

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION  
ARCHIVO HISTORICO

T  
301

89247



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

**UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE LA MUJER**

***"LA IDENTIDAD ANOREXICA Y/O BULIMICA"***

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN ESTUDIOS DE LA MUJER  
P R E S E N T A :  
MARTHA ADRIANA CAVAZOS MILANÉS

DIRECTORA: DRA. ÁNGELES SÁNCHEZ BRINGAS

LECTORAS: DRA. HÚMBELINA LOYDEN SOSA  
MTRA. CLAUDIA UNIKEL SANTONCINI

MÉXICO, D.F.

ABRIL DEL 2003.



A mis dos adoradas princesas:  
Mariana y Paulina.

A mi amoroso esposo, Fernando.

A mi maravillosa madre, Lupita.

A mi ejemplar suegro, Augusto.

A mi querido amigo, Alfonso Valdez.

A mi entusiasta asesora, Ángeles.

A toda mi familia, amistades, asesoras y compañeras de maestría, quienes estuvieron a mi lado, alentándome, apoyándome y acompañando en este arduo pero gratificante trayecto.

Y muy en especial a todas las pacientes de la Clínica de Trastornos Alimentarios del INP; particularmente a las 3 personas que permitieron que su intimidad, voz y experiencias tuvieran eco en nuestras vidas.

A todos y a todas,

**G R A C I A S . . . .**

## *La Identidad Anoréxica y/o Bulímica*

### INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
<b>CAPITULO I <u>Un atajo diferente para conocer los trastornos alimentarios</u></b>	
1.1 Breve reseña histórica	11
1.2 Conociendo a la anorexia nervosa y la bulimia nervosa	14
1.3 Interpretaciones Psicoanalíticas	18
1.4 Relevancia social del problema en México	21
1.5 Teorías socio-culturales	26
<b>CAPITULO II <u>Debates teóricos bajo la lupa del feminismo</u></b>	
2.1 El cuerpo biológico percibido por el género	29
2.2 Significados corporales y su relación con la identidad	33
2.3 La anorexia y la bulimia como identidades personales y sociales	38
2.4 La madre como estructurante de identidades	41
<b>CAPITULO III <u>La enfermedad como identidad</u></b>	
3.1 Una infancia feliz	48
3.2 La metamorfosis de niña a mujer	42
3.3 El abuso sexual	54
3.4 Un cuerpo devastado por la anorexia	57
3.5 La lucha por un reconocimiento	61
3.6 En síntesis	64
<b>CAPITULO IV <u>Un cuerpo andrógino</u></b>	
4.1 La construcción de una identidad frente a la locura	68
4.2 La historia de una madre	71
4.3 La importancia de la abuela materna	75
4.4 ¿Cómo fue la vida de Tristán?	76
4.5 Resumiendo	89
<b>CAPITULO V <u>En búsqueda de identidad</u></b>	
5.1 El deseo de ser alguien	92
5.2 La primera infancia	94
5.3 Un despertar doloroso	98
5.4 La comida como refugio	101
5.5 La muerte como única salida	106
5.6 Una nueva esperanza	108
5.7 El rol de madre	112
5.8 Recapitulando	115

REFLEXIONES FINALES 118

GLOSARIO DE TERMINOS ANALITICOS 127

APENDICE:

- ANEXO 1 Criterios de diagnóstico DSM-IV y CIE-10 132
- ANEXO 2 Tabla pacientes (1997-2000) del INP 135
- ANEXO 3 Esquema temático para entrevistas 136
- ANEXO 4 Guía de Entrevista 137

BIBLIOGRAFIA 141

## *La identidad anoréxica y/o bulímica*

¿Si el feminismo es la respuesta,  
cuáles son las preguntas?  
(Michelle Witting, 1983)

### INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, son problemas relativamente nuevos en México y un campo de conocimiento que se encuentra en pleno desarrollo. No obstante sabemos que existen importantes estudios realizados hasta el momento que han arrojado información sobre la naturaleza de estas enfermedades en algunos sectores de la población mexicana. Sin embargo, creemos que aún hace falta escudriñar y reflexionar el problema bajo otras miradas y perspectivas. esto con el fin de encontrar nuevas categorías de análisis que permitan acercamientos y explicaciones diferentes.

Existen varias feministas norteamericanas y europeas que desde 1970 han centrado su mirada y trabajo en estas problemáticas. Algunas de ellas han cuestionando, entre otras cosas, los paradigmas médico-psiquiátricos que ocultan los orígenes socio-culturales de estos trastornos como el ideal de belleza de hiperdelgadez de nuestra cultura Occidental y culpan a las víctimas o a sus madres (Orbach, 1978; Chernin; 1989; Wooley, 1994; Bordo,1995). Estos estudios han abierto otras dimensiones y posibilidades para cuestionar el problema.

Por ello, la intención de este trabajo planteado en el contexto mexicano tiene como propósito buscar otras categorías para reflexionar y entender otras dimensiones del problema. En este caso el interés se fue encaminando a la forma en cómo algunas (os) pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa han ido construyendo sus identidades a partir de la enfermedad. Identidades basadas en la noción de experiencia multidimensional, experiencias que no sólo se limitan al género, sino que se extienden a los cuerpos, los ideales, las relaciones, el sexo, el deseo y el tiempo en un contexto social complejo. Experiencias que aunque constituyan sólo chispazos de realidades particulares, nos están hablando de la polémica identidad genérica, los valores vividos en una determinada época histórica y las representaciones socio-culturales de un país.

Debido a todo eso, mi pregunta de investigación es la siguiente:

**¿Cómo se construye la identidad en hombres y mujeres que han experimentado durante varios años la anorexia nervosa y/o la bulimia nervosa; y qué dimensiones de la vida social, familiar y de género intervienen en dichas experiencias?**

Es decir, mi intención es reflexionar en cómo ciertos sujetos, sujetos a un sin fin de prerrogativas, ideales de belleza, relaciones de género, carencias afectivas y ataduras sociales están utilizando su enfermedad, sus cuerpos trastornados para adquirir una visibilidad social, una identidad y una forma de rebelarse o resistirse ante los límites culturales de género o el rechazo ante las responsabilidades culturales. O cuestionar si es el cuerpo en relación con la madre el que se está rebelando y tratando de diferenciar.

### **El lugar y la técnica de investigación**

Este trabajo de investigación se llevó a cabo con pacientes del ahora llamado Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"<sup>1</sup>. En donde realicé mi labor como investigadora desde 1999 hasta el 2002.

La clínica de trastornos de la conducta alimentaria<sup>2</sup> se originó por el incremento de personas con trastornos alimentarios que iban a solicitar ayuda. Dentro del

<sup>1</sup> Antes llamado Instituto Mexicano de Psiquiatría, creado por decreto presidencial el 26 de diciembre de 1979, como organismo público descentralizado. En la actualidad es coordinado por la Secretaría de Salud. Tiene instalaciones destinadas a la investigación, enseñanza y capacitación, servicios clínicos y administrativos. Desde sus inicios se ha incorporado a las corrientes actuales de psiquiatría y salud mental. Sus investigaciones están centradas en establecer las bases fisiológicas de la psicopatología como son: las funciones neuroanatómico funcional, neuroquímico y molecular, y de la psicología cognitiva experimental. En Septiembre de 1989 inició los servicios clínicos que tienen como función el estudio integral y el tratamiento de enfermos mayores de 15 años con enfermedades y trastornos psiquiátricos. Atiende a pacientes referidos por otras instituciones, hospitales y centros de salud o a personas que asisten por cuenta propia. En dicha Institución se vieron en la necesidad de construir algunos espacios clínicos para dividir y centralizar las subespecialidades psiquiátricas con el fin de ofrecer ayuda especializada y multidisciplinaria en algunas de las problemáticas más solicitadas. Estas subespecialidades son: psicogeriatría, clínica del sueño, adolescencia, psiquiatría y sustancias, así como la reciente clínica de trastornos de la conducta alimentaria, la cual se consolidó en el 2000.

<sup>2</sup> El método terapéutico preeminente en la clínica está enfocado al modelo cognitivo-conductual (modificación de la conducta y reestructuración de la distorsión cognitiva), pero la forma predominante del tratamiento psiquiátrico es la prescripción de fármacos (antidepresivos, ansiolíticos, etc) que restauran las funciones mentales y cambian el curso de algunas de las distorsiones mentales más frecuentes. Al parecer la tasa de deserción es baja, existiendo un 70% de asistencia a las consultas subsecuentes, aunque es evidente el hecho de que muchos pacientes no concluyen el tratamiento, debido a que la mejoría es lenta y paulatina, haciendo que los familiares y ellos mismos pierdan interés. Además se sabe que en estos padecimientos existe gran resistencia y poca conciencia de

Instituto existe una área de hospitalización en donde sólo pueden ingresar 5 ó 6 pacientes de la clínica con trastornos alimentarios (políticas de la Institución). La medida de internamiento se toma cuando existe peligro de muerte en alguna paciente debido a caquexia (desnutrición profunda por adelgazamiento), por intento suicida o cuyo manejo en la consulta externa sea insuficiente<sup>3</sup>.

En dicho Instituto el contacto que tuve con las pacientes de la clínica de trastornos alimentarios se fue dando paulatinamente. En un inicio me ubicaron en la Dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales en donde realicé varias tareas como la búsqueda y organización de bibliografía referente a los trastornos alimentarios.

Posteriormente, el psiquiatra encargado de la clínica nos invitó (a las pasantes que estábamos realizando el servicio social) como observadoras a las consultas con sus pacientes, en donde nos explicaba algunos de los problemas médico-psiquiátricos involucrados en esas problemáticas, permitiéndonos escuchar y observar lo que ocurría en su espacio clínico (la relación médico-paciente). Aún no estábamos autorizadas a interactuar con las pacientes (antes o después de la consulta), sólo podíamos externar nuestras dudas con el psiquiatra al finalizar las consultas<sup>4</sup>. Entre las cosas que me llamaron la atención en ese espacio fue que, en muchas ocasiones, las madres entraban a consulta junto con sus hijas, tomando ellas

---

enfermedad. En la actualidad sólo hay un psiquiatra (existe un residente en psiquiatría que apoya al psiquiatra de la clínica) y dos psicólogas especializadas en el tratamiento de los trastornos alimentarios en dicha institución. Con una población de aproximadamente 600 pacientes, 100 de ellas (os) llegaron de primera vez en el año 2001. Las citas son muy espaciadas, en promedio una vez al mes. Las consultas de primera vez tienen una duración de una hora y las subsecuentes de 30 minutos. Los talleres son dos veces a la semana con una duración de dos horas por sesión. Los criterios de inclusión a estos talleres los establece el psiquiatra y psicóloga a cargo de la clínica, no todas las (los) pacientes son derivadas (os) a este tipo de ayuda psicológica. Dicha clínica de trastornos alimentarios está apoyada por un equipo multidisciplinario que ofrece, además de la atención psiquiátrica, otros servicios como: nutrición, terapia familiar, terapia psicológica, terapias grupales e individuales; talleres de imagen corporal, musicoterapia y orientación familiar, entre otros servicios. En la tabla 1 (anexa a apéndice) se muestra el incremento en la demanda del servicio de 1997 al 2000, en donde se puede constatar cómo el número de pacientes se ha ido elevando aceleradamente.

<sup>3</sup> Actualmente (2002) las cuotas a pagar se determinan previo estudio socio-económico, estas pueden variar desde los \$20 pesos hasta los \$290 pesos por consulta, más los gastos de hospitalización cuando éstos se requieren. Además los (as) pacientes deben hacer un desembolso mensual (aproximadamente \$900 pesos) por uso de medicamentos psiquiátricos y alimento especial, como latas de sustacal (suplemento alimenticio) que cuesta \$35 c/u y algunas pacientes deben ingerir hasta 6 ó 7 latas al día.

<sup>4</sup> También en dos o tres ocasiones fuimos invitadas, como observadoras no participativas, a las sesiones médicas de los psiquiatras del Instituto, cuando se ventilaban y discutían algunos casos de trastornos alimentarios, para resolver algunas dudas en cuanto al manejo y diagnóstico psiquiátrico.

el control de la situación ya sea quejándose por la enfermedad de sus hijas, acusándolas de sus conductas o contestando las preguntas que el doctor dirigía a la paciente. Cuando el silencio y sumisión de las pacientes se hacía evidente, el doctor, le pedía a la madre que se saliera del consultorio para poder hablar con la hija. Algunas madres reaccionaban ofendidas o agresivas, algunas se salían apenadas. Lo que sí recuerdo de esos momentos, eran los juicios de valor que yo hacía respecto a la intrusión de esas madres, lo cual se reforzaba cuando escuchaba en las sesiones o en el área del hospital<sup>5</sup>, las quejas o problemas que tenían algunas (os) pacientes con sus madres. A partir de las entrevistas, comencé a cuestionar si realmente las madres eran la raíz del problema, quiénes eran, qué habían vivido, cuál era su contexto cultural y el rol social que estaban desempeñando. ¿Por qué todos tendíamos a culpabilizarlas?

Otro espacio que se nos abrió posteriormente a las psicólogas, fue el área de internamiento para las pacientes con trastornos alimentarios. Se nos permitió acompañarlas a las horas de las comidas para monitorear y contener la ansiedad de ingerir alimentos<sup>6</sup>. Teníamos que acudir a esos espacios con bata blanca, lo cual ya nos ponía ante los ojos de las pacientes en un lugar jerarquizado de saber y "normalidad". Sin embargo, fueron los momentos más cercanos que tuve para conocer e interactuar con las pacientes libremente, aunque por breve tiempo, ya que algunas sólo estaban dos o tres semanas y las veía una vez por semana. Afortunadamente, ahí tuve la oportunidad de conocer y contactar al chico anoréxico que posteriormente entrevisté, el único paciente varón que vi en mi incursión por los diversos espacios terapéuticos<sup>7</sup>. También en esa misma área de hospitalización, se proporcionaba ayuda psicoterapéutica (una vez a la semana) a las pacientes internas después del desayuno. Momentos en los cuales llegué a participar como co-terapeuta

---

<sup>5</sup> Uno de los requisitos para la hospitalización del paciente es que algún familiar se quede por las noches a cuidarlo (a), generalmente es la madre quién se responsabiliza por el (la) paciente. En muchos casos se reproducía el mismo tipo de patrón "dominante/controlador" que la madre ejercía en casa.

<sup>6</sup> Se nos adiestró con respecto a la terapia cognitivo-conductual para enseñarles a conocer sus estados de hambre y saciedad, así como a detectar los pensamientos que causaban el malestar. Al finalizar, teníamos que hacer un reporte para el Instituto en donde anotábamos lo que habían comido, cuánto se habían tardaron, así como sus conductas y sentimientos. Haciendo un análisis comparativo de sus avances y retrocesos.

<sup>7</sup> También llegué a entrar, una o dos veces, como observadora a los talleres de musico-terapia y a las terapias de familia.

y/o observadora. A lo largo de esas experiencias por los diferentes espacios estuve escribiendo mi diario de investigación, en donde rescataba el discurso de las pacientes, su experiencia con la enfermedad, sus vivencias familiares y sociales, así como cuestionamientos, dudas y observaciones con respecto a los trastornos alimentarios, la clínica y los (las) responsables a cargo.

Posteriormente, con el fin de conjuntar y coordinar un equipo de trabajo, se organizaron sesiones clínicas con las pasantes de psicología que realizaban el servicio social, incluyendo a las nutriólogas e investigadoras que también estábamos participando en la clínica para que adquiriéramos conocimientos del diagnóstico clínico y de las formas de tratamiento psicoterapéutico. Espacio que también era utilizado para compartir información, dudas, ansiedades y experiencias frente a las pacientes, así como con el personal u organización de la Institución. Al poco tiempo esas sesiones se convirtieron en catarsis grupales<sup>8</sup>.

A partir de la desconfianza que generaron, dentro de la Institución, ciertas estudiantes que realizaban su servicio social, el escudriño, cuidado e interés por las que ya estábamos ahí como investigadoras o realizando el servicio social se hizo evidente e inminente. Explícita e implícitamente estaba el mensaje de guardar lealtad y confidencialidad por la Institución, los pacientes y las personas que ahí laboraban. Así que tuve mucho cuidado en no dar pie a que me cerraran los espacios dentro de la Institución. Esto confundió un poco mi labor como investigadora, dadas las consignas que tenía en cada espacio del Instituto que desviaban mi atención y tiempo, así como al estrés o desconfianza que generaba el hecho de que yo estuviera haciendo anotaciones personales.

---

<sup>8</sup> Sin lugar a duda, las historias y cuerpos de esas pacientes causaban mucha ansiedad en nosotras. Personalmente me llegué a sentir afectada e incomoda por todo lo que escuchaba en los espacios psicoterapéuticos. Sobre todo cuando las ideas de muerte o intentos suicidas estaban constantemente presentes en las pacientes. El día que me enteré que una de las pacientes terminó realmente suicidándose, me causó una gran depresión e impotencia, hasta llegué a cuestionar el hecho de dedicarme en un futuro a trabajar como psicóloga clínica. El problema fue que dos chicas que estaban realizando su servicio social, se centraron en criticar el contenido de esas sesiones para hacer su tesis de licenciatura en psicología, citando palabras textuales que habían escuchado de la psicóloga responsable o de las demás asistentes, sin contextualizar el momento y situación dada. Además extrajeron información confidencial sin autorización del Instituto y la usaron en su tesis, sin respetar el anonimato y confidencialidad de algunas pacientes. Cuando llegó esa tesis a manos de los responsables de la clínica, el hecho causó indignación y alerta, debido a la poca ética que mostraron estas alumnas de la UAM-X y el desprestigio que eso pudiese causarle a la Institución. Asunto que llegó hasta las autoridades, tanto de la UAM-X como del INP, resultando como consecuencia la no-aceptación de alumnos (as) o egresados (as) de nuestra Universidad por algún tiempo.

Finalmente, la confianza se fue restaurando poco a poco. La persona responsable de la parte psicoterapéutica de la clínica, me invitó a participar en el diseño y organización de un taller de imagen corporal. El taller se da una vez a la semana con duración de dos horas. En dicho taller participé limitadamente y de diferentes formas: primero me encargué de escribir los reportes de la sesión, en donde registraba el objetivo de la sesión, los temas emergentes, el número de participantes, la interacción de las participantes y los resultados obtenidos<sup>9</sup>.

Algo que me llamó la atención en esas sesiones<sup>10</sup> era que, por lo general, todas se presentaban ante el grupo diciendo su nombre y su etiqueta diagnóstica, ejemplo: me llamo Juana y soy anoréxica o bulímica, según fuese el caso. Eso les daba un sentido de cohesión e identidad grupal, muchas de ellas entablaron lazos de identificación y solidaridad tan fuertes (ya sea dándose ánimo, apoyo y contención, o bien pasándose tips o estrategias para no engordar) que la amistad continuaba aún fuera de la Institución.

El problema de la anorexia y la bulimia era tratado por nosotras, las psicólogas y demás personal de la Institución, como enfermedades o patologías, lo curioso era que algunas de ellas no percibían su problema como una enfermedad, sino como un estilo de vida, una forma diferente de ser y percibir o controlar los cambios de sus cuerpos. El proceso para que entendieran su sintomatología y conscientizaran las pérdidas y ganancias que habían obtenido con sus trastornos alimentarios era toda una proeza, porque no había conciencia de enfermedad.

Pero la lista de problemas no terminó ahí, el problema más grande que tuve a lo largo de mi experiencia en el campo de trabajo fue definir la técnica o estrategia de

---

<sup>9</sup> Asunto que requería tiempo y dedicación, lo cual se empalmaba con el excesivo trabajo modular de la maestría, el paralelo trabajo que debía realizar cada trimestre para mi tesis de investigación, así como a mis interminables labores como ama de casa, mamá, hija y esposa.

<sup>10</sup> En cada sesión debía preparar el espacio donde se daba la terapia, pasar lista, monitorear cualquier situación de angustia o crisis, así como dar soporte y contención emocional a quién lo requería (en ocasiones, participaron más de 25 pacientes). Otra de las consignas era acompañar a las pacientes hospitalizadas al baño para vigilar que no vomitaran o se hicieran daño. En algunas ocasiones se me permitió intervenir con ejercicios de imaginación (hipnosis clínica), con algunas dinámicas grupales o abriendo espacios de reflexión o debate con algunos ejes problemáticos abordados en mi tesis. Aunque, por lo general el objetivo y temática de las sesiones era propuesto y dirigido por la coordinadora a cargo.

investigación con la cual pudiese sistematizar toda la información que me arrojaban los distintos espacios terapéuticos.

Desde un principio mi interés fue propiciar una auténtica apertura metodológica, que me permitiera generar conocimientos relevantes a partir de varias exploraciones y fundamentaciones alternativas que pudieran ofrecer una fractura saludable dentro de las ciencias sociales, aunque esto no implicaba el rechazo de algunas aproximaciones que han producido conocimientos relevantes o técnicas específicas para la elaboración de mi propia metodología. Por el contrario, quería hacer uso de algunos aspectos cualitativos estratégicos en mi proceso de búsqueda para obtener una concepción teórica que me fuera ayudando a concretar mi pregunta de investigación. Sin embargo, deje que la pregunta se fuera construyendo a partir de la aproximación empírica con mis informantes y no al revés, tratar de llevar un supuesto o hipótesis mío a realidades que resaltaban otros asuntos importantes que yo no había contemplado.

Al principio pensé en hacer un cuestionario y aplicarlo a todas las pacientes del taller de imagen corporal para alternar datos cuantitativos con los datos cualitativos del trabajo etnográfico (realizado a medias), pero no me quería meter en el embrollo de relacionar variables o estimar las medidas generales y abstractas de esa población, ya que mi postura epistemológica, desde el principio del trabajo, consistía en destacar la singularidad y diferencia de significados que cada sujeto le atribuía a su experiencia.

Posteriormente aplique el test del dibujo de la figura humana de Machover con algunas chicas hospitalizadas y con algunas de las participantes al taller de imagen corporal. Aplique 10 tests acompañados de un familiograma<sup>11</sup> de cada paciente, apegándome a la consigna e instrucciones de dicho test de personalidad<sup>12</sup>. Me sorprendió que de 10 pacientes, 6 hubieran dibujado como primera figura de

---

<sup>11</sup> El familiograma es una técnica utilizada por el modelo Sistemico de familia para recabar información de forma rápida y sencilla. Por medio de figuras geométricas (cuadrado-hombre y círculo-mujer) se dibuja un organigrama que muestra la estructura familiar; divorcios, separaciones, abortos, muertes de algún familiar, así como la posición que ocupa cada miembro en la familia, hijos, edades, actividades, enfermedades, apodos, etc.

<sup>12</sup> La instrucción dada fue que en una hoja blanca, tamaño carta, dibujaran a una persona de cuerpo entero, hombre o mujer, no una caricatura o una figura hecha con palotes. Se les decía que podían borrar o cambiar su dibujo si lo deseaban. Al finalizar se le pedía que dibujara a otra persona del sexo opuesto al primer dibujo.

identificación a un hombre. Según Machover (1949), esto habla de una notable confusión sexual, lo cual me abrió ciertas hipótesis, pero no sabía como sustentarlo teóricamente y no conocía a alguna persona que pudiese asesorarme en el uso e interpretación de esta técnica. Además, tampoco supe como articular el contenido teórico que enmarca al test de personalidad con la metodología y marco teórico feminista propuesto y trabajado desde un inicio. Así que también aborté la idea de utilizar esta técnica de investigación en mi tesis.

Debido a todo lo antes expuesto, opté por la entrevista a profundidad, dejando a un lado el material empírico recolectado en mi diario de investigación, que si bien enriqueció mi conocimiento en esta problemática, no tenía una secuencia de datos que pudiesen ser sistematizados y contextualizados adecuadamente<sup>13</sup>. Así es que decidí llevar a cabo entrevistas a profundidad. Entrevisté a 3 personas (un hombre y dos mujeres), los cuales por sus experiencias de vida eran portavoces o sintetizaban la historia de muchas otras pacientes. Ellos rebasaban los 25 años y tenían diferente diagnóstico. Pensé que sus historias de vida podían acercarme al lenguaje somático, psíquico y social de la anorexia y la bulimia. Uno de los objetivos que tuve para elegir a estas personas fue que podían ofrecerme un continuum de vida más amplio y podía conocer cómo han ido construyendo su identidad en los diversos estadios de su vida (niñez, adolescencia, juventud y adultez). Otro objetivo era comparar su experiencia anoréxica o bulímica desde su condición de género. Conocer cómo se han expresado las relaciones de género y hasta donde han permeado en esos cuerpos anoréxicos o bulímicos, así como indagar cuáles eran los significados de la feminidad y masculinidad encarnados en esos cuerpos que rebasaban los estereotipos.

<sup>13</sup> Aunque no tengo datos estandarizados de todas las pacientes, debido a que la población fue flotante, (algunas podían ser asiduas pacientes de los talleres, otras sólo acudían a una-dos sesiones y no se les volvía a ver), además los datos que obtuve de ellas fueron pocos o limitados. Sin embargo, puedo jugar con porcentajes para tratar de contextualizar el tipo de población que acudía a los espacios psicoterapéuticos. Pensando que más o menos conocí a 100 pacientes, puedo decir que el 95% de las chicas eran católicas, 97% vivían en el Distrito Federal o entidades aledañas, sólo un 3 ó 5% venían de provincia debido a que en sus comunidades no había ayuda especializada para los trastornos alimentarios. La clase socio-económica en el 90% de las pacientes era de clase media, aunque no hay una homogeneidad en esa categoría porque algunas son clase media-alta, media-media o media-baja y en cada rango existen diferencias considerables como: el nivel cultural, el lugar donde estudian o trabajan, sus actividades extraescolares o hasta su lugar de residencia. Podríamos decir que un 80% ó 70% vienen de hogares disfuncionales, divorcios, violencia intrafamiliar (alcoholismo o enfermedad de alguno de los padres) o algún tipo de abuso (sexual, físico o verbal). Las edades eran muy heterogéneas, pues había pacientes de 13 años hasta los 46 años, aunque el rango promedio lo podemos situar en los 20 años aproximadamente.

Me di a la tarea de estructurar una guía de entrevista y planear con cuidado el encuadre que debía realizar con estos pacientes, para dejar claro que los fines de la entrevista no eran de índole psicoterapéutico<sup>14</sup>. Opté por la entrevista porque ésta me permitió acceder a los entramados simbólicos que son el sostén de la experiencia humana, experiencia entendida como el conjunto de significados y sentido de lo vivido (Díaz-Barriga, 1991). De tal forma, la entrevista me ubicó en el terreno de la investigación cualitativa, la cual apuntala no sólo a los hechos singulares, sino a los procesos más amplios con los que se teje la sociedad y la cultura. Esta forma de producir saberes emanados de la cotidianidad y subjetividad<sup>15</sup> del sujeto, nos ayuda a evidenciar ciertas manifestaciones bio-psico-sociales tales como las relaciones de género, la identidad y los significados depositados en el cuerpo y en la etiqueta diagnóstica.

Las entrevistas se llevaron a cabo de manera individual, Gina y Coral fueron entrevistadas en las instalaciones del Instituto y Tristán en mi casa, empleando las sesiones necesarias para recopilar toda la información planteada en la guía de entrevista, la cual tuvo como fin ir conociendo, en cada etapa de su vida, como se fueron construyendo las identidades de estos (as) sujetos antes y después de las enfermedades anorexia y/o bulimia. El contenido se subdividió en tres áreas de interés: los factores biológicos – los factores psicológicos e individuales - los factores familiares y socio-culturales. En el **apéndice** se anexan: el esquema temático, la guía de entrevista, así como las definiciones de algunos conceptos claves que permitieron el análisis de las entrevistas.

### **La estructura del trabajo**

A continuación expongo el camino que como un mapa muestra brevemente al lector el trabajo realizado para esta investigación:

En el primer capítulo se hace un recorrido por la historia, tratando de entender cómo las nociones clínicas de "la anorexia y la bulimia" se han ido llenando de contenido y significado. Posteriormente, se describen a la anorexia nervosa y la

<sup>14</sup> Salirme del imaginario contextual en donde las pacientes y yo misma me había colocado.

<sup>15</sup> Hablar de subjetividad es abarcar la mente, el cuerpo y el inconsciente (Lamas, 2002)

bulimia nervosa como actualmente las conocemos, explicadas desde la psiquiatría, el psicoanálisis y las teorías socio-culturales. En este mismo capítulo se expone el estado de la cuestión de los trastornos alimentarios en México, para conocer cómo han sido estudiados, qué datos epidemiológicos hay al respecto y cuáles han sido los resultados que han arrojado otras investigaciones en nuestro país.

En el segundo capítulo se exploran algunas posturas teóricas desde la perspectiva feminista, con el fin de entender el problema de la identidad y su relación con el cuerpo biológico y social; las etiquetas diagnósticas, así como el proceso de la identidad en relación con la madre; esto con el fin de poder aproximarme a las historias de vida con una mirada diferente.

En los capítulos III, IV y V se reconstruyen y exponen los acontecimientos y experiencias que los entrevistados han vivido y simbolizado real y metafóricamente en su hacer y decir. Tratando de rescatar lo más posible la forma cómo interpretan su mundo, se definen a sí mismos, al trastorno alimentario, así como a las relaciones de género y discursos que los han marcado en la construcción de sus identidades.

Por último, se trabaja en los resultados arrojados por esta vía metodológica, esto con el propósito de tratar de reflexionar, frente al material empírico, algunas de las cuestiones que se fueron abriendo a lo largo de los contenidos teóricos de la tesis.

Admito que las expectativas que tenía para cada capítulo se tuvieron que ir reduciendo y simplificando, muy probablemente ni siquiera logré profundizar en algún asunto en concreto, dada la complejidad del tema que en muchas ocasiones me apartó de un objetivo en particular; mi inexperiencia en este campo de estudio, a mis propias limitaciones; así como a los tiempos y expansión requeridos para esta tesis de maestría. Sin embargo, la angustia, dudas y flexibilidad que “los estudios de mujer” me ofrecieron, me permitieron explayar como investigadora mis propias inquietudes, creatividad y subjetividad femenina, lo cual ha sido muy desgastante por la implicación existente, pero a la vez satisfactorio y gratificante.

## CAPITULO I

### Un atajo diferente para conocer los trastornos alimentarios

#### 1.1 Breve reseña histórica

"Las palabras, como las ideas y las cosas que están destinadas a significar, tienen historia" (Scott, 1990:23).

Remontándonos siglos atrás, encontramos que la historia de la anorexia se ubica desde principios de la Edad Media donde los primeros relatos hablaban de una enfermedad misteriosa -santa o diabólica- que transformaba a las personas que la padecían (especialmente en algunas mujeres quienes fueron quemadas por brujas o adoradas por milagrosas), caracterizándose por una gran pérdida de peso debido a dietas de hambre autoimpuestas (siglo XIV). Sin embargo, la humanidad debió esperar tres siglos para la primera descripción clínica de la anorexia, atribuida a Morton en el año 1694, quién la consideraba una perturbación del sistema nervioso, así como una enfermedad que generaba tristeza y preocupaciones ansiosas, que tenían su asiento en el Hábito total del cuerpo. Pasaron 200 años más para que Charles Laségue en 1873, desde el marco del discurso psiquiátrico de la época victoriana, vinculara la anorexia con la histeria, clasificando éste trastorno como una histeria del centro gástrico, una forma de localización histérica asociada a trastornos digestivos generales. William Gull en 1874 rechazó el término "histérico" y lo sustituyó por "nervosa" al negar la implicación del útero en la anorexia y defender la del sistema nervioso. Este médico hizo hincapié en el estado mental mórbido de la supuesta falta de apetito, señalando además, que el trastorno podía afectar a varones (Toro, 1996).

Históricamente, tal vez como ninguna otra enfermedad considerada psiquiátrica, la anorexia ha sido incluida en los más diversos contextos clínicos y psicopatológicos. Ha sido considerada como una compulsión obsesiva (Janet, 1903); como una insuficiencia hipofisiaria (Simmonds, 1914); como una perversión oral (Dörr, 1972); como un delirio paranoico (Roa, 1978) y hasta como una esquizofrenia (Binswanger, 1967). Aún en la actualidad, la anorexia es uno de los cuadros más inquietantes, oscuros y desconcertantes de la psiquiatría multicausalista. Sin

embargo, ningún cuadro clínico explica las continuidades y discontinuidades de los síntomas, ni las desigualdades o similitudes persistentes de la anorexia entre hombres y mujeres, y menos aún la experiencia de las personas que la padecen (Toro, 1996; Garner y Garfinkel, 1982; Vandereycken y Van Deth, 1990).

Aunque al parecer, el abordaje actual de los trastornos alimentarios y más concretamente de la anorexia nervosa se sitúa en la década de los noventa, esto debido a que la Asociación Médica Americana en 1920 reportó el incremento de ciertos trastornos en mujeres que buscaban la delgadez extrema, como resultado del ideal de belleza que se empezaba a gestar. En 1939, John Alfred Ryle, fue el primero en confirmar el aumento de trastornos alimentarios, debido a la interacción entre la emotividad de las jóvenes en busca de equidad y la popularización sin precedentes de esa moda de la delgadez. Sin embargo, la evidencia histórica nos muestra cómo todas estas explicaciones u observaciones han sido hechas por hombres y analizadas desde esa visión masculina, aún cuando las mujeres fuesen quienes detentaban asiduamente la enfermedad.

Fueron sin lugar a dudas Mara Selvini Palazzoli (1974) y Hilde Bruch (1978) quienes, desde un marco psicoanalítico, cognitivo y sistémico, dieron los pasos definitivos en la dirección cultural del trastorno, constatando el incremento de pacientes anoréxicos (as) tras la Segunda Guerra Mundial. Selvini, atribuyó el desarrollo de la anorexia nervosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo; caracterizada por el incremento de familias de clase media, con la atención dirigida a los hijos y las mujeres experimentando una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de su emancipación. Por su parte, Bruch explicó el fenómeno a partir de los factores de la personalidad dados en el ámbito de una familia particular, la cual a su vez, es representante de un determinado contexto socio-cultural.

Por otro lado, el trastorno bulímico ha merecido menor atención que el anoréxico, ya que era considerado síntoma de otros trastornos, de hecho, si analizamos lo publicado sobre bulimia a lo largo de nuestro siglo y antes de 1970, encontraremos que en ningún momento ha constituido un concepto de interés general, clínico o científico. Sin embargo, la historia del mundo occidental está

salpicada de personajes, épocas y grupos sociales que practicaban asiduamente el atracón seguido del vómito, como los banquetes y vómitos de clases medias y altas de la antigua Roma o por ejemplo, personalidades como: Enrique VIII de Inglaterra, el papa Alejandro Borgia, el rey Eduardo de Inglaterra, el presidente americano Taft, la princesa Lady Diana, y gran parte de las modelos o bailarinas famosas, por citar algunos, padecieron o siguen padeciendo estos síntomas bulímicos.

Habermas (1990) considera que la bulimia nervosa es un trastorno mucho más reciente que la anorexia, situando su origen en los albores del siglo XX. Opina que la influencia de factores históricos, la presión social sobre los comportamientos alimentarios de los individuos y la lucha de los médicos contra la obesidad están en los orígenes del fenómeno. Sin embargo, Russel, es quién hasta 1979, describe la bulimia nervosa propiamente dicha. En sus criterios diagnósticos junto a los atracones y conductas compensatorias, hizo hincapié en el miedo a engordar como condición sine qua non (ver Russel, 1985; Vandereycken, 1994; Toro, 1996).

Aún con todo ello, considero que es necesario interpretar cada contexto socio-histórico para poder entender los significados inherentes de los trastornos alimentarios, porque aunque se tengan antecedentes clínicos de ellos, los significados varían según los valores de la época, la raza, la etnia, el sexo y la edad de la persona que los padece. No podemos comparar la anorexia o bulimia actuales con un trastorno alimentario dado, por ejemplo en la edad media, en donde las ideas religiosas de penitencia y ascetismo tenían otra connotación ideológica y las expectativas, estereotipos y/o roles de género eran distintos.

Lo que sí podemos rastrear a lo largo de la historia es cómo estos conceptos de "la anorexia y la bulimia" se han ido llenando de saberes científicos, mitos y cambios sociales que han cargado de contenidos y significados a estos conceptos hasta llegar a conformarse no sólo en categorías psiquiátricas, sino en identidades personales y sociales basados en la noción de experiencia que expresan la polivalencia simbólica de la delgadez, la eterna juventud y la búsqueda de perfeccionismo en nuestra sociedad.

## 1.2 Conociendo a la anorexia nervosa y la bulimia nervosa

“Para muchas personas los trastornos de la alimentación son un misterio de nuestro tiempo. Son un enigma para los profesionales, para aquellos que tienen que convivir con los comportamientos extraños y a menudo trágicos de sus víctimas y para quienes los sufren, que tampoco pueden explicarse sus propias acciones” (Claude-Pierre, 1998: 19).

La anorexia<sup>16</sup> es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal para una determinada edad y talla, llegando a un peso corporal inferior al ochenta y cinco por ciento del peso esperado. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente “los que engordan”, y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos y/o ejercicio físico extenuante (más de 2 horas diarias con el propósito de adelgazar). El trastorno suele iniciarse entre los 12 y los 25 años, aunque se tienen registrados casos que detonan desde los 8 años de edad. La imagen interna del cuerpo, está dominada por una autopercepción distorsionada. El cuerpo que ellas (os) ven en el espejo no es el que los demás vemos. La carga que llevan es el de la gordura imaginada, un estigma que las (los) atormenta. Su autoestima está determinada por esa imagen corporal distorsionada y en la mayoría de los casos no existe conciencia de enfermedad. Uno de sus síntomas es la falta de menstruación de por los menos tres ciclos consecutivos, existiendo también pérdida del interés sexual y un retraso en el desarrollo de los órganos sexuales.

La desnutrición puede dar lugar a todo tipo de síntomas y trastornos físicos como: vértigo, fatiga, bradicardia, hipotermia, anemia, osteoporosis, descamaciones de la piel, caída del cabello, aparición de lanugo, desequilibrios electrolíticos, trastornos gastrointestinales, disturbios del sueño, etc. Los estados de inanición

<sup>16</sup> El término anorexia proviene del griego, con el prefijo “a” nos está indicando una negación. El verbo tiene varias acepciones que han sufrido modificaciones con el tiempo, como serían: ofrecer, dar, expandirse de gozo, desear a alguien. Pero ninguno nos remite a comer, más bien su adecuada traducción, anteponiendo el prefijo de la negación, sería: sin deseo o falta de gozo (ver Goldman, 2000). Muchos autores lo han traducido como falta de apetito, pero es erróneo, ya que la falta de apetito no suele aparecer sino hasta ya muy avanzada la enfermedad. Las personas con anorexia sí sienten hambre y precisamente el mecanismo de control que se pone en marcha es el de tratar de negar y controlar ese apetito (ver Toro, 1996).

producen opioideos endógenos que provocan un proceso autoadictivo porque provocan una euforia analgésica o de embriaguez física.

