa sí en el género. Las mujeres viven por su condición y situaciones particulares de vida hechos violentos de diversa índole, por su clase, etnia, raza, son sujetas de tipos de violencia específicos.

### **Violencia física y sexual.**

La violencia física y sexual, de la cual las jóvenes entrevistadas fueron objeto, va desde las nalgadas propinadas durante la niñez, por sus padres o madres, hasta la agresión física y emocional del abuso sexual.

En la ideología patriarcal los "castigos"<sup>23</sup> hacia los hijos e hijas son vistos como una forma de educar o corregir "el mal comportamiento". Sin embargo, de acuerdo con Shere Hite (1995), muchas veces las agresiones físicas son muestra del único contacto sexual que los padres tienen con sus hijos. Esta autora, respaldada por una exhaustiva investigación, menciona en el *Informe Hite sobre la familia* que, "la primera experiencia sexual de muchos niños, pero especialmente de las niñas, es el abuso sexual" (op. cit.:63).

---

<sup>22</sup> El topos es "un lugar común de referencia como ubi desde el cual cobra su sentido la práctica de autodesignación" (Celia Amorós,1990:43).

<sup>23</sup> "El castigo se convierte en una experiencia profundamente traumatizante que va más allá del dolor sufrido ¿por qué? Porque el niño no puede reaccionar contra él de forma alguna, ya que le está prohibido defenderse o vengarse, de modo que se queda con una rabia desprovista de poder impotente, que a veces queda incluso borrada de la memoria, dejando tras de sí un halo de emociones extrañas para el resto de su vida. La imagen desaparece pero el ambiente permanece; y la definición de amor se hace más confusa, especialmente si no se recuerda este proceso" (Shere Hite,1995:61).

Respecto a lo anterior, entre las interpretaciones psicoanalíticas que se han hecho acerca de la bulimia y la anorexia, se encuentra aquella que las vincula con la violencia sexual, violación o estupro, interpretándolas como una manera de *resolución sintomal y defensiva*.

Con base en lo observado en la historia de vida de Martha puedo decir que, si bien pareciera que la anorexia en esta joven se presenta en efecto como una forma de *borrar el cuerpo objeto del abuso* (recordemos que Martha fue abusada sexualmente por su padrastro), por otra parte, tratándose de una joven que vivió un periodo violatorio<sup>24</sup>, deja ver que la agresión sufrida estuvo acompañada de otras situaciones que hicieron aún más penoso y doloroso el hecho y que podrían considerarse de igual forma un acto de violencia contra esta joven como lo fue la falta del apoyo materno. De tal forma que la anorexia en Martha puede responder asimismo a la carencia de la madre, siendo el alimento simbólico de ésta. Se rechaza la alimentación como única manera en que la madre se hace presente.

Cuando un niño o niña pequeño es víctima de abuso sexual por algún familiar, o persona muy allegada con la cual conviva cotidianamente, no puede haber plena conciencia de la violencia por el vínculo afectivo que existe con esa persona. En cierta forma el abuso, propiciado con engaños y artimañas por parte del victimario, se presenta como una forma distorsionada del contacto cotidiano y del afecto.

---

<sup>24</sup> En los casos en que la persona agredida comparte cotidianamente el mismo espacio que su agresor, es común que la agresión perdure por años. En esos casos debe hablarse de un periodo violatorio, según la categoría utilizada por la antropóloga Marcela Lagarde. De acuerdo con esta autora, "es posible mantener el sometimiento por violación de la mujer acosada por ejemplo a través del terror, al intimidarla con amenazas, o hacerle promesas que consiguen su silencio, o por una mezcla de terror y servidumbre voluntaria... Es común, por otra parte, la amenaza que pone el mundo al revés: el violador amenaza con denunciar a la mujer de haber sido seducido y homologa en su discurso la seducción femenina con la violación masculina... En esta concepción cristiana sobre la maldad erótica de la mujer o su lascivia inherente, siempre es posible pensar que la violación fue provocada por la mujer (Marcela Lagarde, 1997a: 273).

En el caso de la niña abusada por su padre, el hecho es más complejo no sólo por la relación afectiva que existe con éste sino porque en su inconsciente la niña ve en la figura paterna el objeto de su deseo. Y al identificarse genéricamente con la madre, que no la desea, identifica a su padre como el único que puede "desearla" sexualmente.

Cuando se adquiere conciencia del daño, la idea de haber consentido se transforma en sentimientos de culpa y de repudio contra sí misma.

El periodo violatorio que Martha vivió se explica cuando conocemos las situaciones particulares de vida de esta joven: primeramente, la edad que tenía cuando se le violentó, siendo una pequeña de seis años no sólo su pensamiento era inocente sino que se encontraba en la indefensión total; por otra parte se encuentra el lazo afectivo, pero también de dependencia que mantenía con su agresor; más tarde, ya habiendo hecho conciencia de la violencia de la cual fue objeto, se presenta el sometimiento a través de amenazas, la imposición de la idea de consentimiento, así como de propiciación, los sentimientos de culpa y suciedad, la falta del apoyo materno, la dependencia afectiva y económica.

Cuando las mujeres, las niñas, o los niños, son objeto de violencia sexual por parte de alguna persona, por lo general un hombre, con la cual mantienen un vínculo afectivo o existe una relación parental muchas veces no se denuncia, y en el contexto familiar se encubre, así, la agresión se minimiza<sup>25</sup>. Sin embargo, subjetivamente la percepción de la vida, de las cosas, y de una misma, se ven alteradas a partir de la agresión sufrida. Si no existe reparación al daño, ya sea a través de terapia psicológica o con nuevas experiencias y relaciones afectivas positivas, la forma en cómo la persona es afectada emocionalmente por la

---

<sup>25</sup> Tanto los niños como las niñas son seres vulnerables a la violencia sexual, sin embargo, de acuerdo con Catharine MacKinnon, "La vulnerabilidad que las niñas comparten con los niños - edad- se disipa con el tiempo. La vulnerabilidad que las niñas comparten con las mujeres -género-, no" (1989:314).

agresión sufrida se vive como un *continuum*, que estará presente en la forma de relacionarse con las personas, en la manera de ser y estar en el mundo.

De acuerdo con Marcela Lagarde, la violencia erótica es "la síntesis política de la opresión de las mujeres. Porque implica la violencia, el erotismo, la apropiación y el daño. Es un hecho que sintetiza en acto, la cosificación de la mujer y la realización extrema de la condición masculina patriarcal"; la violación, como una de las formas de violencia erótica, "es el hecho supremo de la cultura patriarcal: la reiteración de la supremacía masculina y el ejercicio del derecho de posesión y uso de la mujer como objeto de placer y de destrucción, y de la afirmación del otro; se trata del ultraje de las mujeres en su intimidad, del daño erótico a su integridad como personas" (1997a:259).

Así pues, de acuerdo con Catharine MacKinnon (1989), todas las mujeres por el hecho de serlo son violables. De ahí que no importe la condición de cada mujer ya que puede tratarse de niñas, jóvenes, adultas, viejas, incluso aquellas consideradas como más asexuales, según la ideología dominante, como es el caso de las monjas. Al respecto hay que recordar las denuncias hechas, durante la década de los noventas, por las religiosas Maria O'Donohue y Maura MacDonald sobre los abusos sexuales cometidos contra monjas y novicias en el seno de las congregaciones religiosas.

Por otra parte, en el caso del abuso sexual y del estupro, el hecho de que estén tipificados por las leyes, con características como el engaño y la minoría de edad de la mujer, parecieran recibir la categoría de una agresión menor al considerar violación sólo la penetración vaginal por la fuerza<sup>26</sup>. Sin embargo, los

---

<sup>26</sup> El abuso sexual, el estupro y la violación, están tipificados en el Código Penal para el Distrito Federal (2002), Título Decimoquinto referido a los Delitos contra la Libertad y el normal desarrollo Psicosexual, Capítulo I. En los artículos 260 al 266bis.

Respecto al delito de abuso sexual se encuentran los artículos 260 y 261 los cuales estipulan lo siguiente: "Art.- 260 Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutar dicho acto, se le impondrá de uno a cuatro años de prisión... Art.- 261.- Al que sin el propósito de llegar a la cópula ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años o persona que no tenga la capacidad

daños colaterales que ocasionan definitivamente marcan de por vida a las víctimas si no hay atención y reparación del daño.

Con base en lo observado en el caso de Martha, al ser objeto de violencia erótica resulta imposible que la víctima pueda hacer una disyunción entre su cuerpo violentado y cada nueva relación sexual vivida. Las marcas de la agresión permanecen a través del estado de depresión en el cual se encuentra la persona, y son determinantes en la forma de relacionarse socialmente, la forma de estar y desempeñarse en el trabajo o en la escuela.

Si bien, por un lado, las jóvenes silencian el hecho, con el fin de no ser estigmatizadas o incomprendidas, por los otros, está la necesidad de sentirse acompañadas y de ser comprendidas, así, se pretende reparar el daño con la presencia de los otros, no sentirse más en la orfandad. Lo que en realidad se busca es una madre simbólica.

Por otra parte, en el seno familiar, las agresiones son minimizadas y exculpadas, las peleas entre hermanos son vistas como normales incluso habiendo golpes de por medio. La violencia que se da dentro del contexto familiar sigue siendo asunto de lo privado, las mujeres sienten vergüenza que sepan que sus hermanos, sus esposos o sus padres las golpean o abusan de ellas, asimismo, el vínculo parental y la subordinación en la que se encuentran en sus relaciones familiares las hace permanecer en el silencio salvaguardando la vida

---

de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a observar o a ejecutar dicho acto, se le impondrá de dos a cinco años de prisión. Si hiciere uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta en una mitad". Mientras que en el caso de estupro se señala en el "Art.- 262 Al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño se le aplicará de tres meses a cuatro años de prisión".

El delito de violación, por su parte, está reglamentado en el Art. 265 que dice "Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a catorce años. Para los efectos de este artículo, se entiende por cópula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo. Se le considerará también como violación y se sancionará con prisión de ocho a catorce años al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o mora, sea cual fuere el sexo del ofendido".

familiar. El silencio que opera en el espacio privado de la familia para que la vida en familia pueda continuar, lamentablemente, reproduce la violencia.

Así, se adjetiva la violencia como “accidente” o “producto de un estado psíquico perturbado” con el fin de justificarla. “La agresión está al servicio del orden establecido, y en ese caso, se evita llamarla agresión” (Concepción Fernández Villanueva, 1990).

Si bien los hombres ejercen violencia física contra otros hombres y contra las mujeres, es a través de la violencia sexual contra las últimas que instauran su dominio genérico, la violencia física contra las mujeres es también violencia sexual.

Sin embargo, los actos de violencia física, no son sólo propios de los hombres sino también de las mujeres como seres construidas desde los mismos códigos patriarcales. No obstante, lo que cambia son las situaciones desde las cuales se ejerce la violencia. Los hombres demuestran a través de ésta su machismo y su dominio patriarcal, mientras que las mujeres ejercen violencia como resultado de las situaciones de opresión en las que viven.

Por otra parte, quiero destacar que a pesar de la posición en que se encuentran las mujeres en general, con respecto a ser sujetas de violencia, se dan casos como el de Mónica, quien teniendo conciencia de sus derechos humanos hizo uso de éstos al pedir la intervención del Estado, a través de la institución competente (el CAVI), para mediar en el conflicto vivido con su madre en el que se presentaron actos de agresión física.

Las situaciones particulares de vida de estas jóvenes presentan un ancho espectro de hechos agresivos en el seno de sus relaciones familiares y sociales que determinaron de muchas maneras sus actitudes y toma de decisiones en la vida; conocer estos hechos me permitió percibir la violencia en su compleja



dimensión, trascendiendo el horizonte de ver violencia sólo donde hay violencia física. De esta manera pude percibir lo violentas que resultan la hostilidad, el ostracismo, la orfandad, siendo tan y más dolorosas incluso que los golpes.

### **Violencia afectiva.**

Con la categoría violencia afectiva, trato de cubrir aquellos aspectos que caminan del lado de las carencias: la falta de amor, atenciones, cuidados, respeto a hacer y decir, falta de reconocimiento, respeto a ejercer una libre sexualidad, todas ellas situaciones vividas de forma tan violenta como las agresiones físicas.

Así pues, el ostracismo del cual Mónica es víctima por ser lesbiana, es sólo el ejemplo de las agresiones no físicas de las que pueden ser objeto las mujeres y que está ligada a los afectos.

El ostracismo del cual se hace objeto a las personas es una de las formas más comunes de ejercer violencia contra otro. En el caso de Mónica, su orientación sexual lésbica, le ocasionó el rechazo y ser estigmatizada por su familia. Ser lesbiana se sumó, como un defecto, a la rebeldía presentada durante la adolescencia cuando Mónica dejó el hogar materno para irse a San Luis.

La violencia afectiva se concreta en todas aquellas injurias y agresiones verbales, así como en actitudes discriminatorias y de marginación recibidas por parte de las personas con las que se sienten implicadas emocionalmente. Está implícita en la forma en cómo se ve afectada la persona en su estado mental.

La violencia en los afectos está muy ligada a la violencia simbólica en el sentido de que, la persona es objeto de agresión no física, pero sí mental. Según Bourdieu, la violencia simbólica "se constituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (por consiguiente a la dominación) cuando no dispone, para imaginarla o para imaginarse a sí mismo o,

mejor dicho, para imaginar la relación que tiene con él, de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador y que al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hacen que esa relación parezca natural; o en otras palabras, cuando los esquemas que pone en práctica para percibirse y apreciarse, o para percibir o apreciar a los dominadores son el producto de la asimilación de las clasificaciones de ese modo naturalizadas, de las que su ser social es producto" (2000:51). Asimismo, la violencia afectiva y mental es consecuencia de otros tipos de agresiones, como son la violencia física, sexual, o en la propiedad.

### **La autoagresión**

¿Es posible hablar de autoagresión cuando las mujeres están condicionadas a agredir sus cuerpos?

Considero que la autoagresión es un término construido desde la ideología patriarcal que señala que las mujeres se dañan a sí mismas porque no se quieren, porque tienen una baja autoestima, como algo que dependiera sólo de la voluntad de la persona, dejando de lado que la violencia contra una misma está condicionada socialmente.

Las jóvenes que padecen de bulimia y anorexia en efecto realizan actos agresivos contra su persona y su cuerpo; privarse del alimento, siendo su satisfacción una necesidad, pero a la vez una actividad que produce placer, es una forma de ejercer violencia contra una misma.

Asimismo, tanto la anorexia como la bulimia crean en el aspecto físico corporal de las personas, una serie de desórdenes en el organismo de tal forma que en los casos menos severos éstas padecerán permanentemente de gastritis y/o colitis. En los casos más críticos de desgaste físico y mental se llega a la

muerte. Por lo tanto, las mujeres que padecen anorexia y bulimia poco a poco van cavando su tumba.

Por otra parte, si bien, según la descripción clínica, la persona que padece anorexia obtiene placer al privarse del alimento así como gozo ante el cumplimiento de su deseo, existiendo una satisfacción real ante el control de su ingesta y por tanto de su cuerpo; tanto en la investigación empírica como en la literatura de estas enfermedades existe la referencia constante de un sentimiento de vacío interno y sufrimiento.

Por ejemplo, en el caso de Martha, esta joven golpeaba su cuerpo ante sentimientos de rabia y desesperación presentados en momentos de mayor depresión; la autoagresión se presentaba entonces como una forma de desquitarse simbólicamente de aquella persona por quien fue agredida, o bien de castigarse por haber "permitido" el daño.

Sin embargo, si bien el término autoagresión se refiere a la violencia que se ejerce contra una misma, ésta no puede considerarse como algo voluntario.

### **Represión sexual.**

Las jóvenes que padecen anorexia y bulimia fueron condicionadas para ver sus cuerpos como impuros, sucios, feos, deformes, a través de los juicios hechos sobre éstos por sus familiares y en general por la sociedad. Las críticas y juicios son una forma más de represión sexual.

En los casos estudiados, me encontré con el hecho de que la información sexual que tuvieron las jóvenes, por parte de sus madres y padres ya fuera en la verbalización, a través del silencio, o en la enseñanza de las relaciones cotidianas estuvo dotada muchas veces de una carga moral muy fuerte que lo único que transmitía era la represión.

La represión se manifiesta de distinta manera según las normas religiosas, morales, socioculturales. Así, en nuestra sociedad, que se rige de acuerdo a los principios religiosos judeocristianos, las jóvenes, aun sin profesar alguna religión, han sido formadas en la ideología de la represión, de la culpa y el temor.

Las mujeres son enseñadas desde la infancia a percibir sus genitales como sucios o peligrosos en el sentido que hay que ocultarlos por ser objeto del deseo masculino. Las niñas, de frente a la necesidad de saber y conocer su sexualidad se topan con la censura social, así pues, inhiben sus capacidades de exploración y descubrimiento sobre sus propios cuerpos al internalizar los argumentos que les señalan "no se debe hacer", "es sucio" o "es malo". Por ejemplo, durante la adolescencia, cuando la corporalidad femenina toma forma de "mujer", la pureza sexual debe ser preservada.

Uno de los hechos sexuales más importantes en la vida de las mujeres es la menstruación, sin embargo, en las sociedades androcéntricas este hecho sigue siendo un tabú. Por ejemplo, Mary Douglas destaca en su libro *Pureza y peligro* (1978) cómo el sangrado menstrual, según los principios religiosos, es considerado causante de impureza, para tal efecto recurre a la Biblia como documento histórico.

"[...] la mujer que tiene su flujo, flujo de sangre en su carne, estará siete días en su impureza. Quien la tocara será impuro hasta la tarde. Aquello sobre que durmiere será impuro, y quien tocara su lecho lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde..." (Levítico 15).

La represión sexual confina el desarrollo de las mujeres como seres humanas, construye muros que no le permiten adquirir madurez y por tanto decidir sobre sus cuerpos libremente.

Frente a la represión sexual, la culpa es uno de los principales mecanismos que se activan; algunas mujeres se sienten culpables de conocer sus cuerpos, del placer que éste les puede otorgar porque simbólicamente los placeres están del lado del pecado. Pero, al mismo tiempo que existe esta represión, nos topamos también con que hay un interés cada vez mayor por una sexualidad libre, sin embargo, esta mayor "libertad sexual" se ha convertido en una demanda, característica de las sociedades posmodernas.

Así, si bien las mentalidades están transformándose en la lucha por desmontar los tabúes sexuales, resultando en una mayor libertad de expresión, en flujo de información y necesidad de conocimiento, no obstante los códigos sexuales moralizantes siguen primando por encima de las necesidades humanas. Se libra así una lucha interna en cada individuo con respecto al deber ser y la realización del deseo y la libertad.

En el caso de las mujeres, la represión se presenta en dos vertientes, una desde el desconocimiento de nuestro propio cuerpo y su funcionamiento fisiológico, y la otra que actúa en el nivel de las sensaciones y las emociones. Así pues, la represión sexual, que es la represión del deseo y de los placeres, es a la vez la represión no sólo del placer que se puede obtener en la relación con el otro o la otra, sino en la vivencia de una misma, del propio cuerpo y de la propia sexualidad. Por supuesto, hay que recordar que la represión que cada mujer vive con respecto a su sexualidad depende de sus situaciones y condiciones de vida.

No obstante, cada mujer realiza actividades cotidianas que son fuentes de placer y práctica de su sexualidad, unas de ellas son, el arreglo personal, así como las prácticas deportivas o culturales, donde el cuerpo es el centro. Todos aquellos cuidados mínimos que da a su cuerpo son fuente de placer, aun cuando conscientemente en la práctica la obtención de éste sea el fin último. Así, la falta de cuidado hacia sí misma es parte de la represión sexual, es decir, en términos

patriarcales se autoreprimen, sin embargo, esta represión es consecuencia de la experiencia de vida.

Respecto a lo anterior, en el caso de Miriam, por ejemplo, la represión se presentaba en hechos tan concretos como la prohibición a usar la ropa que le gustaba, por las críticas que eso representara a su cuerpo y a su persona.

### **3.9 Salud y enfermedad.**

#### **El estado de la salud**

El estado de la salud de las mujeres es “el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus vidas” (Marcela Lagarde, 1997b:15).

Así pues, la anorexia y la bulimia son enfermedades que se van construyendo a lo largo de la vida de cada una de las mujeres que las padecen; esas construcciones se dan de maneras diversas y como resultado de la condición y situaciones de vida específicas de cada persona. La condición de género de las mujeres es, de acuerdo con Marcela Lagarde (1997b), “sustrato de su salud y la determina”.

Eugenia Flores y Gloria Sayavedra en *Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud?* (1997), definen lo que para ellas es la salud:

- “La salud es un estado temporal de bienestar –corporal- resultado de la satisfacción social e individual de las necesidades vitales en la propia historia.
- La salud está determinada por la calidad de las relaciones sociales, el acceso y la calidad de los servicios, los conocimientos y los recursos materiales y simbólicos.

- Se manifiesta por la capacidad personal de adaptarse u transformarse a sí misma y al propio entorno”.

Por otra parte, definida socialmente como la no-salud está la enfermedad. De acuerdo con George Devereaux “se suele considerar la enfermedad –a veces con cierta precipitación- sencillamente como una desviación respecto de un estado “normal” (de varia definición llamado) salud” (1985:210).

Boorse, por su parte, identificó “...tres tipos distintos de ‘no-salud’. Estos son la afección, que se refiere a ‘alguna desviación con respecto a una norma biológica’, la enfermedad, que es una experiencia personal de no-salud, y el malestar, que es un rol social que expresa la dimensión pública de no-salud, como en el concepto de ‘rol de enfermo” (en Bryan Turner,1989:250)

No obstante, de acuerdo con Bryan Turner (1989), la enfermedad es antes que nada “un fenómeno cultural”. Al considerar la enfermedad como un fenómeno social y cultural el autor señala que ésta tiene que combinarse con las nociones de que “1) la enfermedad es un lenguaje, 2) el cuerpo es una representación y 3) la medicina es una práctica política” (1989:253).

Al concebir la bulimia y la anorexia como construcciones socioculturales, me refiero a ellas como enfermedades, no desde la concepción médica hegemónica que encuentra en éstas un origen biológico o genético, aunque reconozco las implicaciones fisio-biológicas que conllevan, sino que destaco el carácter social objetivo-subjetivo de la enfermedad. En este sentido el concepto de *malestar* resultaría más propicio para describir la anorexia y la bulimia como algo construido social y culturalmente, sin embargo, utilizo el termino enfermedad con la acepción que le da Mabel Burín.

De la distinción hecha entre los conceptos de sufrimiento y enfermedad, realizada en Roma durante el Seminario Internacional sobre Malestar Psíquico de

las Mujeres (1988), destaca la noción de malestar: "por sufrimiento entendemos el malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión, por enfermedad, el malestar donde el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado" (Mabel Burin, 1990:35).

Las enfermedades a las que están expuestas tanto las mujeres como los hombres son resultado de su condición social, pero también de su condición genérica, de ahí que las mujeres padezcan enfermedades propiciadas por las condiciones de opresión en las que se encuentran (Mabel Burin, op. cit.; Marcela Lagarde, 1997a).

Así pues, las jóvenes padecen de anorexia y bulimia no porque estén genéticamente predispuestas, o porque sean psicológicamente vulnerables, sino porque las condiciones en que viven las propician.

Los hechos lacerantes que las jóvenes viven durante la infancia, al constituirse como hitos de vida, han sido determinantes en la forma en que éstas se relacionan actualmente, en la manera en que viven, en los intereses que tienen, en la forma en como se conciben a sí mismas. Hechos pasados que, sin embargo, están en el presente de las jóvenes, en todo lo que hacen y dicen, en la forma en cómo miran las cosas. No se trata de decir aquí que infancia es destino, puesto que las personas viven día con día experiencias que las ayudan a reelaborar sus pensamientos y concepciones de la vida y de sí mismas, sino de relevar la trascendencia de los hechos opresivos.

Cada hito y cada situación vivida son asumidos por las mujeres de acuerdo con su personalidad y, también, son moldeadores de ésta. Las mujeres responden, por lo tanto, de distinta manera a los hechos opresivos, de ahí que no todas las jóvenes desarrollen anorexia y bulimia, a pesar de vivir situaciones similares.



Por otra parte, los hitos de vida de estas jóvenes tienen una doble carga, una negativa respecto de aquellos hechos que están vinculados con la violencia de género, y otra positiva, que se muestra en hechos vinculados con su recuperación. Respecto a estos últimos, refiero los hitos que permitieron la concientización de la situación y condición particular por cada una de las jóvenes y por lo tanto el reconocimiento de su opresión, el deseo de salir de ésta, y la búsqueda de soluciones concretas.

La concepción de la anorexia como enfermedad mental (Lasègue y Gull) nos ubica en el terreno no sólo de lo institucionalizado y por tanto normalizado, sino en el de lo socialmente estigmatizado. Así pues, realizando una analogía entre la anorexia, la bulimia y la locura, todas ellas clasificadas como enfermedades mentales, puedo decir que, de acuerdo con Marcela Lagarde, "a partir del discurso de la enfermedad se crea la normalidad y se clasifica en el mundo de lo que no funciona, de lo descompuesto, de lo enfermo de lo diferente. Con la adscripción de lo diferente a la enfermedad, se elabora jurídicamente la norma y con base en ella, la represión médica, hospitalaria y carcelaria" (1997a:689).

Para Marcela Lagarde "las mujeres son locas al faltar a la feminidad en las formas requeridas y, en el segundo caso, porque al ser mujeres están implícitamente locas. Es posible pensar que se trata de dos locuras: una permitida y exigida, la inherente al ser mujer, interior al sistema, constitutiva de él; y la otra que coloca a quienes la tienen en una dimensión diferente, fuera del sistema, de sus códigos, de su tolerancia: en la marginalidad del mundo y del cosmos" (op. cit.:704). Así pues, de acuerdo con la autora, en la cultura patriarcal, todas las mujeres son locas. Todas aquellas que "por imposibilidad, desobediencia, o rebeldía, transgreden las cualidades de la feminidad" (op. cit.:770).

Las jóvenes que padecen anorexia y bulimia están locas porque quisieron o quieren transformar sus cuerpos para ser aceptadas por los demás, están locas

porque no quieren que sus cuerpos sean vistos eróticamente por los demás, están locas porque quieren tener el control de sus vidas, quieren tomar decisiones, están locas porque no pueden decir ya con palabras qué es lo que las hace sufrir y necesitan valerse de todo su cuerpo para denunciarlo, están locas porque no desean la maternidad como definitoria de su ser en el mundo, están locas porque desean ser acogidas afectivamente por su madre o padre, o ambos.

Lo anteriormente expuesto tiene que ver con un punto muy importante que es el cambio en el carácter y personalidad de las jóvenes. Así, por ejemplo, las jóvenes que padecen anorexia y bulimia se tornan agresivas, dirigiendo la agresión en primera instancia contra sí mismas. Su comportamiento sufre cambios de tal forma que dejan de ser niñas buenas y obedientes.

Ahora bien, ¿cuál es el estado de la salud de cada una de las jóvenes entrevistadas?, ¿presentan semejanzas entre ellas y en relación con otras mujeres?, ¿cuáles son sus diferencias?

Antes que nada, cabe decir que resulta imposible hablar de la salud de estas jóvenes si no hablamos de las condiciones sociales económicas, políticas y culturales que fueron la base sobre la cual se conformó su estado de salud. Así pues, Miriam, Martha y Mónica vivieron su niñez en el seno de familias de escasos recursos o bien con problemas económicos. Recuérdese, por ejemplo, que en el caso de Martha y de Miriam, debido a la mala situación económica vivieron en hacinamiento, compartiendo un mismo cuarto más de cinco personas. Asimismo, se trata de familias con problemas en sus relaciones internas: irresponsabilidad de parte de los padres en los tres casos, ya fuera en cuanto a procurarles el sustento diario o desligarse totalmente de sus obligaciones. Ya anteriormente he mencionado que en los tres casos las jóvenes y sus familias han sido en algún periodo familias monoparentales puesto que los padres han abandonado a las madres y a sus hijos. Así pues, encontramos que en las madres recayó todo el peso del cuidado de sus hijas.

Las condiciones en las que Miriam, Martha y Mónica vivieron durante su niñez son importantes de señalar porque, sólo contextualizando sus vidas puede entenderse porque sucedieron algunos hechos. Por ejemplo, que el hecho de que las madres como la de Miriam no se ocupen de la salud de sus hijas tiene que ver, no sólo con la falta de conciencia de la salud, sino con el hecho de que no se cuenta con recursos, de que se tienen otros hijos y a todos ellos había que dar atención, y, que tal vez ni siquiera se dio importancia a la atención porque la preocupación primera estaba en cubrir otra necesidad fundamental, la alimentación. Por su puesto con lo anterior no pretendo decir que se justifique el maltrato o la falta de atención, sino que en espacios donde se viven demasiadas carencias es comprensible que los afectos que se desarrollen ahí no sean precisamente los que las jóvenes desean, ni en la intensidad en que lo desean.

El hecho de que los afectos sean tan determinantes en el desarrollo de las personas nos dan una idea de lo importante que son los papeles materno y paterno durante la infancia, así como las relaciones sociales durante el resto de sus vidas, puesto que éstas influyen en el estado de la salud. Así pues, cuando los afectos presentes en la esfera familiar tienen una carga negativa representan un hecho que afecta el estado anímico de la persona, y por tanto su salud mental, la depresión es un ejemplo de esto.