Las (los) jóvenes son inicialmente hijas (os) modelo, dóciles y colaboradores, hasta que aparece la anorexia. Al entrar a la adolescencia y comenzar a ser más autónomas (os), para afirmar su identidad, el proceso se dificulta. Sienten que no tienen poder sobre su cuerpo, que son ineficaces y poco valiosas (os). Aparecen problemas en la etapa de separación e individuación. Los cambios conductuales y psicológicos que sobrevienen son: negación de las sensaciones de hambre, sed, fatiga, sueño y temor a perder el control. Dificultad de concentración y de aprendizaje, baja tolerancia a la frustración, confusión en cuanto a la identidad sexual, dificultad para expresar sentimientos, introversión y expresividad limitada, sensación de vacío y de pocos logros. También es reiterativo en estas personas el miedo a convertirse en adultos. Los síntomas de depresión, ansiedad, obsesivo y compulsivos constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. El perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal, de los rendimientos y por consiguiente, del comportamiento. Las relaciones interpersonales casi siempre están alteradas. El aislamiento social suprime gratificaciones socioafectivas e incrementa la disforia<sup>17</sup>. La persona anoréxica se hace cada vez más egocéntrica, consumiéndose emocionalmente entre sus miedos, obsesiones y rituales; y consumiéndose físicamente en el transcurrir de su progresiva desnutrición (Toro, 1996; Buckroyd, 1998; Villarreal, 1999; Cavazos, 2000).

La bulimia<sup>18</sup> es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento superior a sus requerimientos calóricos, ingiriendo comida para dos o más personas en un breve tiempo (generalmente alimentos ricos en carbohidratos<sup>19</sup>, porque estos tienden a disparar la liberación de agentes químicos del cerebro). Esta

<sup>17</sup> La disforia es una perturbación del humor, una especie de malestar general y disgusto por la vida. Se opone terminológicamente a la euforia. A veces es consecuencia o anuncio de alguna enfermedad psicósomática. (Diccionario de psicología, Orbis, 1986)

<sup>18</sup> El término bulimia se deriva del griego "bulimy", lo cual significa hambre excesiva o hambre de buey.

<sup>19</sup> Los carbohidratos parecen tener un efecto calmante, relajante y consumirlos en exceso produce somnolencia, además de bloquear el dolor y causar una sensación de euforia. Esto obedece a la producción de serotonina y a la liberación de las endorfinas (Villarreal, 1999).

ingestión se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control y una disminución de la ansiedad que precedió al atracón. Debido al miedo que existe por engordar; los vómitos autoinducidos son el recurso más frecuente junto con el abuso de laxantes o diuréticos. Otras medidas compensatorias que le siguen al atracón son la restricción alimentaria, los ayunos o el ejercicio compulsivo. En las personas bulímicas también existe distorsión de la imagen corporal, así como una autoestima ligada a la forma y peso del cuerpo. Con frecuencia experimentan alteraciones en el estado de ánimo; tristeza, ansiedad y marcados sentimientos de culpa. Los atracones se viven con vergüenza, en secreto, como una actividad indecente, desvalorizante que tratan de ocultar a los demás. Suelen tener dificultades con el control de los impulsos, siendo presa con facilidad de ideas de muerte, intentos suicidas, abuso de sustancias tóxicas, promiscuidad, robos, mentiras o cambios de trabajo, vivienda o pareja. La comorbilidad de la bulimia se da con mayor frecuencia con trastornos de ansiedad y afectivos. Las personas con bulimia abarcan un rango de edad media mayor que el de la anorexia, diferenciándose además en que hay mayor conciencia de enfermedad y la menstruación aunque sea irregular o a veces ausente, no llega a la amenorrea.

Las consecuencias físicas de los vómitos causan deshidratación, piel seca y fría, neumonía por aspiración, daño en los dientes, irritación en la garganta, inflamación del esófago, ruptura de vasos sanguíneos en la cara, sangrado de recto; así como fistulas gastrointestinales. También pueden presentar daño renal, deficiencia de calcio, desequilibrio electrolítico, etc. Las experiencias previas como antecedentes de obesidad, violencia física, sexual o verbal; la dinámica familiar en donde se sostengan un exceso de responsabilidades e implicaciones mutuas y no siempre se tengan presentes las necesidades afectivas de los hijos, así como los factores biológicos y las circunstancias socioculturales son factores que completan la etiopatogenia de la bulimia (Toro, 1996; Crispo y Figueroa, 1996; Cavazos, 2000).

Sin embargo esta descripción de síntomas psíquicos o somáticos, propios de los trastornos alimentarios, no pueden ser ajenos a la historia intersubjetiva en la que se constituyó el sujeto que los presenta. Ninguna teorización nos permitirá acceder a la comprensión de la "salud" y "enfermedad" sin la apropiada escucha y

contextualización de los hechos. Sabemos que la psiquiatría se ha esforzado por diagnosticar y etiquetar adecuadamente los signos o síntomas<sup>20</sup>. Sin embargo, en dichas clasificaciones (elaboradas en su mayoría por hombres) encontraremos cómo los significados etiológicos son descritos como una contribución acabada que facilita la labor médica, pero oculta lo que la cultura provoca. Los síntomas están descontextualizados, ya que no existe un cuestionamiento de los significados que cada individuo les confiere a éstos. Además, uno de los criterios más importantes de estos manuales psiquiátricos es el de la distorsión en la imagen corporal, pero no existe una reflexión sobre el papel que ejerce la cultura como educadora de nuestros cuerpos. Cultura que ha enseñado a las mujeres y a ciertos hombres a ser identidades fragmentadas, cuerpos inseguros, a monitorear constantemente cualquier signo de imperfección, cualquier exceso de grasa, de volumen, de peso y aunque hacen distinción de sexos, no existe la perspectiva de género que las feministas intentan rescatar, como el hecho de que el 90% de las pacientes sean mujeres, el abuso sexual implicado en muchos casos, y la búsqueda de control y poder tan significativos en estos sujetos (ver Bordo, 1995).

Aunque sabemos que actualmente existe una gran apertura en la psiquiatría multicausalista con respecto a investigar de qué manera el ambiente y la estructura psíquica interactúan con los factores biológicos, los cambios en la práctica clínica pragmática aún no han dado un viraje contundente en sus postulados y acercamientos a la realidad empírica (Galende, 1990). Mucha de la práctica clínica sigue aferrada a la teoría falocéntrica<sup>21</sup>, los manuales de diagnóstico, estadísticas epidemiológicas y cuadros clínicos, sin tomar en cuenta la escucha subjetiva de cada paciente en su singularidad y diferencia<sup>22</sup>. Y muchas de las investigaciones continúan

<sup>20</sup> Los criterios de diagnóstico (anexos en apéndice) para los trastornos de la conducta alimentaria más comúnmente utilizados por el campo de la psiquiatría, propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994) y por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1992), representan la clasificación estandarizada de los trastornos mentales que se utilizan en Estados Unidos e internacionalmente.

<sup>21</sup> Algunas de estas descripciones psiquiátricas se desconectan del contexto histórico socio-cultural y de los valores, normas, mitos y prejuicios que funcionan como gatillos para los trastornos alimentarios. Manteniendo conceptos estáticos, fijos, atemporales que representan la forma particular de entender las relaciones sociales desde una posición androcéntrica que define y refuerza las ideologías hegemónicas sociales concernientes a la raza, orientación sexual y género (Bordo 1996).

<sup>22</sup> También es importante subrayar que la anorexia o la bulimia como diagnóstico clínico no hablan de una organización de la personalidad homogénea, sólo muestran los signos o síntomas propios del trastorno que en

utilizando los significantes médicos de "la anorexia nervosa y la bulimia nervosa" para categorizar o etiquetar síntomas y conductas sin la apropiada contextualización de los hechos o significados que se desprenden de sujetos genéricos enmarcados por determinados contextos socio-históricos.

Dice Goldman (2000) que la ciencia de hoy es una ciencia que no da margen a lo que no sabe o no pueda etiquetar, es una ciencia que no quiere saber sobre la muerte o desconocido. Es la pasión por el todo, la perfección total. Y en esta perfección total queda incluido también el sujeto. No hay espacio para las palabras, los sueños y los deseos. No hay lugar para la diferencia. No hay lugar para el concepto de muerte que la vida lleva en ella y por lo tanto existe una fragilidad en las subjetividades y una búsqueda permanente de certidumbres y referentes que estructuran o restituyen el sentido de nuestras vidas y nuestra propia identidad.

### 1.3 Interpretaciones psicoanalíticas

El psicoanálisis reconoce que los trastornos alimentarios son un síntoma o conjunto de síntomas escenificados en el cuerpo que pueden desarrollarse en diversos cuadros psicopatológicos y en diferentes estructuras de personalidad y para fines de esta investigación es importante resaltar que el psicoanálisis considera que, tanto la anorexia como la bulimia tienen un valor simbólico, es decir, han de ser descifrados para acceder a la significación que tienen para cada sujeto que los

---

cada sujeto son vívidos con emociones y significados del todo distintos. Así que es necesario tomar en cuenta, al estar frente a los sujetos, el tipo de estructura psíquica o rasgos de personalidad de cada uno, para entender por qué o cómo eligen una análoga defensa respecto a la angustia de base, una defensa que por razones históricas y culturales puede tomar la forma de depresión, dieta e inmersión corporal. Selvini Palazzoli (1999), junto con su grupo terapéutico hicieron una distinción entre cuatro tipos de trastornos de personalidad que describían algunos rasgos importantes del tipo de funcionamiento y personalidades de ciertas (os) anoréxicas (os) o bulímicas (os): Los trastornos de personalidad dependiente, borderline, obsesivo-compulsivo y narcisista. El extremo borderline (que podemos llamar también depresivo-dependiente) es el de la interiorización de una actitud negativa hacia el yo, del tipo "soy mala, los otros son buenos, me tratan mal por mi culpa, debo intentar cautivarlos". El otro extremo es el narcisista (que llega hasta la paranoia y el autismo). Aquí, la persona se defiende del sufrimiento, pero también de la aceptación de una visión negativa del yo con una actitud del tipo "yo soy valerosa y buena, los malos son los demás, tendré éxito y seré admirada". La anoréxica dependiente tiene una visión del tipo "yo soy mala fea, los demás son buenos". Por último, la anoréxica obsesivo-compulsiva tendría una visión del tipo "soy imperfecta, debo esforzarme para que me acepten los demás". Obviamente cada personalidad está matizada por la propia subjetividad del sujeto y existen muchas situaciones que se entremezclan y hacen más complejas estas clasificaciones psiquiátricas.

padece, o sea, podrán tener tantos sentidos y significados como pacientes existan (Baravalle, 1996; Tubert, 2000).

El modelo Freudiano<sup>23</sup> ha sido más atinado que otros modelos para entender la naturaleza simbólica de los síntomas anoréxicos. Reconociendo, entre otras cosas, que el miedo a la gordura en el estómago y el pecho tiene asociaciones genéricas que demandan interpretación (Zerbe, 1996). Este indicador no es simplemente un indicador de la esclavitud compulsiva o una cuestión de moda, hay significados de la feminidad y la masculinidad encarnados en el cuerpo que desconstruyen a los estereotipos<sup>24</sup>.

Algunas escuelas psicoanalíticas han tomado varias posiciones respecto al uso del género y al estudio de los significados inherentes en los trastornos alimentarios. Por ejemplo, algunas psicoanalistas han cuestionado la visión freudiana ortodoxa del complejo de Edipo experimentado por los hombres y en donde la identidad de las mujeres se logra a través de la procreación. Estas nuevas corrientes señalan, por el contrario, que el sujeto es una persona escindida, con deseos y procesos inconscientes. El reconocimiento de que nunca vamos a estar completos, que siempre nos va a faltar algo, es lo que se formula como la falta, la carencia, la castración, lo cual condiciona la estructuración de la identidad psíquica (Lamas, 1999).

Desde este enfoque teórico se ha descubierto que en los trastornos alimentarios existen innumerables fuerzas sociales que están impactando la vida sexual de la niña pequeña, quién tiene que reprimir su naciente sexualidad e interés por su cuerpo. Estas fuerzas represivas no sólo distorsionan el desarrollo de los dones y capacidades femeninas, sino engendran inhibiciones sexuales y enfermedades psicósomáticas. Las seguidoras de Freud han tratado de interpretar la

<sup>23</sup> Los estudios de Freud en los cuales hace referencia a la anorexia nervosa son: "Un caso de curación hipnótica" (1893) "Estudios sobre la histeria" caso de Emmy Von y la melancolía (1895) y "Tres ensayos para una teoría sexual" (1905). En los primeros trabajos de Freud, la anorexia era un síntoma de conversión histérica, la expresión del erotismo oral; posteriormente, observa matices depresivos. Freud explicó que en la anorexia existe pérdida del apetito pero también de libido (Chinchilla, 1994).

<sup>24</sup> Pero la teoría de Freud falló al no situar las categorías de su análisis en el engranaje socio-cultural. Al no apreciar que el miedo a embarazarse puede tener que ver más con el miedo al atrapamiento doméstico y no sólo con las fantasías de Elektra; o que la ansiedad sobre los peligros sexuales involucrados podrían ser una respuesta

anorexia o bulimia analizando las influencias sociales (el ideal de delgadez, los nuevos roles de las mujeres, el miedo del hombre a dejar de ser cuidado y alimentado, la sociedad patriarcal, etc.) como cruciales para significar la experiencia que lleva a las mujeres y a algunos hombres a ciertos estados emocionales dentro de su historia de vida (Zerbe, 1996).

Desde otro enfoque, Jacques Lacan en su retorno a Freud nos permite considerar el sintoma (en este caso la anorexia) dentro de una estructura (en este caso histórica) y no como un trastorno que hay que eliminar en alianza con la parte del yo. Para Lacan (1975)<sup>25</sup> la anorexia es o sería una necesidad histórica de mantener el deseo insatisfecho del ideal mortífero. La anoréxica sacrifica la necesidad, la autoconservación, para afirmarse como sujeto de deseo más allá de su corporalidad. Construye una anatomía de su cuerpo que tiene que ver con las formas de simbolizarlo y metaforizar sus conflictos a través del sintoma.

El psicoanálisis feminista, con enfoque postestructuralista ha tomado como figura clave las ideas de Lacan, en donde el lenguaje es el centro de la teoría porque instala al niño en el orden simbólico<sup>26</sup> y a partir de ello se construye la identidad genérica. Esto lo explica Lacan a partir de la relación diferente que establecen la niña y el niño ante el falo, o sea, ante el poder y las normas legales. La identificación genérica con lo masculino y lo femenino se debe pues, a la imposición de las normas de interacción social y a la castración inconsciente.

Respecto a los trastornos alimentarios, el feminismo de la diferencia ha tomado al cuerpo como la categoría en donde se pueden leer los significados subversivos que encierran la diferencia de género. Desde esta perspectiva, el sufrimiento del sujeto es expresado a través del cuerpo como forma primaria de enviar un mensaje a los otros, como señal y como lucha. El lenguaje del cuerpo expresa las modalidades defensivas del sujeto en su acceso a la palabra, mostrando la imposibilidad del decir, la impotencia del nombrar, de identificar su autopercepción, así como el significado de

---

realista al descubrimiento de los patrones abusivos y violentos de las relaciones domésticas y del contexto social (ver Bordo, 1996).

<sup>25</sup> Lacan (1975) plantea que las lesiones psicosomáticas son trazas escritas en el cuerpo que semejan verdaderos jeroglíficos, que no sabemos todavía leer, que no pasan por la subjetivación del deseo.

sus emociones y experiencias coexistentes a sus fuerzas psíquicas y sociales (Malson, 1998).

En otras palabras, los trastornos alimentarios ponen de manifiesto que el cuerpo es un escenario en el que se desarrolla el drama del sujeto, su identidad genérica y sus resistencias. En donde sólo puede dar cuenta de su experiencia corporal a través de un lenguaje cargado de significantes y de imágenes que mediatizan su relación singular con su cuerpo, la familia y la sociedad (Tubert, 2000).

Por ello, en esta investigación nos interesa abordar la experiencia anoréxica o bulímica, a través del conocimiento de una nueva historia de las identidades y del cuerpo que incorporen la complejidad cultural y reconozcan la dimensión subjetiva del propio sujeto producido por un discurso que lo precede, al cual se resiste o sucumbe.

#### **1.4 Relevancia social del problema en México**

Actualmente se sabe que los polos opuestos de obesidad e hiperdelgadez se han convertido en un problema nacional en Estados Unidos, Europa y en algunos sectores de América Latina. La cultura de consumo en la que estamos inmersos promueve un estilo de vida que incluye dieta y deporte o, todo lo contrario, comida en exceso. Por lo tanto, según Steiner-Adair (2001)<sup>27</sup>, los trastornos en la alimentación han pasado a ser la tercera enfermedad crónica más importante en las (los) adolescentes de Estados Unidos, extendiéndose a todas las minorías raciales y a todas las clases sociales.

Los datos epidemiológicos internacionales muestran que en el momento actual y en el mundo occidental, sufre de anorexia nervosa del 0.2% al 0.8% de la población general y entre el 1% y 2% son mujeres adolescentes. La proporción entre varones y mujeres es, aproximadamente de 1 a 10. En el caso de la bulimia los datos disponibles no son los suficientemente fiables. Se estima que su prevalencia se sitúa alrededor del 2% - 3% de la población femenina adolescente y juvenil. La proporción entre sexos es similar a la de la anorexia nervosa. (Toro, 1996)

---

<sup>26</sup> El orden simbólico establece una distinción entre el contenido interior psíquico y el mundo social externo en donde el sujeto ocupa un lugar genérico (Thompson, 1990).

<sup>27</sup> Esta autora escribió el prólogo de la nueva edición en español de la Jaula dorada de Hilde Bruch. (1978).

En México no hay estadísticas concretas de anorexia nervosa o de bulimia nervosa. Sin embargo, ciertos sondeos realizados por revistas de divulgación nacional<sup>28</sup> han arrojado datos preocupantes, ya que 3 de cada 100 mujeres mexicanas de las zonas urbanas sufren de un trastorno alimentario, sobre todo mujeres de clase media y alta, porque en las clases bajas, sobre todo de zonas rurales, lo preocupante es la desnutrición y anemia emergentes. Empero, existen reportes de comunidades como Oaxaca, Veracruz, Puebla y Guerrero, con carencias económicas importantes, que presentan algunos casos de trastornos alimentarios, los cuales desafortunadamente no tienen la ayuda o canalización adecuadas<sup>29</sup>.

La etapa de inicio es casi siempre en la adolescencia. La anorexia suele iniciar entre los 12 y 18 años, siendo los 17 la edad más común. La bulimia casi siempre aparece antes de los 25 años (Schlundt y Johnson, 1985). Lo alarmante del caso es que entre un 50% - 80% de mujeres jóvenes mexicanas de clase media o alta, según ciertos informes, están preocupadas por su peso y su figura, llevando a cabo dietas restrictivas, lo cual es un gatillo detonante para los trastornos alimentarios<sup>30</sup>. Para algunos especialistas (Toro, 1996; Gordon, 1990) la preocupación por el peso y la imagen corporal sobre todo en las mujeres está tan extendida, que ha llegado a alcanzar proporciones tales, que en la actualidad se reconoce como una parte normal de la experiencia femenina, algo así como una preocupación normativa.

Según una muestra en el D. F. sobre imagen corporal y trastornos alimentarios en escuelas (secundaria, preparatoria y licenciatura), se sabe que del 2% al 3% de mujeres que pasan de 13 años de edad sufren de anorexia, bulimia o ambos. La bulimia es al menos 2 veces más prevalente que la anorexia, sin embargo, en los hombres esta tendencia parece revertirse, siendo más frecuente en ellos la anorexia.

<sup>28</sup> Selecciones (Julio 2002); Marie Claire (año 12 No. 10); Muy interesante (año XVI No. 9).

<sup>29</sup> La fuente de esta información no está cuantificada, pero estos datos los conocemos debido a la presencia de pacientes del interior de la República que acuden a consulta al Instituto Nacional de Psiquiatría. Suponemos que una de las causas para la difusión de los trastornos alimentarios se debe a que los medios de publicidad con sus modelos de hiperdelgadez se han infiltrado en casi todos los rincones de nuestro país. Lo cual hace suponer que se está generando una especie de epidemia asociada a la difusión en revistas y programas de televisión y al surgimiento de varios centros de tratamiento, en zonas urbanas, que han puesto en alerta a especialistas y a personas con estas problemáticas.

<sup>30</sup> Fuente: Instituto Mexicano de la Nutrición, 2000.

Un dato interesante de esta muestra es que 1 de cada 25 mujeres está en riesgo de desarrollar el síndrome de bulimia en algún momento de su vida (Alvarez, 1996).

Los datos obtenidos en la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal (1997)<sup>31</sup>, incluyó un cuestionario que midió síntomas característicos de la anorexia y bulimia nervosa. Se encontró que el 3.1% de las mujeres presentaban 3 ó 4 indicadores clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria con una frecuencia de dos veces a la semana o mayor (sobrestimación del peso corporal, preocupación por engordar, prácticas alimentarias de tipo restrictivo y/o purgativo); mientras que únicamente el 0.3% de hombres se encontraban en dicha situación, lo que confirma la relación 10 -1 que se ha reportado en la literatura internacional entre hombres y mujeres (Unikel, 2000). Este mismo estudio señaló que existen conductas alimentarias de riesgo que no indican diferencias entre hombres y mujeres, porque son practicadas por ambos en proporciones similares aunque probablemente con diferentes propósitos, como son los atracones y el ejercicio excesivo. Si bien el cuestionario utilizado no permitió realizar el diagnóstico preciso de un trastorno de la conducta alimentaria, proporcionó datos epidemiológicos aproximados de la situación actual mexicana en este campo.

Los estudios realizados en población estudiantil de enseñanza básica de la ciudad de México, han señalado la práctica de métodos para bajar de peso en niños y niñas entre 10 y 11 años de edad, esto es, reduciendo el consumo de alimentos "engordadores" (Gómez-Peresmitré y Avila, 1998). Estos datos son interesantes debido a que por primera vez se reporta la presencia de conductas alimentarias de riesgo en pre-adolescentes mexicanos y por otro lado, resulta alarmante que a tan tempranas edades exista esta tendencia, que en algunos casos, puede ser el punto de partida para un trastorno alimentario mayor. Por otro lado se ha encontrado que niñas entre 9 y 13 años (N=962) presentan factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación, ya que casi la mitad de la muestra estudiada mostró insatisfacción con su imagen corporal. Casi la totalidad de las pre-adolescentes prefieren una figura corporal delgada, indicador de la aceptación del estereotipo social

<sup>31</sup> Hecha por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con una muestra representativa de estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal (N=9755).

de la cultura de la delgadez, el cual resultó ser independiente del nivel de satisfacción y de la alteración de la imagen corporal. Sin embargo, se encontró una relación positiva entre el seguimiento de dietas para bajar de peso y la insatisfacción con la imagen corporal. Debido a que el seguimiento de dietas ha sido detectado como un factor de riesgo para desarrollar problemas alimentarios. Este hallazgo cobra franca importancia ya que indica que estas pre-adolescentes se exponen a riesgos adicionales más allá de la restricción alimentaria (Gómez Peresmitré, 1999).

Como podemos ver, en los últimos años en México se ha incrementado el interés por estudiar estos trastornos. En una revisión sobre los estudios realizados en México, la Mtra. Unikel encontró diversas investigaciones sistematizadas en distintas poblaciones: en pre-adolescentes (Gómez-Peresmitré, 1997, 1999; Gómez Peresmitré y Avila, 1998), adolescentes (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Alcántar, Fleiz y Hernández, 2000), grupos de alto riesgo (Aquino, 1998; Unikel y Gómez-Peresmitré, 1996; 1999; Unikel, 1998; Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla, en prensa), población clínica (Gómez-Peresmitré, 1995b), población masculina (Gómez Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000) y en diferentes áreas de interés: psicología fisiológica (Mancilla y Cobos, 1997), funcionamiento familiar (López, Mancilla y González, 1996; Pérez y Platas, 1998), factores de crianza (Saucedo, 1996); factores de riesgo (González, Lizano y Gómez Peresmitré, 1999; Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Román, 1999) y tratamiento (López, 1995). Se han desarrollado instrumentos de medición de la conducta alimentaria de riesgo (Gómez-Peresmitré, 1993; Gómez-Peresmitré, Unikel y Corvera, 1998); que se encuentran en proceso de validación, algunos otros ampliamente utilizados internacionalmente como es el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40) elaborado por Garner y Garfinkel (1982) (Alvarez, 2000), ya se validó y se estandarizó el inventario EDI-2 de Garner para la población mexicana (Holtz y Tena, 2000). Asimismo, se están utilizando para la población mexicana otros indicadores antropométricos más conocidos y útiles en la investigación en este campo de estudio, como el Índice de Masa Corporal (Gómez-Peresmitré y Saucedo, 1997a y 1997b; Saucedo y Gómez-Peresmitré, 1997) y el Índice Nutricional (Saucedo y Gómez Peresmitré, 1998).

Estos estudios realizados hasta el momento han dado cuenta de la situación en la que se encuentran actualmente estos padecimientos en la ciudad de México. Entre los principales resultados de investigación se ha confirmado la presencia mayoritaria de estos padecimientos en mujeres (Gómez-Peresmitré, 1995a; Unikel, 2000) de niveles socioeconómicos medios y altos y su casi ausencia en poblaciones de bajos recursos<sup>32</sup> (Aguilar y Rodríguez, 1997; Avila, Rodríguez, Ortiz, 1997; Sánchez, Mójica, 1998; Unikel, 1998).

Se ha encontrado la presencia de un continuum cuantitativo en función de la presencia de síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres de población general, de riesgo y clínica (Unikel y Gómez-Peresmitré, 1996; Unikel, 1998; Unikel y Gómez-Peresmitré, 1999). Los hallazgos señalan la presencia de una mayor cantidad de síntomas en mujeres que se dedican a actividades que exigen un interés exacerbado por la forma y el peso del cuerpo y en las que existe un alto grado de competitividad, como es el ballet, el modelaje y la gimnasia olímpica, en comparación con mujeres de la misma edad con otra elección vocacional.

Los estudios realizados con muestras del género masculino, los cuales son mucho más escasos, muestran que en los hombres existen manifestaciones de insatisfacción con la propia imagen corporal, la cual se ve influenciada por el Índice de Masa Corporal y por el grado autoatributivo de atractividad. En general la tendencia es a desear un cuerpo más corpulento (Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000).

A pesar de que estos trastornos, como lo podemos constatar, son 10 veces más frecuentes en el sexo femenino, ya se está viendo su incidencia en varones. Entre 5% y 10 % de personas que integran la población general con trastornos alimentarios son hombres que padecen anorexia nervosa, y entre 10% y 15% padecen bulimia (Toro, 1996). Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías, a su vez refuerza la hipótesis de la influencia que ejerce la presión del contexto socio cultural Occidental, en la aparición de estos fenómenos.

---

<sup>32</sup> Medidos con base en el tipo de escuela-pública y privada- y el nivel de escolaridad de los padres.

Pienso que el problema de escasez en los estudios con hombres se debe a los pocos casos identificados. En primera, porque se tiene la creencia de que es una enfermedad exclusiva de las mujeres; tan es así que, el DSM-IV (1994) incluye como indicador para el diagnóstico de anorexia la ausencia de menstruación de por lo menos 3 ciclos menstruales. En segunda instancia porque es difícil que un hombre acuda a ayuda terapéutica en general, eso va en contra de su rol masculino. Si resulta difícil que las mujeres reconozcan su padecimiento y pidan ayuda, cuanto más difícil es para los hombres, debido a la carga social tan fuerte que se ejerce sobre ellos.

Suponemos que otra de las razones por la que los hombres ocultan su padecimiento se debe a que existe de antemano la sospecha de la homosexualidad. De hecho, algunos terapeutas han reportado que un número significativo de los varones con trastornos alimentarios son homosexuales (Toro, 1996; Gordon, 1990).

Lo que sí se puede ver en este estado de la cuestión de los trastornos alimentarios es que aún no existe una base confiable que muestre un panorama real del problema en nuestro país. No existen programas gubernamentales preventivos o de divulgación orientados a estos trastornos. Además no han existido investigaciones en México que aborden esta problemática desde la óptica feminista, las críticas feministas han sido silenciadas en pro del conocimiento positivista y falocéntrico. Además pocas investigaciones le han dado voz y resonancia a los individuos que están padeciendo, muchas veces en silencio estos trastornos; así como a su identidad y roles de género enmarcados por un contexto socio-cultural específico.

### **1.5 Teorías Socio-Culturales**

El credo mágico de nuestros tiempos depende de nuestra validación por otros. No se aspira a ser, sino a parecer. En esa búsqueda de validación se espera que nos proyectemos en el espejo social a través de la apariencia corporal (Toro, 1996).

La preocupación por el incremento de la anorexia nervosa en mujeres de países occidentales sigue presente, lo cual ha llevado a muchos investigadores de diferentes disciplinas al análisis de factores socio-culturales vinculados a los trastornos alimentarios. Por ejemplo, algunos autores extranjeros (Toro, 1996; Gordon; 1990;

Vandereycken y Van Deth, 1994) señalan que es usual la enfermedad en las clases media y alta, en donde existe un consumismo enajenante de alimentos y productos; roles de mujeres poco claros, ambiguos y una conciencia abrumadora sobre la salud y la nutrición. Debido, entre otras cosas, a que es en estas clases donde se valora el hecho de pertenecer a gimnasios o llevar a cabo procedimientos estéticos (cirugías), así como el consumo de productos para adelgazar o productos para frenar los efectos de envejecimiento. Es indudable que actualmente está muy difundida la estética ligada a mensajes de éxito, logros, aceptación, así como la juventud y delgadez deseable como fuerza de trabajo, popularidad, deseabilidad, sensualidad y atractivo en general. Además, la industria de las dietas e industria del vestido que tiende a desenfatar la silueta femenina natural está enfocada a estos grupos sociales, en donde prevalecen los ideales culturales de belleza, promovidos por los medios de comunicación, la familia y los amigos, para alcanzar un peso corporal delgado en las mujeres y para exhibir la musculatura en los hombres (Leon y Finn, 1984; Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1990).

Bordieu (2000), comenta que debido a la posición en el espacio social que ocupa la pequeña burguesía, ésta se encuentra especialmente expuesta a todos los efectos de la ansiedad respecto a la mirada social y es en esta clase social donde las mujeres alcanzan la forma extrema de alienación simbólica. ¿Pueden los efectos de la posición social, reforzar los efectos de la representación del género?

Gordon (1990) en trabajos sistemáticos sobre este problema ha arrojado datos empíricos muy interesantes. Encontró que quienes se identificaban con la ideología de supermujer eran las chicas que sufrían más síntomas de trastornos alimentarios, mientras que las que criticaban dicho estereotipo o estaban en desacuerdo con la ideología imperante estaban relativamente libres de tales sintomatologías. A conclusiones similares llegó otro estudio realizado por un equipo de la Universidad de Yale con estudiantes de colegios privados (1987). Constataron que los estudiantes con alteraciones del comportamiento alimentario eran los que más aspiraban a encarnar los ideales estereotipados de mujer y de varón (ver Toro, 1996). ¿Será la alienación al género lo que está en juego?

Gordon (1990) plantea que los trastornos de la conducta alimentaria son la expresión extrema de las expectativas socialmente alteradas de la mujer a partir de la segunda mitad del siglo XX y particularmente desde los años 60's. Al parecer, en un tiempo relativamente corto, las mujeres jóvenes han encontrado una serie de nuevas presiones: mayores expectativas de logro, competencia e independencia; valores que se contraponen al rol femenino tradicional de las sociedades occidentales. Ante el incremento de oportunidades a la vez que de presiones, la dificultad para encontrar una identidad "viable" ha generado sensaciones de fragmentación, confusión y duda.

Por otro lado, también es importante conocer la vulnerabilidad que tienen las personas con trastornos alimentarios a las imágenes de los medios de comunicación: ¿cómo contribuyen estos ideales de belleza a la formación de sus deseos e identidad?. Las críticas feministas han llenado varias cuartillas explicando cómo los medios de comunicación social, como fuerzas sociales conservadoras, constituyen un instrumento para propagar el paradigma del desarrollo patriarcal y el del poder falocrático. Algunos estudios feministas (Fainholc, 1993; Loveira, 2000) han mostrado cómo estos medios de comunicación se han comportado como agentes de control social, consolidando y reforzando determinados estereotipos, creencias, mitos e ideales. De esta forma, los medios de comunicación actúan alienando, fragmentando y deformando la realidad de muchas mujeres y hombres. Estas investigaciones han demostrado cómo las imágenes y mensajes estimulan necesidades secundarias y artificiales, inducen comportamientos de consumo irracionales, destacan la imposición abusiva de la delgadez, el hedonismo y la ostentación individualista, y dan énfasis a los valores de prestigio social, belleza, elegancia y salud que funcionan como un conjunto de representaciones que provocan que el o la sujeto pierda la certeza de su propio yo, de su identidad.

Por todo ello, suponemos que el "ideal de delgadez" tiene una especial influencia negativa en las personas jóvenes en búsqueda de su identidad, ya que se suprimen o no se reconocen las propias capacidades. Algunas personas dependen en gran medida de la atención y reconocimiento de los demás, pero también podríamos pensar que representan una rebelión fracasada contra los cánones de un destino genérico (Wolf, 1992; Wallerstein, 1999).

## CAPITULO II

### Debates teóricos bajo la lupa del feminismo

¿Cómo establecer nuevas categorías si el discurso sobre la diferencia está anclado en la fisiología del cuerpo, en la represión y la estigmatización vinculadas con la economía sexual y la política sexista? (Lamas, 2002: 51).

Esta investigación se ha nutrido de las voces y experiencias de sujetos presos de la tiranía de la delgadez y portadores desde hace muchos años de las etiquetas diagnósticas "anorexia nervosa o bulimia nervosa". Los puntos emergentes que se desprendieron de sus discursos apuntalan al cuerpo-género como fuente del malestar. ¿Cuáles pueden ser las fuentes del malestar o las formas de resistencia que se traducen en un lenguaje corporal?, ¿Qué representa para ellos asumirse como anoréxicos y bulímicos?, ¿Qué relación tiene la anorexia y la bulimia con las primeras figuras de crianza, específicamente la madre? Y ¿cómo se va conformando la enfermedad como una identidad?.

#### 2.1 El cuerpo biológico percibido por el género

La preocupación sobre la definición social de las personas a partir de sus cuerpos, ha sido uno de los puntos más álgidos de la teoría feminista, la cual se ha avocado a denunciar que hombres y mujeres no tienen esencias que se deriven de la biología, sino que son construcciones simbólicas pertenecientes al orden del lenguaje y de las representaciones. El sustrato biológico es el mismo para todo individuo humano. En cambio, la imagen del cuerpo es producto de la historia de cada sujeto, de la intersubjetividad imaginaria marcada de entrada por el género. En palabras de Dolto (1990) es "la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales". Por eso, la perspectiva interpretativa que ha dado el feminismo se ha centrado en el cuerpo percibido y estructurado por el género. Lamas (2002), conceptualiza al género como el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres.

Precisamente, el cuerpo como atributo que se muestra a otros es parte de un proceso socio-cultural, un espacio simbólico definido por la imaginación, determinante

en la construcción de la autoimagen y las identidades de cada persona. Es decir que las identidades están siempre ligadas al cuerpo y a la presencia del prójimo, en tanto son "la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante" (Dolto, 1990).

Sin embargo, aún hoy día el determinismo biológico ha estado presente en las investigaciones de los trastornos alimentarios debido a que las mujeres han sido más proclives a estos trastornos que los hombres (10-1), no ocurriendo así con alguna otra patología susceptible de ser experimentada por ambos sexos.

Indudablemente, desde el pensamiento falocéntrico los estudios dirigidos a verificar la asociación entre los factores biológicos y los trastornos alimentarios como forma de esencializar un problema que aún no tiene una explicación lógica se han multiplicado en últimas fechas, sobretodo el interés por buscar en la biología las razones de la mayor propensión femenina ¿para evadir el cuestionamiento de ciertas estructuras sociales? Precisamente Bordieu (1996) menciona que la eficacia masculina radica en el hecho de que legitima una relación de dominación al inscribirla en lo biológico, que en sí misma es una construcción social biologizada.

Por ejemplo, desde el punto de vista biológico, es asombrosa la magnitud de los disturbios hormonales y metabólicos hallados en pacientes anoréxicas y bulímicas. Los científicos (Peña y Lillo, 1997; Toro, 1996) han señalado como posibles culpables: las alteraciones en el tracto gastrointestinal, el hipotálamo y la pituitaria, así como en la concentración de varios neurotransmisores (los mensajeros químicos del cerebro). También se inclinan a pensar en la existencia de ciertas predisposiciones genéticas que condicionan respuestas psicobiológicas preestablecidas y en un modelo específico de reacción psicosomática, íntimamente vinculada con el funcionamiento del apetito, que mezclados con ciertos significados genéricos, se entrelazan con los trastornos alimentarios (Toro, 1996). Pero hasta ahora, aún no se ha establecido si éstos son la causa o la consecuencia de la enfermedad o el porqué la mujer es con mayor facilidad presa de estos trastornos.

Para Peña y Lillo (1997), los factores psíquicos en la mujer podrían desencadenar, a manera de estrés, la puesta en marcha de mecanismos mórbidos, biológicos y genéticamente estructurados y este estrés puede manifestarse a través de muy diferentes trastornos incluidos la anorexia y la bulimia. Este argumento según

Gordon (1990), se basa en la complejidad relativa del desarrollo puberal específicamente femenino, ya que se trata de un momento evolutivo en donde las múltiples modificaciones hormonales propias del mismo, afectan las funciones del sistema nervioso central. Esta perspectiva, supuestamente explicaría por qué las jóvenes son mucho más vulnerables al estrés que los varones o que las mujeres de más edad. Recordemos que la edad de inicio para los trastornos alimentarios suele darse entre los 12 y 25 años de edad, aún cuando sabemos que hay casos esporádicos de niñas de 8 años y mujeres de más de 35 años de edad que apenas comienzan a detonar los trastornos.

Por otro lado, en 1987 Goodwin et al (citados en Toro, 1996), observaron que una pérdida moderada de peso conseguida mediante restricción alimentaria disminuía la respuesta de la prolactina al L-triptófano en las mujeres pero no en los varones. El triptófano es un precursor de la serotonina. La respuesta de la prolactina al triptófano parece estar mediada por el funcionamiento del sistema serotoninérgico cerebral. En consecuencia, la citada experiencia sugería que las mujeres podrían ser particularmente vulnerables a cambios en la función serotoninérgica cerebral inducidos por restricción alimentaria. Walsh et al (1995)<sup>33</sup>, han dado un importante paso al confirmar mediante estudios sistematizados que las dietas alteran la función serotoninérgica en las mujeres, lo que da lugar a una alteración de la neurotransmisión serotoninérgica cerebral, inhibiendo la producción de sentimientos de satisfacción y bienestar. Dado que este sistema desempeña un importante papel en la regulación del humor y de la ingestión alimentaria, la asociación de estos efectos al sexo femenino, según Toro (1996) probablemente explique una parte de las diferencias entre sexos, en cuanto a la prevalencia de trastornos en mujeres jóvenes.