Ahora bien, en los tres casos analizados se presentaron no sólo estados de depresión que datan desde la niñez, sino también sentimientos de angustia y ansiedad. En uno de los casos, el de Miriam, también se presentó el asma.

El asma que en el caso de los niños, es interpretada como un llanto reprimido, puede ser interpretado de igual forma para una adolescente como Miriam, puesto que si bien la joven menciona como causante de su asma una gripe mal atendida, es importante mencionar que sus crisis asmáticas se presentaron justamente en el periodo en que su padre ya se encontraba de

regreso en su casa después de 15 años de estar ausente, por lo que es posible inferir una transformación en la estructura familiar<sup>27</sup>.

En los tres casos analizados los problemas gastrointestinales como la colitis y la gastritis están presentes, mencionado en uno de ellos como el problema orgánico-físico principal. En el caso de Mónica, que es al cual nos referimos, la anorexia se rechazó como diagnóstico a los malestares que con respecto al comportamiento o la conducta alimentaria se tienen, sin embargo, es de destacar que la falta de gusto por la comida, el hecho de que ésta esté despojada de todo significado placentero, deja ver que el problema no es un problema sólo de no comer, sino de por qué no se come.

Como ya he mencionado anteriormente Mónica no acepta ser diagnosticada como anoréxica. Considero que la negativa a este diagnóstico se debe en cierta medida a la estigmatización que se ha hecho de estas enfermedades, pero sobre todo porque se añade un calificativo a su persona; cuando el padecimiento se nombra como una enfermedad específica puede pensarse en que ésta se trate ya sea médica o psicológicamente, o bien acceder a algún otro tipo de curación. Sin embargo, cuando el médico o especialista nombra a la persona, como en los casos aquí estudiados, como anoréxica, bulímica o neurótica, resulta entendible que las jóvenes no acepten dicho diagnóstico, pues está en juego la concepción de sí mismas. Tener depresión o ansiedad es muy distinto a ser neurótica o anoréxica.

De los tres casos estudiados sólo en el caso de Miriam padecer anorexia y bulimia se instaló de manera consciente como parte de su ser, de manera que ella misma dijera al psicólogo "soy bulímica"; en los otros dos casos, la bulimia y la

---

<sup>27</sup> En el asma, según las hipótesis psicoanalíticas, "hay un conflicto central: la fijación no resuelta, reprimida de la madre. Todo lo que amenace con la separación, ya sea en un plano real o imaginario, puede desencadenarse la crisis.... El asma debe concebirse a partir del grito-llanto del recién nacido. Comparándola con los mecanismos del espasmo del sollozo, en los que el grito es una especie de protesta y de llamado, las crisis de asma serían gritos inexpressados, reprimidos, que alterarían la maduración normal de la dinámica respiratoria" (Araceli Gila, 1991:50-51)

anorexia se presentan como parte de un padecimiento "muy grave" que aún no tiene nombre y que está estrechamente vinculado a la depresión --en el caso de Mónica-, o bien se acepte como enfermedad pero no como una afectación hacia toda la persona como es el caso de Martha, que señala: "en mi se juntaron la anorexia y la bulimia".

Si bien Mónica menciona que siempre ha estado así de delgada, es importante agregar que existe en ella un displacer hacia la comida, así como una reticencia a no comer, la cual es interpretada por ésta joven como una "decisión", o como algo sobre lo cual se desea tener control. Vive como una incapacidad el hecho de no poder controlar su hambre y que esto le cause malestares intestinales, pero no sólo tener control sobre su hambre sino sobre su alimentación, es decir sobre todo el proceso que implica comprar los alimentos, prepararlos e ingerirlos.

Sin embargo, es importante mencionar que en los momentos de crisis las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, y que se han construido una ideología del ser anoréxica o bulímica, como aquellas que han formado incluso grupos pro-anorexia y bulimia y que difunden estas enfermedades como un modo de vida, tienen la enfermedad instalada en su ser y viven sólo en cuanto refuerzan este ser anoréxica o bulímica. Por ejemplo encontré que, en los casos expuestos en las páginas electrónicas pro-anorexia y bulimia, las jóvenes hablan de ser anoréxicas y bulímicas como un triunfo, destacan su fuerza de voluntad para controlar su hambre, su comida y su peso, así como, se proporcionan información sobre los nuevos laxantes asequibles en el mercado, o las maneras de engañar a sus padres y a sus médicos cuando éstos intenten hacerlas comer y subir de peso.

Por otra parte, uno de los principales síntomas de la anorexia y de la bulimia es la supresión de la menstruación. No obstante, muchas de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia sí menstrúan, aunque de manera irregular. Así, en lo que toca a las tres jóvenes entrevistadas encontré, sobre todo,

irregularidades como amenorrea o dolor. Por ejemplo, Miriam ha padecido de cólicos menstruales desde que tuvo la menarquia; releva, en su caso, que el dolor ha ido en aumento hasta el punto de ser hospitalizada. Es importante señalar acerca de este hecho que el dolor se presentó justo en el momento en que la joven vivía en crisis, debido a problemas familiares.

Respecto a lo anterior, y de acuerdo con la interpretación psicoanalítica feminista y la investigación empírica, es indudable que el problema se encuentra ligado con la sexualidad. No obstante, la menstruación y los problemas vinculados con ésta son tratados sólo como trastornos en el organismo o neuronales y por lo tanto como enfermedades.

Sin embargo, es importante nombrar que los trastornos en la menstruación pueden propiciar graves problemas en el organismo de las mujeres. Por ejemplo, las hace más propensas a padecer cáncer, osteoporosis, anemia, ya sea en una edad adulta o incluso precoz.

Las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia no pueden tener un estado de la salud óptimo, pues las secuelas que estas enfermedades dejan en sus víctimas suelen ser marcadoras de por vida. Algunas mujeres no sólo continúan con las enfermedades gastrointestinales producto de la privación del alimento y del desorden en la forma de comer, sino que también se encuentran casos de mujeres que han perdido sus riñones, o que de por vida usaran pañales desechables porque su intestino está liso a causa de los laxantes y no pueden retener el alimento.

Finalmente, la vida antes, durante y después de la anorexia o de la bulimia nunca es la misma, es decir, la visión del mundo se transforma. Me refiero aquí principalmente a aquellos casos en que las jóvenes han logrado salir de la enfermedad o que se encuentran en ese proceso, ya que algunas no lo logran volviendo a tener recaídas o finalmente pereciendo.

## **Acceso a la salud.**

En la especificidad de los casos estudiados, la historia de la salud de las jóvenes entrevistadas estuvo marcada por diversos hechos ocurridos en distintas etapas de sus vidas. Durante la infancia la atención a su salud fue prácticamente nula, a veces por la carencia de recursos para asistir con un médico o especialista, es preciso recordar que la situación económica vivida por estas jóvenes durante su infancia fue en condiciones si no de pobreza sí de recursos muy limitados. Otras veces porque los padres como procuradores de la salud de sus hijas consideraron como normales situaciones vividas por éstas, y que en realidad no lo eran. Es decir, que la falta de atención tiene que ver con la forma en que se perciben las cosas y los significados que se les dan.

Por ejemplo, la obesidad infantil no es fácil de identificar en sus inicios por la madre o la persona que esté al cuidado de la niña o niño, ya que comúnmente se considera a una niña o niño rollizos como sanos, esta idea está ligada con la importancia que las madres le dan a la alimentación de sus hijas e hijos. Por lo general, éstas demuestran su amor a través de la cocina, es decir, en todo el proceso que implica preparar y servir los alimentos, actividades de las cuales son responsables.

Con el crecimiento del niño o niña la redondez de su cuerpo es percibida por los demás como un problema no de salud, sino de actitud, en ese momento los infantes son descalificados porque "por glotón (a) está así de gordo (a)". Estas críticas, sin embargo, afectan directamente a la autoestima de las niñas y los niños, quienes de acuerdo con su personalidad pueden o no deprimirse por este hecho, sobre todo si no tienen otros recursos o elementos en que depositar su autoestima, o si esos elementos considerados fuente de autoestima no les son reconocidos por los otros.

Ya para la adolescencia, entre el mismo grupo de pares, el sobrepeso es motivo de descalificación. En los casos de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, específicamente en aquellas que presentan sobrepeso, todas señalan este tipo de actitudes hacia sus personas.

Por otra parte, la atención que las personas se procuran depende también de la forma de vida que llevan, de las creencias religiosas que tengan, así como de los mitos en los cuales crean. De acuerdo con esas variables la forma en que se presenta la atención implica no sólo atención médica o especializada como puede ser la psicológica o nutricional, sino otro tipo de atenciones como por ejemplo, el uso de remedios caseros, la encomienda a Dios o a algún santo o santa, la asistencia con chamanas o curanderas, sólo por mencionar algunas. En el caso de las jóvenes entrevistadas, el tipo de atención a la que han accedido es a la medicina alópata, la atención psicológica, el naturismo, y el acupunturismo.

Otro aspecto muy importante en el acceso a la salud y el interés por la atención tiene que ver con la disposición que tenga la persona para ser atendida, así como con la confianza que se tenga en la institución médica, en los médicos o especialistas concretos. Sobre todo, tiene que ver con el valor que le da a la salud, el cual está estrechamente vinculado con la realización de las actividades cotidianas. Por ejemplo, cuando Mónica habla sobre querer estar bien, se refiere luego al hecho de que el dolor en el estómago no le permite realizar eficazmente su trabajo.

Durante la infancia la atención a la salud esta depositada en manos de las madres y los padres o de las personas encargadas de proporcionar el cuidado, sin embargo, cuando las niñas crecen hasta ser consideradas jóvenes o adultas la responsabilidad va recayendo cada vez más en ellas mismas. Sin embargo, la atención no sólo es responsabilidad de los padres con relación a sus hijos, o de las personas adultas respecto de sí mismas, sino también una obligación del Estado.



Así, en el caso específico de la anorexia y la bulimia, la responsabilidad que el Estado debe asumir, no recae sólo en el hecho de que en el Sector Salud haya áreas específicas que den atención a personas con estos problemas, o en la calidad de la atención que se les brinde, sino también en la importancia que se da a la creación de programas de prevención y en el empeño que se ponga en su funcionamiento. Hasta el momento, las únicas campañas de ayuda más que de prevención son las difundidas, a través de spots publicitarios, por instituciones privadas como Ávalon u Oceánica, instituciones dedicadas al tratamiento de adicciones.

En el ciclo actual de vida de estas jóvenes, ellas son responsables del cuidado de su salud y de recibir atención. En este punto como estudiantes universitarias ejercen su derecho a los servicios médicos, sin embargo, el acceso a la atención profesional no es suficiente para su recuperación; para que ésta suceda, en los casos específicos de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, es necesario que exista la necesidad de sentirse bien y antes, claro, haber hecho conciente la enfermedad.

Entre las jóvenes entrevistadas si bien son jóvenes que luego de recibir atención psicológica han comenzado a obtener un mejor estado de su salud, se produce un estira y afloja entre querer estar bien y continuar con el malestar, y tiene que ver con las situaciones vividas. Así pues, en el caso de Martha está el deseo de estar bien, tanto física como emocionalmente; pero, tanto los problemas que día a día vive con su novio, como los problemas económicos, familiares y laborales por los cuales transita, refuerzan su depresión. Por otro lado, en el caso de Mónica, la falta de recursos, la hostilidad de parte de la familia, el sentimiento de ser incapaz de ocuparse de su alimentación, aunque en realidad se esté ocupando ya de ese aspecto, la hacen sentir que no puede realizar lo que la nutrióloga le recomienda y así mejorar su salud.

Mónica cree que no puede llevar la dieta recomendada por su nutrióloga pues considera excesivo el número de raciones de alimento prescritos.

La dieta prescrita fue: “6 raciones de cereal, 4 raciones de carne, 2 de leguminosas, 6 de fruta, 2 de verdura, 6 de grasa, 6 de azúcar y 2 de leche”.

Considero que si bien una dieta prescrita por un especialista puede beneficiar a una persona ya sea para que gane o pierda peso, en los casos de las jóvenes que padecen trastornos en su comportamiento alimentario como Mónica, si no se ha asumido el hecho de que una misma es la procuradora de su salud, se hará de las situaciones de vida un obstáculo que justifique el no alimentarse. No obstante cabe señalar que el modo de vida puede ser en efecto adverso a la procuración del alimento.

A continuación presento algunos de los hechos por los cuales Mónica no puede seguir la dieta prescrita:

1) un orden del día en el que entre el horario de trabajo, el de la escuela, el tiempo de trasladarse a uno y otro lugar, no hay un tiempo reservado para la comida; 2) la alimentación implica todo un proceso que ocupa tiempo y espacios determinados para su realización, tornando el hecho de alimentarse en un problema más a resolver, ya sea ubicándolo tanto en el espacio público como en el privado. Por lo que toca al espacio privado, Mónica vive con su madre y en cierta medida delega en ésta el cumplimiento de su dieta, por ser la persona encargada de la preparación de los alimentos. Referente al espacio público, algunos de los factores son: las condiciones del lugar, es decir, que cumpla con las normas de limpieza y de servicio requeridas, y, sobre todo, que cubra la necesidad nutricional.

Así pues, la alimentación tiene que ver con la adquisición de recursos y si Mónica percibe un salario limitado por ser estudiante, también se limita su acceso a lugares donde esta necesidad pueda satisfacerse de manera óptima. Si por otra

parte, esta joven se ocupara de todo el proceso alimentario, es decir, de la compra y preparación de los alimentos, habría de tener un tiempo para realizar estas actividades, entonces, aumentaría su carga de trabajo.

El caso de Martha es similar al de Mónica en cuanto a las condiciones que les permiten satisfacer la necesidad de alimentación, mientras que en el de Miriam cambia debido a que es una joven con más recursos propios. No obstante, como se ha visto el problema más grave no es si se puede satisfacer esta necesidad sino por qué no se satisface y porque ni siquiera se considera como una necesidad.

Por otra parte, en el caso de Miriam, las situaciones por las cuales se produce el estira y afloja entre estar bien y no estarlo están relacionadas, al igual que en los otros dos casos, con las situaciones vividas en la esfera familiar aunque ya no de manera tan fuerte. Miriam se considera más independiente de su familia. Sin embargo, en su espacio de trabajo la gordura vuelve a ser tema de burlas y discriminación, lo que la afecta considerablemente en su autoestima.

Al señalar que las jóvenes entrevistadas ya se encuentran en el proceso de recuperación las ubico en un plano en que no se presentan como aquellas jóvenes que padecen anorexia y bulimia en un nivel crónico, y donde las obsesiones por el peso y las formas corporales se presentan como una fetichización del cuerpo, como ha sido interpretada por autores como Dio Bleichmar (2000). En esos casos las jóvenes se encuentran instaladas en el pensamiento anoréxico y bulímico (Hilde Bruch,2002), es decir en su obsesión por cumplir con "su deseo", de manera que no desean la intervención y por tanto entorpecen su recuperación.

En los casos de las jóvenes aquí estudiadas también presentan resistencias a la cura en el hecho de que no siguen las prescripciones médicas, de que no se concluyen los tratamientos, sin embargo, esto tiene que ver en parte

con el hecho de que la atención médica es una intervención que otros hacen sobre el cuerpo y por tanto como portadora de ese cuerpo las mujeres oponen resistencia para conservar su integridad.

De acuerdo con Eugenia Flores y Gloria Sayavedra, en el proceso de apropiación de la sexualidad, del cuerpo y de la salud, las mujeres construyen libertades, pero también enfrentan conflictos ante los cuales tienen que resistir o adaptarse, aunque sea temporalmente; en ese sentido, para las autoras, "el poder de afirmación (el poderío) es una dimensión de la salud de las mujeres" (1997:88).

### **Anorexia, bulimia y depresión.**

La depresión, de acuerdo con Émilce Dio Bleichmar (1999:21), es "un malestar que afecta a todo el cuerpo, el estado de ánimo, los pensamientos; afecta la forma en que una come y duerme, el deseo sexual, la opinión de una misma y el concepto de la vida en general"

Si bien Dio Bleichmar señala la diferencia entre la depresión como un estado de ánimo (la tristeza) y la depresión como enfermedad, asimismo señala la delgada línea que existe entre la una y la otra, siendo la depresión como enfermedad aquel estado del cual no se puede salir por mera voluntad.

En los casos de las jóvenes con las cuales conversé, solamente una de ellas recibió atención psiquiátrica, dándole a la depresión el contenido de enfermedad. Con respecto a este caso, que es el de Mónica, la depresión se manifestó con desgano y apatía a hacer las cosas, aislamiento, el sentimiento de haber perdido el sentido de la vida lo cual despertó en ella ideas suicidas. En los otros dos casos la depresión fue nombrada como un estado de ánimo temporal, sin embargo, sucedido a lo largo de toda la historia de vida.

Si bien las jóvenes refieren la depresión como un estado de ánimo temporal, la verdad es que se trata de algo de lo cual no pueden decidir ellas, la depresión afecta su forma de estar en el mundo y vivir la vida. En estos casos se trata también de mujeres que estuvieron rumiando incluso el suicidio, que se aislaron, pero, que ante la pregunta de si acaso no habría una manera distinta de vivir, una manera de ser feliz, se aferraron a esta idea de luchar por encontrarla o por construirlas ellas mismas.

Como resultado del estado depresivo se presenta un cambio en el comportamiento y la personalidad de cada una de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, no sólo son jóvenes con una profunda tristeza, sino que también se muestran calladas, se aíslan, son agresivas con los demás, sobre todo con ellas mismas.

Por otra parte, si bien el aislamiento pareciera ser una decisión propia, en realidad es una "decisión" a la cual han llegado orilladas por la sociedad patriarcal, a través de silenciar aquello que las molesta, les duele, las irrita. En estas jóvenes existe un dolor latente, un dolor callado que sólo ha logrado salir a través del cuerpo.

Si bien aún existe la disyuntiva entre si la depresión se presenta como precipitante ó consecuencia de la anorexia y la bulimia, lo que yo pude observar es que van caminando al unísono y que ambas se presentan como resultado de del cuerpo vivido y la experiencia vivida de cada mujer. Así pues, Mónica, por ejemplo, se presenta deprimida desde su infancia: "Yo siempre he creído que fui una niña aislada... yo no me recuerdo contenta, no me recuerdo alegre, simplemente estaba ahí y ya".

En los tres casos la depresión se presentó desde la niñez, y se manifestó, por ejemplo, en actitudes como comer crema para el cuerpo y esconderse bajo la

cama a llorar, en el caso de Miriam, ó, en la falta de interés para decidir que ropa le gustaría usar, en el caso de Martha.

Así pues, estas jóvenes están deprimidas porque desde pequeñas han sido víctimas de la discriminación genérica, fueron niñas y según sus situaciones particulares de vida por ese hecho fueron violentadas física o emocionalmente. La depresión, que no fue atendida, se exacerbó durante la adolescencia, etapa en que comienza el proceso de independencia familiar en que la relación con las amigas y los amigos adquiere mayor importancia.

Los cambios corporales propios de la pubertad son una experiencia subjetiva, por lo tanto pueden ser vividos con asombro, angustia, o goce, según el cuerpo vivido de cada persona. En los casos de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, los cambios que sus cuerpos experimentaron y la forma en cómo éstos las presentaron frente a los demás fue vivida con angustia y las deprimió aún más porque, al estar en un proceso de cambio y con la incertidumbre que todo cambio provoca, vivieron sus cuerpos como barreras para relacionarse, como cuerpos desagradables, feos o sucios. Porque en sus relaciones cotidianas se les reforzó esa idea, o porque nunca se les dijo lo contrario.

Por otra parte, la depresión, frente a la rebeldía que muestran la mayoría de las adolescentes como consecuencia de su deseo de libertad e independencia, puede, como en el caso de jóvenes que viven en conflicto, exacerbarse y explicitarse a través de hábitos autodestructivos como el alcoholismo, o en la anorexia y la bulimia.

El estado depresivo, que se ha asentado en las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, se alimenta de cada discusión familiar en que se les hace sentir culpables, de las situaciones en que su autoestima se ve mermada porque no se le reconocen sus logros, por el sentimiento de soledad como una amenaza que las ubica como marginadas del mundo y de los otros.

## **Repercusiones de la anorexia y la bulimia en la vida cotidiana.**

La anorexia y la bulimia modifican radicalmente la vida de las jóvenes que las padecen; en el caso de aquellas que son estudiantes, en un primer momento el rendimiento escolar suele mantenerse, dedicando al estudio toda la fuerza tanto física como mental; si la pérdida de peso continua, y el estado de salud se deteriora considerablemente, dejan la escuela por tiempo indefinido. Afecta asimismo en sus relaciones amistosas puesto que se aíslan. Las jóvenes con anorexia y bulimia son mujeres que viven en un estado de depresión que se manifiesta con apatía hacia la vida y hacia cualquier actividad a realizar, si bien no se suspenden las actividades, la realización de la mayoría de éstas no es motivo de goce ni placer, no obstante, hay actividades que las emocionan y que les dan sentido a sus vidas, y son actividades a las cuales se aferran como algo netamente propio, por ejemplo, cuando Mónica piensa en qué ocupará su salario mensual, piensa teóricamente en cubrir sus necesidades básicas como son su alimentación, su educación y su salud, y al lado de estas necesidades se encuentra asistir a sus clases de flamenco.

Ahora bien, los cambios que se suceden en la vida cotidiana a partir de que las jóvenes presentan los síntomas de la anorexia y la bulimia son principalmente en el seno familiar. En los casos citados por Hilde Bruch(2002), las relaciones familiares se tornan demasiado aprehensivas, sobreprotegiendo a la hija, regresándola nuevamente a su condición de niña. En esta investigación, no encontré ningún caso similar, lo cual se debe, entre otros aspectos, a la edad, es decir no son adolescentes sino jóvenes; a las situaciones y condiciones particulares de vida en la esfera familiar, determinadas en gran medida por sus condiciones de clase, es decir, provienen de familias que han vivido en la pobreza, pero que actualmente gozan de mejor nivel de vida.

En los casos estudiados en esta investigación más que afianzarse los lazos familiares lo que prevalece es la búsqueda de independencia y autonomía. Las jóvenes ven su separación del seno familiar como necesaria para su curación.

Las relaciones familiares de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia se ven alteradas de manera alarmante cuando las jóvenes se encuentran en crisis, cuando la anorexia y la bulimia se evidencia en sus cuerpos. Cuando tienen que ser atendidas de emergencia y necesitan de los cuidados de sus madres y demás familia. Sin embargo, la crisis no es la única que transforma las relaciones, sino que éstas se van transformando al paso que la anorexia y la bulimia se instalan en las jóvenes. Sus cambios de carácter, su rebeldía, su aislamiento, sus vómitos, sus privaciones, todos son factores que perturban el "orden" familiar, porque comienzan a ser vistas como la que está enferma, la loca, ellas mismas como en el caso de Mónica califican su manera de ser diferentes como "loquera".

Ahora bien, de los tres casos estudiados, Miriam fue la única que puso al tanto a su familia acerca de su enfermedad, trastrocando con ello las relaciones familiares, en el sentido de que las actitudes de los integrantes de la familia se modificaron percibiendo a Miriam como Miriam bulímica.

Menciono arriba que al darle Miriam nombre a su padecimiento y nombrarlo como bulimia explicitando que se trata de una enfermedad fue un hecho que en la esfera familiar se presentó como transformador de las relaciones, aunque es claro que mucho antes de nombrar la enfermedad las relaciones se vieron afectadas y transformadas a través del cambio en las actitudes y personalidad de la joven.

En lo que toca a la madre, la preocupación por la muerte como última consecuencia de la bulimia, produjo en esta mujer preocupación y angustia por lo que pudiera sucederle a su hija, de manera que la relación madre-hija tuvo un ligero cambio en el sentido de que se suavizaron tensiones antes constantemente presentes. Lo cual se debió, en buena medida, al hecho de que Miriam, ya en



proceso de recuperación, pudiera responder y nombrar lo que le molestaba, abriendo una línea de comunicación, antes inconcebida, con su madre.

Sin embargo, el hecho de que Miriam padeciera bulimia también la hizo objeto de críticas y juicios. Cuestiones como comer demasiado le merecieron críticas por parte de su familia al no poder conectar la sobreingesta con la enfermedad, y concebirla como una actitud de desconsideración con respecto a los demás integrantes de la familia, o por otra parte, considerar la bulimia como extensión de la locura, como fue interpretada por una de sus hermanas.

Las mujeres que padecen anorexia y bulimia son sujetas socialmente estigmatizadas, consideradas locas por la sociedad patriarcal, porque por vanidad caen en esas enfermedades o porque son mujeres con baja autoestima que por tal motivo no pueden discernir entre lo que es benéfico para ellas de lo que no lo es<sup>28</sup>, o bien consideradas mujeres débiles. La autoestima se considera desde la visión androcéntrica como un hecho que sólo depende de la persona, de su voluntad, de que la persona se quiera a sí misma. Se omite que la autoestima de las mujeres es resultado de su experiencia vivida y de su mundo vivido.

Algunas de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia disminuyen su desempeño académico y laboral antes incluso de los periodos de crisis en que algunas llegan a estar hospitalizadas por problemas cardiovasculares o por

---

<sup>28</sup> Es oportuno señalar en este momento que se ha comprobado médicamente de los efectos que trae consigo la inanición, siendo, la obsesión por temas relacionados con la alimentación uno de los síntomas principales.

Autores como Casper, Garfinkel y Kaplan, consideran que la causa de la obsesión de las anoréxicas sobre los contenidos mentales en torno a la comida es resultado de los "efectos directos de la hambruna" como ha quedado demostrado en los estudios de Keys y col. (1950), en la Universidad de Minnesota con 38 varones normales voluntarios. Durante 3 meses se les observaron sus pautas habituales de comida y en los 6 meses siguientes se redujo la ingesta a la mitad, perdiendo aproximadamente el 25% del peso original. La restricción de la dieta produjo una serie de cambios que reproducían los observados en las anoréxicas: hablaban sólo de la comida, perdían gran parte del interés por otros asuntos y actividades, estaban inquietos e irritables y era muy difícil mantener un diálogo con ellos. Al finalizar la experiencia, un elevado porcentaje demoró entre 8 meses a un año en recobrar su vida normal y un 3% continuó con la restricción alimentaria" (Bleichmar, 2000:4). Menciono lo anterior con el fin de mostrar que hay factores de alguna manera

hipoglucemia, problemas ocasionados por la falta de alimento. Así pues bajan su rendimiento porque se sienten inseguras de lo que están realizando, sienten que están a prueba y que no pueden cumplir con lo que se les demanda.

---

independientes de la conciencia de la persona, que exacerban las obsesiones y fantasías que ésta pueda crear de manera consciente o inconsciente.

## CAPÍTULO IV

### EMPODERAMIENTO Y AUTOESTIMA: ALTERNATIVAS DE VIDA

#### 4.1 Empoderamiento y autoestima.

En la perspectiva feminista el empoderamiento "se considera como la base desde la cual se generarán visiones alternativas de la mujer, así como el proceso mediante el cual estas visiones se convertirán en realidades a medida que cambian las relaciones sociales" (Carmen D. Deere y Magdalena León, 2000:29). El empoderamiento está planteado así a nivel colectivo, de forma que para su efecto son necesarias la apertura de espacios democráticos y participativos, así como la organización de las mujeres.

Sin embargo, es condición necesaria para el empoderamiento la toma de conciencia o concientización, retomando el término utilizado por Catharine MacKinnon (1995). De acuerdo con esta autora, la concientización es el método del cual se vale el feminismo para el análisis de la vida social, es la forma de saber del feminismo.

De acuerdo con Catharine MacKinnon, "[Un] grupo oprimido debe hacer añicos enseguida el mundo reflejado en sí mismo que lo rodea y, al mismo tiempo, proyectar su propia imagen en la historia. Para descubrir su propia identidad como algo distinto de la del opresor, tiene que ser visible para sí mismo" (op. cit.:157).

La concientización es la toma de conciencia sobre las formas en que se encuentra oprimida cada mujer. A partir de esta conciencia es posible empezar a sentir la necesidad del cambio, es la necesidad la que hará que busque alternativas.

Por otra parte, para Carmen Diana Deere y Magdalena León, "el término empoderamiento obviamente llama la atención sobre la palabra "poder" y sobre el concepto de poder como una relación social". Para Jo Rowlands, señalan Deere y León, el poder condiciona la experiencia de la mujer en un doble sentido: "Es la fuente de opresión en su abuso como la fuente de emancipación en su uso" (2000:30).

El empoderamiento no ocurre sólo en el nivel colectivo, sino que cada mujer particular, después de tomar conciencia de aquello que la oprime, y de acuerdo con sus posibilidades y recursos de vida, puede empoderarse.

Para Jo Rowlands, el poder en cada mujer es el "poder desde dentro", es decir el poder interno, el cual "Se basa en la generación de fuerza desde el interior de uno mismo y se relaciona con la autoestima" (op. cit.:31).

La autoestima para Marcela Lagarde, "... es el conjunto de experiencias subjetivas y de prácticas de vida que cada persona experimenta y realiza sobre sí misma. En la dimensión subjetiva intelectual, la autoestima está conformada por los pensamientos, los conocimientos, las intuiciones, las dudas, las elucubraciones y las creencias acerca de una misma, pero también por las interpretaciones que elaboramos sobre lo que nos sucede, lo que nos pasa y lo que hacemos que suceda. Es una conciencia del Yo en el mundo y, por ende, es también una visión del mundo y de la vida. Y en la dimensión subjetiva y afectiva, la autoestima contiene las emociones, los afectos y los deseos fundamentales sentidos sobre una misma, sobre la propia historia, los acontecimientos que nos marcan, las experiencias vividas y también las fantaseadas, imaginadas y soñadas" (2001:29).