Además recordemos que somos nosotras las que generalmente nos encontramos jugando cotidianamente con regímenes alimenticios severos debido al ideal social de la delgadez instituido para el cuerpo de las mujeres ¿acaso los hombres que hacen dietas estrictas están a salvo de una alteración neuronal? Sabemos que también en algunos de ellos detona la enfermedad, aunque se trate de

---

<sup>33</sup> Estos autores también son citados por Toro, 1996.

casos esporádicos o raros, debido al prototipo del cuerpo masculino. Por ejemplo, en el círculo homosexual la preocupación por la delgadez está presente al igual que los trastornos alimentarios. ¿Por qué están al igual que las mujeres tratando de forzar sus cuerpos para representar un género o estereotipo?

Es indudable que el cuerpo de la mujer y el del hombre son diferentes fisiológicamente, pero también lo son las distintas consideraciones y prerrogativas que ambos han recibido culturalmente. El cuerpo en el sentido fenomenológico, experimenta distintas sensaciones, placeres, dolores y la sociedad le impone acuerdos y prácticas psicolegales y coercitivas, sobre todo al cuerpo femenino, el cual ha tenido una connotación inferior a la recibida por el cuerpo del varón, debido a la estética corporal y a la función reproductiva y hormonal. Sin embargo, los hechos biológicos son materia básica de la cultura, porque han ido tomado forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. El sexo es un atributo del género, una construcción cultural no un determinante biológico. (Lamas, 1994; Bourdieu, 2000).

Sin embargo, no me cabe la menor duda de que la herencia y funcionamiento biológico de cada individuo puede llegar a ser campo fértil para detonar cualquier trastorno, pero ¿será que la biología es destino o a lo largo de la biografía de un sujeto? ¿el cuerpo se hace biología?. Una persona se vuelve vulnerable cuando es bombardeada desde siempre con dietas y el cuidado de su figura corporal; cuando tiene un contexto familiar disfuncional; cuando vive obsesionada por encontrar una perfección aberrante que va en contra de su propia naturaleza. Una persona confundida, violentada, masificada, hipersensible a la culturización y forzada a actuar un género que la encasilla, subordina y no permite su diferenciación; puede tener un sustrato biológico que indudablemente puede detonar en anorexia, bulimia o cualquier otra patología a lo largo de su historia de vida.

Por eso en esta investigación no podemos dejar de lado los valores y mandatos de nuestra actual sociedad, en donde el cuerpo (sobre todo el femenino) se ha convertido en el lugar simbólico por excelencia dentro de esta lógica patriarcal, ya que los cuerpos femeninos son cuerpos cuya energía se encuentra habituada a la

regulación, sujeción, transformación y "mejoría". A través de la disciplina de la dieta, del maquillaje y del vestido, las mujeres se orientan más hacia la auto-modificación y menos hacia lo social. En un extremo, las prácticas de la feminidad pueden llegar a la desmoralización, la debilidad e incluso a la muerte (Bordo, 1999).

En muchos casos, el control del peso es utilizado por las mujeres como un sustituto para controlar su verdadera problemática sobre la cual, en el fondo, carecen de control. Por eso para Zerbe (1996), los trastornos de la alimentación pueden ser entendidos como la expresión más abierta, global y sintomática de la falta de habilidad de la mujer para regir su vida y para contrarrestar su curso traumático. La sobrevaloración cultural del cuerpo (y del comer) se convierte en la forma de expresar la agresión, la sexualidad y el deseo, así como simultáneamente de adquirir poder y consuelo.

## 2.2 Significados corporales y su relación con la identidad

¿El cuerpo de la anoréxica es un cuerpo-instrumento, un cuerpo-objeto, un cuerpo despersonalizado: es un bios sin psique, una identidad vacilante o tal vez una fantasía encarnada? (Caparrós y Sanfeliú, 1997: 16)

Nuestros cuerpos, como ya lo mencionamos, son necesariamente formas culturales ya que cualesquiera que sean los papeles de la anatomía y la biología, éstas siempre juegan e interactúan con el contexto histórico y social.

En occidente hay una tendencia a considerar al cuerpo como una entidad que está en el proceso de ser; un proyecto que debe ser trabajado y perfeccionado como parte de la identidad del individuo. De tal forma, la apariencia, el tamaño la forma y los contenidos del cuerpo pueden ser reconstruidos, lo que vuelve a los individuos conscientes y preocupados del manejo y mantenimiento de la apariencia de sus cuerpos. Esto involucra el reconocimiento del cuerpo como símbolo social y como fuente de recursos que proporciona mensajes acerca de la identidad social de la persona. Invertir en el cuerpo, proporciona a la gente un medio de auto expresión y una manera potencial de sentirse bien y de aumentar el control sobre sus vidas.

Por eso, para Hall (1996) el cuerpo en la modernidad se ha vuelto central para dar sentido de identidad a las personas. Un número cada vez mayor de individuos se encuentran interesados en la salud, la forma y la apariencia de sus propios cuerpos como expresiones de la identidad personal y social, principalmente en las clases medias, aunque en años recientes este fenómeno se ha extendido más allá de estos pequeños confines. Entre sus numerosos efectos, la modernidad ha facilitado un incremento en el grado de control que las naciones en general y las profesiones médicas en particular, han ejercido sobre los cuerpos de los ciudadanos. La reflexión acerca de la relación de las personas con sus cuerpos, puede ayudar a entender las formas en como la modernidad ha dejado su huella en los procesos de las identidades de todos los sujetos (Fallon, 1990).

El problema de la identidad es un tema difícil de agotar o entender en pocas líneas. En este trabajo se han entendido los procesos de la identidad como hechos cognitivos y de aprendizajes cambiantes y fluidos que se van inscribiendo en el cuerpo desde el momento de nuestro nacimiento, no como algo que se cristaliza, sino como proyectos que se van construyendo. En el Yo y el Ello, Freud (1923) planteó que el Yo es ante todo un yo corporal, la proyección de una superficie, incluso Lacan (1972) situó la formación del Yo en torno a la identificación con una imagen anticipatoria del propio cuerpo como imagen unificada; en tanto esa imagen permite organizar el conjunto de la realidad en cierto número de marcos preformados.

Desde esas perspectivas vemos al cuerpo, acunado por los valores de su entorno, siempre ocupando el lugar de un referente permanente de las identidades (“yo soy este cuerpo”) y precisamente la cultura se encarga de darle una significación particular, un lugar preestablecido marcado por la diferencia anatómica. Luce Irigaray (1980) piensa la identidad como la experiencia vivida a partir de un cuerpo de mujer o de hombre. Para cada sujeto estas diferencias que señalan su identidad de género están atravesadas por la subjetividad y deseos propios, no tanto por las diferencias biológicas o anatómicas.

No obstante se nos ha educado a pensar que debemos ser seres estables y definidos ya sea como hombres o mujeres; nuestros límites son los que marca nuestro cuerpo. Nuestro género y subjetividad deben actuar coherentemente, poseer

un fuerte sentimiento de estabilidad a lo largo del tiempo y del espacio. Nos sentimos seres autónomos, independientes y dueños de nuestros actos e incluso de nuestras vivencias. Esta concepción de la identidad autónoma e independiente, encuentra su correlato epistemológico en la filosofía positivista, siendo no solamente sostenida por nuestro sentido común, sino también por ciertos dispositivos de producción de conocimiento académico en el ámbito de las ciencias humanas que aún siguen en la línea de que el individuo es independiente de las condiciones familiares, sociales, históricas y culturales en las cuales esta viviendo (Fox Keller, 1994).

Entonces ¿cómo entender el proceso de identidad y poder acceder a los significados de los cuerpos anoréxicos y bulímicos? ¿cómo interpretar estos cuerpos que arrastran un caudal de significados y simbolismos tanto afectivo-valorativos como histórico-culturales?. Cuerpos que son un texto saturado con símbolos y significados genéricos que articulan lo psíquico y lo social. Cuerpos que se reconstruyen cotidianamente en actos intencionales y apropiativos para asumir un estilo y una significación corpórea dentro de un contexto social determinado (Baz, 1996). Porque los cuerpos anoréxicos o bulímicos, que se están estudiando en esta investigación son ante todo, cuerpos contextualizados, ubicados en un tiempo y espacio específico, atravesados por la edad, la clase; así como por una red de relaciones sociales, políticas, familiares, religiosas, genéricas, etc. que perfilan su definición. Son cuerpos contruidos con los discursos de la madre, el padre, los hermanos, los amigos, las parejas, los medios de comunicación, las instituciones, la religión y el Estado. Porque el lenguaje los ha introducido al mundo simbólico, los ha constituido en un código que mediará sus posibilidades de experiencia, y de esa forma se convertirán en sujetos producidos por un discurso que viene del afuera de la ley social, porque según Foucault (1979), no hay nada auténtico en el sujeto, todo le pertenece al medio.

Sin embargo, en la realidad vemos cómo estos discursos adquieren una singular interpretación, porque el sujeto no sólo recibe del medio, sino también ejerce fuerza hacia el exterior con el fin de modificarlo y adquirir su propia singularidad, su propio Yo. El problema es que en ese juego entre el adentro y el afuera, el sujeto vive profundamente escindido, al entrar en conflicto consigo mismo, comienza la tensión

entre el placer y el goce, entre la independencia y la dependencia, entre el crecer o mantenerse sin cambio, entre vivir o dejarse morir.

Entonces, ¿cuál teoría de género podría dar cuenta de estas especificidades? ¿Cómo definir una categoría analítica que hable de cuerpos tan heterogéneos?

Para fines de este trabajo tomamos la concepción de Butler (2001) para definir al género como el locus corpóreo de significados culturales tanto recibidos como innovados. Y en este contexto la "elección" pasa a significar un proceso corpóreo de interpretación dentro de una red de normas culturales profundamente establecidas que adquieren una singular interpretación.

Suponemos que en estos cuerpos trastornados, la identidad de género es ambigua y que en su precaria sexualidad interrumpida por la enfermedad buscan la eliminación de las relaciones binarias de sexo. Quizá podemos utilizar esta teoría de género para acceder a los significados de estos cuerpos como locus culturales de significados de género, ya que estos cuerpos no sólo pueden leerse como símbolo de rebeldía, de emancipación, de domesticidad, de negación y desafío, sino como un nuevo proyecto cultural de género.

Por ejemplo, Wallerstein (1999) haciendo un análisis de la publicidad en la moda contemporánea sobre los significados de la delgadez en los medios impresos de comunicación, llega a reflexiones que se entrelazan con las posturas de Butler (2001). Ella nos dice que esta estética está hablando de un performance genérico que implica un acto de rebeldía respecto a las identidades determinadas y apunta a la elasticidad de los géneros y a otros estilos culturales "fuera de la ley". Para Wallerstein (1999) esa búsqueda de delgadez es un acto subversivo en los adolescentes que puede representar no sólo un vacío existencial, sino más bien una negación a sentirse plenos, realizados y satisfechos. Pueden ser cuerpos abyectos<sup>34</sup> que rechazan la identificación con los sistemas sociales dominantes y proclaman una ambigüedad sexual. Pueden sugerir soledad, ausencia, enajenación y nada de sociabilidad, pero también una intensidad de experiencias y necesidades de amor y

---

<sup>34</sup> Un cuerpo abyecto, como lo usa la autora, es un cuerpo que está en contra de las normas de aceptabilidad; un cuerpo que es enfermizo, malsano o degradado intencionalmente, debido a que es una de las tantas formas que tiene para significar la separación y diferenciación de sus padres y de la sociedad misma.

protección. Estos cuerpos exageradamente delgados y andróginos también pueden significar cuerpos disciplinados, controlados, cuerpos en busca de la eliminación de las relaciones binaras de sexo y género por homosexuales autoproclamados y radicales. Para ella esa hambre autoinfligida puede ser una lucha por liberar al cuerpo de todos los contextos, incluso el contexto de la encarnación en sí. Porque la delgadez deshistoriza, desocializa y hasta elimina el género del cuerpo, debido a que se borran las líneas y fronteras no sólo de sexo, sexualidad y género, sino también de raza, edad y decoro.

Entonces podríamos decir que ¿los trastornos alimentarios son una forma inédita de resistencia? ¿A qué demandas responden? ¿Qué tratan de evadir o evocar estos sujetos escindidos que se adhieren o resisten a las responsabilidades culturales? Como por ejemplo las personas que han sido víctimas de abuso sexual o cualquier tipo de violencia y se han enmascarado con la anorexia y la bulimia. Según varias investigaciones sobre abuso sexual y trastornos alimentarios citados en Costin (2002) existen cifras alarmantemente generalizadas<sup>35</sup> que nos muestran la violencia física, emocional o sexual hacia la mujer y algunos hombres como otro factor social que hay que analizar con mayor detenimiento, ya que esa violencia provoca que el género se posponga permanentemente permitiendo múltiples convergencias y divergencias que no obedecen a una definición cerrada.

Schilder (1977), opina que para las personas que han sufrido abuso sexual el cuerpo se convierte en la parte odiada de sí mismos, lo cual los (las) lleva a desarrollar formas de abuso sobre sus personas, como lo son los trastornos de la alimentación, la automutilación o algún problema de disfunción sexual, pues es la única forma en la que consiguen sentir algo que los distraiga del dolor original. Estos cuerpos disociados, invadidos por algo siniestro, están hablando de la vivencia de no tener control dentro de sus espacios, de sentir su seguridad violada y una autoestima rasgada. Para las mujeres que han sufrido abuso sexual, la evitación de los

---

<sup>35</sup> Oppenheimer et al (1985) reportaron el abuso sexual durante la infancia o la adolescencia en 70% de 78 pacientes con trastornos alimentarios. Kearney-Cooke (1988) encontró que 58% de 75 pacientes con bulimia tenían un historial de abuso sexual. Root y Fallon (1988) reportaron que en un grupo de 172 pacientes con trastornos alimentarios, 65% había sido objeto de abuso físico, 23% de violación, 28% de abuso sexual en la



caracteres sexuales secundarios y la menstruación pueden ser útiles para un fenómeno de negación, es decir que, al producirse un bloqueo de los impulsos sexuales y otros aspectos fisiológicos, se bloquea un pasado sexual lleno de dolor, culpa y vergüenza. Dice Freud (1925) que cuando un sujeto desea estar enfermo, cuando se aferra a sus síntomas obedece siempre a que el sufrimiento es considerado como un escudo contra su propia libido, ya que desconfía de sí mismo.

Por todo ello, mi propuesta coincide con la de Butler (2001), ya que en esta investigación se cuestiona no sólo los límites del género, sino también los del sexo biológico y los trastornos de la identidad ligados a las problemáticas anoréxica y bulímica.

### **2.3 La anorexia y la bulimia como identidades personales y sociales**

Existe otro aspecto muy importante ligado a la cuestión del cuerpo y en especial al reconocimiento de una imagen corporal: la construcción de la identidad desde la enfermedad.

Stuart Hall (1996) en busca de nuevos acercamientos a la realidad empírica llegó a la conclusión de que las identidades nunca van a estar unificadas y en la actualidad están continuamente fragmentadas y fracturadas, son múltiples y se construyen a través de los distintos discursos y prácticas existentes, los cuales se interceptan y contradicen. Las identidades por lo tanto, como también lo expresa Butler (2001), se encuentran en un proceso constante de cambio y transformación, por ello la definición identitaria no es estática sino siempre es fluida y está en estrecha relación con el ambiente. Decidir quiénes somos es por lo tanto un proceso complejo que ocurre dentro de cada sujeto en un tiempo y espacio en particular, los cuales a la vez están sujetos al orden social y dependen de los discursos de nuestra cultura. Las identidades se resisten y se reconstruyen cotidianamente en base a los valores, normas, creencias, miedos, angustias y resistencias de los (las) sujetos. La realidad y experiencia de una persona en juego con su contexto socio-cultural y las

---

infancia y 23% de malos tratos en el presente. Hall et al. (1989) encontraron 40% de mujeres objeto de abuso sexual en un grupo de 158 pacientes con trastornos alimentarios (citados en Costin, 2002).

relaciones de género es lo que va construyendo identidades como mecanismos de defensa para no caer en la locura de una desintegración Yoica.

Las diferentes identidades, están regidas por su tiempo porque tienen un pasado y un futuro; el desgaste que se hace en la apreciación del yo está regido por ese tiempo como mediador de las experiencias que privilegia la conciencia e imaginación del sujeto que logra individualizarse y actuar sus diferentes personalidades, pero cuando ese tiempo se vuelve angustioso y no sostiene un eje sólido de personalidad, como en el caso de los sujetos con anorexia y bulimia, se vuelve un enemigo, más que un organizador de experiencias.

Para Grossberg (1996)<sup>36</sup> el tiempo es el mediador de la experiencia, La unidad del sujeto depende de la unidad del tiempo, el problema es que difícilmente encontraremos una unidad temporal en las experiencias anoréxicas o bulímicas, ya que precisamente lo que se está rechazando es un espacio y tiempo vital determinado. Tienen miedo a crecer, a afrontar responsabilidades, cambiar físicamente y envejecer, por ello viven en un tiempo negado y bajo identidades que se enmascaran y contradicen.

Las identidades están articuladas por los diferentes mapas de espacios existentes disponibles en la sociedad, pero si no existe un espacio cómodo para él o la sujeto, éste (a) se construye su propio espacio no importando lo mortífero que pudiese ser. Así que el tiempo y el espacio son ejes que articulan la subjetividad e identidad, pero también los significados, placeres, deseos y resistencias.

En otras palabras, las identidades no son idénticas a sí mismas a lo largo del tiempo, ni coherentes ni inmutables. Son producto de los múltiples referentes que las constituyen (entre los cuales el género es un ordenador primario), pero siguen siendo una ilusión, útil, pero ilusión al fin; que no expresan algo unificado del self, sino que son el dramático efecto (más que la causa) de nuestras *representaciones*, instituidas e inscritas en la superficie de nuestros cuerpos (ver Serret, 2002; Butler, 2001). Siendo así, hay espacio para la duda, para el cuestionamiento, para el cambio, la flexibilidad, la caducidad de ciertos ideales y la pérdida de algunas identificaciones.

---

<sup>36</sup> Citado en Hall, 1996.

Ahora bien, ya discutimos el carácter inestable de las identidades, pero ¿cómo se relaciona la identidad con las etiquetas diagnósticas anorexia y bulimia?. La innovadora y persuasiva teoría sociológica de Goffman (1963) menciona que existen identidades personales e identidades sociales (como pueden ser las entidades clínicas de la anorexia y la bulimia), las cuales son una serie de atributos y estereotipos establecidos por el discurso médico hegemónico o el medio social que sirven para categorizar a las personas. Estas identidades sociales si no van en contra de los estereotipos y la norma social pueden convertirse en un atributo que diferencia a las personas de los demás y los convierte en sujetos especiales, los cuales se aferrarán a esa identidad social (o categoría médica-psiquiátrica) para representar una identidad personal que les otorgue un lugar y espacio en su red social: ¿es la red social la que puede darles una marca positiva o aceptación a sus conductas y atributos físicos? Según Costín (2002), las personas anoréxicas, en su batalla con sus cuerpos luchan por la imposición de la mente sobre la materia, la perfección y el dominio del yo, siendo todas esas cosas alabadas y aplaudidas por sus congéneres y la sociedad, lo cual arraiga los patrones en el entretejido mismo de la identidad de ciertas personas que buscan una etiqueta para nombrarse.

Por otro lado Tubert (2000), menciona que esas etiquetas diagnósticas de anorexia nervosa o bulimia nervosa suelen ofrecerle a los o las sujetos una respuesta y una certidumbre acerca de su propia identidad, pero a lo largo de su vida se justificarán y afianzarán a esa etiqueta, la cual será la careta que utilizarán para comunicar a otros su identidad. Una identidad fundada en las expectativas de los otros, en el saber médico, en un cuerpo irreal sin voz, ni autonomía propia (Brown, 1993). Sin embargo, esa identidad es uno de los tantos disfraces que se ponen voluntariamente, con vergüenza o grandiosidad, tratando de confundir a los demás con respecto a su ambivalente sexualidad. Sexualidad que según Butler (2001) se encuentra desvinculada del concepto de género, o sea, la interpretación cultural de los atributos sexuales, la cual es distinguida de la facticidad o simple existencia de los atributos anatómicos marcados por un sistema social y una red de relaciones predicadas sobre la supuesta naturalidad de las oposiciones binarias hombre y mujer; categorías que representan posiciones políticas más que hechos naturales.

Entonces ¿que sucede con esos cuerpos femeninos y masculinos en busca de una identidad y corporalidad diferente desviados por la anorexia y la bulimia?.

Para Butler (2001) la sexualidad polimorfa así como la androginia existen previos al género, en muchos casos esas posiciones neutras siguen pujando por querer salir a flote y dejar de ser constreñidos por las dos polaridades hegemónicas de "lo femenino y lo masculino". A través de las identidades andróginas o polimorfas se restauran la búsqueda de la diferencia que muchos sujetos pretenden asumir como una actuación cuya condición coercitiva y ficticia se presentan dentro de un acto subversivo.

Si partimos de que la identidad personal se relaciona con el supuesto de que el individuo desea diferenciarse de todos los demás, pero también desea ser aceptado y reconocido en su medio, la persona con algún trastorno alimentario desea poder nombrarse con una identidad que no lo encasille a uno u otro bando, así como a tantas responsabilidades y expectativas sociales. Se apropia de las etiquetas de anorexia y bulimia debido a que necesita adherir y entrelazar sus deseos de individuación y reconocimiento, pero también necesitan hacer patentes sus deseos de resistencia ante su organización social y genérica. Entonces ¿esa etiqueta diagnóstica puede ofrecerle a los sujetos una serie de atributos que los haga sentir diferentes del resto de los mortales, un estigma que los haga sentir protegidos, encapsulados en sí mismo, sexualmente neutrales y justificados ante los demás?.

Sabemos, por todo lo antes expuesto, que esas identidades "anoréxica y bulímica" tienen muchas cosas de fondo, las cuales forman parte de una constelación socio-cultural, pero también tienen un lenguaje sintomático personal dirigido hacia las primeras figuras de crianza, en especial hacia la madre y a la ausencia paterna.

#### **2.4 La Madre como estructurante de identidades**

La matrofobia se puede considerar la escisión femenina del yo, el deseo de expiar de una vez por todas la esclavitud de nuestras madres y convertirnos en individuos libres. La madre representa a la víctima que hay en nosotras, a la mujer sin libertad, a la mártir (Rich, 1978:233)

Como se ha venido manejando el cuerpo, el género y la identidad están estrechamente relacionados con el problema de los trastornos alimentarios. Las relaciones de género, especialmente la relación padre-madre-hija (o), son básicas para entender la construcción de las identidades y su repercusión en el problema de los trastornos alimentarios.

En la teoría psicoanalítica tradicional que toma las referencias Freudianas del complejo de Edipo, se considera que tanto el niño y la niña toman como primer objeto de amor a la madre en las primeras dos etapas del desarrollo psicosexual (oral y anal) y es hasta la etapa fálica que ambos sexos comienzan a diferenciarse psicológicamente. Es en la etapa fálica cuando la intervención del padre en la díada madre/hijo (a) es esencial para la diferenciación. Se considera que, en tanto que opuesto a la madre, la intervención del padre es especialmente vital para el niño (a). Le protege de un amor que lo hace peligrosamente dependiente de una parte del mundo externo, a saber, del objeto de amor que ha elegido, también le protege del pavoroso poder de la madre. Al introducir una imagen alternativa de poder a la que sí puede aspirar el niño (a), el padre le ofrece a su hijo(a) un tipo especial de resolución a la tensión de la díada madre-hijo (a) y una solución particular a las amenazas de autonomía que se derivan tanto del atractivo del amor cuanto de la intrusión del poder materno. El significado de esta intervención paterna no depende simplemente de la autoridad del padre sino también de la deslegitimación de la autoridad materna y las deformaciones resultantes del ejercicio de la maternidad (ver Fox Keller, 1994).

Por otro lado, para Lacan (1972) el inicio del complejo de Edipo se da en el "estadio del espejo". Estadio que se encuentra ordenado principalmente sobre una **experiencia** de identificación en donde el niño "realiza la conquista de la imagen de su **propio** cuerpo". Antes del estadio del espejo, el niño (a) no siente su cuerpo como una **totalidad** unificada, sino como algo disperso, fragmentado y es en esta fase del espejo en donde el sujeto pasa por la identificación primordial con su imagen, promoviendo así la estructuración del Yo. La experiencia del niño o niña durante el estadio del espejo se organiza en tres tiempos que marcan la apropiación progresiva de la imagen de su propio cuerpo: el primer tiempo muestra la manera en que el niño se vive en y como el otro (relación de indiferenciación con la madre). Es como si el niño

percibiera su imagen como la de un externo al que intenta acercarse o atrapar. El segundo momento, es cuando el niño (a) descubre que el otro no es real sino que es una imagen. Desde ese momento sabe diferenciar la imagen del otro de su realidad y finalmente el tercer momento es cuando el niño (a) unifica las dos etapas anteriores y se da cuenta de que sólo es una imagen que es la suya, es decir hace una representación de su propio cuerpo ya que unifica en una totalidad la dispersión del cuerpo fragmentado. Esta imagen del cuerpo unificado sólo se puede lograr cuando el padre aparece privando a la madre del deseo de su hijo (a) (Dor, 2000). Pero, que sucede ¿cuándo la madre no da entrada de manera plena al nombre del padre y asimismo ésta intervención no es buscada por el padre?

Como es el padre quien viene a representar la individuación y la diferenciación, cuando esta función padre falla al no hacer una intrusión entre la madre y la hija (o) se favorece una indiferenciación entre uno mismo y el otro, y por lo tanto tampoco hay una identificación sexual diferenciada, sino que ésta puede quedar ambigua. Esta ansiedad interna del niño o niña frente a un yo y un género no diferenciado provocan una serie de patologías como serían en este caso la anorexia y la bulimia. En los trastornos alimentarios este temor de fusión y pérdida de límites se vive con una necesidad de control, control a sí mismo y a los otros, como respuesta a la sensación de peligro.

En efecto, Butler (2001) menciona que desde el psicoanálisis se entiende el repudio del cuerpo materno como la condición de significación dentro de lo Simbólico, dado que esta represión primaria funda la posibilidad de individuación y de habla significativa. Esta pérdida del cuerpo materno como objeto de amor establece el espacio vacío en donde se originan las palabras. Pero cuando existe una negación a esa pérdida –la melancolía- culmina en la incapacidad de desplazarla a palabras. Entonces el lugar del cuerpo materno se establece en el cuerpo encriptado del hijo (a) y reside allí permanentemente como una parte muerta y mortecina del cuerpo o como una parte habitada y poseída por fantasmas de diversos tipos, lo cual interfiere con la construcción de las identidades y la no diferenciación. Entonces podríamos pensar que ese estado somático de dependencia al cuerpo materno es una consecuencia del goce experimentado más allá de la ley paterna.

Sin embargo, esta investigación que no tiene como fin el profundo análisis psicoanalítico, se ha inclinado más hacia el papel social de la madre y los hijos (as). No obstante, se pondera la crianza y omnipotencia de la madre, así como la ausencia del padre como claves para la conformación de las identidades fragmentadas y los trastornos alimentarios, pero sabemos que estas aristas del problema demandarían una investigación aparte. Lo importante aquí es tomar en cuenta esta relación para poder tener una visión global del problema y proseguir, sin evadir, otro tipo de cuestionamientos de índole social.

Por ejemplo, en gran parte de las investigaciones sobre trastornos alimentarios me he topado con que la profunda influencia materna en los hijos (as) ha sido cuestionada y juzgada severamente, entre otras cosas, porque no se ha tomado en cuenta la experiencia de la madre ni la importancia del contexto sociocultural en la configuración de la conducta en la crianza infantil, negando la creación de sistemas de valores y formas de subjetividad diferentes para cada madre e hija (o) y menos aún del impacto del padre (Chernin, 1985).

Las feministas ocupadas y preocupadas en esta problemática (Ruskay, 1994; Bassof, 1991; Caplan, 1986; Beattie, 1988; Chernin, 1985; Gilligan, 1982; Chodorow, 1978) han denunciado que la función materna en la estructuración de la identidad de las personas "ayuda a perpetuar" los valores dominantes y la ordenación jerárquica de la sociedad. Se espera que las madres transmitan estos valores a través de su tarea de socialización y se les impone que durante su actividad respalden el sistema patriarcal. Algunos de los factores que han sido denunciados son:

1. El excesivo énfasis en el rol materno, reflejo de la cultura patriarcal, devalúa la influencia de los padres. Denunciando que los clínicos frecuentemente no reconocen que el desarraigamiento paterno es un poderoso determinante en la sobreimplicación de la madre en la educación y maternaje de los hijos.
2. Los valores culturales y familiares que causan la obsesión por la apariencia, delgadez y dietas no son valores creados por las mujeres. Sino por todo el entramado social que pretende domesticar y debilitar la presencia cada vez más fuerte de la mujer en otros campos. Además desviar la atención en la culpabilidad

de las madres distrae la atención de las mujeres en el impacto negativo de la cultura patriarcal.

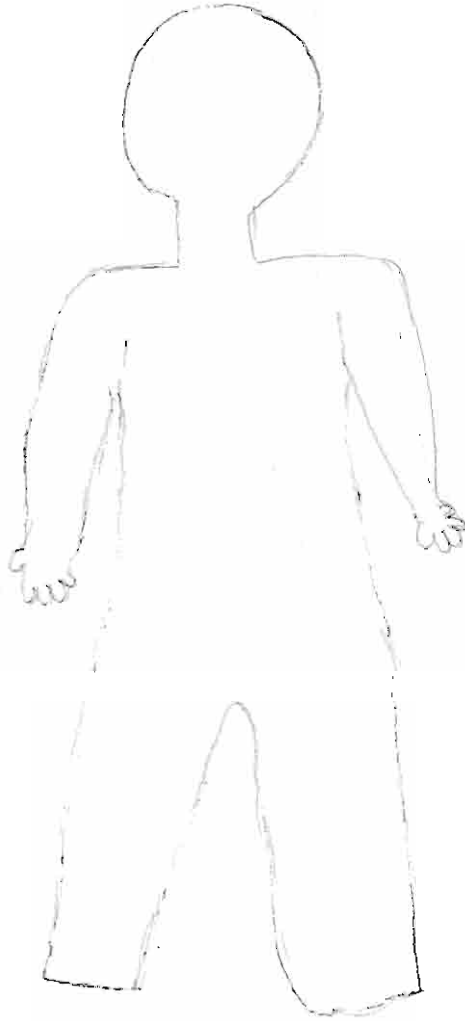
3. Como transmisores de la cultura, madres y padres, no pueden evadir transmitir la realidad del sexismo patriarcal respecto a la devaluación femenina en los niños (as). Lo cual trae como consecuencia una imagen materna ambivalente.
4. Devaluar a la madre e imponer irreales estándares de maternaje puede causar confusión y desprecio en el desarrollo de las hijas hacia su ser mujer. Este proceso las orienta a devaluarse, limita su habilidad para relacionarse con otros, amar y crecer.
5. La mayoría de las mujeres se vuelcan a los hijos como encarnación de su yo ideal para extender así su narcisismo a manera de sentir poder en un mundo que les niega el verdadero poder.
6. Muchas mujeres se enfocan en las dietas y en la mejora de su apariencia que asociados a aspectos de la rígida organización cotidiana, sirven como una aspiración a estabilizar un mundo interior y exterior fluctuante y caótico, caracterizado por el no reconocimiento y la doble o triple jornada que termina por neurotizarse a la mujer.

En resumen, podemos aseverar que los trastornos alimentarios se generan en el profundo asunto de la identidad de género y en el limitante relacional que caracteriza la relación madre-hija (o). Relación que es vivida como si ambos fueran un solo cuerpo y ese proceso de autodestrucción del cuerpo es una resistencia frente al vínculo con la madre. Pero no podemos juzgar o culpar a las madres por exhibir patrones patológicos en sus modelos de crianza sin contextualizarlas adecuadamente y cuestionar las relaciones de poder y el sistema patriarcal.

Con toda esta información podemos interiorizarnos a tres casos de la vida real, para analizar la problemática con otra mirada, con otra reflexión de los hechos y sobre todo para comprender desde el lugar de los individuos los significados que ellos mismo han depositado a sus enfermedades y etiquetas diagnósticas.

27 de Noviembre del 2007

- Gina -  
(27 años)



## CAPITULO III

### LA ENFERMEDAD COMO IDENTIDAD

El martes 16 de Octubre del 2001 en el taller de imagen corporal se presentó una chica nueva que no había visto en otras sesiones, mi sorpresa y terror provocaron que no pudiera quitarle los ojos de encima. El poco pelo que tenía estaba teñido de rubio, le llegaba hasta el busto, era ondulado, muy delgado y en su cabeza se notaban varias zonas calvas. Su cuerpo estaba cubierto por dos sweteres y una chamarra grande que la envolvía, pero se podía percibir debajo de tanto ropaje un cuerpo totalmente cadavérico. No se notaba ningún volumen de busto en los contornos del pecho, la dimensión de sus piernas a través del pantalón eran del grosor de mis brazos (estaba con las piernas cruzadas). Los pómulos de su cara estaban muy saltados. La piel se veía seca y estirada como tratando de recubrir forzosamente los huesos de un rostro en donde se transparentaban débilmente algunas venas azulosas. Los ojos se veían saltones, los pequeños dientes se veían separados como si le quedaran grandes, los labios delgados y escamosos dibujaban una boca pequeña. Parecía una viejita porque su espalda estaba encorvada, además de tener una estatura muy baja (mide 1.49 m. y pesa entre 26 ó 27 kilos). Su nariz era un poco aguileña y sobresalía de su rostro, unos ojos opacos de color café claro, que apenas destellaban una chispa de vida. Las uñas de sus dedos flacos estaban como onduladas, en la mano izquierda tenía enrollada una venda que tenía manchas de sangre debido a las llagas de una añeja dermatitis nerviosa. El color de su piel era blanca y las cejas y pestaña güeras, casi no se le notaban, las cejas las tenía pintadas o tatuadas de café castaño. Unas cuantas pecas apenas con pigmento se notaban en su cara. Su voz se escuchaba con eco como si saliera de su interior, una voz aguda retumbaba en nuestros oídos cada vez que ella participaba. Le costaba trabajo pronunciar las palabras y lo hacía con ademanes exaltados como tratando de suplir su voz ahogada, además no mostraba mucha coherencia en las frases que articulaba, comenzaba con una idea y se perdía en su discurso.

Mi curiosidad me condujo hacía Gina para preguntarle datos sobre su vida. Sin mayor recelo comenzó a relatar una larga historia de sufrimiento y lucha. La anorexia

había hecho presa de ella desde los 15 ó 16 años, pero al enterarme de que ya tenía 26 años y de que era abogada con dos especialidades en derecho laboral y amparo, me quedé estupefacta ¿cómo un ser humano puede sobrevivir por tantos años en tal inanición alimentaria y tener la energía para concluir estudios universitarios?

Obviamente mi deseo por obtener más información no se limitó a esa plática, le pedí entrevistas a profundidad y ella accedió gustosa. Me comentó que en esos momentos llevaba dos meses internada en el hospital de Jesús localizado en el centro Histórico, pero que era la octava vez que la hospitalizaban porque "se pone rígida, no puede moverse, ni comer". Que en ese hospital general (propiedad del Monte de Piedad, donde ella trabaja) la habían canalizado al INP para que viniera a las terapias, porque ahí prácticamente ya la habían dado por desahuciada. Así que Gina contaba con todo el tiempo que quisiera para narrarme su historia. De alguna forma en ella veía el fantasma de Yanira, paciente de la clínica de trastornos alimentarios, que tantas veces me pidió ser entrevistada y que terminó suicidándose.

Entusiasmada con la idea, fui con la psicóloga responsable de los talleres para pedirle permiso de entrevistarla al siguiente jueves (18 de Octubre del 2001). Ella me dijo que no había problema, pero que hiciera bien el encuadre con la paciente advirtiéndole que la entrevista no tenía algún fin terapéutico y que tuviera cuidado de no agotarla mucho debido a su estado físico. Posteriormente fui con su tía, quién ese día acompañó a Gina al INP, para explicarle mis propósitos y pedirle permiso, ella sin ninguna objeción aceptó traer a su sobrina a las entrevistas.

Aunque platicué con Gina en otros momentos sólo la entrevisté formalmente en tres ocasiones. En la primera entrevista nos tardamos como hora y media, porque Gina no daba tregua a su discurso. Sin embargo, ella estuvo temblorosa, tenía temperatura y sus labios se pusieron blancos y escamosos, lo cual me ocasionó problemas con su tía y con la psicóloga a cargo, quienes me llamaron la atención por retenerla tanto tiempo, dada su precaria salud. Las otras dos entrevistas sólo duraron 45 minutos y estuve monitoreando cualquier manifestación de debilidad física.

Gina ha sido anoréxica restrictiva<sup>37</sup> durante 12 años, pero su tipo de personalidad no se puede definir sólo a través de la anorexia, ya que esa etiqueta diagnóstica no describe una organización homogénea de personalidad, sólo describe una serie de signos o síntomas característicos del trastorno que son vividos por cada paciente con emociones y significados distintos. En Gina podemos reconocer ciertos disturbios físicos desde la infancia y una organización psíquica neurótica llamada "histeria de conversión"<sup>38</sup>, la cual detonó a partir del abuso sexual sufrido en la adolescencia. Como histérica su lenguaje es somático y la anorexia, entre otras cosas, representa una pseudo-identidad como representante de la negación de su feminidad y de un deseo sexual. Aunque actualmente debido a su estado anímico, orgánico y neurológico su histeria ha presentado rasgos borderline que oscilan entre la locura y la cordura. Presenta transitoriamente síntomas disociativos e ideación paranoide, motivos por los que tuvo que ser internada recientemente en el hospital del INP, después de una crisis psicótica detonada en el taller de imagen corporal. Finalmente, con medicamentos y comida vuelve a un estado no alucinatorio y se vuelve a aferrar con mayor fuerza a sus síntomas anoréxicos para no volver a esa locura momentánea, jugando dentro de ese círculo caótico una y otra vez.

### 3.1 Una infancia feliz.

Gina pertenece a una familia de clase media alta, con todos los valores, expectativas y exigencias propias de su estatus socio-económico. Su padre es un reconocido abogado penalista, dedicado a conseguir amparos. Su madre fue maestra de primaria y posteriormente se dedicó a los quehaceres propios de su hogar y la crianza de sus tres hijos, por imposición de su esposo, quién al casarse con ella le exigió que no

---

<sup>37</sup> Según el DSM-IV, dentro de la clasificación de la anorexia nervosa existe el tipo restrictivo en donde la persona no recurre regularmente a atracones o a purgas; por ejemplo no se provoca el vómito o no hace uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas, sólo existe un notable control sobre la alimentación aunado a todos los otros síntomas propios de la anorexia; como son la distorsión de la imagen corporal, miedo a engordar, falta de menstruación, etc..