Asimismo, la autoestima se expresa en la forma en como vivimos y convivimos con los demás, en nuestro modo de vida, en la manera en que experimentamos nuestra corporalidad y la forma en que reaccionamos ante los hechos.

La autoestima es la estima del Yo, es decir es el amor y respeto que siento por mí misma y de qué manera experimento esta estima en los cuidados, atenciones, que tengo hacia mí, en lo que espero en cuanto a mi propia realización, la autoestima es "la capacidad de recabar para sí misma todo lo bueno, y de cuidar vitalmente el propio Yo en su integralidad corpóreo-subjetiva, como ser-en-el-mundo, como mujer-en-el-mundo" (op. cit.:31).

Así, cada mujer se empodera según sus condiciones y situaciones particulares de vida, y de acuerdo con la subordinación de la cual se es objeto en distintos niveles como son el personal, familiar y comunal, y "ocurre cuando se da un cambio en la dominación tradicional de las mujeres por los hombres, ya sea con respecto al control de sus opciones de vida, sus bienes económicos, sus opiniones o su sexualidad" (Carmen D. Deere y Magdalena León, op. cit.:32).

"Empoderada cada mujer es la primera satisfactora de sus necesidades y defensora de sus intereses, y la principal promotora de su sentido de vida, de su desarrollo y enriquecimiento vital, de sus libertades y de su placer" (Marcela Lagarde, op. cit.:28).

#### **4.2 Visibilizando los recursos con que cuentan las jóvenes y que son fuente principal para su empoderamiento.**

Antes de señalar aquellos aspectos que considero fueron y son fundamentales para el empoderamiento de las jóvenes entrevistadas, para no seguir posicionadas en situaciones de opresión y por tanto para recuperar su salud física y mental empeñada en la anorexia y la bulimia, debo decir que el punto primero, como ya lo he señalado con anterioridad, es la conciencia de que lo que les sucede puede evitarse.

La concientización como en el caso de las jóvenes entrevistadas es resultado de la reflexión sobre la experiencia vivida, pero también de la

intervención psicológica, por lo que hay que relevar la importancia y el significado que tiene la terapia para mujeres que viven situaciones como las ya nombradas respecto de estas jóvenes.

### **Hacia donde canalizar la rebeldía.**

Una constante durante la niñez de las mujeres que padecen de anorexia y bulimia es la falta de libertad para ser ellas mismas, su comportamiento está en función de complacer a los demás, principalmente a sus padres. Presentan una dependencia total ya que no ejercen su capacidad de decisión, su fin es ser la hija buena que los otros quieren que sea. Sin embargo, en la mayoría de los casos, tanto en los estudiados en esta investigación como en los relatados por la clínica, a partir de la adolescencia las mujeres se rebelan a través de actos infantiles como dejar de comer.

La rebeldía naturalizada durante la etapa de la adolescencia, sobre todo en los varones, en las mujeres es vista como anormal en función de que no corresponde con los atributos de la representación femenina: pasividad, sumisión y obediencia. Desde dicho parámetro la rebeldía en las mujeres significa un peligro mientras que en los hombres es considerada "natural".

Respecto de la actitud "rebelde" de las mujeres anoréxicas y bulímicas se dice que lo que pretende es tener el control sobre su cuerpo y su vida. Sin embargo, en la mayoría de los casos lejos de tener control se autosometen. En este sentido, la rebeldía es pasiva hacia aquello que le dio origen, ya que no se actúa para transformar las cosas, sino que la dirijo en su forma negativa contra mí misma, es decir es autodestructiva. En este sentido la rebeldía no significa un beneficio, como lo es la rebeldía como una forma positiva de ayudar en la autonomía.

No obstante lo anterior, para algunas de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, la rebeldía significó el primer impulso hacia la búsqueda de sí mismas, a través de la toma de sus propias decisiones. La rebeldía de las jóvenes entrevistadas, no es sino la toma de distancia con respecto a algunas actitudes de sus familiares que de una u otra manera las someten. Ser rebelde, en los casos de estas jóvenes, es sinónimo de autonomía; en algunas de ellas la rebeldía comenzó durante la adolescencia, en el caso de Miriam al comienzo de la terapia psicológica.<sup>1</sup>

Las jóvenes son rebeldes porque han infringido la norma de la obediencia. De acuerdo con Graciela Hierro (2001-2002), la obediencia es el mecanismo por medio del cual se limitan las capacidades de las mujeres dejándolas en condición de inferiores, "es en gran medida la función de los desposeídos socialmente".

La obediencia es enseñada a las hijas a través del trabajo maternal; las madres, en sus actos y discursos diarios dejan implícita la Ley del padre simbólico, observando el principio, de que "estas en el mundo del padre, no debes nunca olvidarlo" (op. cit.).

De cara a la obediencia la rebeldía puede ser en su forma positiva un recurso para deshacerse del yugo familiar y ganar en la autonomía.

### **La educación: un poder**

Uno de los recursos, todavía limitado, a los que acceden las mujeres y que puede significar la diferencia entre seguir oprimida y tener acceso a la libertad es la educación.

---

<sup>1</sup> "Yo ya aprendí como mandar a la chingada a mi familia; mandarlos a la chingada es que no te afecte tanto" (testimonio de Miriam).

La escuela adscribe a las personas como estudiantes y dicha adscripción forma parte de su identidad. Es por ello que en el caso de las jóvenes que viven en situación de crisis esta pertenencia es vital. La escuela no significa sólo el espacio de formación, un espacio donde se adquieren conocimientos con el fin de un beneficio posterior, como tampoco es sólo un espacio de interacción y relaciones sociales, es todo esto, pero también es aquello que las ubica en el mundo, lo que da sentido a la vida de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, y que les representa posibilidades de una vida distinta.

En el caso de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, la escuela es la principal alternativa de vida, y si bien en esta también se juegan relaciones de poder, es en sus espacios donde las jóvenes viven relaciones más solidarias e igualitarias. Así, el espacio universitario no sólo es formativo, sino también donde se conforman nuevos vínculos, ya sean ideológicos, políticos o afectivos. Para las jóvenes entrevistadas, los vínculos afectivos germinados dentro del espacio universitario han sido determinantes en sus vidas al surgir relaciones de pareja, amistosas y profesionales.

Si bien muchas jóvenes ante el desgaste físico y ante la depresión dejan la escuela de forma indefinida, las que logran continuar en ella no sólo demuestran una resistencia mayor a los estados depresivos ya que ocupan sus pensamientos en otras actividades, sino que pueden canalizar su rabia o tristeza al desarrollo de éstas. Sin embargo, la educación no es por sí sola una alternativa ya que algunas mujeres continúan sus estudios a la par que viven la anorexia y la bulimia, incluso muchas de ellas son profesionistas reconocidas en sus áreas de trabajo, no obstante, la educación es portadora de autoestima para las mujeres y la autoestima es fundamental para la recuperación.

Como institución formativa, la Universidad es una de las principales fuentes de donde las jóvenes obtienen recursos de vida. Así, a través de la educación adquieren conocimientos indispensables para acceder al campo laboral altamente



calificado<sup>2</sup>; es el campo, utilizando la categoría de Bourdieu, donde las personas pueden incrementar su capital simbólico, el cual les proporcionará cierto estatus. Es así, la institución que abre nuevas vías a seguir, de acuerdo con la particular concepción del mundo y de la vida.

La educación superior brinda alternativas de vida no sólo por lo que las personas esperan a futuro del conocimiento adquirido, sino porque en sí misma es un recurso que las posiciona en la sociedad. Es un elemento de estatus, a pesar de que en la actualidad su valor simbólico haya decrecido en comparación con el merecido en la década de los años sesentas y setentas, por ejemplo.

La importancia del estudio para las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, responde al hecho de que como estudiantes, la Universidad es el único espacio donde pueden demostrar sus capacidades intelectuales, demostrar que ser mujer es mucho más que ser un cuerpo. Aunque hay también que distinguir los casos en que las jóvenes desarrollan una compulsión por el estudio, lo que identifico como la lucha entre no comer y "comerse los libros".

Por otro lado, ser parte de la Universidad es tener derechos, entre éstos el acceso a los servicios de salud proporcionados por la institución universitaria específicamente la UNAM. Como ya he mencionado en el perfil de cada una de las jóvenes entrevistadas, son mujeres con limitados recursos financieros, por ello el acceso a los servicios de salud universitarios ha sido un factor determinante para recibir atención profesional y así ayudar en su recuperación tanto física como emocional y mental.

---

<sup>2</sup> De acuerdo con Henrietta L. Moore (1991:130), "Las consecuencias de la educación en el empleo no pueden separarse de otros factores que determinan la entrada de la mujer en el mercado laboral y que directa o indirectamente, están ligados a la educación propiamente dicha. Algunos de los factores más significativos a este respecto son la posición jurídica de la mujer, los valores culturales acerca de la conducta propia de la mujer, la estructura demográfica y la edad a la que la mujer suele contraer matrimonio"

### **El trabajo<sup>3</sup>.**

Para las mujeres acceder a un trabajo y por tanto percibir un ingreso, aunque este sea mínimo, es una forma de ir marcando su independencia ya que el hecho de poder cubrir autónomamente sus necesidades vitales es el primer paso para manejar sus propias vidas.

Si bien, en dos de los casos, las jóvenes perciben sueldos que apenas cubren sus necesidades primarias como alimentación, salud, educación, la aceptación tanto del empleo como del sueldo percibido se fundamenta en las situaciones particulares de vida. Por ejemplo, se acepta un trabajo aun cuando no cumpla con las expectativas laborales, por representar la única posibilidad que permite, al vivir situaciones cada vez más conflictivas, dejar el espacio y a las personas de quienes dependen económica y afectivamente. Así pues, el trabajo y el ingreso que se percibe de éste es el elemento más importante para la independencia.

La distancia física por parte de las jóvenes con relación al espacio donde se encuentran oprimidas es una forma de dejar de lado aquello que las afecta para poder ser desde otras condiciones de vida. Me refiero aquí a los casos específicos estudiados, es decir, que se trata de mujeres jóvenes, en edades en que pueden valerse por sí mismas. En los casos de las adolescentes, que es durante esa etapa de la vida en se presentan de manera acuciante los síntomas de bulimia y anorexia, es necesario pensar en otro tipo de alternativas.

La independencia económica que es resultado del trabajo, significa asimismo la capacidad de tomar la salud en sus propias manos, no sólo por el

---

<sup>3</sup> No obstante que el ingreso de la mujer al campo laboral depende de varias situaciones relacionadas con la demografía, la estructura económica, así como con aspectos culturales e ideológicos que fundamentan la división sexual del trabajo, es decir, el reparto social de tareas en función del sexo su inserción es cada vez más alta; por ejemplo, "en los países industrializados ascendió desde un 36.7% en 1950 al 41% en 1985" (Ana Amorós,2000:265).

hecho de que ayuda a desasirse de las relaciones opresivas que determinan en buena medida el estado de salud, sino en el significado literal de las palabras, en la posesión de recursos para poder solventar los gastos que representa el acceso a la salud, la atención psicológica y médica, pero también la adquisición de medicamentos.

Por otra parte, el trabajo al igual que la educación es un elemento de identificación personal. En los casos estudiados el trabajo representa, según las condiciones laborales de cada una, un motivo de orgullo de sí misma por la especialización del trabajo que se realiza, o por otro lado la vivencia de la frustración y de la infravalorización. Sin embargo, el estado anímico, así como los ideales no cumplidos influyen considerablemente en la forma en como se experimente la vida laboral, y viceversa, las condiciones en las que se trabaja influyen en el estado emocional de las personas. No obstante, aun cuando el trabajo no sea lo que se esperaba, a pesar de las relaciones laborales conflictivas, siempre es fuente de valor para las personas porque les resuelve sus necesidades inmediatas.

Así, el trabajo, para las mujeres jóvenes solteras es la principal fuente de poder y autonomía en la relación con sus familias, representa libertades, derechos y oportunidades.

Como fuente de recursos materiales y simbólicos también, el trabajo es parte fundamental de ser mujeres. Es por ello que en el caso de las jóvenes anoréxicas y bulímicas que son mujeres dependientes afectivamente, que su autoestima radica en lo que los otros piensen de ellas, en lo que los otros deseen para ellas, en lo que los otros les dan, el trabajo tiene el valor de ser el medio necesario para la autonomía pero sobre todo el medio que les da las llaves para dejar de ponerse en riesgo de vivir nuevamente en conflicto.

Sin embargo, el trabajo como elemento indispensable en las alternativas de vida no opresivas depende de la conciencia que cada mujer logre tener del valor de lo que hace. De la conciencia de que el trabajo es parte fundamental de su identidad. Y, si logra ver que ser esa mujer que sabe hacer tales cosas, pero también otras tantas, puede ver la integridad de su persona, y no supeditar todo su ser a un solo aspecto, es decir, dejar de verse escindida.

Así pues, hacerse de recursos es una condición sine qua non para la recuperación de las jóvenes que sufren de anorexia y bulimia.

### **Familia y afectos.**

El hecho de que las jóvenes vivan la anorexia y la bulimia cotidianamente en un contexto familiar y social opresivo, representa un factor que propicia la permanencia de las enfermedades, ya que se siguen reproduciendo las mismas relaciones conflictivas. Es por ello que la toma de distancia en espacio, entre las jóvenes y sus familias, es un hecho que apacigua las hostilidades y que permite mejorar las relaciones.

Sin embargo, la posibilidad de la distancia física no siempre es inmediata, no obstante, en esos casos (la mayoría) en que las jóvenes permanecen con sus familias, ocurren algunos cambios positivos, que son los que ocupan este capítulo, y aunque mínimos son de mucha importancia ya que representan una transformación en las relaciones familiares.

En los casos de estas jóvenes el principal cambio se ha presentado por parte de las madres. No es que las relaciones con la madre hayan cambiado de la noche a la mañana, ni mucho menos que los cambios sean radicales, sino que se trata de pequeños actos que las hijas, aunque se resistan a aceptarlos como un cambio real, los viven de manera positiva en sus relaciones, que de alguna manera son más solidarias.

Las jóvenes creen que sus madres cambian sus actitudes hacia ellas porque se sienten culpables, y en efecto, la culpa se asienta en las madres por no haber sido "buena madre". Sin embargo, las madres no sólo cambian sus actitudes en la relación con sus hijas por sentimientos culpabilizantes sino porque la maternidad al igual que la conyugalidad ocupan su principal quehacer social. Pero asimismo, por el lazo afectivo que mantienen con sus hijas.

Un aspecto importante, en la relación madre-hija presentado en los casos de Miriam y Martha, por ejemplo, es que estas jóvenes han logrado comprender en cierta medida los actos de sus madres y eso las acerca a entenderlas como mujeres. Y por lo tanto les ayuda a tener una conciencia de género.