<sup>38</sup> En la histeria de conversión se producen ciertas alteraciones en las funciones fisiológicas, alteraciones que, inconscientemente y de una manera deformada, sirven de expresión a impulsos instintivos previamente reprimidos. Sufrir de modo histérico es sufrir conscientemente en el cuerpo, o sea convertir el goce inconsciente e intolerable en sufrimiento corporal. (Para más información véase Fenichel, 1997; Nasío, 1997).

trabajara. Gina tiene dos hermanos, una mujer más grande que ella y un hombre que es menor.

Respecto a su nacimiento, considera que fue una hija deseada no tanto por el sexo, porque como antes de ella ya había nacido su hermana, su mamá deseaba tener un varón y estaba segura de que en su segundo embarazo su deseo se iba a realizar. Sin embargo, fue bien recibida por sus progenitores, porque era una bebé hermosa y bien portada, pero dice que a su padre le dio más gusto de que hubiese sido niña, porque suponía que las niñas eran más cariñosas y como él deseaba tener más hijos, pensaba que tarde o temprano alguno de ellos sería hombre y perpetuarían su prestigioso apellido.

De su niñez menciona que fue la etapa más feliz de su vida, ella recuerda haber sido una niña alegre, vivaracha, sociable, inquieta y con mucha facilidad de palabra. A pesar de que su salud era algo precaria porque tenía hemorragias sin motivo, se enfermaba seguido de gripas y su desarrollo fue lento (tenía un peso y estatura abajo del promedio para su edad). Le gustaba hacer deportes y tener muchos amigos. Vivía en la Delegación Miguel Hidalgo, en una casa amplia con sus papás y sus hermanos. La relación que ella veía en sus padres era de respeto y armonía. Aunque su papá, debido a sus múltiples ocupaciones sociales y laborales, estaba poco tiempo en casa, manteniéndose ajeno a la crianza y educación de sus hijos.

Llegaron al acuerdo de que mi mamá era la que nos castigaba y pegaba, porque mi papá iba hacer muy poco el tiempo que nos iba a ver... Y eso de que lo odiáramos nosotros... Porque el tiempo que pudiésemos verlo fuera sólo para pegarnos... No lo íbamos a querer. Mi mamá era la que nos regañaba y nos pegaba. Mi papá estaba sólo los sábados en la tarde y los domingos. Sí llegaba a dormir del trabajo, pero por el mismo trabajo tenía muchos compromisos, desayunos, comidas con clientes, etc.

Algunos fines de semana su papá les compensaba el tiempo ausente, llevándolos al cine, al teatro, al zoológico y demás lugares. En sus cumpleaños los llevaba a una tienda departamental y ellos escogían todo lo que deseaban, nunca tuvieron fiestas de cumpleaños o invitados en su casa.

A ella le encantaba estar con su papá, en dos o tres ocasiones fueron de vacaciones a la playa y buceaban con él, quién era un experto en la materia. Gina recuerda esos viajes como los momentos más felices de su vida porque su papá jugaba con ellos en la playa, aún cuando el gusto le duraba poco tiempo debido a que se sentía indispuesta. "No sé porque, me daban temperaturas, no tenía equilibrio, me daban espasmos, no oía, me ponía mal." Se tenía que subir al cuarto del hotel con su mamá y desde ahí contemplar lo que hacían sus hermanos con su papá. Nunca la llevaron al médico para constatar que era lo que tenía, pensaban que todo se debía a la altura del mar.

Todos los domingos iban a misa, sobre todo porque su mamá era muy religiosa y les inculcaba la liturgia y valores católicos al pie de la letra. "nos obligaba a confesarnos cada 8 días". Algunas veces, después de misa, visitaban a la familia del papá, pero eso incomodaba mucho a la mamá de Gina, ya que no llevaba una buena relación con su suegra. pues "decía que ella era muy crítica y morbosa".

No así con su madre, con quién llevaba una relación muy apegada. Su abuela materna vivía muy cerca de ellos y todos los días solían comer en su casa. La mamá de Gina, quien tenía una mejor situación económica que su otra hermana, compraba la comida y su hermana hacía de comer para toda la familia. Momentos que odiaba Gina porque decía que le daban mucho de comer y ella siempre fue muy remilgosa con los alimentos.

Mi abuelita no nos dejaba ni hablar cuando estábamos comiendo, nos hacían terminarnos una tortilla con la sopa, una con el guisado o dos, una con los frijoles y eso era para podernos parar de la mesa. Si no, mi mamá agarraba y nos pegaba... Era horrible porque nos querían tener en engorda. Una vez que se murió mi abuelita ya fuimos felices porque ya podíamos comer bien... Antes era guacatelas, nos daban sopa de pan o sopa de tortilla y eso si no nos gustaba... Nos daban ternera, hígado, corazón, cosas capeadas, era grasisopa y grasicaldo.

Además, dice que sus tios y primos les tenían mucha envidia y siempre oía como su abuelita se compadecía por la familia de su otra hija, diciendo que ellos eran muy pobres, no tenían diversiones, juguetes, ropa y tantas cosas que Gina y sus hermanos tenían sin mayores méritos. Pasado el amargo momento de la comida, Gina se ponía a jugar alegremente con sus hermanos y primos, mientras los adultos

compartían la sobremesa. Su hermana fue siempre su mejor amiga y mantuvieron una relación muy especial, a pesar de que eran muy diferentes. Su hermana era tímida, bien portada y poco sociable, bonita de cara, pero de complexión robusta "parecía ropero, las hermanas de mi papá le decían que estaba pozolona".

En general, todas sus tardes eran muy activas, no tenían tiempo para el ocio, porque después de casa de la abuela, el chofer de su papá los llevaba a clases de karate, ballet y natación (su mamá nunca aprendió a manejar). Llegaban a su casa y su mamá se ponía a hacer la tarea con ellos. Su mamá por haber sido maestra de primaria, era muy exigente con las labores escolares. Los tres hermanos fueron alumnos destacados en la escuela, concluyeron exitosamente todos los grados escolares.

Mi mamá sí nos pegaba... ¡Uy, sí nos pegaba con la mano!. Por ejemplo, cuando bajábamos de calificación o cuando nos peleábamos entre mis hermanos, ¡ni te cuento!... Teníamos que sacar puros dieces, ser perfectos en todo... Por eso cuando bajábamos un poco de calificaciones preferíamos dárselas a firmar a mi papá quién era más comprensivo.

Sin embargo, dice que su mamá fue muy cariñosa, los acariciaba y besaba mucho, los incitaba a que fueran los mejores, "competitivos y luchadores", que sacaran de su vocabulario la palabra "no puedo". Gina dice que su mamá fue muy sincera y no les guardaba ningún secreto, tenía mucha comunicación con ellos. Aunque por otro lado, comenta que la opinión de ellos no tenía relevancia; la ropa y las actividades extraescolares las escogía la mamá les gustará o no a los hijos. Ellos hacían lo que su madre quería, dada la división sexual y afectiva, su voz era ley. De alguna forma, parece ser que la manipulación de los hijos fue la única forma de reivindicación que la madre de Gina encontró, porque fuera del ámbito privado, ella hacía lo que su esposo quería, no tenía ni voz, ni voto. El señor de la casa era quién tenía la última palabra, el poder "Mi papá decidía que hacer, a dónde ir o que comprar. Pues él era quien ganaba el dinero". Obviamente eso era lo que veían los hijos y aprendían las pautas de comportamiento genérico, en donde la mujer llevaba la parte más desventajosa. "A las mujeres se nos exige más en todo, los hombres tienen más privilegios y no vienen con tantas exigencias". En su familia ella también presenció una educación sexista, porque el hermano tenía otros privilegios, "las mujeres estamos obligadas a atenderlo

y servirlo. Por ejemplo, me tengo que aguantar de que me pegue y no le puedo decir a nadie porque en todo caso yo lo provoqué y cómo es hombre...”

La madre de Gina como transmisora de cultural, transmitió la realidad del sexismo patriarcal respecto al devalúo femenino. Lo cual trajo como consecuencia una imagen materna ambivalente y un devalúo sistemático en la autoconfianza de sus hijas.

### **3.2 La metamorfosis de niña a mujer**

Gina estuvo en clases de ballet desde los 6 hasta los 12 años de edad. Precisamente lo dejó a partir de su primera menstruación, la cual la vivió con mucha tristeza porque: “Para mí, fue como, este, me sentía diferente como que ya no era, era una señorita y aparte ya podía tener bebés. Me sentía caliente, débil, torpe y sin gracia, no me gustaba”. Gina no aceptaba ese cambio de relación con su mundo exterior e interior “mi vida ha cambiado a partir de que me convertí en señorita, ya nadie me ha podido comprender”. Por ese motivo ya no quiso continuar exponiendo su cuerpo en payasito y menos aún permitir que sus compañeras o maestras percibieran el bulto de una toalla sanitaria.

A lo largo de su entrenamiento como bailarina, su imagen corporal fue monitoreada constantemente, por la mirada de los otros y la suya misma, ante el espejo y frente a sus compañeras existía una competencia acérrima por ser la más delgada, la que mejor dominio tenía de la técnica, la que controlaba mejor su cuerpo, la mejor autodisciplinada en todo. La niña más popular del grupo era la que aportaba las mejores estrategias para dejar de comer o eliminar lo que no se deseaba acumular en los tejidos adiposos. La influencia de los pares comenzó a tener importancia en la autoevaluación de Gina.

Ella dice haber sido una niña delgada, bajita y con gracia, pero las maestras de ballet a veces le llamaban la atención por la postura, los cachetes y la panza. Eso la hacía sentir imperfecta, “un fraude”. Le importaba mucho la opinión de los demás, no le gustaba ser criticada. Su mamá le decía que tenía unas piernotas por el ballet y eso la atormentaba. Además, alguna vez escuchó como alguna de sus compañeras comentaban que su madre tenía “cuerpo de vaca”. Al parecer, su madre no se preocupaba mucho por su apariencia y arreglo personal, era una mujer bustona, de

caderas anchas y gordita, el peor defecto que podía tener una mujer. Gina no deseaba ser como su madre "Cuando me empezó a crecer el busto, no quería que me saliera tanto como a mi mamá, pienso que a mí el busto no me creció gracias a la anorexia". Gina piensa que gracias a la anorexia ha podido manipular su cuerpo para resistirse ante los cambios propios de su cuerpo femenino. Ante sus ojos la imagen de su madre estaba devaluada, a quién admiraba era a su padre. "Mi padre era delgado al igual que toda su familia eran flacos, en cambio para la familia de mi mamá estar gordito era estar sano". Y escuchaba por parte de los familiares de su papá comentarios muy peyorativos de la gente gorda.

En la secundaria, ella era sociable y tenía algunos pretendientes, dice que tuvo novicillos a escondidas de su mamá porque no le gustaba escuchar que su hija perdía el tiempo en tonterías en lugar de concentrarse en sus estudios. Tampoco le permitían ir a fiestas y casi nunca llevó amigas (os) a su casa porque a su mamá no le gustaba la ayuda doméstica, debido a que era reacia a delegar tareas o a tener gente extraña en su casa. Ella quería tener el control de sus dominios y por lo tanto era muy meticulosa con el orden y limpieza del hogar. Las fronteras del ámbito doméstico estaban cerradas para las personas ajenas a la familia.

A pesar de ello, dice haber tenido muchas amigas con las que compartía momentos agradables en la escuela e intercambiaban revistas, música y tips para estar guapísimas y delgadas. Le gustaba hacer ejercicio, hablar por teléfono, oír música, verse al espejo, probar diferentes formas de peinado y sobre todo estar al día con la moda y los alimentos no engordadores. Se volvió rebelde, vanidosa y se aisló de la familia.

Las características propias de la etapa puberal e intereses por la apariencia física en Gina fueron un campo abonado que favoreció la futura aparición de la anorexia y de alguna forma los valores patriarcales de la sociedad, expuestos y transmitidos por los medios de comunicación, presionaron y condicionaron parte de esa identidad.

Me gustaba mucho leer la Tú, la Vanidades, a veces, la Cosmopolitan, pero prefería la Vanidades porque venían muchos modelos y venían muchas dietas, decían: Ahora puede ser súper delgada, ¡comiendo!. ¡Nuevo ejercicio para disminuir las caderas!. Fueron metiendo más y más, llegó el momento en que

yo quería saber más sobre los alimentos y las calorías y de todo, yo quería sentirme bien, pero estar delgada.

De esta forma los medios de comunicación actuaron alienando, fragmentando y deformando la realidad de Gina, haciéndola especialmente vulnerable al consumismo de imágenes y mensajes que estimulaban necesidades secundarias y artificiales, propias de la imposición abusiva de la delgadez, el hedonismo y la ostentación individualista como símbolo de poder, éxito, triunfo y el anhelo de ser admirada, deseada y envidiada.

Cuando entró a la preparatoria (15 años) conoció a un muchacho nicaragüense y se hizo su novia, dice que fue su primer y único amor, con él empezó a experimentar el despertar sexual, aunque nunca llegaron a tener relaciones sexuales, sí hubo ciertas caricias eróticas. Respecto a la información sexual, comentaba que su mamá era muy abierta para hablarles del asunto, pero que le daba mucha importancia a la virginidad, tanto física como mental. Desgraciadamente su novio, después de un año de noviazgo, tuvo que regresar a su país por problemas con Migración.

Entonces yo pensé: Que ahora que regresé yo quería que me viera mucho mejor, entonces empecé a hacer mucho ejercicio y como todo el mundo me decía que me veía muy bien me sentía feliz, no?, pero seguía comiendo casi normal, por el mismo ejercicio comía chocolates al por mayor, entonces empecé a hacer 6 horas de ejercicio, bicicleta fija en mi casa, diario, de lunes a domingo. Llegando de la escuela me ponía terminando de comer. Después ya no me comía todos los caldos, sólo lo demás, después agarré y dije mejor me como los caldos y no me como lo sólido, yo quería verme mejor. Nadie me decía que estaba gorda, pero a mí me gustaba hacer ejercicio prefería venirme caminando desde la escuela hasta mi casa.

### 3.3 El abuso sexual

En una ocasión, como a las 12:00 del día, ella salió de la secundaria y se regresó caminando sola a su casa, de repente la alcanzó un hombre joven en los puentes de Lago Alberto y Mariano Escobedo con el pretexto de preguntarle sobre la Estación del Metro Etiopía. Ella sin sospechar sus intenciones, contestó que no sabía dónde se encontraba dicha estación y continuó caminando sin prisa, el hombre cambio de actitud y se torno violento hacia ella.

"Es que la verdad tuve un problema y necesito que me saques de aquí" y yo le dije: pues toma el camión y me dice "no es que mira": y saca una navaja y yo le dije: no me hagas nada, llévate todo pero no me hagas nada y me dijo "¡cállate! y has como si fueras mi novia, agárrame como si fuéramos novios" y me enlazó las manos con las de él y me llevó a que nos sentáramos donde hay un árbol y pasto y me quitó aretes y reloj, me esculcó mi mochila y me quitó el poco dinero que traía, reloj, pulsera y todo me quitó. Yo le decía: bueno ya tienes todo ya déjame ir. Él me decía que pasando los puentes, yo le decía pues ya déjame ir, ya tienes todo, mi mamá ha de estar preocupada por mí, que no tienes madre, que no te preocupa. "Sí, pero eso no te importa, ya cállate y vente", me volvió a agarrar de las manos y me dijo: "y cuidado que hagas algo porque te meto un piquete, recuerda que yo puedo ser más rudo que tú". Entonces me llevó debajo de uno de los puentes (su voz se empezaba a cortar y sus ojos se llenaron de lágrimas) donde no pasa nada, ni coches, ni nadie. Me empezó a manosear mi busto, primero me dijo que lo besara, yo no quise, él me besó en la boca y me dio mucho asco, me manoseaba mi busto y me levanto la blusa y la camiseta y me empezó a mamar mi busto. Después agarró y me dijo "mira chupa mi dedo, así vas a chupar" y me metió su miembro a la boca y me decía "con los dientes, ¡no!", y me jalaba del cabello y me decía "lo vuelves a hacer así y te mato".

Durante algún tiempo la tuvo arrodillada chupándole su pene, hasta que se vino en su boca. Ella escupió el semen y lo único que pasaba por su mente era que él la iba a matar y sus familiares nunca la iban a encontrar. De alguna forma ella dice que "me imaginaba que el siguiente paso era que él me penetrara por la vagina". De repente, Gina vio a un señor que se acercaba al puente y empezó a gritar sin preocuparle lo que el tipo le hiciera. El muchacho ante los gritos de Gina y al ver al señor que se dirigía hacia ellos, se echó a correr. El señor al verla le dijo que si podía hacer algo por ella. Ella se abrochó la blusa y buscó un Pepsilindro que traía en su morral y empezó a hacer bucheces de agua, pero "el asco y sabor del semen no se me quitaban". Ella le pidió dinero al señor para poderse regresar en camión a su casa, él la acompañó hasta la micro, guardando ambos un silencio sepulcral.

Al llegar a su casa, vio que no había nadie, buscó las llaves de su casa pero ya no las traía, el tipo se las había robado también. Por fin llegó su hermana y le contó lo sucedido, abrazadas estuvieron llorando hasta que su mamá llegó. Al enterarse la mamá del hecho se desmayó..., cuando volvió en sí empezó a regañarla.

"Es que te he dicho..." Yo le decía: no me regañes, no quiero que me regañes. "Yo te he dicho que a tu edad no te regreses caminando". Entonces le habló a

mi papá y él me dijo que si quería que mandara a buscar al tipo. Yo le dije: ni lo van a encontrar. Muchas veces he pensado que si yo lo tuviera aquí lo mataba y lo volvía a matar y lo mataba tres veces y todas las veces que pudiera porque a mí me mato un día. A partir de esa experiencia, ya no pude andar en la calle nunca sola, hasta la fecha, cuando llegó a andar sola siempre ando buscando, prefiero pagar taxis de sitios o radio taxis no ando en metro, ni en micros.

Gina se metió a bañar, tallándose el cuerpo desesperadamente, como si con el agua pudiera purificar su afrenta. Se sentía culpable por haber desobedecido a su mamá y regresarse caminando por ese lugar.

Yo decía porque yo, porque yo, porque le habían hecho eso a mi cuerpo si parecía niña, tenía 16 años, traía uniforme, la falda me llegaba hasta el tobillo, la blusa hasta el cuello, traía blazer, así que andará muy provocativa, ¡no!

Su papá se sentía impotente y enojado por lo sucedido, pero se mantuvo al margen de la situación. Su hermana siempre se mantuvo solidaria con el dolor de Gina, pero su hermano decía que toda la familia estaba exagerando el hecho, porque a su hermana no la habían violado, "físicamente seguía siendo virgen". Él se volvió hostil contra Gina porque pensaba que sólo quería llamar la atención y acaparar la atención de sus padres "me decía que no me hiciera la mártir". Su mamá le pidió a Gina que jamás se volviera a hablar del suceso y que nadie fuera de la familia debía enterarse "Era terrible tener que vivir como si nada en la escuela, sin podérselo contar a nadie". La apariencia social debía mantenerse inmaculada.

Después de eso Gina comenzó con una dermatitis nerviosa en todo el cuerpo, en las coyunturas, en el cuello, traía la carne viva como si fuera lepra. Durante mucho tiempo sintió impregnado el olor del hombre que la había atacado. Desde ese momento ya nunca pudo dormir bien, no le gustaba cerrar los ojos porque la imagen de ese hombre se le venía a la mente. Desconfiaba de todos los hombres que veía en la calle. "Ya de ahí no volví a ser nada femenina, me vine para abajo. Me daba miedo ser femenina porque ya no quería que me vieran". La sensación de tener un cuerpo seductor, que provocará deseos en otros hombres hizo que las características sexuales de su cuerpo femenino se convirtieran en la parte odiada de ella misma. Precisamente su histeria residió en la imposibilidad de asumir psíquicamente un sexo

definido, asumiéndose como un ser asexual, un ser que quería resistirse ante las demandas de asumir el rol de mujer.

Me gustaría volver a ser niña, en esa época era feliz. Yo le he dicho a mi mamá y a mi papá que porque tuve que crecer, crecen los problemas, todo te preocupa, tienes más responsabilidades. Tu cuerpo cambia, ya no te tratan como niña, como señorita corres el riesgo que te hagan algo, que te vacilen en la calle, eso me da mucho miedo. Yo no quisiera ser ni hombre ni mujer.

### **3.4 Un cuerpo devastado por la anorexia**

El daño causado a Gina tuvo graves consecuencias en su vida, porque su autoestima quedó violada y su seguridad rasgada. La sensación de confianza frente al mundo, frente a los otros estaba invadida por la desconfianza. El fantasma de su abuso se eclipsó en la zona erógena oral. Dejó totalmente de comer cosas sólidas, decía que "no podía tragarme nada", su mamá le tenía que moler la comida, pero aún así buscaba la forma de no comer y hacía ejercicio compulsivo durante 5 ó 6 horas, todos los días, en una bicicleta fija.

Generalmente comía con mi mamá y mi hermano y llegó un momento en que escondía la comida, empecé a escondérmela en la ropa, en las bolsas o usaba sudadera a propósito para meter la comida y lógico que con el resorte de la sudadera la comida se detenía y ya luego la tiraba, pero mi mamá se dio cuenta y después me empezaba a buscar y tuve que pensar desesperadamente en como deshacerme de la comida y hacía como si tomaba agua en mi pepsilindro, pero estaba vacío y ahí echaba toda la comida, no me la tragaba.

Hacía un esfuerzo sobrehumano para controlar su apetito, esto le proporcionaba un sentido de dominio en relación con su permanente sensación de impotencia, de tal forma que el control o pérdida de peso llegó a ser el referente fiable de su autoevaluación y autoatribución, dando como resultado una permanente distorsión de la imagen corporal.

Me compré la Enciclopedia de la Nutrición y como viene por orden alfabético ahí venía la tabla de las calorías y yo sabía bien que podía comer porque tenía pocas calorías, como estaba tan completo ese cuadro, ¡nombre! era mi Biblia y aparte ahí leí, de que el cuerpo es 80% agua y 20% músculos y entonces yo dije: 80% agua? Entonces ya no voy a tomar agua para ya no ser ese porcentaje. Voy a dejar de tomar tanta agua para que disminuya mi peso y no sea tanta agua y así lo hice, ya después nada más tomaba un jugo de naranja

en las mañanas y dos Yakults cuando llegaba de la escuela y ese era todo el líquido. Yo sentía sed, una desesperación de querer tomar agua, muchas sed, pero yo decía que no podía, estaba prohibida, porque tenía que adelgazar y me tenía que aguantar, pero si sentía la sed, la sed. Aprendí también a aguantarme la sensación del hambre, me la aguantaba y la dejaba pasar, pero la de sed no podía, sentía como si estuviera en el desierto y hubiera hecho muchísimo ejercicio. Yo quería agua con desesperación, pero estaba prohibida por mí y para mí.

En las noches soñaba con comida, con las cosas que más le gustaban pero que no podía darse el lujo de comer. Soñaba que Santa Claus le traía un costal lleno de comida. Se prohibió tantas cosas que llegó al límite de decirle a su mamá que cuando ella estuviera a punto de morir le llevara un Submarino, un Tuinky o un pay de elote, porque eran las cosas que más se le antojaban, pero estaban totalmente vetadas para ella, sólo sabiendo que estaba al borde de la muerte se podía atrever a darse el lujo.

Por la debilidad física y anímica, comenzó a deprimirse, sus padres le decían que dejara la escuela por un tiempo. Estaba a punto de entrar a la universidad, pero eso era lo único que la mantenía con vida, era una estudiante meticulosa y responsable. Ella quería ser una profesionalista como su padre y no una ama de casa como su madre. Además, el hecho de sentir que tenía un cuerpo parecido a la madre, la hacía sentir devaluada y vulnerable. De alguna forma quería borrar el género de su cuerpo, borrar las líneas y fronteras de su sexualidad.

La familia se enteró de que el problema que tenía Gina se llamaba "anorexia nervosa" hasta que ella cumplió 18 años y debido a un artículo que encontró su hermano en la revista "Nexos". Sus papás la llevaron con el famoso psiquiatra Lamogllie, pero dice que él no la pudo ayudar en nada, debido a que sólo se enfocó en el problema del "supuesto" abuso sexual y no le dio importancia a la anorexia "no veía adelanto en mí, me volví amargada, enojona, se me acabó la felicidad, las ganas de vivir, todo". Posteriormente, una amiga que trabajaba en la Secretaría de Salud, le dijo que ella le podía conseguir una recomendación para que fuera atendida en el Hospital de Nutrición. Fue a su cita, pero como la mandaron al departamento de psiquiatría, no quiso aceptar la ayuda porque ella no se consideraba loca, además negaba el hecho de tener una enfermedad, Gina decía que cuando decidiera podría

por sí sola controlar sus síntomas. Esta negación y falta de conciencia de la enfermedad es una característica común entre las personas que tienen trastornos alimentarios porque sus síntomas se convierten en una parte normativa de su identidad.

Total que entró a la universidad a estudiar la licenciatura en Derecho en la UNITEC, ahí dice que encontró amigos fabulosos, casi todos hombres porque las mujeres la hacían a un lado. "Ellos me protegían y cuidaban como a una hermanita". Los sábados la invitaban al cine o a patinar sobre hielo. Mencionaba a un amigo que siempre tuvo muchas atenciones con ella, que hasta su novia se ponía celosa, pero realmente ningún hombre la volvió a buscar para entablar una relación sentimental.

Sus problemas físicos iban en aumento, pero ella no desistía en sus estudios. Recuerda que toda su ropa estaba quemada de los antebrazos y codos, porque se tenía que pegar en la estufa para calentarse. Su papá lloraba al ver el deterioro de su hija, la trataba como a una bebé y no se atrevía a llamarle la atención. Para dormir, Gina se ponía una lámpara entre las piernas o dentro de las cobijas para no pasar frío en las noches. En una ocasión se quemó el cable y se incendiaron las cobijas, afortunadamente ella se salvo de las llamas.

Su hermana terminó la carrera de Relaciones Exteriores y al poco tiempo se casó, ese acontecimiento fue un golpe muy duro para Gina porque su hermana era su compañera de cuarto, su confidente. Su cuñado le caía mal, porque "lo considero una persona falsa y chantajista". Los preparativos de la boda le produjeron una gran depresión, así que continuaba adelgazando aceleradamente, sólo ingería jugos. Para buscar vestido fue toda una hazaña porque ella era talla 1, así que tuvo que usar el vestido de sus 15 años y aún así, éste le quedaba nadando. El día de la fiesta, Gina varias veces se cayó porque sus piernas no la sostenían, también se le paralizó el estómago por tomarse un refresco frío y su madre le tuvo que dar masaje porque ella gritaba de dolor. El recuerdo más triste de la boda de su hermana fue que le pidió a su hermano que bailara con ella, pero éste la rechazó diciéndole que "le daba pena que se alejara de él". Ella se metió al baño y se puso a llorar amargamente. Sus papas estaban muy alarmados por el estado de desnutrición de su hija y ni siquiera disfrutaron del evento. (Actualmente la hermana tiene 10 años de casada y dos hijos

varones, se dedica únicamente a la crianza de sus hijos y las labores propias de su hogar, siguiendo el mismo patrón de dependencia y los valores que aprendió de su madre).

Posteriormente, cuando Gina tenía 21 años, al papá le vino un infarto por el estrés de su trabajo, la inactividad física y sobre todo debido a la preocupación por la enfermedad de Gina. El señor fumaba 3 ó 4 cajetillas al día. Así que le tuvieron que realizar de emergencia una operación a corazón abierto de vida o muerte. "Mi papá estuvo fácil como dos meses en el hospital con una cicatriz espantosa. Para mí fue terrible porque pensaba que iba a perder a mi papá y yo pensaba que me hacía falta hacer tantas cosas y decirle tantas cosas".

La operación fue muy costosa, pero su papá tenía dinero suficiente para cubrir los gastos, sin embargo la familia de su papá se disgustaba por todo el dinero que se estaba gastando, eso enfurecía a Gina, quién se volvió violenta hacía ellos y en general hacía todas las personas por la poca humanidad y empatía que demostraban. Su papá debido a los gastos erogados por su operación y tratamientos, y debido a que no pudo trabajar por un largo tiempo, dejó de pagar la universidad de Gina, pero ella consiguió beca para seguir estudiando.

Todo ese descontrol, miedo y coraje ante los acontecimientos de su vida externa los volcaba a su propio cuerpo, tratando de por lo menos tener control en su alimentación y peso, con lo cual su problema de anorexia seguía reforzándose y cuando comía algo prohibido se autocastigaba.

Cuando violaba mi régimen alimentario me sentía muy culpable, me sentía la peor del mundo, es más me empezaba a cachetear, me decía: eres una tonta, no sirves para nada, porque lo hice? Me sentía tan mal, enojada conmigo misma y o sea, es más le decía a mi mamá ¿qué porqué lo había hecho?. Que aunque si lo había disfrutado, no me lo merecía. Cualquier cosa que era comida estaba prohibido.

Con apenas 22 años, las repercusiones físicas se hicieron evidentes, el pelo se le caía a montones, los dientes se le aflojaron porque masticaba chicle todo el día para controlar el apetito, ya que el tener anorexia no significaba falta de apetito, como su nombre erróneamente lo indica, sino un control obsesivo por los alimentos. Sus dientes se les desmoronaban en cachitos, tenía fuertes dolores en las muelas. Los

dentistas no le podían salvar las piezas porque estaban totalmente descalcificadas. Le tuvieron que matar los nervios de todos los dientes y ponerle placas. La piel estaba seca y ajada con arrugas prematuras. Le salió un vello fino llamado "lanugo" en el pecho, la espalda y el vientre. La agilidad y fuerza que antes tenía en el cuerpo se fueron extinguiendo, su voz iba bajando de volumen. Obviamente la menstruación se le fue por completo de su cuerpo por falta de proteínas.

Lo que sí es que la piel estaba tan pegada al hueso como que se salía el hueso del cóxis, me lastimaba hasta acostada, usaba colchón ortopédico, porque en un colchón normal me lastimaba horrible, hasta me dejaba moretones, igual en mi espalda. Me hice mucho más jorobada de lo que ya estaba. Las piernas también me adelgazaron mucho, a mí me gustaba aunque sintiera dolor. Me costó tanto trabajo, hice tanto esfuerzo por estar así, que no podía engordar aunque sufriera las consecuencias.

Cuando iba por la calle o a la universidad sentía que todo el mundo la observaba, como si ella fuera un monstruo, tuviera SIDA o algo contagioso. Sin embargo, para ella era un orgullo que se le vieran los huesos, era una identidad propia.

Me daba tanto coraje que se me quedarán viendo y decía les gusto o ¿qué? ¡Que le lleguen!. Me daba coraje, yo no era muestra de joyería para que se me quedaran viendo, estaba como estaba ¡qué les importaba!, pero no podía decirles eso a la gente.

### **3.5 La lucha por un reconocimiento**

Terminó su carrera con dificultad porque los conocimientos ya no los asimilaba ni retenía tan fácilmente, aún así empezó a cursar un posgrado en Laboral en la Panamericana y posteriormente la especialidad en Amparos. Gina soñaba con triunfar en áreas consideradas "masculinas". Su apariencia delgada o sus logros académicos le daban la convicción de ser tan eficiente como cualquier otro hombre.

Al mismo tiempo de sus postgrados comenzó a realizar su servicio social en la junta de iniciativa privada, un órgano que rige a todas las Instituciones de iniciativa privada en el D. F. Ahí le ofrecieron trabajo debido a las influencias de su padre y después la canalizaron al Monte de Piedad. En esos momentos tuvo una etapa de mejoría porque tenía asunto más importante en que ocuparse y preocuparse. El chofer de su papá la llevaba todos los días a la oficina y dos veces por semana iba

unas horas a cursar su postgrado a la universidad y de ahí al trabajo. Le echaba muchas ganas a su trabajo, no le importaba salir a comer o irse tarde de la oficina. Las dos horas de comida que tenía las aprovechaba para hacer ejercicio en su oficina, se llevaba todos los días la escaladora de su casa.

La gente que llegaba a ir a esa parte de las oficinas pues me veía, pero no me importaba, yo seguía con mi ejercicio, no me importaba cargar el aparato de ejercicio cuando llegaba al trabajo y no me importaba cargarlo cuando salía, así tenía que hacerle. Cuando salía del trabajo, cenaba rápido cualquier cosa, me quitaba la ropa que traía, me ponía cómoda y me ponía a hacer otras horas de ejercicio y después a estudiar, dormía poco.

Gina cuenta que tenía muchas responsabilidades en su trabajo, lidiaba con la gente del sindicato, sancionaba a la gente y los llamaba a declarar. Tenía que hacer que los trabajadores respetaran la normatividad, circulares, lo que se dictaba dentro de la Institución. Dice que todos la querían y respetaban, a pesar de ser mujer y ser tan joven. Sin embargo también comenta que "He luchado para complacer a los demás, para que me vean bien, para que me acepten, ganarme el cariño de todos. En mi trabajo, con mis jefes, pero es difícil, nunca se es lo suficientemente buena para complacer a todos". Esa parte masculina que trataba de personificar terminaba orientándose al cuerpo como símbolo de una eficacia y aceptación que no lograba conquistar "del todo" en la esfera pública.

En una ocasión, fueron todos los compañeros de su oficina a comer a la Cantina de la Opera, ella se comió un chile y como no traía nada en el estomago sintió un ardor horrible que la retorció del dolor. Se fue al baño y unos meseros la vieron desmayada en el suelo, alarmados llamaron a su jefe. Otra abogada pidió un taxi, así que el jefe y la abogada trasladaron a Gina a un hospital en donde le pusieron suero, dejándola salir a los pocos días. El jefe tuvo problemas en la Institución por ese incidente y le exigieron que reubicara a Gina a otro departamento.

La mandaron a capacitación y selección de personal para que se recuperara. Decía que en ese departamento encontró mucha hostilidad con las mujeres del área, "hablaban de mi a mis espaldas", la juzgaban y criticaban a su familia, "decían que yo estaba loca". Eso le provocó mucha inseguridad y depresión, pero no quiso acusarla con los jefes para que no la tacharan a ella de conflictiva o problemática. En general

dice que con las mujeres no podía entenderse, que los hombres eran más sinceros, leales, menos criticones y la aceptaban no importando su imagen o condición física ¿por qué no representaba, en el ámbito laboral, un riesgo para ellos?.

Las mujeres me catalogan más por mi cuerpo, se fijan más en lo exterior. Bueno menos mis compañeras de terapia, como ellas tienen mi mismo problema o casi la mayoría, el mismo problema, no nos juzgamos, no importa ni como vaya uno vestida, si hay más flacas o mas gordas. En mi familia las mujeres han sido muy criticonas.

Los incidentes con sus compañeras de trabajo repercutieron en su precaria salud, siendo internada en varias ocasiones en el Hospital de Jesús por diferentes motivos, pero todos ocasionados por la falta de defensas, lo cual provocaba que las infecciones la atacarán sin misericordia. Su madre ha sido quién la ha acompañado al hospital cada que ha tenido que ser internada, quedándose a dormir con ella todas las noches.

En el hospital donde estoy y mi familia me dicen que cada vez me acabo más a mi mamá, que por mi culpa ella esta tan avejentada, me dicen que a ver que voy a hacer cuando ella se muera. Yo me siento muy culpable por eso. Sé que mis hermanos no pueden estar con mi mamá, que mis sobrinos no pueden gozar de mi mamá, que por mi culpa hay un descontrol en mi familia.

Actualmente la anorexia le ha ocasionado trastornos en todas las células nerviosas, pero dice que: "la anorexia es como una droga, la quiero dejar, pero no puedo vivir sin ella". No puede prescindir de ella porque ha sido un estilo de vida y una etiqueta que le ha podido dar una identidad y sentido a su vida.

Sigue con su dermatitis nerviosa, le da taquicardia por el desequilibrio de electrolitos. Tuvo enfisema pulmonar hace algunos meses. Los riñones ya no le funcionan adecuadamente por tanto diurético que ingirió y la poca agua que tomó. Sufre de estreñimiento crónico. El hígado también esta muy dañado, tiene calenturas muy fuertes, se le paraliza el cuerpo, se queda rígida sin poder moverse. Tiene osteoporosis avanzada. Su organismo ya no quiere responder a tratamiento alguno, por eso la canalizaron al INP, porque médicamente ya es una persona desahuciada. Lo curioso del caso es que Gina no tiene consciencia de todo eso, aún piensa que puede aliviarse y salir avante del problema de la anorexia. Actualmente desea

casarse, tener hijos y desarrollarse profesionalmente ¿por que sus deseo de emancipación le acarrearón vergüenza, culpa y una dependencia obligatoria?.

Yo quiero hacer algo por mi misma, tener a alguien a quien darle amor, cariño, darle lo que tengo, bueno aunque se lo doy a mis padres no es lo mismo. Si no puedo tener hijos, me gustaría adoptar. También me gustaría viajar, pero tendría que ser a un lugar donde no me sienta mal. Deseo convivir con mis sobrinos, ayudarles como pueda. Quiero ser una persona normal.

Su familia ya esta cansada de sus problemas, especialmente su hermano quien se volvió comedor compulsivo y tiene problemas de obesidad, piensa que si ella tuviera fuerza de voluntad podría salir de eso, le echa la culpa de que, "por causa de mi vanidad, he fregado a todos".

Si pudiera volver el tiempo atrás trataría de ser feliz, disfrutar de la vida, hacer lo que antes me gustaba, salir, divertirme, aprender. A pesar de los exámenes, de la presión, me gustaba estudiar. No me gustaría sentirme encadenada por la anorexia, sentirme autosuficiente, tomar mis propias decisiones.

### **3.6 En síntesis**

Como podemos observar la vida de Gina estuvo marcada por diferentes sucesos que determinaron su actual estructura psíquica y el problema de la anorexia. Probablemente en Gina ya existía una vulnerabilidad biológica que la predispuso a la anorexia, su precaria salud desde niña y su hipersensibilidad ante los hechos nos muestran elementos singulares y estructurales en su historia. Sin embargo podemos notar como ciertos valores de la clase media fueron cristalizándose hasta lograr convertirse en parte de su proceso anoréxico, cómo lo señala Bordieu (2000) la pequeña burguesía está especialmente expuesta a todos los efectos de la ansiedad respecto a la mirada social y es en esta clase donde las mujeres alcanzan la forma extrema de alienación simbólica. En Gina, valores como la competitividad, perfección, éxito, basados en una imagen corporal fueron letales en su vida. Los efectos de los medios de comunicación como los describió Fainholc (1993) también tuvieron influencia en ese proceso de interiorización y proyección de mensajes distorsionados.

Además su familia como representante de una tradición apegada a la estructura social patriarcal en donde existe una imagen femenina devaluada, división

sexual del trabajo y una división emocional entre los responsables de la crianza de los hijos, causó confusión y resistencia en Gina.