Por otra parte, han dejado al descubierto problemas no nombrados por la familia, que por no nombrados quiera decir que tampoco desconocidos por cada uno de sus miembros. Puede que no se sucedan cambios radicales debido a esto, sin embargo, la injerencia es indiscutible.

En los casos de Miriam y Martha nombrar ante la familia aquello que las dañaba y de lo cual las relaciones familiares eran parte activa fue un gran avance puesto que no sólo dejaron al descubierto que las relaciones familiares son opresivas sino también que no por ser del ámbito familiar son justificables, y, sobre todo que algunos hechos son imperdonables.

Al nombrar lo que produce dolor puede iniciarse un proceso de comunicación con quienes nunca se habían comunicado realmente, por la incapacidad de demostrar su desacuerdo, o porque simplemente nunca se sintieron escuchadas. Pero también, aun cuando esa comunicación no se da, si nombro lo que me duele y lo hablo con otras personas, lo reelaboro y doy lugar a la reflexión al porqué me afecta tanto, lo cual me ayuda a entenderme y a comprenderme, y en cierta medida a entender a los demás, y si bien a aceptarlo no así a perdonarlo.

Por otra parte, la independencia económica familiar también está acompañada de una independencia en los afectos. Las jóvenes han logrado tomar distancia con respecto a sus familias porque cuentan con apoyos y afectos externos como son los amigos, la pareja, las relaciones solidarias. En estas jóvenes la experiencia de la soledad es dolorosa y por ello la importancia de sentirse apoyadas por otras personas. La conciencia de que se cuenta con otras personas aparte de la familia es un elemento que las ayuda no sólo en la autoestima sino a evitar el aislamiento y la depresión.

### **La sexualidad.**

En la vivencia de la sexualidad, como ya se ha mencionado a lo largo de esta investigación, es el núcleo del conflicto que tienen las mujeres anoréxicas y bulímicas vivido a través de y con su cuerpo. Así, han ocurrido aspectos positivos vividos por las jóvenes, hechos que han influido en la percepción que éstas tienen de sí mismas: una de las situaciones más importantes ha sido paradójicamente la vivencia de la maternidad. Digo paradójicamente porque no sólo la clínica psicoanalítica habla del rechazo a la maternidad por parte de las jóvenes, sobre todo de las adolescentes, explicación que se da al cese de la menstruación; sino que es en el cumplimiento de un hecho considerado el deber ser de las mujeres donde la joven en cuestión, encontró en efecto un aliciente en su vida. Por supuesto, con su embarazo Martha, que es la joven a quien me refiero, tuvo que cambiar sus hábitos alimentarios y recuperar el peso perdido. Su embarazo significó el elemento que esta joven necesitaba para asirse al mundo, pues a pesar de que en un primer momento este hecho le provocó incertidumbre en su vida, posteriormente fue una situación que la hizo sentirse mejor que en otros momentos, animada y con ganas de estar y sentirse bien.

Jóvenes como Martha, que se sienten tan carentes de amor y afecto, consideran en su imaginario a la hija o el hijo como una o un acompañante con quien ya no estarán solas, a una persona por quien tendrán que hacer lo que les

cuesta trabajo hacer para sí mismas. Pero sobre todo a alguien en quien podrán volcar los cuidados y la atención que hubieran querido para ellas.

La idea culpabilizadora que hay en esta joven por no haber cuidado y protegido a la niña que un día fue, puede traducirse en una necesidad de redención que obtendrá a través de una hija o un hijo.

Por otra parte, con la construcción de la autoestima, la percepción que las mujeres tienen de sí mismas y de sus cuerpos se transforma, de manera que si se sienten bien con las cosas que hacen, con lo que son en sus distintas dimensiones, podrán sentirse bien con su cuerpo. De forma que la imagen corporal recupere su aspecto "normal", es decir, la imagen que las mujeres tienen de sus propios cuerpos cambia según vivan situaciones corporales menos enajenantes y puedan sentirse como un todo íntegro, ser cuerpo, pero también mente.

Asimismo, la sexualidad para estas jóvenes ha adquirido nuevos códigos, ya no es sólo opresiva sino también algo que produce placer, que es gozosa. No sólo porque en la experiencia se han vivido hechos de esta naturaleza sino porque la conciencia del cuerpo como un cuerpo propio asienta en las jóvenes una conciencia de ser las únicas que pueden decidir sobre su sexualidad.

El poder de decisión se presenta en hechos tan concretos como el poder decidir cuándo embarazarse y si es que desean hacerlo o no, como en el caso de Miriam y Mónica quienes piensan en estar bien ellas, incluyendo en ese estar bien tanto en el aspecto emocional como en sus realizaciones profesionales, antes que pensar en la maternidad. No obstante lo anterior, ese poder no es extensivo a todos los aspectos sexuales, sobre todo cuando se está contra lo normal, por ejemplo, aún resulta difícil vivir la homosexualidad abiertamente.

### 4.3 La atención.

Por supuesto parte fundamental para la concientización de las jóvenes, fue el acceso a la atención sobre todo psicológica, ya fuera en grupos de apoyo o individual.

Como ya mencioné con anterioridad respecto de este punto, las jóvenes suelen resistirse a la intervención médica o psicológica por razones que tienen que ver no sólo con defender su deseo consciente o inconsciente, sino también y quizá sobre todo porque la atención que han recibido ha tenido tintes de autoritarismo; sin embargo, cuando se accede a una atención donde la persona es considerada como tal y en la que el psicólogo consigue la empatía con sus pacientes, cada una de sus palabras resulta de gran importancia para que las jóvenes reflexionen sobre sus vidas y por lo tanto sobre su actuar enfermizo.

Las jóvenes estudiadas en esta investigación tienen una gran cualidad, todas ellas no aceptan cualquier tipo de intervención, son mujeres que se han formado un juicio crítico sobre la atención que se merecen y que si bien el poder de decisión que tienen respecto a continuar o dejar la terapia, puede utilizarse como un arma de dos filos, es decir que puede actuar tanto en su beneficio como en su perjuicio, no obstante se encuentran en un momento en que la lucha es por estar bien.

Con la atención terapéutica que las jóvenes han tenido su salud física y sobre todo mental ha mejorado considerablemente, se nota en su ánimo, en las ganas que tienen de hacer cosas, de estar y sentirse bien.

La salud tanto física como mental las dota de seguridad en sí mismas la cual se nutre con el reconocimiento de sus capacidades para enfrentar la vida, para resolver los conflictos; Su autopercepción cambia al reconocerse saludables, se ven fuertes y esta fuerza las protege de daños posibles.



La salud se traduce en un poder para las mujeres si llegan a ser conscientes de que conservarla es su responsabilidad porque entonces pueden apropiarse de sí mismas y de sus cuerpos.

Sin embargo, no son las mujeres en general las únicas responsables de su bienestar, sino que es necesario un cambio en la estructura social y económica pero también en las mentalidades para que las mujeres dejen de ser consideradas inferiores con respecto a los hombres; para que, siendo la mitad de la humanidad gocen de un trato igualitario, así como de las mismas oportunidades para su desarrollo personal; para que dejen de ser flanco de violencia por el sólo hecho de ser mujeres y no responder a los estereotipos femeninos dominantes.

Para transformar las inequidades en igualdades, la violencia en tolerancia y respeto, es fundamental la intervención de un Estado que antes que nada pueda ver a las mujeres concretas y sus necesidades.

## CONCLUSIONES

En principio, definir a las mujeres que padecen de anorexia y bulimia como construcciones socioculturales no excluye la implicación de aspectos biológicos y psicológicos en sus personas, pues la anorexia y la bulimia son resultado de la relación dialéctica entre distintos factores que son parte del mundo vivido por las mujeres.

Por otra parte, señalo la importancia de la perspectiva de género pues, sólo a través de ésta, y de la teoría de género, fue que pude ver la complejidad del fenómeno, de tal forma que fueron visibles hechos que de otra forma hubiera obviado o incluso despreciado. Sólo a través de la perspectiva de género y de categorías como la condición social genérica, pude ver y comprender que la anorexia y la bulimia son el resultado de todo un complejo de situaciones vividas subjetivamente enmarcadas por el patriarcado.

Asimismo, relevo la importancia de la interdisciplina como el método por medio del cual se puede comprender un fenómeno si no en su totalidad, puesto que toda investigación requiere e implica límites para su concreción, si con un acercamiento que de cuenta de éste como un complejo multicausal y en constante transformación.

Al concebir a las mujeres que padecen de anorexia y bulimia como construcciones ubico el análisis en dos niveles: uno el objetivo, en el cual destaco que son la sociedad y cultura patriarcales las que les dan origen y donde debe relevarse la condición y situación genérica, en que como género las mujeres están en opresión. Y dos, el mundo subjetivo, en el cual relevo que el proceso se vive de manera individual y que por lo tanto está determinado por la personalidad de cada una de las jóvenes que las padecen y de su mundo vivido, lo cual me permitió señalar que se trata de un complejo en el que intervienen factores tanto sociales, culturales, económicos, políticos, como psicológicos y biológicos. No

obstante en la construcción de la anorexia y la bulimia hay una dialéctica entre la objetividad y la subjetividad de los hechos; por lo tanto, deben considerarse más que como elementos separados como superpuestos.

En cuanto a la comprobación de las hipótesis planteadas al inicio de esta investigación: la respuesta a la primera de ellas, que planteaba que la anorexia y la bulimia eran males propiciados por la presión social a cumplir con el estereotipo dominante de belleza corporal, mostró sus matices. Por un lado, resultó empíricamente insostenible ya que tanto los casos analizados, como los relatados en otros estudios y algunos presentados en internet —espacio donde se habla de una comunidad (virtual) pro-anorexia y bulimia—, dilucidaron que éste no es el centro del problema. Las dietas que realizan las jóvenes que padecen anorexia y bulimia no responden en la mayoría de los casos a un deseo por la belleza corporal sino que son la excusa que aceleró lo que se había gestado a lo largo de la historia de cada mujer y están vinculadas con problemas en la vivencia de la sexualidad. Problemas que se viven principalmente dentro del seno familiar, pero que surgen como consecuencia del tipo de relaciones sociales que tienen cabida en un orden social patriarcal.

Por otro lado, al ubicar la hipótesis en la dimensión política de la cultura de la delgadez, fue posible ver que el uso político de este nuevo código de belleza femenina responde a la perpetuación del patriarcado. Desde la ideología patriarcal el cuerpo femenino se presenta como uniformidad, reproduciendo la idea de que es un cuerpo para ser mirado y evaluado. Esta evaluación exige a las mujeres como género un sometimiento continuo. Es importante señalar que este mandato de género está estrechamente relacionado con la clase y la etnia a la cual pertenecen las mujeres, por lo que dependiendo de las condiciones y situaciones específicas de cada una el imperativo resulta más o menos eficaz.

En los casos estudiados, si bien las jóvenes que padecen anorexia y bulimia más que ser fieles reproductoras del estereotipo de la delgadez como

sinónimo de belleza femenina, son mujeres que en cierta forma van en contra de reproducir éste y otros estereotipos de género, tales como la maternidad, la sumisión y la dependencia; trasciende el hecho de que el estereotipo de lo delgado como bello toca directamente la autoestima de todas las mujeres, pues éste es un imperativo genérico, es decir, que no sólo opera a nivel de las representaciones sociales sino que es un hecho presente en las relaciones sociales.

Cabe destacar que el contenido de la categoría belleza es histórico, cultural y social. Por lo tanto, no hay una belleza pura; lo que puede ser considerado bello por una sociedad para otra no lo es, lo que fue bello en una época específica no necesariamente lo es en otra. La belleza física al igual que otros tipos de belleza son producto de procesos sociales a través de los cuales se define y redefine.

En las sociedades patriarcales, la belleza física o corporal es una de las cualidades exigidas a las mujeres. Dicha exigencia es resultado de la cosificación femenina.

Al ser la belleza femenina un imperativo, las mujeres ven afectada su autoestima, en tanto que socialmente son medidas respecto a si corresponden o no con el ideal de belleza establecido, sobre todo cuando no tienen otros modelos femeninos de ser, así como si no han realizado una conciencia crítica sobre los estereotipos de género.

La autoestima depende, no obstante, de la forma en que cada mujer ha vivido y sentido su propio cuerpo, y a sí misma. Si la belleza corporal se vive como un poder, más que como un deber ser, entonces las mujeres no sólo tienen un punto a su favor en lo que toca a su autoestima sino que pueden obtener beneficios de dicho poder .

En cuanto a la hipótesis referente a los medios de comunicación como principales difusores de la cultura de la delgadez, al ver lo complejo que resulta el proceso de construcción de las mujeres con bulimia y la anorexia, no puede considerarse como un factor que *per se* ha incrementado la incidencia de estas enfermedades, aunque, si nos abocamos a la valoración social de la delgadez como estereotipo corporal femenino dominante, promovido y legitimado por los mass media, y a los efectos que esto provoca en la autopercepción que las mujeres tienen de sí mismas, su influencia es incuestionable.

Presentar, en otra hipótesis, el cumplimiento del estereotipo a través de las dietas, en la etapa inicial del adelgazamiento corporal de las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, como excusa o forma de enmascarar un deseo que las posiciona más allá de ser meras reproductoras de estereotipos, y que tiene que ver con su sexualidad expropiada y escindida, me dio respuestas más certeras al por qué de la incidencia de la anorexia y la bulimia en las mujeres. Al ser consideradas, y al vivirse, sólo como cuerpos para el erotismo, y para la maternidad, las mujeres no pueden reconocer su integridad como personas sino que se ven fragmentadas.

Así pues, a las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia les han sido expropiado sus cuerpos, y si bien creen que les pertenecen porque creen decidir sobre ellos libremente, y que en la anorexia y la bulimia está implícita su decisión, en realidad no es así. La represión de la cual han sido objeto es la que ha determinado su malestar. La vivencia del cuerpo es la vivencia de un cuerpo que no les pertenece íntegramente puesto que la intervención de los otros en la vivencia de éste ha sido directa, las han calificado, les han dicho cómo deben ser, como deben sentirse y en los casos de mayor violencia, han hecho uso de sus cuerpos-personas como si fueran meros objetos. En una palabra, les han sido expropiados. Aquí no me refiero sólo a la intervención de personas concretas sino al Estado que no ha procurado el bienestar de las mujeres.

En cuanto a la hipótesis sobre el cuerpo anoréxico y bulímico como un cuerpo que niega su sexualidad y feminidad, más que una negación de éstas, se trata de un rechazo a aspectos como ser consideradas socialmente como cuerpos meramente eróticos o cuerpos para la reproducción. El cuerpo de las jóvenes anoréxicas es un cuerpo que se presenta como cuerpo de niña. Este cuerpo de niña, representa, junto a otras características de la personalidad de cada una de las jóvenes, la etapa en la que se ubican de forma inconsciente, y conciente, como seres dependientes sobre todo afectivamente. En términos psicoanalíticos se trataría de una regresión. Pero también de una maniobra de defensa con la cual tratan de pasar desapercibidas como objetos del deseo sexual.