La madre asumió de manera indiscriminada el rol de madre dominada y dominadora como fuente de sumisión/reivindicación. Perpetuando la educación sexista, los preceptos religiosos, la virginidad como elemento trascendente y el sostenimiento de una apariencia social inmaculada, pero a su vez mandó mensajes contradictorios de dependencia, lucha y competencia que se contraponían con el rol femenino tradicional que ella ostentaba. Gordon (1990) nos alertó respecto al incremento de oportunidades a la vez que de presiones que están viviendo las mujeres, lo cual, en este caso acarreó la dificultad para encontrar una identidad "viable".

Gina se aferró a la pretensión de concluir una carrera marcadamente masculina "leyes" (la misma que su papá) con el fin de lograr competencia y dominio en la esfera pública para de esa forma lograr la diferenciación con su madre, apartándose del mundo femenino indiferenciado y devaluado con el propósito de lograr autonomía y reconocimiento, pero se dio cuenta que en la esfera pública no era tan fácil destacar y diferenciarse.

Probablemente la anorexia, entre otras cosas, fue para Gina un punto de fuga impulsivo de la lógica patriarcal, un intento delirante de escapar a dispositivos de poder como son los referentes familiares, sexuales y sociales que prefiguran para la mujer, como Navarro (1999) lo expresó: "una cárcel femenina que debe habitarse con sumisión y disimulo de la asfixia".

Obviamente el principal problema que marcó y cambió de curso la vida de Gina fue el abuso sexual, un abuso sexual que fue mal manejado por sus padres y por ella misma. Todo lo cual provocó, dicho en palabras de Tubert (2000), un fracaso en la construcción de sus identidades y en la resolución de la crisis adolescente bajo la luz de la ambigua construcción cultural de la feminidad. De esa forma la anorexia se convirtió en una paradoja para Gina, porque aunque fue un referente con el que pudo nombrarse y resistirse ante los valores sociales, llamar la atención y protegerse de la locura. También tuvo como propósito el controlar su cuerpo para no ser deseada corporalmente, (debido al abuso sexual) y lograr autonomía e independencia para

diferenciarse de su madre (temor de fusión o pérdida del yo), pero finalmente el control acabó por escapar al control y la ha debilitado tanto que ahora debe estar hospitalizada y así depender totalmente de los otros, hasta que la muerte decida apiadarse de su desgastada existencia.

Según Goffman (1963) las enfermedades o defectos físicos pueden convertirse en atributos y estereotipos que pueden llegar a categorizar a las personas, en el caso de Gina, la anorexia fue una identidad personal que le otorgó un lugar y espacio en su red social, al no encontrar un espacio cómodo en un mundo que parecía hostil, construyó su propio espacio a partir de la obsesión por la delgadez, no importando lo mortífero que eso resultara. Ya Freud (1925) nos dijo que cuando un sujeto desea estar enfermo obedece a un sufrimiento que se mantiene como escudo contra la propia libido, debido a la desconfianza que existe de sí mismo y de los demás.

Probablemente esa hambre autoinfligida, como lo expresa Wallerstein (1999) pudo ser una forma de liberar al cuerpo de todos los contextos, las relaciones de género, la sexualidad obligatoria e incluso borrar del cuerpo al propio género como significante de su identidad. La anorexia le dio una identidad neutral, porque lo que ella buscaba era no ser encasillada en la construcción cultural de lo que conocemos como un hombre o una mujer.

22- Noviembre 2001

— Tristán —  
(31 años)



## CAPITULO IV

### Un cuerpo andrógino

A pesar de haberme infiltrado en todos los espacios terapéuticos de la Institución, nunca conocí algún varón diagnosticado con las enfermedades del siglo "anorexia y bulimia", aún cuando sabía que existía una población reducida de hombres que acudían a consulta externa con el psiquiatra especializado en trastornos alimentarios. Probablemente el hecho de no conocerlos se debía a que estos pacientes nunca participaron en los talleres o terapias grupales diseñados para la clínica, quizá porque la misma Institución los ha protegido y aislado del ámbito femenino o porque ellos mismo se han marginado de este tipo de ayuda psicológica debido al rol masculino que la misma sociedad les ha imputado.

El caso es que un día, por aras del destino, fui al comedor del hospital del INP, como todos los miércoles desde hacía un año, para acompañar a las pacientes hospitalizadas con trastornos alimentarios a la hora del desayuno, sólo que en esa ocasión me encontré con una variante: "un hombre bendito entre las pacientes". Ese caso especial fue precisamente Tristán, un joven que en ese entonces tenía 29 años de edad, diagnosticado con anorexia nervosa del tipo compulsivo/purgativo<sup>39</sup>, pero su organización psíquica nos mostraba un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, aunque en la anorexia siempre encontramos rasgos obsesivos, en él se advertían estos rasgos a flor de piel.<sup>40</sup>

Y precisamente como la hora del desayuno estaba fuera del ámbito terapéutico, ayudó a que Tristán me abriera extrovertidamente la novela de su vida.

<sup>39</sup> Durante el episodio de anorexia nervosa, la persona recurre a atracones o a purgas: se provoca el vomito o hace uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas. (APA, DSM-IV, 1995).

<sup>40</sup> Algunas de las características del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo descritos por el DSM-IV son: 1) atención por los detalles, las reglas, las listas, el orden, la organización o los esquemas, al punto de que se pierde el objetivo principal de la actividad; 2) muestra un perfeccionismo que interfiere con el completamiento de las tareas (por ejemplo, es incapaz de acabar un proyecto porque no satisface sus estándares extremadamente rígidos); 3) excesiva dedicación al trabajo y a la productividad, hasta la exclusión de las actividades de esparcimiento y de las amistades; 4) exageradamente concienzudo, escrupuloso e inflexible en temas de moralidad, ética o valores (no justificado por la pertenencia cultural o religiosa); 5) es reacio a delegar tareas o a trabajar con otros, a menos que se sometan con exactitud a su manera de hacer las cosas; 6) adopta una modalidad de gastos basados en la avaricia, tanto para sí mismo como para los demás; el dinero es visto como algo que hay que acumular de cara a futuras catástrofes; 7) manifiesta rigidez y terquedad; 8) viven con angustia la crítica del entorno; 9) Mantienen una parcial capacidad crítica hacia los padres oscilando entre condescendencia y agresividad; 10) tienen un tipo de pensamiento dicotómico y catastrófico.

Además aproveché esos momentos para solicitarle futuras entrevistas a profundidad, petición a la que accedió gustoso, dándome su teléfono para que lo contactara cuando fuese necesario. Este caso me llevó a formular nuevas preguntas de investigación, las cuales han sido el eje de esta investigación.

Considero que este encuentro es digno de estudio, no sólo porque es un hombre con una historia de vida singular que rompe con algunos estereotipos de género, sino porque esta historia de vida tiene muchos puntos de intersección con otras mujeres que he escuchado en los talleres o en las terapias del INP, como son: la edad de inicio, los síntomas, las conductas alimentarias, la psicopatología asociada a su trastorno, la distorsión de la imagen corporal, la ausencia de una figura paterna y la relación con la madre y la abuela, por mencionar algunos. Aunque lo que a mí me interesó investigar eran la estructuración de su identidad a partir de la enfermedad, así como los elementos similares o diferentes que se esconden tras estos cuerpos como proyectos culturales de género ¿Son cuerpos violentados en una posición dependiente, que buscan su emancipación? ¿La influencia de las figuras femeninas en la vida de estos pacientes son las que tienen la culpa de su actual trastorno alimentario?. Estas y otras preguntas son las que intenté rastrear a lo largo de estos casos.

#### **4.1 La construcción de una identidad frente a la locura**

Antes que nada debo decir que la información que tengo sobre la historia de vida de Tristán es muy basta porque proviene de tres momentos y espacios diferentes. La primera fue, como ya lo mencioné, de pláticas informales que tuve con él en el comedor del INP, las cuales las fui escribiendo en mi diario de investigación; la segunda proviene de un expediente clínico realizado por personal del INP en el transcurso de su internamiento en el hospital (Octubre, 2000), en donde lo entrevistaron tanto a él como a su madre. Y la tercera fuente de información fueron las entrevistas a profundidad que realicé un año después, en mi casa (Noviembre del 2001) fuera de la supervisión Institucional<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Ya que el psiquiatra a cargo de la clínica de T.A.me puso trabas para tomar a Tristán como sujeto de investigación debido a que otros psiquiatras estaban interesados en él.

El día que llegó a mi casa para la primera entrevista, después de un año de no verlo, me sorprendió lo encanecido que tenía el pelo café castaño, cortado muy chiquito tipo razo, venía vestido todo de negro, con una chamarra de piel, pantalones de vestir negros, una camisa negra con algunos cuadros rojos y zapatos de vestir negros, en general todo su atuendo estaba impecablemente pulcro. Se veía delgado y algo demacrado, pero no como cuando yo lo conocí en el INP. Tristán tiene los ojos pequeños cafés oscuros, como caídos, pero la mirada es aguda y penetrante. Las cejas son anchas y tiene las pestañas rizadas. Tiene los pómulos salidos, la nariz ancha, la boca mediana y los labios delgados. Los dientes son pequeños y amarillentos. Las orejas sobresalen de su pequeña cabeza. Es de piel apiñonada, de complexión delgada (mide como 1.74 m. y pesa aproximadamente 59 kilos). Tiene las manos grandes y delgadas. Su caminar y sus ademanes son como robotizados al igual que las frases que elabora parecen estar muy estructuradas.

Tristán es hijo único de madre soltera, criado y alimentado por la abuela materna. Es católico, soltero y perteneciente a la clase media. Al parecer, la relación caótica con la comida, la preocupación por el cuerpo y el problema de encontrar una identidad adecuada para su entorno social esconden sus raíces desde la más tierna infancia.

Yo recuerdo que desde niño tenía problemas con la comida. Bueno, en el sentido de que era una manera de apaciguar la... siempre había mucha tristeza, una tristeza muy lúgubre, entonces la manera de apaciguar los temores era comiendo, pero a la vez comía con culpabilidad, fui un niño delgado, pero antes de la adolescencia empecé a subir de peso, bastante, ya tenía panza y era muy criticado por la familia por la panza, por la lonja, porque eso era malísimo en la familia.

Sin embargo, sus problemas alimentarios se agudizaron a partir de 1994, recién concluida la licenciatura en Mercadotecnia. Antes de ser diagnosticado con "anorexia nervosa" recorrió diversas Instituciones de salud (El hospital Español, la Clínica San Rafael y la Fundación CBA "Comedores Compulsivos, Bulimia y Anorexia"). Esto debido a problemas de desnutrición, depresión profunda e intentos suicidas. En las primeras dos instituciones fue tratado por depresión mayor, debido a que según él, por ser hombre, los médicos pensaban que era inconcebible que

tuviera un problema asociado exclusivamente a las mujeres, aun cuando todas sus conductas alimentarias (distorsión de la imagen corporal, atracones, ejercicio compulsivo, dietas restrictivas, uso de diuréticos y laxantes) señalaran un trastorno alimentario. Sólo que en su caso no hubo cese de menstruación, un criterio psiquiátrico para el diagnóstico de la anorexia.

Hasta octubre del 2000 fue referido al INP, ya diagnosticado por la CBA con anorexia nervosa. Ahí tomaron la decisión de internarlo debido al bajo peso (pesaba como 49 kilos), lo cual le estaba ocasionando problemas físicos serios, aunados a un estado depresivo mayor.

Aún hoy día, a él le incomoda asumirse anoréxico ante las personas que lo rodean, por sentir que es un problema femenino que compromete su identidad masculina. Sin embargo, la identidad anoréxica le ha dado control y algo en que apoyarse, una máscara con la cual ha podido justificar su ser en este mundo.

"A veces aferrarme a esa cuestión que empieza con "A" o con "B" ha sido tal vez para no volverme loco, para tener algo a que aferrarme, algo que me dé una identidad, algo que sea mío y que nadie me lo quite".

Es interesante escuchar cómo desde su posición de hombre, ha revestido a su enfermedad de mujer, su anorexia es una mujer maligna que lo invade y lo aprisiona, porque atropella su masculinidad ¿Acaso no es una enseñanza cultural interiorizada en todos los hombres? Cuando algo los amenaza o no lo pueden controlar lo envisten de características negativas propias de la feminidad.

Yo amo mi anorexia, es una amiga, una alegoría de atracción fatal, cuando quieres controlarla ya no se deja y te persigue como Glenn Close. Primero es pura pasión y después, la desgraciada te quiere hacer la vida imposible, te pone en peligro, te pone casi vulnerable en todos los aspectos sociales. Sin embargo, no sabría quién soy sin ella, aun cuando por ser hombre eso ha sido muy vergonzoso, me he sentido inadaptado, confundido, "una mujercita".

Los elementos que se mueven en la vida de Tristán como son la culpa, la vergüenza, la baja autoestima hacen comprensible que él pueda sentir estas emociones con una intensidad aún mayor que las mujeres, dado que se encuentra en una posición ambigua y confusa con respecto a su identidad sexual, buscando por todos los medios una identidad positiva frente a la locura.

## 4.2 La historia de una madre

En el caso de Tristán, la mirada de la madre y de la abuela han tenido una importancia central, en la medida que han simbolizado la confirmación de su valor como ser sexuado, como ser deseado y deseante.

Su madre, originaria del D. F. y la tercera de 5 hermanos (la mayor es una mujer y ella esta en medio de dos hombres) entró a trabajar a los 23 años de edad como jefa de departamento de fotografía en una tienda de autoservicio; ahí conoció al papá de Tristán (un hombre casado y con hijos), quien frecuentemente llevaba a revelar rollos fotográficos a ese establecimiento y ese acercamiento terminó en una relación amorosa. El problema fue que ella quedó embarazada de Tristán y al participarle a esa persona lo de su embarazo, él le propuso el aborto. Ella, debido a sus ideas religiosas (se crió dentro de la práctica católica y su madre fue excesivamente religiosa) decidió continuar sola con su embarazo, aún cuando tuvo que cargar con la crítica y rechazo social por asumirse como madre soltera. Además, esa decisión fue muy difícil, dado que ella anhelaba estudiar la carrera de educadora, ya que sólo había cursado estudios de Comercio. Sus padres, como castigo a su falta moral, le quitaron privilegios y la obligaron a aportar dinero a la casa. No perdamos de vista que el contexto de esta mujer se da dentro de la clase media-alta, en donde el peso de la mirada social tiene una importancia crucial.

El momento del parto fue muy traumático para la madre, en primer lugar porque sus padres decidieron no acompañarla al hospital y segundo porque el trabajo de parto fue muy prolongado, estuvo a punto de morir por un paro cardíaco, perdió mucha sangre y al niño lo tuvieron que sacar con forceps. Después de nacido Tristán, a ella le dio una fuerte depresión post-parto, sintiéndose débil y con ánimo triste durante 15 días, por lo cual no pudo atenderlo, ni amamantarlo. En contra de su voluntad, la abuela, fue quien asumió la crianza del niño desde su nacimiento hasta la juventud, primero a causa de la depresión de su hija y después debido a que ella salió a trabajar.

La madre debilitada y deprimida, dijo haberse sentido frustrada por el sexo del niño, ya que hubiese preferido tener una niña rubia igual a ella, en lugar de un niño

moreno, parecido al hombre que la engañó y abandonó. Asunto que en varias ocasiones se lo comentó a su hijo a lo largo de su vida.

A pesar de que no contamos con el relato de la madre sobre la crianza de Tristán, podemos pensar que esta madre no libidinizó<sup>42</sup> al hijo; Tristán se sintió rechazado desde que nació por no ser la persona ideal que la madre deseaba y por que no pudo retener al padre y darle a su madre el lugar de esposa y ama de casa, lugares propios para las mujeres de su contexto socio-económico. Entonces, su identidad comenzó a estructurarse tras el sentimiento de culpabilidad debido a que Tristán se asumió como el causante de la desgracia de la madre.

La madre de Tristán ocupó varios puestos como agente de ventas en diversas empresas. Después de un tiempo decidió independizarse y buscó socios para emprender un negocio de perfumes y una tienda de materias primas para repostería. A lo largo de su carrera como comerciante independiente tuvo muchos altibajos económicos. Momentos de bonanza, en donde pudo viajar, comprar coche, pagarle a Tristán sus estudios en una universidad particular. Pero, en otras ocasiones la adversidad tocó a su puerta; siendo defraudada por los socios del negocio; uno de ellos era el padre del mejor amigo de Tristán, quien se aprovechó de su condición de mujer soltera. Ella tuvo que adquirir deudas en dólares para sacar el negocio a flote y con la devaluación del '94 quedó totalmente en banca rota, al grado que tuvo que hipotecar el departamento que recién había adquirido y vender su coche. Estos golpes financieros le produjeron depresiones sistemáticas. A estos problemas financieros se sumaban sus problemas familiares y personales. Al parecer la relación que llevaba con su madre era muy tirante, carente de afecto, respeto y apoyo.

A pesar de que su padre vivía en su casa y tenía una buena posición económica por ser dueño de una imprenta, la ayuda y apoyo que le brindó a ella

---

<sup>42</sup> Aunque es difícil dar una definición satisfactoria del acto de libidinizar, sabemos que ha sido una expresión tomada de la teoría de la afectividad de Freud. La libido ha sido entendida como una energía dinámica en la vida psíquica de la pulsión sexual que tiene relación con todo aquello que puede designarse con la palabra amor. Una insuficiencia de esta energía en una persona hace que la tensión se mantenga en el plano somático, en donde se traduce sin elaboración psíquica en síntomas. Esto sucede debido a que se produce una escisión entre lo somático y lo psíquico, dando como resultado la angustia permanente del sujeto. (ver Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis, 1996).

fueron muy escasas porque gran parte de sus ingresos y atención estaban destinados a sus hijos varones.

Aproximadamente a los 32 años de edad, conoció a un señor separado que vivía con sus tres hijos. Después de un tiempo de noviazgo, decidió irse con su hijo a vivir a casa de este hombre, aún en contra de la opinión de su madre, quién no aceptaba esa relación porque no hubo un contrato matrimonial de por medio. Sin embargo, para ella fue la primera experiencia que tuvo con una pareja lejos del resguardo familiar. Durante un año, mamá e hijo, socializaron en familia con los hijos de este señor. Para Tristán esa etapa fue de regocijó y convivencia. El problema fue que la relación sentimental no prosperó y terminaron separándose. Ella nunca le explicó a su hijo los detalles de ese rompimiento, lo que ocasionó una gran depresión en él porque se sintió culpable e impotente ante el fracaso de su madre. Lo más traumático del incomprendido final fue el regreso obligatorio a la casa de sus abuelos, porque tuvieron que soportar las recriminaciones y críticas de la abuela. Una vez más, mamá e hijo habían fracasado. Algunos años después, la mamá de Tristán tomó la decisión de irse por cuenta propia a vivir con su hijo a un departamento alquilado, porque la hostilidad con su madre era insostenible, pero como tenía que seguir trabajando, Tristán siguió a cargo de la abuela. Él salía de la escuela y el transporte escolar lo llevaba a casa de sus abuelos donde comía y hacía la tarea; en las noches la madre llegaba a recoger al niño y se iban a su departamento. Sin embargo, ella dice que nunca se percató del maltrato que su madre ejercía hacia su hijo, según ella, se enteró de eso hasta que Tristán detonó abiertamente su enfermedad.

Alrededor de los 40 años de edad y a raíz de que estaba sola viviendo con su hijo en el pequeño apartamento, ella comenzó a sentirse permanentemente deprimida por el cauce que su vida tomaba, volcándose con mayor intensidad hacia su cuerpo y la preocupación por el peso. Aunque desde que nació Tristán siempre estuvo a dieta subiendo y bajando de peso, se intensificó en esta etapa un periodo destructivo hacia ella misma y hacia su hijo. Se daba atracones en las noches provocándose posteriormente el vómito, además todo el tiempo estaba de mal humor, hacía ejercicio compulsivo los fines de semana, arrastrando también a su hijo a realizar agotadoras jornadas de ejercicio. El problema es que no sólo eran jornadas de ejercicio

extenuantes, sino que se convirtió en limpiadora compulsiva, vivía para trabajar, cuidar su imagen con el ejercicio, estar a la última moda y limpiar la casa; no confiaba en la ayuda doméstica.

Tras la muerte de su madre y la evidencia manifiesta de los síntomas depresivos y alimentarios de Tristán, ella acudió a ALANON y a pláticas dentro del INP para informarse del padecimiento de su hijo, debido a la culpa que todo eso le provocaba, pudiendo por primera vez trabajar terapéuticamente sus problemas.

En el año de 1997, como a los 50 años de edad, se casó con un hombre judío, de buena posición económica, divorciado y con dos hijos ya casados. Ella tuvo que cambiar de religión para convertirse en judía y poder ser aceptada dentro del círculo de su marido. Sin embargo, hasta la fecha ella mantiene una relación muy distante e independiente con su marido, porque éste desde el principio se mantuvo ajeno en cuanto a la crianza y problemas de Tristán. Así que ella decidió vivir aleatoriamente con Tristán unos días y otros con su marido, asumiendo el control de la alimentación de Tristán. Hasta el día de hoy (Enero del 2003), le prepara su cena todas las noches y supervisa que la coma cuando él llega de trabajar. Y cuando no duerme en su departamento con Tristán, le prepara la cena y la congela en paquetes para que a su hijo no le falte su cena todos los días. Al parecer a través de la comida ella ha establecido un vínculo de protección y cuidado hacia Tristán, una forma de resarcir el maltrato, violencia y abandono que brindó a su hijo por tanto tiempo.

La ambivalencia materna que mostró entre el rechazo y sobreprotección de su hijo sugieren, entre otras cosas, una dualidad no diferenciada entre ella y su propia madre, porque en su caso, no hubo un padre que intercediera ante la excesiva demanda y presencia de la madre, así que la experiencia de impotencia la transformó en actitudes de omnipotencia. La falta de aceptación y poder social, se tornaron en un profundo autodesprecio hacia su imagen corporal, el que a su vez, fue proyectado hacia Tristán, quién fungió como espejo de su propia frustración.

### 4.3 La importancia de la abuela materna

La abuela materna de Tristán, fue integrante de una familia de 6 hermanos, originaria de Jalisco, abusada física y emocionalmente por su madre. Ella sólo tuvo acceso a la educación primaria y fue obligada a casarse con un hombre mayor, sin amor, por imposición de sus padres quienes buscaban un matrimonio económicamente conveniente para ella, así como un lugar que le diera una valoración social.

Su vida matrimonial fue fría y distante, nunca permitió que su esposo fuese cariñoso o espontáneo, al contrario, ella fue muy castrante con él, convirtiéndolo en una persona carente de autoridad y respeto dentro de la familia. Probablemente fue la única forma de reivindicación y poder que conoció.

Además, ella fue una mujer de ideas religiosas muy arraigadas, estaba llena de prejuicios y supersticiones, creía en un Dios castigador que siempre estaba observando y juzgando. Era muy racista y elitista, le preocupaba mucho el decir de la gente, vivía para mantener una apariencia social de bienestar familiar, enarbolada por valores católicos. Se consagró a su rol de madre y se dedicó únicamente a los quehaceres propios del hogar, postergando todos sus deseos y ambiciones. Con sus hijos ejerció una educación sexista. Los varones fueron sobreprotegidos y con las hijas llevó una mala relación. Aunque al parecer con ninguno de sus hijos (as) fue una madre cariñosa o comunicativa. El único vínculo que estableció con ellos fue la preparación y ofrenda de alimentos.

Al nacer Tristán, su mundo se derrumbó, porque tuvo que enfrentar la vergüenza social de tener un nieto bastardo, además un niño que se salía de los parámetros de belleza europeos que la familia admiraba. Ella asumió la crianza del niño escondiéndose del mundo "para no dar de qué hablar". La relación que entabló con él fue destructiva y humillante, relacionándose con él sólo a través de los alimentos, porque ni siquiera interactuó con él a las horas de las comidas. Obviamente le tenía muy poca paciencia y tolerancia. Tristán menciona que ella era muy estricta "a mi abuela no le gustaba que jugara, por lo que me encerraba toda la tarde en mi cuarto y no me dejaba salir... Y cuando llegaba mi madre se la pasaba acusándome dizque de todo lo que hacía mal".

La abuela de Tristán murió a los 71 años, un año antes de que Tristán enfermara. Ella duró varios años enferma antes de morir, ya que tuvo enfisema pulmonar, lo cual disminuyó aún más su rendimiento social, interpersonal y familiar. Desarrolló una úlcera gástrica y perdió 20 kilos de peso teniendo una apariencia cadavérica al morir. Físicamente, la madre y el nieto, la describen como una mujer llenita, pero al parecer en sus últimos años de vida se interesó más por estar delegada, utilizando el vómito y laxantes para bajar de peso, incitando a todos los que la rodeaban a realizar dietas y a usar laxantes y diuréticos como estrategias para adelgazar.

Uno de los valores más importantes para la abuela de Tristán fue la preocupación por su imagen corporal, una imagen que describió su espacio psicológico y en donde el cuerpo, la mente y la cultura comulgaron juntas. Una autopercepción corpórea escindida de su "Self". En donde silenciosamente se entretrejieron sus pensamientos, sentimientos, identidades, actitudes, valores y juicios, estructurados e interiorizados bajo la intoxicación de la cultura patriarcal. Una cultura que ha cosificado los cuerpos de las mujeres como medida de sujeción y dominio, ofreciéndoles muy pocas oportunidades de poder y reconocimiento social o personal.

Poco tiempo después de la muerte de la abuela de Tristán, su abuelo comenzó una nueva relación con una joven mujer (a los 80 años de edad) y se distanció de la familia porque decidió romper con las ataduras y habladurías sociales. Al parecer hasta el día de hoy lleva una vida estable y productiva económicamente.

#### **4.4 ¿Cómo fue la vida de Tristán?**

Cómo ya lo he mencionado, Tristán fue criado y alimentado por la abuela, asistió a escuelas de gobierno porque su mamá creía que ahí era donde le podían inculcar una disciplina más férrea. Él refiere que desde su más tierna infancia tuvo sentimiento de autodestrucción debido al hecho de ser un niño no deseado, ni planeado; dice que desde que tenía uso de razón deseaba morirse por sentir que no merecía existir. "Me acuerdo que yo ya desde muy pequeño me hacía daño, me pegaba con la pared con los puños o con la cabeza. Lo hacía como autocastigo, no por descargar el coraje contra nadie." Se sentía rechazado por su identidad sexual y por su físico, pensaba

que era inadecuado dentro de la familia donde vivía. Decía que siempre lo comparaban y se comparaba con los primos u amigos y él estaba en desventaja físicamente. Le preocupaba mucho el tamaño de sus orejas, de su cabeza, la proporción de sus extremidades, su estatura. Respecto a su edad cronológica pensaba:

Desde los 6 años creo que ya decía: ya estoy viejo, ya no voy a poder hacer cosas que hacía antes, ya tengo que asumir otra actitud. Ya estoy demasiado grande para ese tipo de juguetes o ya estoy muy grande para esos libros o para esa música, siempre era ya estas muy grande, ya tu tiempo se acabó. A los 7, a lo 10, 15 ó 18, a todas las edades.

El sentido distorsionado del tiempo estaba relacionado con su fracaso por sentir una estabilidad interna. El tiempo a futuro, desconocido, le proporcionaba un vacío y discontinuidad amenazantes, por eso deseaba congelarlo, en lugar de servirle para organizar sus experiencias, los hacían sentir fracturado, obsoleto. Creció siendo un niño solitario, nunca llevó a nadie a jugar a su casa. Tuvo muy pocos amigos y su mayor deseo era poseer otro cuerpo, otra familia, otra vida, otro tiempo y espacio. Imitaba a sus compañeros con el fin de construir identidades que le devolvieran el anonimato en el que vivía.

Los únicos momentos de convivencia con otros niños fueron en la escuela, aunque también ahí se sentía rechazado y criticado por sus compañeros porque lo consideraban como retrasado mental. Por lo tanto, su dinámica social en la primaria fue muy solitaria y triste. Nunca tuvo amigos, ni socializó en algún deporte en equipo. En sus cumpleaños le preparaban grandes festejos, con muchos invitados, pero dice que las fiestas eran para satisfacer una apariencia social de la abuela y la madre.

Los cumpleaños siempre... Bueno, siempre eran las apariencias., que la familia se diera cuenta de que yo era un niño feliz, de hecho todo el mundo pensaba que mi abuela era una santa por fuera y mi madre que era tan buena, tan entregada que no se casó por educarme y todo eso.

Recibir regalos era lo único placentero que obtenía de esos momentos, pero se convertían en algo confuso, incluso estresante en su vida, sentía que no se los merecía, dado que no sabía lo que quería o cómo decirlo. Él sentía que de alguna forma había recibido muchos privilegios y que él no estaba a la altura de tal trato. Se

preocupaba por la discrepancia que existía entre lo que sentía, lo que se merecía y lo que le habían dado. Por eso se convirtió en un ser autopunitivo.

A la edad de 7 ó 8 años conoció a un novio de su mamá y cuando se fue a vivir con él, sintió que por fin era parte de una familia, porque compartía una recámara con los hijos del señor y salían de viaje como familia. El problema es que esa relación sólo duró un año y él asumió la culpa del rompimiento.

En ese momento mi mundo se derrumbó, me acuerdo que inclusive bajó mi rendimiento escolar. Yo por primera vez estaba presumiendo que tenía una familia, porque me daba miedo que se enterarán de que yo no tenía un padre. Si me preguntaban ya podía decir, que tenía 3 hermanos y que mi papá era Ingeniero. Yo dibujaba, clásico, al papá y a la mamá con sus hijos y un sol así sonriente. De repente todo eso se derrumba, yo creo que fue una de las primeras grandes depresiones que tuve en mi vida.

Después de ese paréntesis en su vida, regresaron a vivir a casa de sus abuelos y su seguridad se vulneró todavía más porque su abuela le decía:

"Ya ves, nadie te va a querer porque eres feo, malo y no eres digno de la familia que tienes". Fue bastante triste, yo no lloraba enfrente de los demás, bueno porque me decían que también era malo llorar, porque decían que los muchachos no lloran.

Tristán no podía externar ningún tipo de sentimiento dentro de la familia ya sea de enojo, tristeza, llanto o desesperación, debido a su rol genérico y a la rigidez de la dinámica familiar. Su infancia estuvo invadida por la exigencia de adivinar las necesidades de su mamá o abuela y hacer lo que los otros esperaban de él como hombre.

Paradójicamente, el abuelo fue quién fungía como su padre, el problema es que esa figura masculina estaba totalmente nulificada, devaluada y carente de poder, nunca intervino para defender a Tristán a pesar de que era testigo de todas las humillaciones y maltrato de su esposa hacia el nieto. De su verdadero padre nunca escuchó nada, era un tema tabú para la familia.

Mi abuelo siempre fue como un cero a la izquierda, era una figura muy pusilánime y le tenía que llamar papá, porque me ordenaban que le llamara papá. Yo decía que quería ser todo menos él, no quería parecerme a él, porque a parte mi abuelo es moreno, de nariz ancha, de ojos pequeños, de orejas grandes, bajito. Entonces, después de todos los mensajes que me

daban mi abuela y mi madre, yo a mi abuelo lo veía no con cariño, bueno sí con cariño, pero no como una gran figura, un gran ejemplo. Yo desde ese entonces añoraba mucho una figura paterna o la idealizaba.

Sus juegos de niño eran en la soledad de su recámara, le gustaba mucho dibujar y crear mundos ficticios, como intentando desconectarse de su realidad. Jugaba a catástrofes naturales: maremotos, terremotos, dice que.- "ya desde niño jugaba con la muerte". Esos juegos con la muerte parecían como el deseo de matar al otro, una muerte simbólica entre él, su abuela y su madre.

Le apasionaban los juguetes pero eran como un pecado, sentía que no los merecía y los atesoraba como algo prohibido a escondidas de su mamá, los compraba con el dinero que su abuelo le daba. Los juguetes eran el símbolo de un poder al que él no tenía acceso.

La hora de la comida la esperaba por la ansiedad de comer, nunca tuvo un momento de socialización en torno a una mesa. Su abuela era la encargada de preparar y servirle todos los días de comer. Su madre pasaba la mayor parte del tiempo fuera de casa, trabajando.

Yo comía varias veces al día, pero bueno, enfrente de la tele, sin platicar. Nunca, desde que tengo uso de razón había una comida familiar, salvo en ocasiones como Navidad o alguna ocasión así, pero nunca hubo así la plática de que llegábamos todos a la misma hora a comer ni nada.

Comía con mucha ansiedad, atiborrándose cuanto le servían, sin disfrutar lo que comía, lo cual le provocaba mucha vergüenza y culpa, sobretodo por los mensajes que oía en su casa respecto a la delgadez del cuerpo. El comer compulsivamente era una forma eficiente que tenía de proteger, reprimir, completar, desviar, entumecer o confundir los sentimientos y vivencias dolorosas.

Cuando llegaba la mamá en las noches escuchaba el mar de quejas que su abuela tenía respecto al comportamiento de Tristán, ella cansada por el estrés cotidiano, le revisaba la tarea y descargaba contra él toda su ira y frustración. Era mucho maltrato verbal, me decía palabras altisonantes inclusive, me arrancaba la hoja y me pedía que la volviera a repetir. Era muy exigente, demasiado, entonces la tarea para mí era siempre, siempre un martirio.

Los viajes los hacía con sus abuelos y su mamá, alguna vez alguno de sus primos viajó con ellos, pero decía que nunca pudo convivir con otros niños porque él

ostentaba la imagen del niño llorón, el que no sabía defenderse ni verbal, ni físicamente "nunca participe en una pelea por lo menos activamente, siempre como receptor de golpes". Su mamá durante los viajes adoptaba la posición de hija de familia o de mujer independiente, casi no convivía con Tristán en esos espacios. Sin embargo, en esos viajes, Tristán se percataba de la relación tan problemática que había entre su madre y la abuela, quienes constantemente se criticaban, peleaban y agredían verbalmente frente a él.

Académicamente en la primaria y secundaria fue un niño promedio, nunca reprobó algún grado, pero decía que era muy distraído, él sentía que no tenía una inteligencia normal. Nunca tuvo libre albedrío ni para escoger su ropa, ni para decidir que comer, su mamá y su abuela decidían todo por él. Tenía que dormirse todas las noches a las 8:00 p.m. tuviese o no tuviese sueño.

Con los cambios de la pubertad empezó a percibirse gordo y fofo, sintiéndose aún más inadecuado en su cuerpo. Ya para entonces vivía en un departamento con su madre. Esa etapa la describe con mucha tristeza porque su madre estaba sumida en un patrón autodestructivo con la comida, con su cuerpo. Además era limpiadora compulsiva y hacía ejercicio extenuante los fines de semana. Nadie hablaba con él de sexualidad o de los cambios corporales, él no sabía que estaba sucediendo con su cuerpo, con su voz, por qué le salía vello. No se atrevía a verse ante el espejo desnudo porque... "La desnudez se me inculco que era algo malo. No sé en que momento me lo pegaron, pero sabía que la desnudez era algo malo o usar ropa entallada era malo o enseñar cualquier parte del cuerpo".

Vivía mucho con la idea de que Dios lo iba a castigar si se masturbaba, si tenía erecciones nocturnas o si veía con morbo el cuerpo de las mujeres. Todos esos cambios o sensaciones le provocaban vergüenza y culpas. Decía que sus compañeros de la secundaria se burlaban mucho de su aspecto físico porque según él "tenía acné, usaba frenos, lentes, estaba panzón y no era un niño malicioso".

A parte en la secundaria, yo creo que por querer ser bonito, era amanerado y me hacían mucha burla de eso, eso me llenaba de estrés. Ensayaba mucho en el espejo la manera en cómo iba a hablar para no hacer ademanes o cosas así, era lo peor que podía pasar. Mi mamá me criticaba mucho eso, me decía que no hiciera ademanes. Alguna vez le mencione que quería ser bailarín de

ballet y mi mamá me dijo que estaba loco, que sólo los maricas hacen eso. Ya se me quedó la idea, me mortificaba que me tacharan como marica.

La confusión con su identidad sexual se apoderaba de su mente y de su estabilidad emocional, entonces otra vez la comida venía al rescate de su angustia. "Comía mucho alimento chatarra a escondidas, comía triste, mortificado, desilusionado de mí mismo". Decía estar lleno de preocupaciones, por lo cual no podía concentrarse en sus estudios. Por esa época su mamá también estaba muy deprimida porque no encontraba pareja y sus relaciones interpersonales habían sido decepcionantes, no salía con amigas, ni tenía algún hobby o distracción, cuando ella llegaba del trabajo..

Yo tenía un temor tremendo, había también mucha violencia verbal y mucha violencia física. Se iba a trabajar todo el día, pero llegaba a las 6:00 p.m. y si yo no había hecho la serie de encargos que me dejaba, si algo me faltaba, había muchos reproches: si claro, yo sólo soy la gata, sólo sirvo para mantenerte, mucho el autoreproche, pero para que yo me sintiera mal, me decía: Pendejo, o marica. Cuando había que cambiar un fusil, yo le tenía terror a la electricidad y al fuego. Yo no sabía ni clavar un clavo, cuando me pedía que cambiara un foco o fusil me decía: ah! se me olvidaba que aquí en mi casa no hay hombres, hay puras mujercitas, y decía mucho eso, ese mensaje.

En una ocasión su mamá lo humilló enfrente de unos niños que estaban jugando en la calle y rompieron el vidrio de su ventana. Ella salió a propinarles insultos y le pidió a Tristán que saliera a defenderla, pero como él no se atrevió a liarse a golpes con ellos, ella comenzó a gritarle que era "una mujercita" enfrente de los otros niños, quiénes se burlaron con mayor intensidad de la mamá e hijo. Tristán comenta al respecto.- "Imaginate la cantidad de odio, de auto-odio. acumulado que había..."

Sólo menciona a tres amigos en la secundaria y la preparatoria, amigos que admiraba por su apariencia física, por su familia y por la seguridad que ellos emanaban. Él era la parte que obedecía y los amigos la parte dominante.

Siempre quise vivir a la sombra de los demás, porque de alguna manera en mi afán de querer obtener la atención y querer ser querido, llegaba a hostigar a la gente. Yo compraba a los amigos y amigas. Sobre todo, desde siempre, había una cierta tendencia a identificarme..., a querer buscar una figura paterna, siempre buscaba un amigo ejemplar a quién copiar, a quién parecerme.

Su posición pasiva ante sus relaciones afectivas eran como si Tristán deseara ser deseable, pero también aspirara a ser deseante, oponiendo una actitud activa de



control, culturalmente asociada a la masculinidad, como estrategia para ser aceptado y querido. Siempre estuvo preocupado por adivinar las necesidades de los demás y hacer lo que los otros esperaban de él, negando sus propias necesidades.