El cuerpo de las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia, específicamente el de aquellas en que su peso corporal está muy por debajo de lo que sería el peso normal, es un cuerpo en que han desaparecido las caderas y los senos, símbolos de la feminidad adulta erótica y procreadora. Estas jóvenes presentan un cuerpo que se asemeja al de las niñas. Este cuerpo no puede asociarse al cuerpo virilizado (musculoso) al que se refiere Gilles Lipovestki (1999), quien interpreta la delgadez de las mujeres como resultado del deseo de éstas por semejarse al hombre, género sobrevaluado socialmente. Sin embargo, cabe destacar que, en efecto hay mujeres que tratan de imitar el modelo masculino, incluso en la corporalidad, por la relación que hay entre hombres y poder.

Las jóvenes que padecen de anorexia y bulimia al suprimir las formas redondas en sus cuerpos, pretenden de manera simbólica "sanar" o reparar el daño sufrido. Inconscientemente o desde un pensamiento infantil es posible creer que con un cuerpo desprovisto de los símbolos de la feminidad no se volverá a ser objeto de violencia y hostilidad.

De acuerdo con las historias de vida de cada una de las jóvenes entrevistadas y en relación con la hipótesis que señala a la anorexia y la bulimia

como consecuencia de la opresión que viven las mujeres a través de su cuerpo vivido, fue comprobada y claramente visible que las circunstancias, condiciones y situaciones específicas vividas, así como el carácter y personalidad de cada una, son la base sobre la cual se construyeron día con día estas enfermedades.

Así, encontré que algunas de las situaciones vividas fueron definitivamente marcadoras en las vidas de estas jóvenes, es decir significaron hitos de vida, los cuales son de diverso índole, pero sobre todo se presentaron alrededor de la sexualidad:

- Hechos vinculados al proceso de construcción identitaria de género y el conflicto que este conlleva, sobre todo durante la adolescencia ante el desarrollo corporal .
- Vivencia de abuso sexual y otras formas de violencia, como son agresiones físicas u ostracismo.
- Discriminación. La discriminación tanto social como familiar que sufren las mujeres por no corresponder al estereotipo físico impuesto es una de las situaciones vividas que influyen notablemente en la autoestima de las mujeres. Asimismo, discriminación por sus preferencias sexuales.

También encontré carencia de afecto y de recursos, los cuales son unos de los aspectos que comparten las tres jóvenes entrevistadas. Así pues, son mujeres carenciadas y en orfandad porque en los momentos más críticos y determinantes de sus vidas se han sentido faltas del apoyo de sus madres y de sus padres. Pero no sólo han sido carenciadas en los afectos, sino que también han tenido carencias materiales, las cuales se han ido resolviendo a lo largo de sus vidas en que se han hecho más autónomas.

En los tres casos estudiados, la relación afectiva con la madre, con el padre y con miembros de la familia como son las y los hermanos y otros parientes muy cercanos, fue uno de los factores determinantes en el surgimiento de la anorexia y la bulimia.

De la relación con la madre es importante señalar que, si bien es la primer persona con la cual las hijas (y los hijos) desarrollan un mayor apego y por lo tanto se la considera de mayor trascendencia en la vida de los hijos, dicha relación se da en el marco de otras relaciones, es decir de la relación que la madre tiene con el padre, así como de la relación que ésta tiene con el mundo.

Es importante acotar que no se trata sólo de que las madres no quisieran o no pudieran estar del lado de sus hijas, sino que están implicados aspectos como la propia carencia de la madre. Las madres, al igual que las hijas han vivido la violencia, real y simbólica, al ser sujetas dentro de la estructura patriarcal.

Otro de los vínculos más fuertes en la vida de las jóvenes es el que tienen con sus padres, no sólo en la relación directa con éste sino también en la vivencia de la relación entre madre y padre, ya que ésta es formadora de la hija, en cuanto a las relaciones entre géneros, y sobre todo en cuanto a que de dicha relación las jóvenes conocen la valla de sus madres como mujeres y por lo tanto de sí mismas.

La relación con el padre, como mencionaba, es una de las más importantes, y en el caso de las jóvenes entrevistadas es una de las principales carencias ya sea porque el padre no ha estado con ellas o bien ha estado y se ha relacionado con hostilidad.

Asimismo, respecto de dichas relaciones es importante señalar que las crisis de bulimia y anorexia se presentaban, en las tres jóvenes, tras conflictos familiares relacionados con problemas económicos, afectivos, o relacionados con



las actividades desempeñadas por cada uno de los integrantes dentro de la estructura familiar.

El ambiente donde transcurren las vidas de las jóvenes entrevistadas se caracteriza por ser un ambiente hostil, dominante. El dominio o la sujeción se presenta incluso como sobreprotección. De lo anterior cabe señalar que las mujeres que padecen de anorexia y bulimia son mujeres cautivas, no en el sentido de estar enajenadas de sus cuerpos, o en su relación con la comida, sino en el sentido más amplio que he venido detallando a lo largo de esta investigación y que tiene que ver con las relaciones sociales y con la forma de estar en el mundo, es decir, en el sentido de que son jóvenes que han sido privadas de autonomía, de independencia para vivir, del gobierno sobre sí mismas, de la posibilidad de escoger y, de la capacidad de decidir.

Es por demás común que las mujeres pasen por momentos de crisis determinados por el ambiente en que transcurren sus vidas. De tal forma que la esfera familiar comprende el espacio donde se ubican las situaciones de más riesgo y que fueron determinantes en el desarrollo de la enfermedad. De igual forma se presentan momentos críticos propiciados por problemas vividos en la esfera profesional o educativa, por ejemplo ante la demanda escolar.

Es importante mencionar que los estragos no sólo físicos sino psicológicos que la anorexia y la bulimia causan en las mujeres, afectan considerablemente en sus relaciones sociales. En los casos analizados las jóvenes se aislaron, perdieron amistades, perdieron el interés por las cosas, las personas y la vida misma. Asimismo, las relaciones familiares y afectivas o con la pareja se toman más difíciles: cuando el comportamiento de la joven queda al descubierto, la obligación a que coman o la recriminación por comer demasiado cuando no se ha comprendido que la persona está enferma, suelen ser motivo de conflicto.

Es destacable que si bien las condiciones en cuanto al ambiente familiar y social siguen prácticamente inmodificables, en los casos estudiados las jóvenes han buscado alternativas para salir de la enfermedad, lo cual demuestra que existe en ellas una conciencia de la salud. Sin embargo, las jóvenes mantienen una lucha entre su conciencia acerca de la privación de la ingesta como muestra de una enfermedad y el seguir considerando que el no comer es una decisión tomada en libertad.

Asimismo, encontré entre las jóvenes un discurso frecuente sobre el querer "estar bien" aun cuando en la práctica no siempre se concrete, en parte debido a la resistencia que ellas mismas oponen, pero sobre todo a que se continúa viviendo bajo situaciones que no sólo les hacen difícil la convivencia con los demás, sino que sigue afectando su autoestima y por tanto no permite su recuperación.

De la misma conciencia y del hecho de ser mujeres ilustradas se deriva el hecho de no aceptar cualquier trato por parte de los médicos o psicólogos a quienes se consulta. Es decir, existe también una búsqueda de respeto hacia sus personas por parte de aquellos en quienes depositan su salud, tanto física como mental; rechazando tajantemente, la indiferencia, autoritarismo, indolencia, con la que algunos médicos tratan a sus pacientes. Ser jóvenes universitarias conscientes de sus derechos como tales es un factor que permitió el acceso a la atención médica y psicológica, hecho determinante para su recuperación.

Por otra parte, con respecto a la hipótesis planteada acerca de que la anorexia y la bulimia son un forma en que las mujeres se rebelan ante lo establecido: pudo comprobarse que, en efecto las jóvenes, ante la opresión de la cual son objeto, se rebelan de manera consciente o inconsciente, sin embargo, su rebeldía es pasiva en el sentido de que no puede salir de ellas sino que se asienta en sus cuerpos y en sus personas. Es por ello que no se puede hablar de un

control y una decisión tomada en libertad cuando las jóvenes aseguran que ellas deciden si comen o no, y lo delgadas que pretenden estar.

Finalmente, quiero relevar que la perspectiva de género con base en la filosofía feminista apuesta por desmontar presupuestos considerados inmodificables por la ideología patriarcal. Así pues, con respecto a la anorexia y la bulimia considero importante mencionar que a lo largo de esta investigación en que he expuesto todas aquellas situaciones biológicas, sociales, políticas, económicas, culturales bajo las cuales se construyeron estas enfermedades de manera objetiva y subjetiva en cada mujer, pude ver que como construcción social resulta posible y es necesario desmontar aspectos propios del patriarcado si en verdad se desea que las mujeres, niñas, adolescentes, jóvenes, adultas, no respondan, de manera consciente o inconsciente, a su particular situación de opresión y a la violencia genérica, de la cual son objeto, con enfermedades que pueden ocasionarles la muerte o problemas irreversible en su salud.

Antes que nada es necesario implementar políticas públicas con perspectiva de género, a cargo del Estado. Entre dichas políticas debe contemplarse la creación de programas destinados a la reflexión y concientización sobre los problemas de género que viven las mujeres. Para hacer emerger esta conciencia es necesario equipar y dotar de personal calificado con perspectiva de género las instancias destinadas a dicho fin, como el Instituto Nacional de las Mujeres. Asimismo, se necesita de un plan educativo que abarque desde preescolar hasta el nivel superior, así como los espacios laborales, donde se forme a personas sobre el principio de la equidad y la igualdad entre los géneros.

Es necesario comenzar a reeducar a mujeres y hombres con el fin de que puedan reflexionar de manera crítica acerca de sus vidas en particular, del tipo de relaciones familiares y sociales que tienen, si estas relaciones son de dominación o son solidarias y equitativas; si en ellas las mujeres viven subordinadas, discriminadas, o dependientes y si esas situaciones de vida son factibles de

erradicarse, disminuirse o flexibilizarse. Si a partir de la sensibilización de los géneros es posible construir nuevas formas de relaciones intra e intergenéricas basadas en la equidad, es posible pensar en la transformación de las mentalidades.

Por otro lado, si la esfera familiar es el primer espacio de socialización de mujeres y hombres, es pues la base desde la cual hay que desmontar las relaciones genéricas basadas en la dominación. Por lo tanto es fundamental que el Estado reconozca que la institución familiar es parte de lo público y no supeditarla a la esfera de lo privado.

Al ser la familia el primer espacio de socialización, en el sentido de que en su seno adquirimos y desarrollamos las primeras herramientas para relacionarnos con el mundo, es posible entender que si en ésta las relaciones entre sus integrantes se basan en el respeto, la solidaridad y la equidad, las personas desarrollarán relaciones cada vez más solidarias tanto intergenéricas como intragenéricas en las demás esferas de sus vidas. No obstante, para ello son necesarias una serie de transformaciones en el nivel económico, político, jurídico, es decir, que la familia como institución socializadora tenga los elementos necesarios que respalden su funcionamiento teniendo como fin la elevación de la calidad de vida de sus integrantes. Así pues, las familias necesitan tener cubiertas sus necesidades básicas para que la institución cumpla su papel como inculcadora de valores, así como espacio afectivo.

Para desmontar las relaciones de dominación en la esfera familiar es preciso deconstruir el significado de la familia patriarcal fundamentada en el valor de la descendencia como un bien simbólico y dotarla de nuevos significados.

Si bien la familia no es el único espacio de socialización, si considero que en las primeras etapas de nuestras vidas es el más importante. No obstante, no

debemos olvidar que el espacio escolar y las relaciones entre pares es igualmente influyente en la construcción del comportamiento y personalidad de la persona.

Asimismo, el Estado debe intervenir regulando el papel de los medios en torno a la difusión de mensajes, erradicando de éstos los contenidos misóginos y sexistas donde las mujeres son utilizadas como objetos de decoración, así como donde se sigue difundiendo su subordinación.

Debido a la importancia que tienen los medios masivos de comunicación, como reproductores y difusores de estereotipos de género, es necesario que en éstos se de cabida a nuevos programas televisivos o documentales que lejos de reproducir los mismos estereotipos den cuenta de lo diversos y heterogéneos que son los géneros. Que muestren el abanico de posibilidades de ser mujeres y hombres, sin calificativos ni términos peyorativos, tanto en lo que se refiere a la fisonomía, y a la figura corporal, como en cuanto a las formas de relacionarse, exceptuando las relaciones basadas en el dominio y la violencia. Considero que si se exponen las diferencias como formas alternativas y no como minorías excluidas es posible erradicar estereotipos.

Que se de cuenta de las problemáticas sociales a las que se enfrentan las mujeres por su género, que la violencia de la cual son objeto es violencia específica por ser mujeres, es decir es violencia genérica. Asimismo, es necesario que se creen políticas públicas de atención y seguimiento a la salud de las mujeres. Es preciso salir de la ideología patriarcal que dice que las mujeres son enfermizas por naturaleza, porque son inestables emocionalmente o que están predispuestas genéticamente, como algunos médicos y psicólogos aseveran con relación a las jóvenes que padecen anorexia y bulimia, para entender que al igual que la autoestima no depende de que las jóvenes se quieran mucho o no se quieran, de que se acepten como son, las enfermedades no se presentan porque la persona esté predispuesta a ésta sino que es el resultado de todo un proceso

de situaciones vividas, determinadas por sus condiciones de género, pero también de clase, étnicas y etáreas.

Asimismo hace falta, que el sector salud apoye la formación de profesionales con especialidad en los trastornos de la alimentación. Es importante señalar que la creación de la especialidad en trastornos de la alimentación en el Área de Psicología por parte de la Universidad Iberoamericana es de suma importancia. No obstante, es preciso señalar que los profesionistas deben ser formados, también, con perspectiva de género.

Se necesita la asignación de recursos para el Instituto Nacional de Psiquiatría, que es la única institución pública que atiende a las personas jóvenes y adultas con anorexia y bulimia, se requiere también promover investigaciones a nivel nacional sobre la incidencia de la anorexia y la bulimia en las personas; que dichos estudios contemplen índices desagregados por sexo y por edad.

En lo que toca al papel de la educación, la SEP en colaboración con la SSA ha puesto en práctica el programa Educación Saludable para contrarrestar los altos índices de obesidad infantil, informando a niñas y niños sobre cómo tener una buena alimentación, llevando a cabo un registro del peso y talla de las y los niños, e informándoles sobre la anorexia, la bulimia y la obesidad. Sin embargo, a este programa le hace falta la perspectiva de género con la cual puedan enfrentarse el problema desde una visión holística y brindar así atención integral.

Si la información que se da a niñas y niños sobre la anorexia y la bulimia parte de ideas estereotipadas sobre las mismas, las y los niños no podrán hacerse de herramientas reales para enfrentar situaciones de riesgo, o terminarán estereotipando y estigmatizando a las personas que las padecen.