Hubo un amigo "Juan" a quién le compraba seguridad (lo defendía cuando alguien se metía con él) en la preparatoria a cambio de hacerle sus tareas. Esa amistad duró 10 años y dice que ha sido a la persona que más ha querido en su vida. A Juan lo describe como un hombre popular, arrogante, de buena posición económica, con un cuerpo atlético por ser jugador de foot ball americano. Dice que éste muchacho era obsesivo con la línea y realizaba mucho ejercicio también. Todas esas características le encantaban en su amigo. Tristán, vivía su vida a través de él, quería ser como él, imaginaba su futuro como si su amigo fuera él. Aunque niega cualquier sentimiento homosexual hacia Juan, dice que su amigo fue la primer persona en darle un abrazo, (porque su mamá o abuela casi nunca lo tocaron físicamente) el primero en reconocerle sus triunfos, en motivarlo a vivir. Este amigo tenía tanta influencia en Tristán que le escogía la ropa, los cortes de pelo, hasta la carrera que debía estudiar. Ambos entraron al Tecnológico de Monterrey a estudiar Ingeniería en Sistemas Computacionales, un año después Tristán no pudo con los niveles de exigencia académica y decidió cambiarse a la carrera de Licenciatura en Mercadotecnia, resultando el alumno más destacado de su generación.

Por ese tiempo la mamá de Tristán se asoció con el papá de Juan en un negocio y éste la defraudo, perdiendo por completo su poder adquisitivo y su dignidad. Tristán sentía una angustia tremenda y una impotencia ante lo que ocurría con su mamá, la cual no perdía oportunidad de achacarle a él toda la culpa de lo que había pasado, Tristán se sentía entre la espada y la pared. Aunque se alejó por un tiempo de su amigo, terminó perdonándolo y reanudaron la amistad, porque además fue el único amigo que tuvo en la universidad. Y como además éste amigo también vivía obsesionado por las calorías de los alimentos, influyó a Tristán a probar una serie de dietas que lo fueron llevando a su actual trastorno alimentario. Esto fue como a los 24 años de edad.

Antes había hecho muchas dietas, pero cuando por primera vez tuve la posibilidad de pagar un doctor, decía: cómo me va a costar, me van a tomar

medidas y nadie me va a vigilar, yo lo tenía que seguir. Cada semana durante más de un año fue ir a mi cita, cada vez bajaba más y era una emoción para mí porque eso era muy loable, muy aplaudible. Todos me decían que me veía muy bien, en la familia, en la escuela, Juan, y ahí empecé a comprarme ropa tallas más pequeñas y ropa ya no tan floja y ¡eso era increíble!

Al terminar la carrera, puso un negocio de materias primas junto con su amigo Juan, pero como el control por la comida y el control por estar delgado comenzaron a ser el motor de su vida, no le puso mucho interés al negocio que habían emprendido juntos. Tristán comenzó a estar de muy mal humor, irritable y depresivo, al grado que tuvo que ser hospitalizado por primera vez. Juan al ver que el negocio se venía a pique empezó a desviar fondos y a sacar mercancías del negocio. Al darse cuenta la familia de Tristán de los malos manejos del amigo, lo corrieron del negocio con su respectiva indemnización, pero Juan quien se sintió agredido propinó una serie de amenazas contra Tristán y su madre, con la cual llevaba una relación de odio y rivalidad desde tiempo atrás. Cuando Tristán salió del hospital seguía sumido en la depresión, porque ahora sí había perdido a su mejor amigo y su negocio. El cuerpo seguía siendo su único punto de fuga.

Hacía ejercicio como loco todos los días, como un ritual, oyendo el mismo compacto de Bossa Nova, tenía que ser en la obscuridad, era necesario estar triste como un autocastigo, no? Lo hacía de 12:00 a 4:00 de la mañana. Era un gusto tremendo ver la mancha de sudor que dejaba en el piso, en el estudio que teníamos. Irme a dormir así, empapado en sudor y sintiendo que el corazón casi se me salía, no?.

Físicamente estaba muy deteriorado, todo el tiempo tenía frío, dolores en las articulaciones, le dolía la cabeza, la garganta y sentía que el estomago se le quemaba por los laxantes. Su mamá le tenía tanto miedo a las enfermedades mentales que se hacía de la vista gorda con los síntomas de Tristán, cómo si no estuviera pasando nada, alejándose más de su hijo porque además éste ya se atrevía a reprocharle cosas que antes no había dicho, como el haberlo dejado con su abuela o haberlo humillado frente a otros niños.

Por esa época, Tristán, comenzó a tener rituales cada vez más obsesivos con el ejercicio y la limpieza, también comenzó a cambiar su manera de vestir; se vestía

con atuendo negros, rapado y con una arracada en la oreja. "Era como la fantasía de ser vampiro".

Era como estar muerto y vivo, era como ser poderoso, como ser superior, de alguna manera me sentía superior al resto de los humanos, porque podía estar en la mesa con comensales y todo el mundo comiendo, disfrutando, y yo podía ser más autocontrolado. Decía que las demás personas tenían un cerebro más primitivo al mío.

Él sentía que por medio de esa fantasía podía alcanzar la inmortalidad, la perfección, la belleza. Sólo hasta entonces (26 ó 27 años) pudo verse en el espejo desnudo sin vergüenza, decía que le gustaba verse fijamente tratando de encontrar algo de maldad en sus ojos. Le gustaba el color pálido que iba adquiriendo, las ojeras pronunciadas, los huesos salidos. Sobre todo le gustaba la reacción de miedo que provocaba en las personas que lo veían "era un placer culposo". Él decía que se deleitaba en el dolor que sentía interno, porque fuera de su cuerpo ya nada lo emocionaba o entristecía, no podía darse el lujo de llorar. Había una experiencia interna que buscaba el dolor como modo de placer, llevando sus pasiones hasta el lindero de lo destructivo. A eso se le conoce en psicoanálisis como "el goce", un extraño placer que incluye la muerte y la destrucción sin que eso deje de ser placentero.

Tristán se encontraba en tensión permanente entre el placer y el goce, entre la independencia y la dependencia, entre el crecer o mantenerse sin cambio, entre vivir o dejarse morir. Sus diversas identidades y la distorsionada imagen corporal se habían construido por los discursos de la madre, la abuela, los amigos, los medios de comunicación, las Instituciones, la religión y el ordenamiento cultural. Sin embargo, estos discursos adquirieron una singular interpretación en él porque encontró a través del símbolo de los vampiros una imagen especular que le daba poder, misticismo y una imagen de rebeldía. Era como si buscará una forma de liberar el cuerpo de todos los contextos, incluso del contexto de la encarnación en sí. Un cuerpo que lo mantuviera alejado de las relaciones binarias de sexo y la heterosexualidad obligatoria, pero también era una imagen que provocaba rechazo ante los demás.

Con su mamá empezó a tener más problemas, porque había roto el esquema de vida perfecta que su mamá tenía ante los demás. En el fondo pensaba que su

enfermedad iba a propiciar cierta unión o comprensión por parte de su madre. Sin embargo, ella llena de culpas, asumía con mayor intensidad el control de la alimentación de Tristán, pensaba que todo lo que él hacía, lo hacía para vengarse de lo mala madre que ella había sido.

No lo sé, pero realmente yo no quería llamar la atención, yo tenía un deseo tan grande de independizarme más que de volverme dependiente, sino más bien de decir, quítate de mi vida, ya no estés tan encima de mí, era como una manera de ser rebelde, ser independiente, pero desde luego no fue para llamar la atención, todo lo contrario, yo quería alejarme, ya que no tenía la posibilidad de mudarme de casa, quería...alejarme, por lo menos estar encerrado en mi mundo.

Tristán vivía inconscientemente el temor de fusión con su madre y la pérdida de sus límites, lo que le provocaban la necesidad de controlarse a sí mismo o a su madre como respuesta a la sensación de peligro. Paradójicamente su enfermedad fungió como un lazo indisoluble entre él y su madre, una telaraña que los seguía aprisionando.

Poco tiempo después fue hospitalizado en el Hospital San Rafael por intento suicida con pastillas. Ahí conoció a otros dos chicos que tenían el mismo problema con la alimentación. Se provocaban el vómito, dejaban de comer y hacían ejercicio compulsivo. Ellos decían que todo eso lo hacían por rebeldía, no por tener una obsesión por la delgadez. Tenían mucho coraje contra la vida, contra sus situaciones familiares. Eran hijos únicos de madres solteras al igual que Tristán. Cuando salió del hospital no los volvió a ver.

Por otro lado, dice haber tenido cuatro novias mayores que él en diferentes momentos de su vida. A todas ellas las conoció en sus diferentes trabajos. Él cuenta que fue muy tímido para relacionarse con mujeres, que más bien ellas daban el primer paso, una vez que se sentía aceptado, se desvivía en atenciones hacia con ellas, era muy tierno y espléndido, pero cuando ellas lo buscaban sexualmente eso le provocaba mucha vergüenza y cómo nunca aprendió a decir que no...

Tuve varias veces eyaculación precoz aunado al miedo a la desnudez de mi cuerpo, tenía que apagar las luces. Me daba vergüenza estar frente a otro ser humano desnudo, si ni siquiera me dejaba dar un abrazo, eso ya estaba transgrediendo mis límites. Era muy incómodo para mí, no lo veía como algo wow!. Yo lo que quería era que acabara pronto y en el momento en que

terminaba me vestía y yo bien serio y al otro día no me atrevía a ver a la persona a los ojos, no?.

Sus deseos sexuales estaban totalmente inhibidos porque su cuerpo estaba deslbidinizado, escindido. Superar la escisión significaría conformar su identidad, una identidad que no ha podido asumir debido a la no-diferenciación con su madre<sup>43</sup> y debido al deterioro físico que también inhibe todo deseo sexual.

El caso es que sus problemas alimentarios continuaban agudizándose porque además en los dos hospitales en donde estuvo sólo fue tratado por depresión mayor. Después fue por cuenta propia a la CBA (Comedores compulsivos, Bulimia y Anorexia), preocupado por su estado emocional y físico, en aquel lugar le dijeron que se trataba de anorexia, pero no pudieron ayudarlo, derivándolo al INP.

Hasta ese momento mi cuerpo no me decía ya basta, yo estaba al límite de la cordura, del odio contra mí, contra el mundo, pero mi cuerpo todavía no... bueno al menos no notaba que me dijera ya basta. El pelo se me empezó a caer, la piel a resecar, los dientes ya eran un desastre, se me fue perdiendo el esmalte, se me pusieron amarillos verdosos, se me picaron muchas piezas. Creo que uno no se da cuenta del daño que se está haciendo, no alcanzas a ver las dimensiones en el espejo, tal vez reconoces lo mal que te ves, pero te sigues viendo.. no sé, inadecuado en ese cuerpo...

Todos los días pensaba en cómo quitarse la vida, pero le tenía tanto miedo a las imágenes que desde niño le habían inculcado sobre el infierno de los suicidas que prefirió no continuar tentando a su suerte.

Respecto a su orientación sexual comenta que, después de conocer a una persona gay, comenzó a pensar que probablemente la homosexualidad sería una opción para él, debido a que se sintió atraído por esa persona, pero "me aterraba ser juzgado como un loco, una persona mala o promiscua". Aunque en realidad todos los argumentos que tenía para no relacionarse con otros, eran una defensa ante el miedo a fracasar, a sentirse decepcionado o rechazado.

No me imagino a mí mismo, no me visualizo con otra persona, me visualizó solo. Sí lo idealizo pero no lo puedo visualizar, idealizo siendo yo en otro cuerpo, visualizando mi mente en otro cuerpo, en una persona de mejor físico, más exitosa, más simpática, más inteligente, viendo la vida soñada, con un

<sup>43</sup> En la teoría Lacaniana, para que el hijo pueda advenir como sujeto deseante, tiene que llevarse a cabo en lo simbólico la sustitución del Deseo Materno por la Metáfora Paterna (Loyden, 1998).

matrimonio o con una pareja o...sumamente feliz, haciendo mucho deporte, teniendo mucho éxito profesional, algo que yo no...

Actualmente trabaja en una comercializadora de alimentos para la cadena Sushiitto, todos los trabajos que ha tenido han estado relacionados con alimentos, un patrón que se presenta en muchos casos de personas con trastornos alimentarios que estudian carreras como nutrición o gastronomía o se involucran en actividades que tengan relación con la ofrenda de alimentos para otros, para desde ahí asumir el control.

La dinámica social que tiene con sus compañeros de trabajo es parecida a la que tuvo con sus compañeros de la universidad, no tiene ningún amigo especial, se dedica a hacer su trabajo obsesivamente y trata de resolverles los problemas a los demás, cargando con responsabilidades que no le corresponden. Dice ser muy malo para los conflictos y no sabe decir que "No". Trabaja muy estresado, pero dice que se siente cómodo en su trabajo porque en ese espacio siente que es alguien "valioso", aunque sabe que por otro lado, es muy criticado por sus conductas y apariencia física.

Cuando fue hospitalizado en el INP por problemas de desnutrición, todos los compañeros de trabajo se enteraron del problema, ante lo cual él asumió abiertamente su identidad anoréxica, dado que antes tenía que estarse escondiendo o buscando pretextos para que no se dieran cuenta de sus problemas alimentarios. A partir de entonces pudo marcar distancia a las horas de la comida y lograr una rutina, la cual la sigue hasta la actualidad. Todos los días se va caminando a un Vips que queda a 30 minutos de su trabajo, se sienta en la misma mesa, pide un café y un pay helado de limón light, lo cual es su desayuno y comida, cuando llega en las noches a su casa, su mamá es quién le sirve su cena. Una de las formas en como ha podido controlar su angustia es por medio de rituales y ese control le ayuda a anestesiar todos los sentimientos dolorosos. Si es contrariado o pierde el control con su alimentación, Tristán tiene crisis de ira y de retraimiento, a las que le siguen nuevas restricciones y rituales. Su coraza defensiva y obsesiva parece protegerlo, como el caparazón de un molusco protege sus partes vitales blandas.

Lleva un diario personal al que llama "agenda emocional", en donde plasma con dibujos todos los acontecimientos importantes del día, así como sus estados de ánimo. Por ejemplo, dibuja constantemente al puerco y dice: "ese animal es como mi duplicidad, como yo me veo", ese símbolo representa una pérdida de control sobre su alimentación. Otros dibujos son el reloj checador que simboliza cuando tuvo control de alguna situación; los rayos simbolizan la melancolía y la tristeza; la luna es una ocasión feliz; las nubes grises cuando no le fue bien; los soles cuando tuvo una situación profesional; el árbol es cuando se siente satisfecho u orgulloso por algo que hizo; el cántaro representa lo frágil que se siente; los castillos cuando se siente ilusionado por algo. En fin, se pueden ver diversos símbolos a lo largo de su agenda los cuales representan la desgastante lucha cotidiana que libra para sobrevivir, controlarse y protegerse.

De su internamiento en el INP comenta que fue algo muy agradable porque pudo sentirse identificado con otras personas con el mismo problema. Dice que en el hospital "sentí por primera vez mi existencia desnuda", porque sólo tuvo que aportar su ser, su experiencia y sus lágrimas sin tapujos, dejando a un lado el miedo a ser juzgado o rechazado. Además comenta que en esa institución se sintió el centro de atracción por ser hombre, siendo un elemento que aceleró el desarrollo de su "curación" porque empezó a dejarse apapachar y a valorarse como ser sexuado en masculino, mostrando algunos atributos que él asociaba con ser hombre.

Por ser el único hombre tenía que ser el fuerte, el que no se desmorona, el ejemplar. Yo no podía hacer algo como de pánico, un ataque a la hora de la comida, me hubiera dado mucha pena, eso me contuvo mucho en la mesa. Tenía que ser el comprensivo, el fuerte, eso lo asumí solo, nadie me dio esos roles. No soy bueno para dar apapachos, pero ya ves que les daba un dibujito, algunas palabras, me mostraba el fuerte aunque por dentro estuviera muerto de angustia o que quisiera correr al baño. Obviamente me sentía de alguna manera muy importante.

Salió del hospital y se incorporó nuevamente al trabajo, pero ya se sentía liberado porque, entre otras cosas, pudo hablar de su padre. En Febrero del 2001, después de una búsqueda obsesiva por internet, contactó y conoció por primera vez a su padre. El encuentro lo describe muy conmovedor porque encontró a una persona

físicamente parecida a él. Precisamente por no haber encontrado disponible por tantos años al padre como modelo de identificación, se obstaculizó su propia identificación y el proceso de la separación-individuación con su madre.

Por otro lado, se enteró de que su padre también ha tenido problemas de depresión y ha utilizado los mismos medicamentos antidepresivos que él ha usado por años ¿Habría además un componente genético hereditario en todo esto?.

Ese encuentro de alguna forma le dio fuerzas para encarar a su madre y hacerle preguntas sobre como sucedieron las cosas. Obviamente eso trajo mucha inestabilidad a la vida de su madre, pero como ella también había estado asistiendo a varias terapias, está más abierta a los cambios que se están dando tanto en la vida de Tristán, como en su nueva vida matrimonial.

#### **4.5 Resumiendo**

Como lo pudimos constatar, Tristán es un hombre con debilidades y fortalezas, profundamente sensible, inteligente, solitario, confundido y angustiado. Es un hombre producto de una constelación familiar dirigido y sostenido por una mujer igualmente confundida y frustrada. Es sin saberlo, el portavoz de varias voces femeninas que han cargado con una culpa corporizada por generaciones. Es la imagen masculina profemineizada<sup>44</sup> de la madre y la abuela que han constituido un femenino omnipotente y persecutorio.

Si analizamos su historia bajo la lupa de Foucault (1979) y Butler (2001) podemos intuir que Tristán se ha resistido tanto a la omnipotencia de su abuela y al deseo de su madre, como a ciertos valores o presiones referentes a su identidad de género.

A lo largo de su vida fue tomando diferentes identidades para protegerse de la locura que hacia presa de él en diferentes momentos de su vida. Su primer mecanismo de defensa fue la identificación. Él se sentía más identificado con las figuras femeninas que circundaban su vida, sin embargo, existían sentimientos

---

<sup>14</sup> La mayoría de los hombres quedan más marcados por su relación primitiva con la madre que con su relación segunda con el padre, por lo que en su estructura psíquica y social arrastrarán por siempre el fantasma de lo femenino (ver Olivier, 1997; Loyden, 1999).

ambivalentes debido a que las amaba y odiaba al mismo tiempo y además eso le provocaba una confusión en cuanto a la identidad de su propio género. Al rechazar al abuelo y tíos como modelos masculinos de identificación buscó a otras personas o imágenes (los vampiros, amigos, posteriormente su padre) para construir identidades, hasta que le dieron en una Institución médica la etiqueta diagnóstica adecuada para elaborar su identidad personal y social a través de la enfermedad (Goffman 1963). A través de su sintomatología y etiqueta diagnóstica él pudo demandar justicia e indemnización, así como resistirse ante las responsabilidades y roles que la sociedad le exigía. Todo eso se remonta al hecho de que no hubo una intervención precoz de la figura paterna en la diada madre-hijo/abuela-nieto. La imagen de su cuerpo no pudo unificarse y la identificación sexual quedó ambigua. El estado somático de dependencia de Tristán al cuerpo de su madre favoreció identidades fragmentadas y la no diferenciación. Tristán vivió ese temor de fusión, según Fox Keller (1991) siguiendo las ideas de Lacan (1972), como una necesidad de control a sí mismo y a los otros, como una respuesta a la sensación de peligro ante la locura o desintegración yoica (Lowen, 1996). Al grado que se olvidó de existir para sí mismo, fue un niño muerto para todo deseo. No pudo manifestarse ni en la escuela, ni en la casa, ni en su oficina; su clausura, su encerramiento fueron globales. Para aprender a defenderse de ellas y de su deseo permanente, tuvo que renunciar a todo deseo propio, refugiándose en su cuerpo y a través del control alimentario como único estandarte de su existencia real.

Por ello, la anorexia se convirtió en un referente fiable de su identidad personal y social, según las entiende Goffman (1963) y Hall (1996); una identidad internamente contradictoria y ambigua, que en el plano de la identidad de género también lo fue. Sus síntomas y su discurso coinciden con lo que él es: "un cuerpo sufriente y asexual".

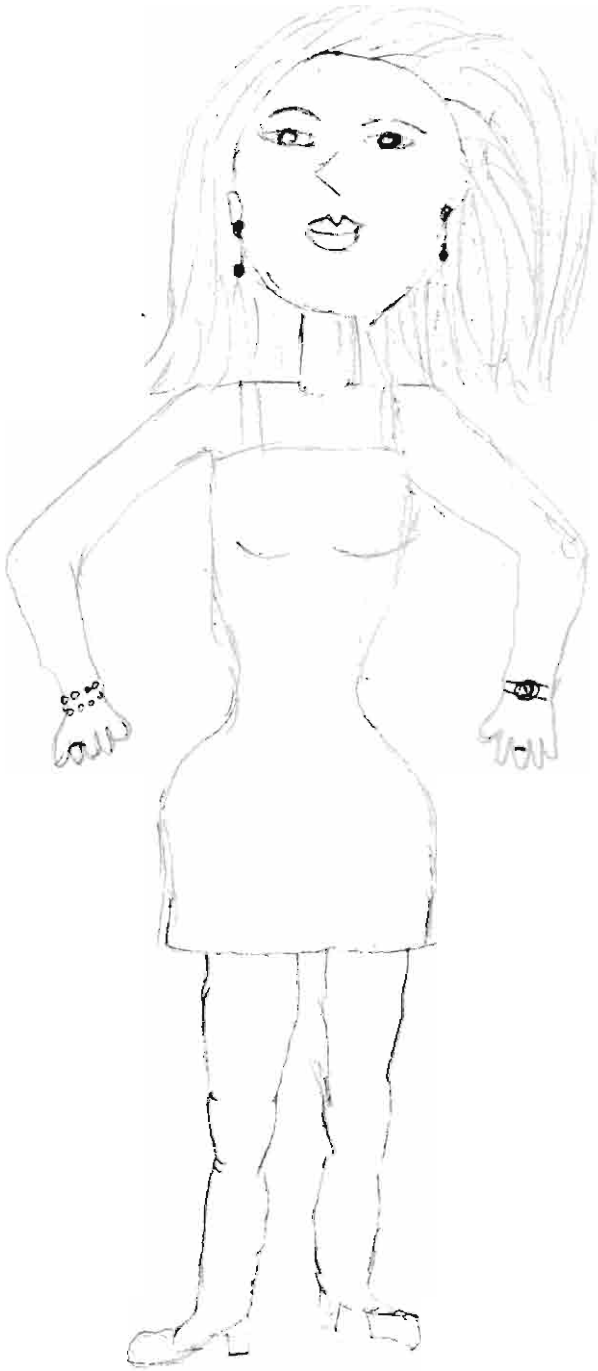
A través de la identidad anoréxica, Tristán se ha rebelado ante las culpas que fue cargando alrededor. La culpa de no haber sido una niña güera y hermosa, frente al racismo de la familia; de no haber logrado que su mamá se casara o siguiera estudiando; de no haber sido el prototipo de hombre que su mamá deseaba, etc. En su cuerpo está escenificando el castigo y culpa que siente hacia él mismo, hacía su

madre y abuela. Como los sentimientos de rencor contra ellas no pudieron ser verbalizados y los actúa con la anorexia.

La construcción de su identidad fue pasiva hacia fuera y todo se dirigió en contra de su propio cuerpo. Un cuerpo que podemos definir como andrógino, en el sentido que Wallerstein (1999) y Estrella de Diego (1992) lo han trabajado en sus investigaciones: un cuerpo asexual que expresa a través de su naturaleza ambigua y cambiante, el miedo al tiempo o a la pérdida de juventud, un cuerpo que no encuentra un espacio vital cómodo y que tiene miedo al placer y al deseo sexual. Un cuerpo que desea quedar libre del trauma de la definición y las responsabilidades de su género, pero que busca empoderarse a través de la diferencia. "Yo soy anoréxico".

- CORAL -  
( 43 años )

27 de Noviembre 200



### 5.1 El deseo de ser alguien

El martes negro (11 de Septiembre del 2001) el día que cambio el rumbo de la historia mundial, fue el marco contextual que enmarcó a mi siguiente sujeto de investigación. Ese día como todos los martes fui al taller de imagen corporal al INP y ese día, por demás confuso y caótico, fue el día en que conocí y contacté para entrevistas a profundidad a una mujer con una historia de vida igualmente confusa, ambigua y caótica.

Coral es una mujer de 43 años de edad, clase media, católica, casada y con dos hijos mayores de edad (una chica de 18 años y un hombre de 30 años de edad). Yo la considero una mujer guapa, de sonrisa franca y voz fuerte. Tiene una altura de 1.64m., pesa como 65 kilos; es de complexión gruesa, de piel blanca, ojos grandes cafés claros. Tiene el pelo café castaño, lacio hasta los hombros, con reflejos rojizos. Su nariz es algo ancha, al igual que su boca es grande y de labios carnosos. Tiene poco busto, pero sus caderas y chaparreras son curvadas y bien delineadas, sus piernas son robustas, al igual que los contornos de sus brazos y sus manos son grandes y anchas. Ella se describe y percibe como una mujer excesivamente gorda, fea y deforme. Cómo si su voluptuosa feminidad fuese un defecto de su naturaleza que la ha encarcelado a su cuerpo y desestabilizado su identidad.

Coral ha tenido síntomas de trastornos alimentarios desde hace 30 años, pasando por diferentes fases: como comedora compulsiva, bulímica, anoréxica y algunos rasgos de fármacodependiente y maniaco depresivo por uso indiscriminado de anfetaminas. Al parecer desde los 17 años ha estado internada en diversos psiquiátricos por depresión e intentos suicidas, pero hasta los 30 años comenzó a buscar ayuda para entenderse a si misma y conocer a fondo sus síntomas. El primero de ellos fue el grupo de autoayuda para hijos de familiares alcohólicos llamado "ALANON", en ese mismo lugar se enteró de un grupo para Comedores Compulsivos y finalmente dio con el INP en donde tiene apenas un año como paciente de la clínica de trastornos alimentarios (2002).

Actualmente su trastorno alimentario se ha mantenido en la fase de bulimia purgativa porque presenta atracones recurrentes alternados con fases de dietas restrictivas, a lo cual le siguen conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no subir de peso; su distorsionada autoevaluación está muy influida por el peso y la silueta corporal, teniendo en consecuencia conductas autoagresivas, fragmentación y desánimo recurrentes debido a que se siente "una criatura monstruosamente inadecuada". Sin embargo, la bulimia le ha conferido una fragmentada identidad, una sensación de autoestima, capacidad y control. "La verdad es que a mí me gusta ser bulímica, al menos puedo ser alguien, me hace sentir especial, me gusta. Si me deshago de mi preocupación por el peso, en que me voy a entretener. Cómo poder dejar todo lo que ha llenado mi vida."

• Coral y la mayoría de las mujeres con estos padecimientos piensan que esa preocupación por el peso y la búsqueda obsesiva por la delgadez son naturales, porque los consideran una parte normal de su experiencia femenina. Por eso, sus síntomas son "egosintónicos" (en sintonía con el Yo), o sea, son síntomas incorporados a su estilo de vida y a su personalidad, difícilmente desenmascarables o aceptados. Además esos síntomas funcionan para controlar todo lo externo que desestabiliza su interior. Son síntomas que funcionan como "anestésico" para evadir el dolor y distraer la conciencia de las responsabilidades de la vida cotidiana. Son pilotes que sostienen una vida psíquica frágil, pero estructurada alrededor de un deseo. Un deseo que tiene sus antecedentes en los criterios de evaluación estética del cuerpo femenino, en donde la autoestima depende de los atributos físicos. "Si mi vida profesional y social han sido un fracaso y nunca he conseguido mis metas, lo único que me queda es luchar por mi imagen, al menos así me destaco por lo que puedo hacer con mi cuerpo, que algo sea valorado en mí."

La construcción de su imagen corporal y sus identidades han estado atravesadas por una multiplicidad de discursos, valores, prerrogativas de género y estrategias de control social que entrelazadas con su propia experiencia han adquirido un significado y sentido peculiar y particular.

Cuando yo la conocí por primera vez, me llamaron la atención varios factores: el primero que brincaba era su edad, pues la mayoría de las pacientes oscilaban

entre los 15 y 30 años. Ella en cada sesión se presentaba ante el grupo como "yo soy bulímica". Su nombre, edad y género quedaban borrados de su identidad, la etiqueta diagnóstica era su presentación. Lo curioso es que aunque parecía tener más elaborada su historia de vida y menos problemas para expresarse ante el grupo, su discurso, conductas, dibujos e insegura presencia, mostraban a una chica empantanada en la adolescencia, hasta físicamente podría decir que aparenta no más de 25 años de edad. Metafóricamente es cómo si los trastornos alimentarios hubiesen hecho un pacto con ella para conservar la juventud y atractivo de su cuerpo por más tiempo. No le importó que esos trastornos se hubiesen apoderado por completo de su voluntad, de su felicidad, de su espontaneidad, de su vida sexual, de su autoestima, para vivir sólo soledad, tristeza, frustración, angustia y hastío por la vida. Pero no nos adelantemos a los hechos, ya que cada etapa de su vida está coronada por hechos significativos que hablan por sí solos.

## 5.2 La primera infancia

Los antecedentes de su nacimiento se dieron por una situación familiar muy delicada: los padres de Coral tenían como 6 años de casados y vivían en casa de la abuela paterna y al parecer el hermano de su papá acosaba sexualmente a **la mamá** de Coral. El problema es que una vez fueron descubiertos por la abuela **paterna de** Coral, el tío y la madre, en pleno acto sexual dentro de un baño, lo cual **provocó toda** una crisis familiar. Los padres de Coral se alejaron por ese suceso y alguien les aconsejó que tuvieran otro hijo para componer su matrimonio. Ellos ya tenían un niño de 6 años con síndrome de Down y una niña de 4 años de edad, así que decidieron gestar otro hijo, que no resultó ser hombre como la mamá deseaba, sino una hermosa niña: "Coral".

Al parecer su llegada fue bien recibida, fue una bebé admirada por sus atributos físicos, bien cuidada y alimentada. Pero al poco tiempo de nacer ella, el papá enfermó gravemente quedando incapacitado para trabajar o hacer una vida normal.

Yo me acuerdo de mi papá como un hombre siempre sentado en su sillón, nunca lo vi caminar, agachado y aunque murió a los 38 años, yo lo veía como

un anciano, lleno de canas, casi no hablaba, era muy consentidor y muy afectuoso, nunca lo vi enojado, pero siempre estaba callado, fumando y tomando café. Eso es lo que recuerdo de él y que murió cuando yo tenía 12 años.

La mamá tuvo que salir a trabajar como secretaria para darles de comer a sus tres hijos, decidió romper con su matrimonio cuando Coral tenía 2 años de edad. Entonces, madre e hijos se fueron a vivir a casa de la abuela materna, donde Coral pasó toda su niñez. Sin embargo, continuaban visitando tres veces por semana al padre, quién seguía enamorado de la mamá, y mientras vivió, estuvo "relativamente" pendiente de ella y de sus hijos. Coral dice que recuerda con agrado la relación de sus padres porque nunca se pelearon frente a ellos o hablaron mal uno del otro, pero la imagen que ella ha rescatado de todos los hombres que la han rodeado ha sido muy débil. A sus abuelos no los conoció, pero escuchó infidelidades y machismo por parte de ellos; su padre ajeno e incapacitado en plena vida productiva; su tío era un niño mimado en la familia, nunca se ocupó o preocupó por nada y su esposo e hijo son figuras grises y sin carácter. Al parecer las insignias fálicas dentro de su familia brillaron por su ausencia.

Las que mandaban, las que metían el dinero y las que resolvían todo eran las mujeres. Yo siento que las mujeres tenemos cierta superioridad sobre los hombres. A los hombres los siento que son como una máquina que sólo sirven para hacer dinero y no sirven para otra cosa. A lo mejor eso está mal, pero así los veo, no resuelven nada. Si hay problemas familiares con los hijos, si se necesita de fortaleza, si se necesita de ciertas capacidades, pues la mujer es la que siempre tiene con qué responder y ellos no.

Esa primera infancia en casa de la abuela materna la recuerda con algo de tristeza porque aunque considera que fue una niña muy cuidada exteriormente; iban a escuelas particulares, se regresaba en el transporte escolar, no les faltaba ropa y juguetes, tenían una niñera dedicada únicamente a ella y a sus hermanos, Coral se sentía abandonada. Desarrolló una fuerte dependencia hacia su madre debido a la falta de reconocimiento del lazo identificatorio con su padre; la madre, que fue su figura de identificación, le ofrecía una imagen ambigua de inestabilidad, fuerza y dudosa moral.

Coral, sabía que su mamá salía con varios hombres, algunas veces veía que la traían hombres a su casa, y presencié como se besaban en el carro. En otra ocasión la vió entrar a un hotel frente a su casa con uno de ellos y eso la perturbó mucho porque recordaba las palabras de su abuela paterna sobre la reputación y principios morales de su madre. Todo lo cual le provocó enuresis, terrores nocturnos y grave ansiedad al separarse de su mamá por varios años. Durante su niñez y adolescencia durmió abrazada de su mamá en la misma cama.

La figura de mi mamá ha sido la más importante en mi vida, totalmente, porque yo siempre ansie la presencia, el cuidado, el amor y el tiempo de mi mamá y nunca lo tuve, porque ella siempre tuvo que trabajar. Entonces yo me acuerdo que vivía pendiente de la hora que ella llegaría de trabajar y este, yo nada más vivía para eso, a veces regresaba temprano, pero a veces regresaba tarde porque mi mamá siendo una mujer muy atractiva físicamente y agradable en su trato, pues tenía muchos pretendientes, ella fue muy arreglada, muy cuidadosa de su persona, muy coqueta. Pues muchas veces llegó tarde, a las 10:00 o 11:00 de la noche. Si ella se tardaba yo sufría amargamente pensando que a lo mejor ya no iba a volver, a lo mejor me iba a abandonar, a lo mejor ya la habían matado, asaltado. Yo me la imaginaba acuchillada y ensangrentada. Me la pasaba llorando arrinconada en cualquier parte de la casa pidiéndole a Dios o asomada en la ventana para ver que ella llegara. Eso pasó entre los 5 y 10 años de edad.

Coral vivía pendiente de la presencia de su madre, de sus conductas y estados de ánimo, negando o subordinando sus propias necesidades o emociones. Coral desarrolló un apego ansioso-ambivalente hacia su madre durante toda su vida, caracterizado por el amor/odio; admiración/rivalidad.

Su abuela fue una mujer de carácter fuerte, poco cariñosa, enérgica con la disciplina y los horarios. Quedó viuda muy joven con cuatro hijos pequeños (tres mujeres y un hombre) y se tuvo que hacer cargo de la casa, los hijos y el negocio que dejó su esposo, sufriendo dobles o triples jornadas. Coral veía a su abuela con respeto y miedo porque era muy enojona e imperativa. Además Coral se sentía arrimada en casa de la abuela, con pocas libertades y privilegios. La comida la tenían muy restringida, "a los niños nos daban las sobras y mi abuela mantenía bajo llave la comida, dándose atracones a escondidas de todos". A partir de ahí la comida para

Coral comenzó a tomar un significado especial. "Era un privilegio, lo prohibido, lo que estaba restringido, una fuente de placer y dolor".

En general, recuerda que tuvieron pocas diversiones o recreaciones familiares porque no había quién los llevara de viaje o a pasear, sólo recuerda haber ido dos veces a Acapulco con sus tías y a visitar a una de sus tías que tenía esquizofrenia al psiquiátrico, quien terminó suicidándose.

Coral comenta que desde chiquita se sentía física y mentalmente diferente a los demás niños. Ella se definía como una niña tímida, callada, triste, no jugaba con nadie en la escuela, sentía que no pertenecía a ningún lugar. Aunque dice que fue buena estudiante en la primaria, ella se sentía "inútil, torpe y sin personalidad", no sabía defenderse ni relacionarse con otros niños. Con su hermana había mucha rivalidad y una mala relación.

Yo hubiera querido en muchos momentos de mi vida, desde niña, hacerme chiquita, desaparecer a donde nadie me viera. Los juegos que yo tenía eran yo solita. Armaba rompecabezas, recortaba, dibujaba, leía cuentos y casi siempre jugué sola porque a mi hermana le estorbaba.

La madre y la abuela la sobreprotegían, no permitiéndole, nadar, andar en bicicleta o patines porque podía ensuciarse o lastimarse. Coral aprendió a ser dependiente, a dejarse cuidar y mimar por los demás, a ser "una muñeca de aparador". Sin embargo ella se sentía gorda, inadecuada en su cuerpo. Desde pequeña se preocupaba por lo que comía, escuchaba que había alimentos que engordaban y los evitaba. Ella sentía que estaba creciendo muy rápido, que tenía unas piernas gordas y que era un fenómeno ante los demás niños.

Con la gente adulta me sentía mucho mejor, sentía que mi imagen tierna, frágil, bonita, tranquila, siempre muy arregladita, porque mi mamá siempre se preocupó por traerme como muñeca, eran mi carta de presentación. Creo que desde entonces comencé a asimilar, a meterse dentro de mi cabeza, esa idea, hasta apoderarse de mí, de que esa era la forma de obtener amor y atención de los demás, ese era el valor número uno.

Ella buscaba las relaciones externas activamente debido a la desconfianza interpersonal y precarias identidades que había asumido. Siendo el cuerpo el único instrumento de seducción que conoció. Para Coral, el cuidado de su cuerpo y arreglo

personal eran como un triunfo sobre su hermana, a quien consideraba la preferida de su madre.

Recuerda vagamente que a los 6 años un hombre la tenía sentada en sus piernas dentro de un coche y le tocaba sus partes íntimas, pero dice que no recuerda si fue un sueño o realidad, ni mucho menos quién pudo ser. También recuerda que a esa misma edad tenía juegos sexuales con su hermano que tenía síndrome de Down, jugaban a darse besos en la boca acostados en la cama y todo eso le provocaba placer.

Cuando me llego a acordar de eso me da asco de mí, porque digo: no sé como pude tener esa experiencia, juegos, digamos, sexuales con un niño enfermo que no era normal, que tenía Síndrome de Down, vamos, se me hacía algo repugnante. Siento mucho rechazo a eso, mucha culpa, digamos vergüenza, porque digo: ¡Guácala!

El placer sexual experimentado en su infancia quedó reprimido ante la culpa y la vergüenza por el hecho de asumirlo como algo pecaminoso, prevaleciendo en su vida adulta esa culpa y vergüenza ante el placer sexual.

### **5.3 Un despertar doloroso**

A los 10 años de edad tuvo su primera menstruación, la vivió con mucha vergüenza, no quiso decirle a nadie porque temía que ya no la fuesen a querer porque estaba creciendo. De alguna forma sabía de eso por su hermana la mayor, porque su mamá nunca habló con ella de sexualidad o de los cambios que iba a experimentar, pero ella escuchaba las pláticas de las mujeres de la familia sobre esos menesteres o leía libritos de la Kimberly Clark que hablaban de la menstruación, algunas cosas las entendía, otras no, pero le daba miedo preguntar.

Cuando empecé a ver todos esos cambios físicos en mí sentí horrible, empecé a sufrir mucho porque me daba cuenta que mi mamá y los demás dejaron de hacerme tantas fiestas, además me empecé a ver en el espejo y veía que mis vestidos de cuando era niña y mi arreglo de cuando era niña ya me hacían ver muy ridícula. Me empecé a sentir muy sola, mi mamá empezó a dejar de arreglarme a mí, a peinarme, como que ya no estaba bonita, ni apetecible, y además era callada, era como si no existiera. Entonces ahí me sentí abandonada. No quería salir, no quería ir a la escuela, me sentía como una niñota, ridícula, no quería que nadie me viera.



A partir de entonces se la pasó comparándose con las otras niñas que no estaban tan desarrolladas como ella, empezó a verse en el espejo y darse cuenta que no iba a ser una mujer bajita, finita y graciosa. Era de las más altas del salón.

Yo decía: Dios mío, yo quiero ser flaquita, yo no quiero crecer, yo no quiero crecer. Insistía mucho porque me estaba viendo yo muy grandota y además mi ideal era ser igual que mi mamá, porque yo la veía como una muñequita, así de menos de 1.60, que se le veía bien sus faldas, sus zapatos de tacón y todo. Ver que yo no era así, porque a los 12 años medía más de 1.60 y era una niña robusta que aparentaba más edad de la que tenía, para mí era como un infierno.

Cuando entró a la secundaria le daba vergüenza verse con el uniforme, así que se iba de pinta a casa de su papá con tal de no exponerse a que sus compañeros la vieran en el "ridículo uniforme". Su papá ya muy enfermo, solapaba todos sus caprichos y permitía que ella se pasara todas las mañanas acompañándolo. La escuela la dio de baja y entonces la mamá la metió a una secundaria de gobierno que no le agradó.

Para ese entonces, la mamá comenzó a vivir una relación amorosa con un hombre casado y alcohólico que conoció en su trabajo. Quedó embarazada de él y la abuela de Coral las corrió de su casa. Ella y sus dos hijas se tuvieron que ir a vivir a un departamento rentado, en donde compartían los gastos la mamá de Coral y su nueva pareja. Al muchacho con síndrome de Down lo mandaron con la abuela paterna porque el papá de Coral ya había fallecido.

En ese departamento Coral estaba sola todo el tiempo, no iba a la escuela, la hermana estudiaba la preparatoria, la mamá seguía trabajando, con la ilusión de su nuevo embarazo y viviendo intensamente su romance.

Coral conoció a unos muchachos del edificio y se hizo novia de un amigo de ellos. Ese muchacho tenía 16 años y estudiaba en la vocacional por las tardes, así que por las mañanas veía clandestinamente a ese muchacho y comenzó a experimentar juegos sexuales que le gustaron. "Yo me acuerdo que nos la pasábamos en las escaleras del edificio en grandes fajes todos los días. Claro, mi mamá no se daba cuenta, los que se daban cuenta eran los vecinos que estaban ahí."

Ella se sentía atendida, apapachada y perdidamente enamorada del muchacho, pero un día él decidió romper con la relación. Ella destrozada, sin comprender los motivos del abandono, le rogó y suplicó, pero el muchacho salió huyendo cómo si sospechara algo malo. Al poco tiempo ella comenzó a engordar y a tener síntomas extraños que no entendía. Su hermana, quién sólo tenía 16 años, fue quién se dio cuenta de que algo le sucedía a Coral y la llevó con su maestro de biología quien era ginecólogo. Cuando el doctor la examinó confirmó que Coral tenía 5 meses de embarazo. La hermana rompió en llanto al enterarse y planeó con el doctor cómo darle la noticia a la madre. Ese mismo día en la tarde fue la mamá, cercana de dar a luz a su nuevo bebé, al consultorio del doctor y se enteró que no sólo ella iba a ser madre, sino que también la menor de sus hijas.

Me acuerdo que estaba yo sentada en mi recámara, en mi cama y vi entrar a mi mamá por la puerta, pues muy descompuesta, no? con su trajecito verde de maternidad, se veía que había llorado mucho, muy demacrada, la vi muy mal y sentí feo verla así, y ella se acercó a mí, se sentó junto de mí y me abrazó y me dijo: por qué hiciste eso? Si tú eres mi niña, por qué hiciste eso, por qué, y lloré y lloré. En ese momento me sentí culpable de hacer sufrir a mi mamá y hasta ese momento me di cuenta que estaba mal lo que me estaba pasando, estar embarazada y que mi mamá estaba sufriendo mucho por mi culpa. Yo sólo le decía: no sé, no sé. Yo sentía que no había hecho nada malo.

Coral, con tan sólo 12 años de edad, no sabía cómo se había embarazado "yo no me explico, porque aunque eran grandes fajes, yo me sentaba encima de él, él se bajaba los chones, había contacto muy cercano y todo, eyaculaba y todo, pero no me acuerdo que me haya penetrado, a lo mejor sí, pero no me acuerdo y fueron algunas veces las que se pudo dar eso en la escalera". Sin embargo, la noticia de su embarazo le daba gusto, porque le emocionaba la idea de tener un niño al igual que su madre. Lo único que le preocupaba era la panza, sentir que estaba engordando mucho, le provocaba horror y angustia. Una semana después nació su hermanita y ella se encerró en su departamento los cuatro meses que le faltaban dedicándose al quehacer del departamento, la crianza de su hermanita y preparando la ropa que sus tías le regalaban para su bebé. Físicamente se descuidó mucho, todo el día estaba en bata, no se peinaba ni se arreglaba, decía que no se atrevía a verse en un espejo.

La mamá no le hacía caso, seguía trabajando todo el día y metida en una relación autodestructiva con su pareja, quien ya no podía controlar su adicción al alcohol.

En ese período de aislamiento ella soñaba con volver a tener el mismo cuerpo de niña, soñaba con la idea de que una vez que tuviera a su hijo iba a buscar a su novio e iba a ser muy feliz, pero la idea de dejar a su madre le producía pánico, porque se sentía muy apegada a ella. Tres días antes de que naciera el bebé, a ella le dolían los huesos de la cadera y la pelvis, casi no podía caminar. Un día llegó la mamá y al verla tan mal la llevó al ginecólogo, el cual sin explicar nada la metió al quirófano para hacerle una cesárea, poco tiempo después nació un varón sano y completo. Coral al despertar de la cesárea no sabía nada de lo que había pasado, porque además su mamá nunca habló con ella sobre el parto, ella sentía unos dolores desconocidos, comenzó a gritarle a su madre y ya le explicaron lo que había pasado.

Vi que mi cuerpo no era el que yo pensaba que iba a tener después del embarazo. Tenía una panza horrible, con una cicatriz horrible, como hinchada, con algunas estrías. Entonces el cuerpo que yo pensaba tener ya no lo iba a tener nunca, porque esa cicatriz se iba a quedar ahí para siempre. Me acuerdo que sufrí mucho por eso. Yo me veía la panza y decía: yo no soy igual a las otras niñas, quiero ser como ellas, quiero ser como antes era, como todas, ¡normal! pero no soy y nunca voy a ser.

Sus sueños se desvanecieron y cayó en una profunda depresión. El doctor le puso una inyección para que no le diera pecho al bebé, según él, para que no se le deformara su pecho. Ella dice que en su vida todos han tomado decisiones por ella sin tomarla en cuenta, sin embargo no permitió que su madre registrara al niño como su hijo. Buscó ayuda en las tías para llevar a su hijo al registro civil y luego a bautizarlo como propio, a pesar de la oposición y enojo de su madre.

#### **5.4 La comida como refugio**

En ese tiempo, para colmo de los males, a la mamá la corrieron del trabajo, se tuvieron que cambiar a otro departamento más pequeño y económico, también tratando de huir de las habladurías de los vecinos. La mamá se iba todo el día a buscar trabajo, pero como ya tenía 40 años no la contrataban en ningún lado. Dejaba

a Coral postrada en la cama a cargo de los dos bebés. Su hermana se había ido de la casa y sus abuelitas no se querían hacer responsables. La herida se le infectó y terminó abriéndosele por la pus acumulada. La mamá no tenía dinero para internarla en un hospital privado y tampoco la aceptaron en el Seguro Social, así que la llevó durante dos meses en las tardes a curaciones al consultorio del ginecólogo, quién se apiadó de su caso y no les cobraba. Coral, agotada y deprimida, maltrataba a los bebés cuando lloraban, decía que "le mordía los brazos a mi hermanita en mi desesperación".

Ante todo ese panorama desolador, la mamá comenzó, al igual que su pareja, a consumir grandes cantidades de alcohol y a tornarse agresiva con Coral. Ella encontró refugio en la comida, dándose atracones con la poca comida que podían comprar.

Estaba yo tan triste, tan triste, porque sentía que mi vida se había terminado. Tenía yo 12 años, bueno, 13 años, pero yo sentía que mi vida se había terminado, que no había ya nada que hacer conmigo, porque yo lo había hecho todo mal. Mi abuelita me decía que era una puta, una puta igual que mi mamá, que ahora me tenía fregar y que mi niño era primero y que ahora yo me chingaba. Esa parte de mi adolescencia se me fue comiendo, comiendo y engordando y engordando. Para mi la única felicidad del día era la tarde porque era la hora en que yo me hacía mis enchiladas, iba a la tienda y ya regresaba y me ponía a ver la tele y a comer. Esa era la parte más feliz del día, no? Yo me pasaba toda la mañana esperando la tarde para poder comer.

La mamá de Coral puso una tortillería y vivían con muchas limitaciones económicas, en un departamento inmundo, teniendo que atender a los bebés, la casa y a su hija deprimida. El hombre que la había embarazado ya no la ayudaba económicamente porque tenía otra familia que mantener. Como no le fue bien con la tortillería se puso a vender quesadillas, hundiéndose más en el alcoholismo.

Yo la empezaba a ver que se ponía como loca, me trataba de pegar o destrozaba todos los muebles de la casa. Entonces me sacaba a los niños de 2 años como podía y nos salíamos a la calle y nos íbamos a la vuelta al portón de una puerta o a la casa de mi abuela paterna. A veces llovía, a veces hacía frío, a veces estaba bien el clima, pero ahí estábamos los niños y yo esperando a que a mi mamá se le pasara el cuete o se durmiera y se calmara. Porque se ponía tan violenta que pensaba que era capaz de matarnos.

Coral comenzó a tenerle mucho odio a su madre y como no se podía desquitar con ella se volcó hacia si misma teniendo problemas muy fuertes con la comida y un rechazo total por su cuerpo, eso le permitía evadir por un lapso de tiempo el dolor y la frustración.

Además, cuando la pareja de su mamá se quedaba a dormir en ese departamento tan pequeño, Coral escuchaba cómo tenían relaciones sexuales, lo cual dice: "me producían asco y horror". En una ocasión la pareja de su mamá, sabiendo que Coral estaba sola cuidando a los bebés, se metió al departamento cuando la mamá no estaba con el pretexto de que iba a bañarse, se desnudó paseándose varias veces frente a Coral, tratando de seducirla. Cuando la mamá llegó en la noche, Coral le contó lo sucedido, pero ella no quiso aceptarlo.

Ella me dijo que yo era una mentirosa, que eso no era cierto, que no sabía porque yo había inventado esa mentira y sin embargo él nunca me volvió a molestar en ese sentido, yo pienso que mi mamá le ha de ver comentado algo y yo deduzco que él pensó que si seguía molestándome yo iba a hablar y no me iba a quedar callada.

Coral estaba en un aplanamiento emocional, no se bañaba ni arreglaba, ni la ropa interior se cambiaba, además de tener muy poca ropa. Pensaba que sólo adelgazando podía controlar su vida. Ella quería evadir el dolor de su existencia a través de mecanismos de negación y disociación. Su Yo se convirtió en el agente de defensa y resistencia, no permitiendo que su Ego se sostuviera. Por lo tanto su cuerpo dejo de ser un objeto para convertirse en un cuerpo subjetivo en busca de un ideal.

Lo único que quería era dejar de comer para estar flaca, entonces cuando yo estuviera delgada todo iba a cambiar, todo iba a estar bien, yo iba a poder trabajar, ir a la escuela, tener un novio, alguien me iba a querer, rescatar de ahí, entonces lo único que importaba era que fuera delgada a como diera lugar. Y si no podía ser delgada, si en tratar de alcanzar ese peso que yo sentía que debía de tener, me moría, "mejor", porque yo hacía unas dietas por días o hacía unas dietas muy estrictas y me daba cuenta de que mi aspecto era francamente de una persona enferma. Pero eso no me importaba, porque yo quería estar delgada para resolver mi vida y si me moría era mejor morirme que vivir así.

De los 14 a los 17 años comenzó a salir con unas vecinas de su edificio y empezó a conocer a muchachos, relacionándose sexualmente con muchos de ellos. Decía que las relaciones sexuales no le gustaban y le generaban culpas, pero que ella deseaba ser complaciente y querida "sentía mucha ansiedad de que me dejara el chavo con el que estaba saliendo". También se metió con un vecino casado y con hijos, imaginado que él iba a dejar a su esposa y la iba a rescatar de la violencia con su madre, asunto que nunca sucedió. Comenzó a relacionarse con gente que fumaba marihuana y hasta llegó a participar en orgías, estando drogada o muy tomada.

Tenía un pretendiente marihuano que me quería bien y un día me invitó al departamento de un amigo de él, que también era conocido mío. Me acuerdo que había unos como cinco muchachos y yo, y todos empezamos a tomar y fumar, yo no me acuerdo muy bien lo que paso, pero si me acuerdo que yo no tenía ropa, por lo menos no tenía lo de arriba, no me acuerdo bien lo que había hecho, pero mi pretendiente me maltrató verbalmente, me dijo que era una vieja muy fea, muy loca y que además él ya no se quería acostar conmigo. Si ese día tuve relaciones con otros, probablemente sí, no me acuerdo, pero lo que me acuerdo, entre la borrachera, fue lo que él me dijo. Ya no me acuerdo ni como llegué a mi casa, ni nada, pero me dejé de ver con él, ya no nos volvimos a hablar, me sentía muy humillada, muy mal. Yo tenía una autoestima de por sí muy baja, y decía estoy fea, estoy gorda, estoy guanga como él me dijo. Me sentía muy mal, sentía que ningún hombre se iba a fijar en mí y por un largo tiempo dejé de tener relaciones sexuales con ellos.

Es muy común en las personas con bulimia que su adaptación sexual esté alterada y sus conductas varíen entre promiscuidad y restricción de la actividad sexual. Desde una postura psicoanalítica se podría pensar que la actividad sexual no es satisfactoria porque existe un retraimiento de la libido que se aparta de las representaciones de personas y cosas del mundo exterior para orientarse hacia el propio Yo.

En ese tiempo también se hizo adicta a las anfetaminas para adelgazar y sentirse de mejor ánimo, la mantenían en un estado maniaco en donde casi no dormía, hacía ejercicio compulsivo, limpiaba la casa en las madrugadas y además, no tenía hambre. Para comprarlas les robaba dinero a sus abuelas o a su mamá, hasta llegó a cobrar por los favores sexuales con tal de poder conseguir sus anfetaminas. Se hizo una fama de loca en su vecindario, a pesar de que nunca disfrutó del sexo y eso resquebrajaba más su autoestima. Todas estas conductas en Coral nos hablan

de un control pobre de impulsos: alcoholismo, abuso de sustancias, robos menores, automutilación e intentos de suicidio.

A los 18 años de edad conoció a José, un muchacho de 22 años que se había salido de su casa por violencia intrafamiliar, vivía cerca de Coral en casa de un compañero de su escuela, así que la comenzó a pretender seriamente. Ella no estaba interesada en tener una relación estable, le tenía miedo a los compromisos, le daba largas a sus peticiones. Total que José se casó con otra chava, pero duró sólo tres meses casado y volvió a buscar a Coral, ofreciéndole matrimonio y registrar a su hijo con sus apellidos.

Él es un hombre como muy cariñoso, muy apapachador, muy protector, resuelve los problemas, entonces yo me empecé a recargar mucho en él y fue por eso que lo acepté y permití que registrara a mi hijo, hasta el día de hoy mi hijo conserva su apellido.

Coral ya no pudo comprar las anfetaminas en las farmacias debido a que las prohibieron y comenzó a caer en una profunda depresión, se la pasaba llorando todo el día, sin levantarse de la cama. Comenzó a tener hemorragias por la nariz y otra vez ya no se arreglaba, ni bañaba. Los niños que para entonces tenían como 4 ó 5 años de edad, vivían abandonados, sin ningún cuidado o supervisión, comían lo que encontraban en la cocina. Su hermana, quien en esa época tenía 22 años y ya se había casado, estaba estudiando la carrera de psicología y en una de las visitas a su mamá se dio cuenta de la depresión de Coral. Porque la mamá metida en su alcoholismo no se percataba de lo que sucedía a su alrededor. Entonces, la hermana otra vez intervino, llevó a su hermana con un profesor de su universidad que era psiquiatra, quien diagnóstico un trastorno maniaco-depresivo ocasionado por las anfetaminas.

El psiquiatra en la entrevista que me hizo se dio cuenta que yo había consumido muchas anfetaminas y que había caído en una depresión porque las había dejado, yo creo? Aunque luego me dijo que yo desde niña había sido una niña deprimida, pero que ahora estaba más deprimida y que era farmacodependiente y que iba a tratar de internarme.

La hermana, José y la mamá aportaron dinero para internar a Coral en el hospital de Neurología y Psiquiatría. A los niños los enviaron con las abuelas para que los

cuidaran. Coral estuvo en ese lugar desintoxicándose durante varios meses. José era el único que la visitaba y hacían planes para cuando ella saliera. Cuando por fin salió con su tratamiento antidepresivo tomó la decisión de dejar los medicamentos porque éstos le producían efectos secundarios. Comenzó a tener mucha hambre, sueño y empezó a engordar.

Yo dije: no, no me los voy a tomar, porque primero muerta que gorda. Esta frase de "primero muerta que gorda" era cierta, literal y real. Yo decía que aunque me muera me tienen que enterrar flaca, yo gorda, jamás. Entonces dejé los antidepresivos y José me apoyaba en mi idea de dejarlos, me decía: sí, ni modo que vas a dejar un tipo de drogas para que ahora te metan otras.

Esa frase de "primero muerta que gorda" tiene que ver con un fenómeno cultural propio de los ideales del imaginario social vinculados a la construcción del cuerpo femenino en nuestra cultura patriarcal. La renuncia, represión y alienación que generan esos ideales de esbeltez se deben pagar hasta con la muerte.

#### **5.5 La muerte como única salida.**

Obviamente la depresión se le recrudeció por la falta de antidepresivos y todo el tiempo se la pasaba dormida, llorando y pensando en la muerte. José rompió con la relación porque decía que había hecho todo por ayudarla, pero ella no se dejaba y no quería que lo arrastrara en su autodestrucción. Ese abandono hundió más a Coral.

De lo único que me acuerdo era que ya quería salir de ese infierno o morirme o que ya se me quitara y me la pasaba rezándole a Dios todo el tiempo. Quería que se hiciera de noche y dormirme, dormirme y no saber nada de la vida, no podía vivir, no podía hacer nada, nada... (llorando) pensé que lo único que podía hacer era suicidarme.

Entonces estuvo juntando pastillas durante 15 días, planeando cuidadosamente su muerte. Llegó el día esperado y le pidió a una vecina que supervisara a los niños en lo que llegaba su mamá, porque ella pensaba dormirse por mucho tiempo... Tomó las pastillas decidida a todo y cuando abrió los ojos al día siguiente, se vio acostada en la cama de un hospital psiquiátrico.

Yo pensé que cuando recobrarla la conciencia iba a estar en otro lado, liberada de esta vida, de esta situación, de ese sufrimiento, de ese infierno y que la situación iba a estar resuelta y que los niños iban a estar bien. Pensaba que Dios desde alguna parte me iba a tener viendo lo que pasaba con mi familia y

no, que decepción. Estaba enojada, estaba triste, porque no había podido morirme, no sé como se habían dado cuenta, hasta la fecha no sé, porque nunca hemos platicado de quién me encontró, cómo se dieron cuenta, no sé nada, cómo es que hubo tiempo de que me llevaran al hospital.

Ahí permaneció internada por tres meses, sin poderse quitar de la mente la idea de intentar otra vez acabar con su vida. Estuvo con fuertes dosis de antidepresivos y comenzó a subir de peso, llegó a pesar más de 90 kilos. Llegó a su casa aún muy deprimida y se la pasaba durmiendo, pero poco a poco comenzó a salir de su casa e ir por los niños a la escuela.

Su mamá había encontrado un trabajo en PEMEX y su situación económica empezó a mejorar, metió a los niños en un kinder cerca de su trabajo y se los llevaba en las mañanas. La relación con su pareja ya era más distanciada, sólo se veían los domingos y la mamá esperaba sobria ese día con entusiasmo para dedicarse en cuerpo y alma a atender a su hombre. La mamá estaba muy aferrada a esa relación porque según Coral su mamá siempre decía:

Es que no tuve padre porque se me murió a los 8 años; no tuve marido porque se enfermó y me quedé sola; no tuve hermanos, porque el único hermano que tengo, pues ni nos pela; no tuve hijos porque mi hijo nació con Síndrome de Down y no tengo un hombre y yo siempre he querido un hombre.

Esa relación clandestina se mantuvo hasta que él quiso, porque a final de cuentas terminó regresando con su esposa. Pero mientras duró ella encontró un hombre a través de quién definirse sexual y socialmente.

Por otro lado, durante la semana, Coral seguía lidiando con su madre alcohólica, no tenía diversiones, ni amistades, pero encontró una evasión a sus problemas a través de sus trastornos alimentarios, hacía dietas restrictivas, luego no se podía contener y se daba grandes atracones, para combatir la comida que había ingerido, tomaba laxantes, se provocaba el vómito varias veces al día y regresaba a los ayunos por 3 ó 4 días. En ese círculo vicioso se mantenía ocupada, pensando en cómo salirse de la casa de su mamá, llevarse a los niños y con la firme idea de recuperar a José, quién seguía visitando a su hijo, pero manteniéndose distante de ella. Hasta que un día se enteró que José ya se había casado con otra mujer, noticia que la sumió en otra crisis depresiva porque pensaba que ya no tenía escapatoria.

Sólo que ahora en lugar de pensar en como quitarse la vida, empezó a planear cómo quitársela a su mamá. Comenzó a idear en su cabeza una y mil formas de matarla que no levantaran sospechas en ella. Como Coral y su mamá tomaban antidepresivos, había medicinas por toda la casa, así que ella las juntó pacientemente y un día que su mamá estaba tomada se las dejó cerca de la botella para que ella misma tomara la decisión.

Como ella cuando tomaba o quería matar a alguien o se quería matar a ella, entonces ese día pacientemente espere esa oportunidad ya decidida a matarla. Ella estaba buscando el veneno para ratas y no lo encontraba, pero encontró las pastillas que había dejado a la vista. Yo decía: de todas maneras yo no voy a tener la culpa, porque las pastillas siempre han estado en mi casa, pero yo sabía que mi mamá se la iba a tomar y se las tomó.

Coral se fue con los niños a casa de la abuela paterna a refugiarse como solían hacerlo cada vez que la mamá se ponía violenta. Ahí esperó hasta la madrugada a que sucediera el deceso. Llegó a su casa silenciosamente para ver a su mamá, la cual yacía tirada en el patio de atrás, aún respirando, pálida y con toda la ropa orinada. En ese momento Coral sintió mucho remordimiento y decidió hablarle a una vecina que estudiaba medicina y llamó rápido a una patrulla. Los policías al ver la gravedad del caso, las trasladaron a un hospital en donde salvaron oportunamente a su madre. A la semana de haber regresado de urgencias, la mamá siguió tomando y todo volvió a la violencia cotidiana. “Yo pensé: para qué avisé, por qué no dejaste que se muriera, soy una estúpida, por eso te mereces la vida que tienes, por qué no tengo valor de nada, para qué la salvé, para lo mismo?”.

## **5.6 Una nueva esperanza**

Pasado el tiempo, Coral entró a trabajar a una empresa que rentaban camiones para eventos o viajes. Ahí comenzó a desarrollarse por tres años hasta llegar a ser la secretaria del departamento de ventas. Los niños ya tenían 8 ó 10 años, se regresaban solos de la escuela y se preparaban sus alimentos. Coral llegaba en las tardes, encontrando a veces a su mamá borracha, pero los niños ya sabían que tenían que huir a casa de la abuela. Coral seguía con la idea de irse a rentar un

departamento para alejar a los niños de su madre, pero aún no ganaba lo suficiente, así que empezó a fraguar otro plan.

Entonces pensé que tenía que buscar a alguien con quién casarme, el primer pendejo que se me pase por enfrente, con ése me caso, el que sea. Que me ayude a poner el departamento y si no me gusta el hombre, pues luego lo mando a la chingada, a mí ya no me importaba en esos momentos nada, me había olvidado de mí, pero si pensaba que tenía que estar flaca para que me quisieran y me aceptaran.

Así conoció a su marido, un hombre trabajador de cuna muy humilde. Nació en un pueblo de Hidalgo, su padre murió dejando a su madre con muchos hijos. La familia sobrevivía de la siembra y la cosecha, pero él tuvo la oportunidad de venirse a la Ciudad de México a estudiar. Terminó la carrera de Diseño Gráfico. Coral lo describe como un hombre bueno, generoso, quién aceptó con cariño a los niños, era responsable, leal y estaba muy enamorado de ella. Se casaron por el civil y se fueron a vivir a un departamento cerca de su mamá, Coral seguía todos los días viendo a su mamá y lidiando con su alcoholismo. Su hermanita vivía con su mamá pero se refugiaba con Coral cada vez que había problemas. Coral había asumido el papel de la protectora de los niños. Al poco tiempo de estar casados, Coral de 24 años, se embarazó de una niña. La idea de ser madre y formar una familia le daban esperanza, pero después de 6 años de casada y de mangonear y humillar a su esposo cada que podía, terminó alejándolo de la casa. Él se dedicó a trabajar todo el tiempo. Coral empezó a sentirse sin alicientes y aburrida de su matrimonio.

Yo estaba harta de ese aburrimiento, estaba bien con mis hijos, pero decía que mi vida estaba vacía y además con la comida ya no encontraba el aliciente para estar delgada y yo lo que quería era estar delgada, yo estaba subiendo de peso, me di cuenta que los hombres eran un buen estímulo para mí, para estar delgada, para dejar de comer, entonces conocí también de vecino a un muchacho que yo le llevaba como 6 años. Para entonces yo tenía 29 años y él 23 y empezó a andar detrás de mí y yo me enganché de la noche a la mañana. Era un alcohólico y un marihuano, hijito de su mamá, él andaba que se moría por mí y yo por él.

Inició una relación destructiva con ese muchacho por el componente excitante propio de una relación tipo masoquista ya experimentado con su madre. Le confesó su infidelidad a su marido y le pidió libertad, él trató de hacerla recapacitar y no le quiso

dar el divorcio, así que Coral decidió llevarse a sus hijos (de 17 y 3 años) a casa de su madre. Al poco tiempo su esposo se salió de la casa para que Coral se regresara a vivir en ella. Ella sintió que había triunfado en sus propósitos iniciales.

Para ese entonces, la abuela paterna vendió su casa y le dio todo su dinero a Coral para que compraran una casa y pudiera vivir con ella. Coral prefirió irse a vivir con su madre para no pagar renta o invertir todo su dinero en una propiedad, le dio la mitad del dinero a su esposo para que lo invirtiera en el negocio y le diera intereses y la otra mitad se la despilfarró con su nueva pareja. En ese entonces ya tenía 30 años, se la pasaba en entros, tomando, fumando mota, haciendo el amor con su alcohólico y en un periodo de anorexia porque casi no comía. Coral lo describe como un hombre violento que la trataba muy mal, pero ella no sabía como deshacerse de él, estaba repitiendo el mismo patrón que vivió con su madre. Respecto a las relaciones sexuales, decía que nunca le agradaron, pero las tenía con él y antes con su esposo sólo por complacerlos y como a uno lo consideraba poca cosa y el otro siempre estaba sedado, no le importaba que la vieran desnuda.

Total que deshizo su matrimonio, dejó a su abuela sin casa, se despilfarró la mitad del dinero, sus hijos veían como se destruía por la anorexia y habían presenciado escenas violentas del alcohólico hacia ella. Su madre, a su vez, seguía consumiendo alcohol, maltratando con mayor violencia a Coral y a sus hijos, porque su hombre ya la había abandonado.

Empecé a pensar que yo era una fracaso, una mala madre, que no había hecho nada bien, que yo regresé a la casa de mi madre alcohólica. Mi madre empezó a agredirme físicamente. Una vez dejé que me golpeara hasta donde quiso, yo siempre me había defendido de mi mamá, pero esa vez dejé que me golpeara, fue la última vez que mi mamá me golpeo, porque mi mamá hasta se asustó de que yo le decía que ya me matara sin poner ninguna resistencia, sin huir, sin enfrentármele, no me escape, nada. Lo mejor que me podían hacer era matarme y otra vez se me metió la idea en la cabeza de suicidarme.

Así que empezó nuevamente con ideas suicidas, pero en esos días de forma milagrosa llegó a sus manos un libro que se llama "no hablar, no confiar, no sentir" de la Dra. Claudia Black, que habla sobre los efectos del alcoholismo en los hijos. Ella se encontró identificada con los testimonios y comenzó a reflexionar en su vida. Al final del libro había teléfonos y direcciones de grupos de ALANON, así que ella acudió a

uno de ellos pensando en darse un plazo de dos meses antes de quitarse la vida. Después de un tiempo de ir como observadora pudo hablar de ella y de los problemas con su mamá, sintiendo gran apoyo y comprensión por parte del grupo.

Siento que ahí me salvaron la vida y empezó a cambiar la manera de ver las cosas, las cosas se fueron acomodando, pude dejar al alcohólico gracias a que ellos me ayudaron, me infundieron valor para dejarlo y enfrentar sus amenazas y a buscar como siempre consuelo con mi esposo. Me fui con él, me recibió bien y nunca me pidió que me acostara con él.

Comenzó a darle importancia a su lado espiritual, no sólo al físico. "Me acerque a Dios y encontré por ese camino alivio y esperanza". Con su marido ha mantenido una relación de amistad y respeto, pero las llamas del amor se extinguieron por los resentimientos. A su lado ha tenido estabilidad económica y refugio emocional. Por un tiempo estuvo ayudándolo en su negocio, pero dejó de hacerlo porque dice que se siente muy cansada por la depresión que viene y se va de su vida, así como la eterna lucha con sus trastornos alimentarios

Para mí la vida siempre a ha sido como ir subiendo una cuesta, siempre cansada, siempre luchando por amanecer y por vestirme, por hacer la comida, sin ningún gusto, pero tratando de ser la mejor mamá, porque yo pienso que es mi papel y tratando de corresponderle a mi esposo todo lo bueno que ha sido conmigo.

Ella pretendía asumir el rol de mujer-madre, como forma de sustentar una identidad, pero también continuó aferrada a la relación con su esposo porque era lo único que le daba un lugar social respetable y sobre todo siguió aferrada a sus trastornos alimentarios para protegerse contra la locura.

A pesar de que durante 11 ó 12 años ha estado asistiendo a los grupos de ALANON, no ha hecho amigos, sólo ha buscado relaciones terapéuticas. De su familia también se encuentra alejada, porque piensa que son personas dañinas para su salud mental; además, no le gusta acudir a eventos sociales o familiares porque dice que pierde el control con la comida. Tiene un plan alimenticio que le dieron en el INP y lo sigue con una obsesión meticulosa, pero cuando pierde el control comienza con etapas de autoflagelación, castigos y culpas.

En Marzo de este año (2002) volvió a ver a José y han reanudado una relación romántica. Él sigue casado, pero dice que quiere dejar a su esposa para casarse con ella, quién ha sido el amor de su vida. Coral se siente ilusionada con ese reencuentro, pero tiene miedo de que la vuelva a abandonar como lo hizo antes. Además se siente en un dilema porque su hija no acepta esa relación y se pone muy mal cada vez que Coral sale con José. Su esposo sospecha que Coral esta saliendo con otro hombre, pero ella piensa que a él ya no le afecta lo que ella haga.

A veces pienso que él esta saliendo con alguien, a veces hasta pienso que él es homosexual y por eso le vale, que aunque me quiera como persona, dice que entre nosotros como pareja ya no le interesa tampoco tener nada conmigo, pero que me quiere mucho y quiere que yo este bien. Me siento muy culpable de tener esta relación, pero a la vez estoy muy feliz.

### **5.7 El Rol de Madre**

Antes de la llegada de José a su vida nuevamente, Coral sólo había llenado su existencia a través de sus trastornos alimentarios y su rol de madre, manteniendo una relación con sus hijos enfermiza, porque ha sido una relación basada en la culpa, debido a que se siente culpable de todo lo que ellos han vivido.

Ambos hijos han tenido conductas autodestructivas en diversos momentos de su vida. Ella se culpabilizó y no ha sabido ponerles límites, se ha dedicado a sobreprotegerlos y consentirlos. Coral ha sido más la amiga y la hermana de sus hijos que una figura materna. Con su hija tiene un vínculo simbiótico, parecido al que ella entretejió con su propia madre, la diferencia es que ella quiere vivir a través de su hija todo lo que no pudo vivir, los deseos de una se confunden con los deseos de la otra. Hasta la fecha duermen juntas en la misma cama y todo lo hacen juntas.

De su hija comenta que nunca le ha gustado físicamente, no ha sido un objeto deseado, ni de niña y menos aún cuando empezó a crecer porque se parecía a su padre. La primera menstruación de su hija (a los 10 años) le causó a ella mucha tristeza, le preocupaba su sexualidad, no quería que pasara por lo mismo que ella pasó, pero le daba vergüenza hablar de esos temas con ella. Siempre estuvo pendiente de su hija monitoreando los cambios de su cuerpo. "De niña fue delgada, pero cuando entró a la pubertad subió de peso". Coral la veía panzona, hasta llegó a

sospechar que la muchacha estaba embarazada, incitándola constantemente a hacer dietas.

Yo siempre le dije, desde chiquita, que las gordas eran feas, incluso trate de ponerla a dieta cuando vi que estaba subiendo de peso, cuando empezó con lo de la depresión, la quise poner a dieta, la niña accedió y yo siempre le decía que las gordas eran horribles, que nadie la iba a querer si ella era gorda, que ella tenía que cuidarse mucho de no engordar y estar delgada para... ser feliz.

Quizá tras la preocupación por la gordura o no de su hija también se escondía el miedo a que quedara embarazada joven al igual que ella. Por otro lado, Coral al sentirse tan inconforme con su propio cuerpo, quizá ha transmitido esa insatisfacción a sus propios hijos, quienes han internalizado la falta de poder y autodesprecio que han observado.

Dice que su hija tiene su mismo carácter, es una chica apartada, tímida, buena para la escuela, pero sin amigas. En la secundaria tuvo un intento suicida por problemas de depresión, pero desde niña se autoagredía físicamente, se arañaba con tenedores los brazos y piernas, se golpeaba con lo que podía y hasta se arrancaba el pelo. Coral buscó ayuda para su hija en el INP, sólo después del intento suicida, antes no le daba importancia a sus síntomas porque pensaba que lo hacía sólo para llamar la atención. El papá nunca ha intervenido en la educación de los hijos, porque Coral no se lo ha permitido, así que también se ha mantenido afectivamente alejado de su hija. Quizá no permitió la entrada del padre en el vínculo edípico debido al poder y omnipotencia que eso le ha significado.

La hija, quién ahora tiene 18 años, ha mantenido apego y rivalidad hacia su madre. Siempre se ha sentido en desventaja física ante Coral, su máximo anhelo es tener los atributos de belleza de su madre, incluso se pone celosa cuando los muchachos le dicen que tiene una madre muy guapa. Sin embargo, hasta la fecha no ha reportado síntomas de un trastorno alimentario, probablemente su indiferenciación está tomando otros destinos patológicos.

Yo le digo que no soy mejor que ella y como en un juego le digo que las dos nos pongamos en ropa interior y entonces le empiezo a decir: mira yo tengo estrías y tú no, yo tengo cicatriz de cesáreas y tú no, tú tienes la piel firme y yo no, el busto caído y tu lo tienes en su lugar y eres joven y no tienes canas y yo sí, no tienes arrugas y yo sí, entonces cómo yo voy a ser mejor que tú. Eso es

lo que hemos comentado de nuestro físico, de nuestro cuerpo. Aunque muy en el fondo, yo siento que la niña no es la niña bonita que yo hubiera querido tener físicamente, aunque la quiera, pero tengo que reconocer que físicamente no me gusta.

El cuerpo de su hija ha sido investido narcisísticamente de una manera ambivalente: idealización y hostilidad, lo cual habla de la dificultad de Coral por envejecer y madurar. Además la belleza física, la ausencia de deseos propios, la obediencia ciega a los cánones femeninos, han causado una relación muy compleja entre ellas.

De alguna forma la relación que llevan Coral con su hija nos señala la relación de Coral con su propia madre, la cual podemos describirla como una mezcla de dependencia, resentimientos, envidia, celos y desconfianza.

Por otro lado, dice que su hijo es moreno, pero que tiene un cuerpo atlético, porque desde niño se ha cuidado mucho físicamente, es vanidoso y obsesivo con su imagen, desde joven ha hecho mucho ejercicio y ha cuidado su alimentación. Cualidades que han sido muy aplaudidas por Coral. Sin embargo, profesionalmente el hijo ha sido un fracaso, terminó sus estudios de bachillerato pero no concluyó una carrera y siempre fue una persona mediocre y apática.

Yo siento que él viene a encajar en el mismo patrón que yo tengo de todos los hombres, que es él es así medio pendejo, porque le ha ido mal en su trabajo, no ha hecho nada, ahorita él está trabajando en el taller de mi esposo, ganando miserables dos mil pesos. Mientras su esposa tiene un trabajo en donde viaja mucho y le está yendo bien económicamente, se acaba de comprar un carro y él es como el mantenido de ella, no?

Al parecer también tuvo intentos suicidas, de adolescente trató de inyectarse alcohol en las venas. En otra ocasión llamaron a Coral de una estación del metro para decirle que al muchacho de 18 años lo tuvieron que sacar de las vías del metro porque se quería matar.

Para éste muchacho la preocupación por el aspecto físico, la sobrevaloración del cuerpo en el seno de la autoimagen general han sido los motores de su vida. Su angustiada niñez lo han hecho esquivo, dependiente y por lo tanto pasivo, encontrando refugio en su cuerpo como distracción a todos los horrores externos. Sin embargo pudo, a diferencia de Tristán, lograr una diferenciación e individuación,

gracias a la figura de José, quién fungió como su padre, el cual le abrió camino a una relación heterosexual placentera.