Con este programa se incita a que las niñas y los niños tengan control sobre sus alimentos, hecho que durante esta etapa de crecimiento puede ser

contraproducente, pues no todos los niños tienen las mismas necesidades nutricionales, además de que en sus situaciones y condiciones de vida hay diferencias.

Considero que a la par de este programa habría de implementarse uno sobre relaciones equitativas entre niñas y niños, así como entre adultos.

Por otra parte es preciso denunciar que en el caso de las mujeres, su condición genérica como seres para-otros, las ha expropiado de sus cuerpos. Por lo tanto es necesario que se apropien de sus cuerpos y de sus vidas para ser seres para-sí. La apropiación no puede ser de manera enajenada como ocurre en las jóvenes anoréxicas y bulímicas, sino en plena libertad. Sin embargo, para ser mujeres libres es necesario que sus cuerpos y su sexualidad les pertenezcan, es decir que tengan la libertad de optar.

Si se logra tomar conciencia de que en la base de la desigualdad entre los géneros se encuentra la expropiación del cuerpo de las mujeres y por tanto en su condición social genérica fundamentada en su ser para-otros será posible entonces pensar en vindicar la condición de humanas de las mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA:

Aisenson Kogan, Aida, *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*, México, Fondo de Cultura Económica, 1981.

Alfarache Lorenzo Ángela Guadalupe, *Identidades lésbicas y cultura feminista*, tesis, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Secretaría de Educación Pública, 2000.

Altable Vicario, Charo, *Educación sentimental y erótica para adolescentes, Más allá de la igualdad*, España, Miño y Dávila editores, 2000.

Amorós, Celia, *Filosofía y feminismo*, Madrid, Síntesis, 2000.

*Tiempo de feminismo, Sobre feminismo, proyecto ilustrado y posmodernidad*, Madrid, Cátedra, colección Feminismos, 1997.

“Violencia contra las mujeres y pactos patriarcales” en *Violencia y sociedad patriarcal*, Madrid, Pablo Iglesias, 1990, pp39-53.

Amorós, Ana, “División sexual del trabajo” en *10 palabras clave sobre Mujer*, Navarra, Editorial Verbo Divino, 2000, pp.257-295.

Ávila López, Domitila y Martha Patricia Castañeda Salgado, *La corriente de la vida. Salud reproductiva con enfoque de género*, México, Instituto Estatal de la Educación para Adultos Puebla (en dictaminación).

Basaglia O., Franca y Dora Kanoussi, *Mujer, locura y sociedad*, Universidad Autónoma de Puebla, México, 1983.



- Berian, Josetxo, *Representaciones colectivas y proyecto de modernidad*, España, Anthropos, 1990.
- Bourdieu, Pierre, *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama, Col. Argumentos, 2000.
- El sentido práctico*, España, Taurus, 1991.
- Bruch, Hilde, *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa*, España, Paidós, 2002.
- Burin, Mabel y Emilce Dio Bleichmar (comp.), *Género, psicoanálisis, subjetividad*, Argentina, Paidós, Col. Psicología Profunda, 1996.
- Burin, Mabel, et al. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Argentina, Paidós, 1990.
- Bustos, Olga et. al., *Ni tan fuertes... ni tan frágiles*, México, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Nacional de la Mujer, 1998.
- Buzzatti, Gabriella y Anna Salvo, *El cuerpo-palabra de las mujeres. Los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos*, Cátedra, Col. Feminismos, España, 1998.
- Caparrós, Nicolás e Isabel Sanfeliú, *La anorexia. Una locura del cuerpo*, España, Biblioteca Nueva, 1997.
- Castañeda, Martha Patricia, *Mujeres, cuerpo y maternidad en Nauzontla, Puebla*, México, Universidad Autónoma de Puebla, Tesis, 1987.

- Cazés, Daniel, *La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*, México, Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2000.
- De Beauvoir, Simone, *El segundo sexo*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1999.
- Del Valle, Teresa, "La memoria del cuerpo" en *Arrenal. Revista de Historia de las mujeres*, España, Universidad de Granada, Vol 4, N.º 1, enero-junio 1997, pp59-74 .
- Deere, Carmen Diana y Magdalena León, *Género, propiedad y empoderamiento: tierra, Estado y mercado en América Latina*, Bogotá, TM Editores, 2000.
- Díaz de León, Marco Antonio, *Código Penal para el Distrito Federal. Comentado*, México, Porrúa, 2002
- Dio Bleichmar, Émilce, "Anorexia/bulimia, Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-transformacional" en *Aperturas Psicoanalíticas* Núm.4, abril-2000.
- La depresión en la mujer*, España, Temas de hoy, 1999.
- El feminismo espontáneo de la histeria. Estudios de trastornos narcisistas de la feminidad*, España, Siglo XXI, 1991.
- Dolto, Françoise, *La imagen inconsciente del cuerpo*, España, Paidós, 1986.
- Douglas, Mary, *Símbolos naturales*, España, Alianza, 1978.

DSM-IV *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*,  
Barcelona, Masson, 1995.

Durkheim, Emile, *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema  
totémico en Australia*, España, Akal ediciones, 1992.

Duvignaud, Jean, *Sociología del teatro, Ensayo sobre las sombras colectivas*,  
México, Fondo de Cultura Económica, 1966.

Ehrenreich, Bárbara y Deirdre English, "Inválidas o contagionas: sexismo en el  
saber y la práctica médica" en *Mujeres y medicina 1*, "De cómo  
fuimos perdiendo nuestros cuerpos...", México, Universidad  
Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1981.

Eisler, Riane, *El cáliz y la espada. Nuestra historia, nuestro futuro*, Santiago de  
Chile, Editorial Cuatro Vientos, 1990.

Esteban, Mari Luz, "Promoción social y exhibición del cuerpo" en *Perspectivas  
feministas desde la Antropología Social*, Barcelona, Ariel  
Antropología, 2000.

Fernández Villanueva, Concepción, "El concepto de agresión en una sociedad  
sexista" en *Violencia y sociedad patriarcal*, Madrid, Pablo Iglesias,  
1990, pp17-28.

Flores Hernández, Eugenia y Gloria Sayavedra Herreras (coords), *Ser Mujer:  
¿un riesgo para la salud?. Del malestar y enfermar al poderío y la  
salud*, México, Red de Mujeres, A.C., 1997.

Flores Hernández, Eugenia, *Las mujeres de los grupos de salud de las  
organizaciones urbanas populares: las mujeres del comité de salud*

*de la unión de colonos de San Miguel Teotongo*, Tesis, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 1998

Foucault, Michel, *Historia de la sexualidad I*, México, Siglo XXI, 1982.

Freud, Anna, *El yo y los mecanismos de defensa*, México, Paidós, 1993.

Freud, Sigmund, "De la historia de una neurosis infantil y otras obras" en *Obras Completas* vol. 17, Argentina, Amorrortu Editores, 1979.

"Tres ensayos para una teoría sexual" en *Obras Completas* tomo II, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

Friday, Nancy, *Mi madre/ yo misma*, Barcelona, Argos Bergara, 1981.

Gila, Araceli y María A. Martín-Mateos, *El niño asmático*, España, Martínez Roca, Biblioteca de Psicología, psiquiatría y salud, serie SALUD 2000, 1991.

Goffman, Erving, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Argentina, Amorrortu, 1989.

*Estigma. La identidad deteriorada*, Argentina, Amorrortu, 1980.

Gómez, Paloma, "Anorexia Nerviosa: una aproximación feminista", en *Piel que habla. Viaje a través de los cuerpos femeninos*, España, Icaria, 2001.

González de Chávez, María Asunción (comp.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*, España, Siglo XXI, 1999a.

*Hombres y mujeres. Subjetividad, salud y género*, España, Las palmas de Gran Canarias, 1999b.

Gracia Arnaíz, Mabel, "Introducción, La alimentación en el umbral del siglo XXI; una agenda para la investigación sociocultural en España" en *Somos lo que comemos, Estudios de alimentación y cultura en España*, Barcelona, Ariel, 2002, pp.15-38.

"Capítulo 13, Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: la construcción social de la anorexia nerviosa" en *Somos lo que comemos, Estudios de alimentación y cultura en España*, Barcelona, Ariel, 2002, pp. 349-377.

Gramsci, Antonio, *La formación de los intelectuales*, México, Grijalbo, Colección 70, 1963.

Hammersley, Martín y Paul Atkinson, *Etnografía, Métodos de Investigación*, España, Paidós 1994.

Harris, Marvin, *Introducción a la antropología general*, Madrid, Alianza Editorial, 1981.

Hekier, Marcelo y Celina Miller, *Anorexia-bulimia: deseo de nada*, Argentina, Paidós, Col. Psicología Profunda, 1994.

Heller, Agnes, *Teoría de los sentimientos*, España, Fontamara, 1980.

Héritier, Françoise, *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*, Barcelona, Ariel, 1996.

Hierro Perezcastro, Graciela, "El pensamiento materno", en *OMNIA, Estudios de Género*, México, Revista de la Dirección General de Estudios de Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, año 17-18 Núm. 41, 2001-2002, p65- 74.

Hite, Shere, *Informe Hite sobre la familia*, España, Paidós, 1995.

*Informe Hite. Estudio de la sexualidad femenina*, Barcelona, Tribuna de Plaza & Janés, 1977.

Kollontai, Alejandra, *La mujer en el desarrollo social*, Barcelona, Guadarrama, 1996.

Lagarde y de los Ríos, Marcela, *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*, España, horas y Horas, Col. Cuadernos inacabados 39, 2000.

*Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Col. Posgrado, 1997a.

*Género y Feminismo. Desarrollo humano y democracia*, España, horas y Horas, Col. Cuadernos inacabados 25, 1997b.

"Presentación" en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*, México, Red de Mujeres A.C. 1997.

Lamas, Marta, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, Porrúa, 1996.

*Género: nuevas precisiones conceptuales y teóricas*, (Borrador preliminar, versión electrónica)

Lipovetsky, Gilles, *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*, Barcelona, Anagrama, 1999.

MacKinnon, Catharine A., *Hacia una teoría feminista del Estado*, España, Cátedra, col. Feminismos, 1995.

Martin, M. Kay y Barbara Voorhies, *La mujer: un enfoque antropológico*, Capítulo 6, España, Anagrama, 1978.

Martín Peña, G. "La medida de la masa grasa" en *La obesidad*, ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994.

Martínez-Fornés, Santiago, *La obsesión por adelgazar / Bulimia y anorexia*, México, Espasa Calpe, 1995.

Marx, Carlos, *El Capital. Crítica de la Economía Política*, vol I, México, Fondo de Cultura Económica, 1974.

Massolo, Alejandra, "Testimonio autobiográfico femenino: un camino de conocimiento de las mujeres y los movimientos urbanos en México" en *Los usos de las historias de vida en las Ciencias Sociales*, España, Anthropos, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social de la Universidad Externado de Colombia, 1998, p9-26.

Mc Dowell, Linda, *Género, identidad y lugar. Un estudio de las geografías feministas*, España, Cátedra, Col. Feminismos, 2000.

- Michel, **André**, *Sociología de la familia y del matrimonio*, Barcelona, Península, 1974.
- Millett, **Kate**, *Política Sexual*, México, Aguilar, 1975.
- Mitchell, **Juliet**, *Psicoanálisis y feminismo (Freud, Reich, Laing y las mujeres)*, España, Anagrama, 1982.
- Moore, **Henrietta L.**, *Antropología y feminismo*, España, Cátedra, Col. Feminismos, 1991.
- Moizeszowicz, **Julio**, "Tratamiento psicofarmacológico de la bulimia y anorexia nerviosa" en *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria, Prácticas interdisciplinarias*, Argentina, Atuel, 1996, pp.197-227
- O'Laughlin, **Bridget**, "Mediación de contradicción: por que las mujeres nbum no comen pollo" en *Antropología y feminismo*, Anagrama, Barcelona, 1979, pp225-243.
- Olivier, **Christiane**, *Los hijos de Yocasta. La huella de la madre*, México, Fondo de Cultura Económica, 1984.
- Organización Mundial de la Salud, *Décima revisión de la Clasificación de las enfermedades, Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, CIE 10*, Madrid, Meditor, 1992.
- Ortner, **Sherry B.**, "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?" en *Antropología y feminismo*, Anagrama, Barcelona, 1979, pp109-131.



Parsons, Talcott, *La Sociedad: perspectivas evolutivas y comparativas*, México, Trillas, 1974.

Pérez Castro, Ana Bella, "Lázaro Cárdenas, Michoacán: donde se funde la resistencia y el olvido", en *La identidad: imaginación, recuerdos y olvidos*, México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, 1995.

Puleo, Alicia H., "Patriarcado" en *10 palabras clave sobre Mujer*, Navarra, Editorial Verbo Divino, 2000, pp.21-54.

Ramírez de Jesús Dinorah y Elizardo Rannauro Melgarejo (coord) "Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer" en *Compilación seleccionada del Marco Jurídico Nacional e Internacional de la Mujer*, México, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), 2004.

"Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer" (CEDAW) en *Compilación seleccionada del Marco Jurídico Nacional e Internacional de la Mujer*, México, PNUD, SRE, UNIFEM, 2004.

"Conferencia Mundial de Derechos Humanos" en *Compilación seleccionada del Marco Jurídico Nacional e Internacional de la Mujer*, México, PNUD, SRE, UNIFEM, 2004.

Raimbault, Ginette y Caroline Eliacheff, *Las indomables figuras de la anorexia*, Argentina, Nueva Visión, 1991.

*Sagrada Biblia*, Madrid, Biblioteca de autores cristianos, 1978.

Saslavski, Liliana Cora, "Bulimia, anorexia nerviosa... ¿Enfermedades de la cultura?", en *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria, Prácticas interdisciplinarias*, Argentina, Atuel, 1996.

Selvini Palazzoli, Mara et al., *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*, España, Paidós, 1999.

Tajfel, Henri, "Stereotypes" in *Race, The journal of Institute of Race Relations*, vol. V, october 1963, n. 2, Oxxford University Press, pp.3-14.

Toro, Josep, *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, España, Ariel, 1996.

Turner, Bryan, *El cuerpo y la Sociedad, Exploraciones en teoría social*, México, Fondo de Cultura Económica, 1989.

Unikel Santoncini, Claudia, et al, "Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal", en *La Revista de Investigación Clínica*. Vol 52, No. 2, México, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, marzo-abril 2000, pp.140-147.

Wolf, Naomi, *El mito de la belleza*, España, Emecé Editores, 1991.

#### Revistas:

Proceso Núm. 1292

Proceso Núm. 1330

Páginas en internet:

<http://informatica.issste.gob.mx/comunicados/nosotros/diciembre99/cuatrodecadacincomexicanasquierebajardepeso/html>

<http://www.milenio.com/podriaentornofamiliardeeterminadocausaranorexiaybulimia>

<http://www.salud.gob.mx>