## 5.8 RECAPITULANDO

En resumen podemos inferir que Coral tuvo una herencia genética que la ha mantenido en el filo de la navaja, incluso podemos suponer que su propia turbulencia emocional fue causada por desajustes químicos en el organismo. Sin embargo, a través de su historia supimos cómo el entorno socio-cultural y familiar favoreció el desencadenamiento de esos desajustes.

Coral proviene de una familia disfuncional en donde no fueron cumplidas sus necesidades, físicas y espirituales. Ella representó a lo largo de su vida muchas identidades como el rol de niña-perfecta para poder ser aceptada, por lo que experimentó de joven un miedo tremendo a crecer, tener confianza en sí misma y a enfrentar sola el mundo exterior. Un mundo exterior que causa pánico debido a las expectativas y exigencias contradictorias que se esperan en una mujer independiente y exitosa. Según Gordón (1990), las personas que detonan un trastorno alimentario son las que más aspiran a encarnar los ideales estereotipados de mujer y varón.

Siguiendo las ideas de Tubert (2000) La falta paterna y la relación de apego ambivalente y desorganizada con la madre, hicieron que Coral no pudiera identificar un referente afectivo en su mundo relacional marcado por el abandono y agresividad. Su madre fue una persona frágil, turbada por eventos emocionalmente catastróficos como la pérdida de su propio padre; la relación poco solidaria con su madre; el nacimiento de un hijo con Síndrome de Down; la enfermedad y falta de apoyo económico de su marido; los avatares laborales de discriminación y sexismo; el fracaso materno; el embarazo de Coral; la relación conflictiva y poco gratificante que tuvo con todos los hombres que la rodearon; las precarias situaciones económicas que vivió por falta de un trabajo digno, etc. fueron desestructurándola a tal grado que perdió las riendas de su vida bajo el influjo del alcohol y actualmente esta en su casa

recluida debido a ataques de pánico llamados agorafobia<sup>45</sup>. Circunstancias que debemos tomar en cuenta antes de hacer juicios de valor con respecto a la forma de crianza de esta mujer. (ver Bassof, 1991; Caplan 1986; Silverstein, 1991)

Coral primero asumió una identidad bulímica para llamar la atención de su madre y volcar hacia su cuerpo todo el coraje y violencia que no pudo expresar verbalmente. A través de su enfermedad también pudo evadir culpas y evitar responsabilidades. Posteriormente asumió su maternidad como un rol, pero sin conciencia de ello, como algo de su naturaleza imposible de cuestionar, pero transformó la experiencia de impotencia en experiencia de omnipotencia devaluando y degradando a los hombres que la rodearon como venganza al abandono de esa mirada tan buscada y anhelada de reconocimiento. Incorporó los valores gestados en su pequeño núcleo social, los cuales también fueron determinantes en su organización psíquica. Su cuerpo, como lo expresaría Foucault (1979), se convirtió en objeto de proyecciones y resistencias individuales y sociales, en donde se han inscrito y rescrito las normas, valores y estereotipos referidos a su condición de género que la atan a culpas, miedos y le niegan gran parte de sus posibilidades de autonomía y placer. Su cuerpo distorsionado se volvió sujeto y no un objeto libidinizado porque citando a Dolto (1990), la imagen que ella tiene de su cuerpo, es la síntesis de todas sus experiencias emocionales y ese cuerpo subjetivo al que ella odia. La orilla a caer en abuso de sustancias, promiscuidad, inhibición sexual, robo de dinero y otros trastornos de la conducta, dado que nunca ha podido alcanzar una armonía entre su ser interno y el social.

Sus conductas y obsesiones se han originado desde su infancia, pero se han reforzado a lo largo de su experiencia como mujer. Lo mismo que las sensaciones de vergüenza, temor o incompetencia que también perfilan su condición genérica. Pero de todas estas sensaciones, las más devastadoras son aquellas que han guardado alguna relación con su autoestima y estructura psíquica. El hecho de tener

---

<sup>45</sup> Los criterios de diagnóstico de la agorafobia propuestos por el DSM-IV son: a) El sujeto tiene mucho miedo y por esta razón evita encontrarse solo o en sitios públicos de los que podría ser difícil escapar o en los cuales no podría encontrar auxilio en caso de malestar súbito, por ejemplo: multitudes, túneles, puentes, medios de transporte colectivo; b) el sujeto reduce cada vez más sus actividades habituales hasta el punto en que los miedos y las conductas de huida dominan finalmente su existencia.

sentimientos crónicos de vacío, miedo al abandono real o imaginario; el sentir que no vale nada, que su vida carece de sentido o propósito y de que jamás será una persona realizada o feliz han trazado un tipo de personalidad borderline<sup>46</sup>, es decir que se encuentra peligrosamente ubicada en los linderos de la neurosis y la psicosis, aunque también presenta ciertos rasgos del trastorno dependiente<sup>47</sup> como son la falta de confianza en sí misma y la codependencia<sup>48</sup> hacia su madre y en general hacia todas las personas que son significativas para ella (su hija, su esposo, su amante, su terapeuta). Esa desintegración yoica (Lowen, 1996) vivida en muchos momentos de su vida hicieron que se aferrara a la identidad bulímica para no caer en la locura y poderse nombrar con algún sustantivo que la diferenciara de los demás y le diera un lugar dentro de su caótico núcleo social. Siguiendo los postulados de Toro (1996), podemos concluir que para Coral el deseo de delgadez transformado en "bulimia" se debió a que nunca reconoció sus propias capacidades y por lo tanto fue incapaz de expresar sus sentimientos. Coral siempre dependió del cuidado y reconocimiento de los demás, pero también podríamos pensar que su bulimia es el símbolo de una rebelión fracasada contra los cánones de su destino genérico.

¿Cuántas mujeres están marcadas por esos mismos patrones de personalidad como reflejo de una feminidad ambigua y fracturada?

<sup>46</sup> Los perfiles de personalidad dependiente y borderline trazado por el DSM-IV mencionan para el tipo borderline: a) esfuerzos desesperados por evitar un abandono real o imaginario; b) un cuadro de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por la alternancia entre los extremos de hiperidealización y desvalorización; c) alteración de la identidad: imagen y percepción de sí misma marcadas y persistentemente inestables; d) impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas, como gastos excesivos y superfluos, sexo, abuso de sustancias estupefacientes, conducción temeraria, atracones; e) amenazas y gestos recurrentes, comportamiento suicida o comportamientos automutiladores; f) inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del humor; g) sentimientos crónicos de vacío; h) rabia inmotivada e intensa o dificultad de controlar la rabia; i) imaginación paranoide, o graves síntomas disociativos transitorios ligados al estrés.

<sup>47</sup> El tipo dependiente: a) tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas sin solicitar una excesiva cantidad de consejos y confrontaciones; b) tiene necesidad de que otros asuman la responsabilidad de la mayor parte de los sectores de su vida; c) tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer cosas autónomamente (por una falta de confianza en su propio juicio o en las propias capacidades, más que por falta de motivación o de energía); e) puede llegar a lo que sea con tal de obtener la asistencia y el apoyo de los otros, hasta el punto de ofrecerse para tareas desagradables; f) se siente a disgusto o indefensa cuando está sola, por temores exagerados de ser incapaz de valerse por sí misma; g) cuando termina una relación estrecha, busca urgentemente otra relación como fuente de asistencia y de apoyo; h) se preocupa sin motivo de verse obligada a valerse por sí misma.

<sup>48</sup> Las personas codependientes son aquellas que dirigen su atención cotidiana a controlar la adicción, emociones y presencia del otro, olvidándose de sus propias necesidades, debido a la baja autoestima que tiene su antecedente en el ambiente familiar disfuncional. En el momento en que se relacionan emocionalmente con otras personas, las codependientes repiten el mismo patrón de "dependencia-control".

## REFLEXIONES FINALES

Esta investigación trató de comprender los trastornos alimentarios desde el lugar de los individuos que los padecen. En este sentido, la aportación de este trabajo consiste en desentrañar algunos de los significados que estos padecimientos tienen para los pacientes desde su diferencia y heterogeneidad, y dado que esas diferencias en conjunto nos muestran que, la anorexia y la bulimia, más que enfermedades son un estilo de vida, una forma de ser y un escudo protector contra las hostilidades y responsabilidades de la vida cotidiana; se abordó el problema de los trastornos alimentarios como identidades personales y sociales, y no como enfermedades.

A partir de los matices verbales que hemos conocido, los cuales han formado parte de la realidad simbólica de tres personas, desde su particular experiencia, pudimos constatar cómo a lo largo de sus vidas han condicionado sus cuerpos para mostrarnos las fugas, resistencias y rupturas que llevaron a cabo frente a la imposición cultural del género y el entramado de relaciones familiares. Supimos cómo sus identidades se fueron construyendo con valores externos, pero cada quién los significó personalmente. Encontraron categorías y formas de ordenar su vida a partir de los opuestos, pero también supimos cómo sus identidades fueron flexibles y cambiantes. Al asumir una clasificación personal intentaron diferenciarse y ubicarse dentro de la sociedad, aún cuando fuese a partir de un trastorno de la alimentación.

Las identidades “anoréxicas y bulímicas” de las que se fueron apropiando se fueron construyendo a partir del discurso médico hegemónico, como resultado de una necesidad permanente de certidumbre y referentes que pudiesen organizar o restituir el sentido de sus vidas; un sentido que en muchas ocasiones se perdió tras la desintegración yoica.

Tristán, Coral y Gina antes de conocer su etiqueta diagnóstica vivieron el control por el cuerpo y la alimentación como una parte normativa de su ser en este mundo. En el caso de las mujeres esto fue muy claro, el énfasis por el cuidado y delgadez del cuerpo tiene un largo arraigo histórico transmitido generacionalmente.

Por ejemplo, Coral, interiorizó desde muy pequeña que su cuerpo era un instrumento de seducción, un cuerpo objeto para ser cuidado, alimentado y

despreciado. Una imagen corporal vivida con ansiedad depresiva; una ansiedad persecutoria de un cuerpo que se volvió peligroso, incontrolable y cambiante. Un cuerpo que tarde o temprano debía servir para la maternidad y para el disfrute sexual del varón sin mayor cuestionamiento o satisfacción. Un cuerpo que si se mantenía bello, delgado y joven podía ser aceptado y querido por los demás, pero a la vez podía funcionar como un significante de abandono y vacío existencial. Un cuerpo que no solamente fue un espacio de fuga y alucinación, sino que también pudo ser una fuente de poder manipulador, refugio para el dolor, un caparazón contra las hostilidades del mundo exterior y un modelador de sus identidades.

Gina por su parte, asimiló que su cuerpo debía ser un instrumento artístico: frágil, bello y armonioso. Que debía ser trabajado, perfeccionado, siguiendo las reglas y rituales de interacción social propias de su contexto socio-económico, pero también supo que podía ser capaz de transgredir los límites del género y sexualidad obligatoria, aun cuando esto significara su exilio social. Un cuerpo-mujer que representaba algo vulnerable e inferior, pero posible de transformar y trascender. Un cuerpo que podía sucumbir ante el mercantilismo publicitario para estar de moda y tener lazos de identificación grupal con sus congéneres adolescentes, pero que también podía emanciparse ante los deberes y obligaciones propios de su naturaleza femenina (la maternidad y el reclutamiento doméstico). Un cuerpo que pretendía disfrazarse de inocencia, fragilidad y pureza, para no ser presa del deseo viril, pero que acabó siendo arrebatado por los deseos carnales de otro más fuerte que terminó por borrarle todo deseo de lucha vital.

En el caso de Tristán, su cuerpo de varón lo ha puesto en una dimensión social diferente al de las mujeres. Debe ser fuerte, atractivo, tolerar el maltrato sin manifestar dolor, tristeza o debilidad. Debe ser trabajador, deportista, potente sexualmente y con poder adquisitivo. Dado su contexto socio-económico, además debe ser blanco, alto, musculoso y heterosexual. Tristán cargó la vergüenza de no ser lo que el contexto social y familiar vanagloriaba, de no ser lo que su mamá deseaba, de no haber llegado en un momento adecuado y en una situación social y familiar aceptada. Su cuerpo ya llevaba una desventaja ante la mirada hegemónica de la estética y la cultura patriarcal. Su cuerpo vaciado de afecto y temura intentó ser dócil,

disciplinado y sumiso para no causar problemas, porque de antemano se vivía como un ser carente de merecer. Un cuerpo que buscaba despojarse de complicaciones y abusos, pero que también demandaba justicia e indemnización. ¿Terminó proclamándose como andrógino asexual<sup>49</sup>?, debido a que no encontró ningún lazo de identificación masculina que le devolviera un lugar significativo de poder en su pequeño mundo dirigido y dominado por mujeres igualmente carentes de poder.

Cómo lo vimos en sus historias de vida, los síntomas de Tristán, Coral y Gina han sido egosintónicos porque están en armonía con su actuar y sentir, tanto ellos, sus familiares y médicos tardaron tiempo en descubrir o aceptar que lo que tenían era una enfermedad. Ellos (as) asumían la delgadez del cuerpo o el control de la alimentación como algo que representaba éxito, aceptación, disciplina y dominio de sí mismos (as); no como una enfermedad. Se aferraron al ideal corpóreo de delgadez como representante de la independencia, la diferenciación con los otros, la realización personal y una identidad sexual ambigua. También recordemos cómo posteriormente cada uno de ellos se expresaban de su etiqueta diagnóstica "anorexia o bulimia" como los organizadores y portadores de su experiencia; dado que no saben expresar con otras palabras lo que son, sienten o quieren, encontraron un nuevo significante. Vimos como lentamente se fueron apropiando, se aferraron, se introdujeron en ellas como si fueran un traje hecho a su medida.

En el caso de Tristán supimos que esto ha significado un problema, porque es un traje construido cultural y socialmente para las mujeres, porque mucha de la materia prima con la que se ha tejido está elaborado con elementos propios del estereotipo femenino (fragilidad, vanidad, pasividad, pudor, ascetismo, debilidad, inmovilidad, etc.), precisamente para mantener a la mujer bajo el dominio patriarcal y limitar su desarrollo social, personal y físico (Chemin, 1985). Un traje que aunque a Tristán le quedó estupendamente no importando sus roles e identidad genérica, no dejó de traerle problemas con el mundo externo e interno, con su magullada "identidad masculina". Por eso le da características de un femenino omnipotente y

---

<sup>49</sup> El término andrógino asexual, pensado desde el psicoanálisis, nos señala una posición psíquica y social "femenina o masculina" jugada indistintamente a lo largo de la vida, o sea, ser el falo (mujer) o tener el falo (hombre) en el juego de la mascarada, de la transgresión, pero desarraigado de todo placer o intercambio sexual físico o carnal.

persecutorio que lo envuelve y engulle, pero que sin embargo es lo único que tiene, algo que nadie le puede quitar, "una amiga íntima". En su búsqueda anterior por encontrar un traje a su medida que tuviera las características que él buscaba para asumirse como diferente a los demás, pero a la vez viril, se aferró a la imagen del vampiro, una imagen especular que en su prolífica imaginación le ofrecía inmortalidad, rebeldía, superioridad, autocontrol y un poder sobrenatural. Pero eso lo apartó más de la gente, él quería la aceptación o identificación con los otros. Él, probablemente no quería asumir su cuerpo de adulto o la finalidad de su identidad masculina, pero deseaba ser aceptado en su entorno social. Al parecer, la anorexia le proporcionó un lenguaje corporal asexuado para llamar la atención, cobrarse deudas añejas con su madre, conseguir la protección de los demás y rechazar las identidades sociales normativas.

Con Coral las cosas no son muy diferentes; la bulimia ha sido una burbuja protectora del tiempo, del envejecimiento, del destino unívoco de ser mujer. La bulimia ha sido una forma de ser algo que la hace sentir especial, algo que ha llenado su vida y la ha distraído de los problemas que la rodean. Sus conductas y preocupaciones estuvieron marcadas por el hecho de no encontrar una definición de sí misma que la diferenciara de su madre. Vivió en la patética convicción de que siempre ha cedido y siempre cederá. Ella se ha ido consumiendo tras un deseo "cuando esté delgada voy a ser o voy a poder..." En consecuencia el esfuerzo por adelgazar no ha tenido fin, ni recompensa definitiva, no ha podido encontrar esa mirada masculina de reconocimiento e identificación, la cual la tiene aún empantanada tanto en el terreno personal como en el social.

En Gina, existió una diferencia sustancial, ella vive su anorexia como un paliativo o droga, como una carta de complacencia y dominio de sí misma, como un problema de vanidad genérica que terminó sucumbiéndola. Gina se sintió abatida ante el hecho de convertirse en señorita, las modificaciones corporales propias de su sexo fueron rechazadas en pro del actual modelo de belleza, así como el deseo de diferenciación con el cuerpo de su madre. Ella interiorizó valores sociales ambiguos y contradictorios, algunos de esos valores se significaron en su cuerpo volviéndose letales; como la importancia de la virginidad, la lucha por un reconocimiento social en

la esfera pública, el deseo de ser admirada, exitosa, pero condescendiente y afable. Con su anorexia ella se convirtió en una transgresora, pasando de ser la prueba del éxito a ser la prueba de la impotencia.

Sabemos que para estos sujetos, la persecución por ese ideal de delgadez y la búsqueda de la diferenciación se convirtieron en una parte normativa de sus vidas y en una lucha constante de control y defensa. Sin embargo, ahora sabemos que esto trajo consigo graves crisis de identidad y por lo tanto un deseo permanente por la muerte como forma desesperada de evadir la locura.

Esto sugiere que, además, para estos sujetos el problema de la anorexia y la bulimia también pudo desembocar en una resistencia sobre el cuerpo genérico. Aunque cabe aclarar que la determinación somática de la identidad de género que opera en la mente de ellos no reconoce los esquemas inconscientes que la constituyen, pero eso no quiere decir que estos sujetos con anorexia y bulimia no reconocieran su diferencia sexual. Al contrario lo que en este trabajo se ha cuestionado es si dentro de esas experiencias corporales lo que ha cobrando relevancia simbólica a través de la somatización es la relación con la feminidad y el ser mujer y con la masculinidad y el ser hombre, así como al rechazo a las identificaciones, complicaciones y exigencias de su propio género.

A partir de que estos sujetos aceptaron ayuda profesional, conocieron su etiqueta diagnóstica, la cual les ha dado algo a que aferrarse durante años. Una etiqueta "anorexia y bulimia" que no importando su género y heterogeneidad ha servido de soporte y estructura para sus actuales identidades personales y sociales.

Goffman (1963), nos dice que las identidades personales recurren a aspectos de las identidades sociales ¿cuáles serían esas identidades sociales de las que se han nutrido? Desde mi punto de vista, son identidades nutridas por una cultura pragmática, fisiognómica<sup>50</sup> y hedonista que se ha volcado en los logros de la apariencia física y la eterna juventud como símbolos de éxito, control, aceptación y reconocimiento. Identidades que emergen de una estructura patriarcal, de un mercado capitalista que ofrece sus objetos a través de atractivas imágenes llenas de

---

<sup>50</sup> Fisiognomía: término utilizado en psiquiatría para designar el arte de juzgar el psiquismo a través de la "fisionomía", es decir, del rostro o del aspecto exterior de las personas y las cosas (Peña y Lillo, 1997).

color y simbolismo, desfasando lo estético de lo ético en pro de la ciencia y la tecnología. Identidades basadas en una ideología culpabilizadora, enmascaradas por disciplinas y controles corpóreos patológicos que tienden a la globalización, masificación y no-diferenciación.

Si reflexionamos en cuáles son las fuentes de resistencia a estos controles y disciplinas que estas personas, provenientes de un mundo globalizado, están echando en marcha, podemos sospechar que la experiencia anoréxica y la bulímica, entre otras cosas, son un rechazo al cuerpo sexuado plenamente desarrollado, o al cuerpo que se ha completado ya sea como masculino o femenino, es decir hombre o mujer, ya sea heterosexual u homosexual. Estas experiencias son actos de rebeldía ante un mundo que les niega la satisfacción y los mantiene en un estado de indiferenciación, necesidad y carencia depresivas (ya sea carencia de comida por miedo a engordar, alimento afectivo o del proceso completo de socialización dentro de categorías de identidades determinadas).

Por todo ello, podemos sospechar que estas personas se están manifestando en términos de una ambigüedad sexual y una androginia del cuerpo con el fin de borrar las fronteras entre género, sexo y edad; se están rebelando en contra de su responsabilidades, racionalidades y dictados respecto de la convención y la normalidad (ver Wallerstein, 1999).

Pensando en la anorexia y la bulimia como identidades personales y sociales, también podemos reflexionar en por qué estas enfermedades no tienen la misma connotación negativa que el SIDA, el alcoholismo, la drogadicción u otro tipo de patología. ¿Por qué los atributos que las caracterizan se basan en las normas y valores de la cultura patriarcal? Como hemos visto, son enfermedades que ostentan, en su extremo más pavoroso, algunos de los valores más apreciados por ciertos estratos sociales: la delgadez, la fuerza de voluntad, el control, la perfección, la eterna juventud, la vanidad, el ascetismo, etc. Entonces, esos valores serían los que debemos cuestionar.

Por otro lado, podríamos pensar que las exigencias y responsabilidades que se tienen actualmente para hombres y mujeres son cada día tan agobiantes, estresantes y contradictorias que verdaderamente están provocando pánico,

mecanismos de defensa y una serie de salidas cada vez más aberrantes. Quizás por ello, el ideal andrógino se está haciendo presente cada vez y con mayor fuerza entre nuestros jóvenes. El problema es que la búsqueda de ese ideal enfatiza el miedo al placer y la ilusión de preservar siempre el deseo, pero paradójicamente eso trae como consecuencia una pérdida de identidad e individualidad, lo cual desemboca en una serie de confusiones psíquicas, sexuales y sociales que terminan funcionando como trampa mortal; trampa que en este trabajo se ha llamado "anorexia y bulimia".

### **Nuevas líneas de investigación a futuro**

La maestría en estudios de la mujer me dio la pauta para adentrarme a un problema con otros cuestionamientos y categorías, lo cual también abrió posibilidades para evidenciar otras dimensiones del problema. Obviamente, la investigación no está agotada, por el contrario creo que abre la posibilidad de nuevas e interminables líneas de investigación. Reflexionando en cuáles líneas podrían ser interesantes a futuro se me ocurren dos, aunque sé que existen miles de líneas más que podrá despertar el interés en otros (as) investigadores.

- Una de esas líneas de investigación podría ser: analizar a las madres de hijas con trastornos alimentarios para conocer y entender cómo viven la culpa respecto a la enfermedad de sus hijas ¿qué significa para ellas la delgadez y el cuidado de la imagen corporal? y ¿qué significados tienen depositados en su rol de madre y labor de crianza?.
- Otra propuesta de investigación podría estar enfocada a los hombres, sean homosexuales o no. Tal vez sería interesante hacer un estudio comparativo entre homosexuales y heterosexuales para poder conocer los valores que cada uno deposita en su género, el ideal del cuerpo y sus conductas alimentarias.

### **Propuesta de intervención:**

Finalmente, pienso que sería necesario implementar un programa-Acción para que la problemática tenga resonancias en las políticas públicas de nuestro país. Dado que en la mayoría de los programas de salud, los trastornos alimentarios están invisibilizados porque se piensa que es un problema que sólo toca a individuos de

clase media alta y alta (pequeña población que tiene recursos para buscar ayuda profesional privada). Sin embargo, a lo largo de mi experiencia por la clínica, pude constatar que la mayoría de pacientes que acudían al Instituto Nacional de Psiquiatría, del interior de la república y de la capital, no tenían los recursos suficientes para pagar cuotas elevadas de tratamiento y la demanda de servicio iba cada día en aumento, lo que ocasionaba que las consultas médicas estuvieran saturadas o la atención se volviera muy espaciada y sin el adecuado seguimiento. Así que pienso que los trastornos alimentarios al igual que otras adicciones, deberían estar integrados en los paquetes de salud que ofrecen nuestras clínicas de salud públicas. Dicha propuesta, para prevenir y combatir los trastornos de la conducta alimentaria, tiene varias vertientes de intervención:

La primera tiene que ver con identificar el problema: organizar a nivel nacional encuestas para medir y evaluar la incidencia de trastornos alimentarios en nuestro territorio.

La segunda sería de capacitación: porque la capacitación es el proceso de multiplicación de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para prevenir y tratar algún problema. Esa capacitación debería estar dirigida a los psiquiatras o psicólogos de todos los servicios de salud para que estén capacitados para detectar y conjuntar un equipo multidisciplinario adiestrado para tratar los signos y síntomas de algún trastorno alimentario. Lo importante de ese adiestramiento no es sólo que sepan diagnosticar o etiquetar síntomas, sino que exista la adecuada escucha de los pacientes para que los síntomas puedan ser contextualizados y exista un cuestionamiento de los significados que cada individuo le confiere a su enfermedad, desde su experiencia, identidad genérica y su contexto socio-histórico.

La tercera línea de acción estaría dirigida a la promoción de la salud: elaborando materiales informativos dirigidos a docentes, alumnos (de 5to de primaria hasta profesional) y padres de familia. Quizá sería importante introducir en los materiales de educación de salud de la SEP información sobre los trastornos alimentarios. Dicha información deberá mostrar los factores de riesgo, los signos y síntomas, así como las consecuencias de las dietas, vómitos, atracones, así como del uso y abuso de diuréticos, laxantes o el ejercicio físico excesivo.

Sería necesario promover pláticas sistemáticas sobre trastornos alimentarios en centros de salud, escuelas o centros de agrupaciones juveniles. Sería importante que hubiese orientación alimentaria en escuelas y centros de salud, en donde se vigilaran las prácticas alimenticias, el peso, la talla, el sobrepeso, la desnutrición o algún otro problema. También se deberían promover conferencias y pláticas de otras temáticas que van ligadas al problema de los trastornos alimentarios como: violencia intrafamiliar, abuso sexual, disfunción familiar, adicciones, obesidad, depresión, etc. Esto con el fin de que las personas sepan como lidiar con alguno de estos problemas y no se refugien en un trastorno alimentario mayor.

Otro frente sería la participación de fundaciones, instituciones y organismos de los sectores públicos y privados para financiar campañas contra la búsqueda de la delgadez extrema de los cuerpos y contra algunos de los valores que se han convertido en armas letales. Por ejemplo: que exista un monitoreo del contenido y difusión de medios masivos de comunicación sobre prácticas que promuevan la extrema delgadez del cuerpo como representante de éxito, salud, perfección, belleza y aceptación social.

Así como "hoy" existen campañas masivas en los medios de comunicación dirigidos a rescatar valores que se están perdiendo, también debería existir la reflexión del valor que le estamos corifiriendo a nuestro cuerpo como representante de nuestro SER.

**"Uno vale por lo que es y no por como se ve"**

## GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS

**Cultura patriarcal.**- Es una organización social o conjuntos de prácticas establecidas entre los varones para establecer vínculos de interdependencia y solidaridad en el ámbito del contrato social. Su objetivo ha sido favorecer una hegemonía masculina de dominación, control y explotación hacia las mujeres. También se ha avocado a inducir y mantener la identidad sexuada, determinando un rango distinto para hombres y mujeres, así como ciertos roles sexuales preestablecidos (Puleo, 1994).

**El Género.**- es el conocimiento de los significados establecidos desde las diferencias corporales (cuerpos sexuados en femenino o masculino) dentro de un sistema jerarquizado de poder, en donde las prácticas, símbolos, representaciones, sentimientos, valores y normas colectivas son diferentes para hombres y mujeres. Siendo esa simbolización cultural de las diferencias lo que se denomina género (Cobo, 1995; Conway, Bourque y Scott, 1998). En este trabajo, además, también se entiende al género con el locus corpóreo de significados culturales tanto recibidos como innovados, ya que cada sujeto puede representar o subvertir su identidad de género en el seno de la práctica de la significación (Butler, 2001).

**La identidad de género.**- se entiende como la organización de las experiencias subjetivas en torno a los atributos y diferencia sexual, cuyos contenidos cognoscitivos, afectivos y sociales son estructurados en un proceso continuo de reconstrucción evaluativo sobre la realidad (Flores, 1997; Lamas, 2002).

**El cuerpo.**- es un punto de superposición entre lo biológico (el medio físico), genérico (el medio socio-cultural) y cuerpo psicológico (el medio simbólico-emocional). Posee un estatus de objetividad, es un producto dotado de sentido, un instrumento simbólico, una suerte de construcción biológica de la realidad hecha por las sociedades y es el decodificador de las identidades. Precisamente, el

cuerpo, en este trabajo se ha entendido como el campo de batalla donde se manifiestan los conflictos internos y externos y en donde afloran las identidades. Es un elemento concreto para desviar la atención y tensión internas hacia el exterior. Las personas con trastornos alimentarios buscan diferenciarse, conseguir autoestima, incrementar poder social y tener el control de sus vidas a través del cuerpo (Bordo, 1999; Baz, 1999).

**Los Roles.**- son la predeterminación en la conducta de un sujeto (algo que la sociedad espera y anima). Dichos papeles están íntimamente ligados al concepto de norma (cómo se debe comportar la gente) y al concepto de estereotipo (cómo se suele comportar la gente). Así los roles son patrones de comportamiento relacionados con lo que se suele hacer y con lo que idealmente se debería hacer. Lo cual conforma también las identidades del sujeto (Estrella de Diego, 1992).

**El proceso de identificación.**- Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad o un atributo de otro y se transforma total o parcialmente en esos modelos (padres u otras personas del entorno). Estas figuras forman una estructura compleja en la medida en que existe un sentimiento de ambivalencia, que oscila entre el amor y la rivalidad. La identificación es un factor importante en los síntomas de los trastornos alimentarios, ya que bajo la influencia de la culpa y el deseo se van constituyendo las diversas identidades (Laplanche y Pontalis, 1996; Tubert, 2000).

**La identidad personal.**- es un hecho cognoscitivo y de aprendizaje cambiante y fluido que se van inscribiendo en las acciones, roles y actitudes y se definen como atributos corporales. (Butler, 2001; Hall, 1996). Es una forma individual de asumirse ante los otros con el fin de diferenciarse, seducir y obtener control sobre los demás. Sin embargo, estas identidades son inconstantes y discursivamente organizadas en contextos particulares y se construyen tras el deseo de ser aceptado y reconocido en su medio (Goffman, 2001).

**La identidad social.**- Se construye a lo largo del tiempo a partir de los valores, atributos y estereotipos establecidos por los valores sociales y familiares. Sirven para categorizar socialmente a las personas. (Goffman, 2001).

**La etiqueta diagnóstica “anorexia y bulimia”.**- Son nociones médicas que describen la sintomatología del individuo. Pero, también sirve como referentes para organizar o restituir el sentido de la vida de un sujeto. Las etiquetas diagnósticas pueden proporcionar una identidad personal y social, debido a que se convierten en el significante protector que sintetiza verbal y corporalmente lo que el sujeto no puede expresar con palabras y a la vez lo protegen contra la locura. Las etiquetas diagnósticas también se pueden convertir para el sujeto en poderosas herramientas que sirven para llamar la atención, demandar justicia e indemnización, evadir culpas, evitar responsabilidades o roles y resistirse ante los valores sociales.

**El miedo a la locura.**- Cuando el sujeto está experimentando algo que no tiene sentido o no va de acuerdo con la imagen de la realidad que posee, disocia y niega todos los sentimientos relacionados con la experiencia, provocándose así una desintegración Yoica. Cuando los sentimientos son muy fuertes y se desbordan, el sujeto pierde el control respecto a ciertas conductas, perdiendo a su vez el contacto con la realidad y el sentido de autoestima. Lo cuál le provoca un miedo tremendo y cuando retorna a su estado "normal" se adhiere con mayor fuerza a sus síntomas y etiqueta diagnóstica para no volver a caer en la anomia momentánea (Lowen, 1996).

**El Yo.**- En este trabajo se define como el aspecto afectivo del cuerpo, el cual sólo puede experimentarse como sentimiento y en donde las identidades se construyen y actúan por el Yo y se dirigen hacia el cuerpo (Lowen, 1996).

**El Ego.**- es una organización mental, es la parte de la personalidad que percibe al Yo, el Ego representa la autoconciencia o conciencia del Yo. Cuando se disocian

el Ego y el Yo corporal (mente-cuerpo) el Yo se convierte en el agente de defensa y de resistencias (no permitiendo que el Ego se sujete). El Yo se defiende separándose de lo que lo amenaza abandonando la representación inconciliable de su cuerpo objeto y se asume como cuerpo sujeto o subjetivo. (Lowen, 1996; Laplanche y Pontalis, 1996).

**Resistencia.-** Todo sujeto recibe y genera energías que se transforman en fuerzas. Las fuerzas del exterior provocan en el interior fuerzas encontradas que estarán en continua lucha. Ante cada resistencia hay un cambio y de esa forma el sujeto va adquiriendo singularidad y construyéndose diferente cada día. En ese juego entre el adentro y el afuera nace el Yo y se construye el lenguaje. Las resistencias pueden ser actos de rebeldía frente a los mandatos, normas, valores o presiones familiares e institucionales. En cuanto al género, puede haber resistencia a la dicotomía femenina y masculina, lo cual no permite vivir otras posibilidades (Foucault, 1979; Butler, 2001).

**Relación padre-madre-hijo.-** La intervención del padre en la díada madre-hijo (a) es quien marca la diferenciación del sujeto. La imagen del cuerpo unificado sólo se logra cuando el padre aparece privando a la madre del deseo de su hijo (a). Cuando la función padre falla, como sucede en algunos casos de trastornos alimentarios, no se puede dar la identificación sexual diferenciada, pudiendo quedar ambigua. El estado somático de dependencia al cuerpo materno favorece identidades fragmentadas y la no diferenciación. En los trastornos alimentarios este temor de fusión con la madre y la pérdida de límites se vive con una necesidad de control a sí mismos y a los otros, como respuesta a la sensación de peligro ante la locura o desintegración Yoica (Lacan, 1972; Fox Keller, 1994).

**El papel de la Imagen corporal.-** La imagen del cuerpo es una elaboración y organización cognoscitiva compleja y subjetiva que representa la síntesis de las experiencias emocionales. Esta compuesta por la mirada, imágenes, condiciones ambientales y discursos que vienen del afuera, los cuales se interiorizan y

reconstruyen en base a la historia, identidades y pensamientos del sujeto. La imagen del cuerpo se entrecruza con el esquema corporal, el cual representa al cuerpo biológico, el espacio, la presencia y la experiencia inmediata. Ambos pueden ser independientes entre sí, pudiendo quedar fracturados, el cuerpo real (estructura ósea, músculos, peso corporal, talla, etc.) y el cuerpo subjetivo (percepción del sí mismo, autoevaluación y autoatribución) dando como resultado una distorsión de la imagen del cuerpo, síntoma característico en todos los casos de trastornos alimentarios (Dolto, 1990; Kesselman, 1989).

**Cuerpo andrógino.**- La androginia se refiere a Uno que contiene Dos y más concretamente al hombre (andros) y la mujer (gyne). Es un componente innato en todos los seres humanos, un arquetipo del inconsciente colectivo, el juego entre los componentes femeninos y masculinos. En este trabajo se entiende al cuerpo andrógino como símbolo de resistencia, asexualidad y a la falta consciente/inconsciente de poder. Cuerpos asexuales que expresan a través de su naturaleza ambigua y cambiante, las imposibilidades y las inconsistencias humanas ante el tiempo, el espacio vital y ante el deseo de quedar libres del trauma de la definición, los roles preasignados y las responsabilidades culturales. El cuerpo andrógino también enfatiza la igualdad social, el miedo a la pérdida de la juventud, el miedo al placer y el deseo del otro, pero también representa la ambigüedad sexual debido a la no diferenciación e identidades fragmentadas (Estrella de Diego, 1992).

**MC-DZPA**

## ANEXO 1

### Anorexia Nervosa

DSM-IV (APA, 1994)	CIE-10 (WHO, 1992)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rechazo a mantener el peso del cuerpo por encima del mínimo normal para edad y estatura.</li> <li>2. Miedo intenso a ganar peso o volverse gordo, a pesar de estar por abajo del peso esperado.</li> <li>3. Disturbios en la forma en la que el peso o figura del cuerpo es experimentado, indebidamente influenciado por el peso o figura, o negación de la seriedad del peso bajo.</li> <li>4. En mujeres post-menárquicas, amenorrea, ausencia de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos.</li> </ol> <p><b>Tipos específicos:</b></p> <p><b>Restrictivo:</b> durante el episodio de anorexia nervosa, la persona no se involucra regularmente en episodios de ingestión voraz o conductas de purga (por ejemplo, vómito auto-inducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p><b>Compulsivo/purgativa:</b> durante el episodio de anorexia nervosa, la persona se involucra regularmente en episodios de ingestión voraz o conductas de purga (por ejemplo, vómito auto-inducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El peso del cuerpo se mantiene por lo menos 15% por abajo del esperado (perdido o nunca adquirido), o el Índice de Masa Corporal de Quetelet es 17.5 o menor. Los pacientes prepúberes pueden presentar fallas para alcanzar el peso esperado en el periodo del crecimiento.</li> <li>2. La pérdida de peso es auto-inducida por medio de la evitación de comidas "engordadoras" y uno o más de los siguientes: vómito auto-inducido, uso de métodos de purga, exceso de ejercicio o uso de supresores del apetito.</li> <li>3. Existe distorsión de la imagen corporal en la forma de una psicopatología específica en la cual persiste el temor a la gordura como una idea intrusiva y sobrevaluada, y el paciente se auto-impone un umbral de peso bajo.</li> <li>4. Existe un desorden endócrino que involucra el eje-gónado-pituitario, que se manifiesta como amenorrea en las mujeres, y como falta de interés sexual e impotencia en los hombres.</li> <li>5. Cuando el inicio es pre-puberal, la secuencia de los eventos de la pubertad se retrasa o se detiene (en las niñas no se desarrollan los senos y hay amenorrea primaria, y en los niños, los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación, la pubertad por lo general se termina normalmente, pero la menarca es tardía.</li> </ol>

**Bulimia Nervosa**

DSM-IV (APA, 1994)	CIE-10 (WHO, 1992)
<p>1. Episodios recurrentes de ingesta voraz. Un episodio de ingesta voraz se caracteriza por las siguientes 2 características: 1) comer en un período discreto de tiempo, una cantidad de comida definitivamente mayor a la que la mayoría de las personas comerían en un período de tiempo similar bajo las mismas circunstancias, 2) sentimiento de falta de control sobre el comer (por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer o de controlar la cantidad de comida ingerida).</p> <p>2. Conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, tales como: vómito auto-inducido, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones, ayunos o ejercicio excesivo.</p> <p>3. Los episodios de ingesta voraz y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren por lo menos 2 veces a la semana durante 3 meses.</p> <p>4. La auto-evaluación se encuentra indebidamente influenciada por la forma y peso del cuerpo.</p> <p>5. El disturbio no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nervosa.</p>	<p>1. Existe preocupación persistente por la alimentación y un deseo irresistible por comer. El paciente sucumbe a episodios de sobre-alimentación de grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.</p> <p>2. El paciente intenta contrarrestar los efectos engordadores de la comida con uno o más de los siguientes: vómito auto-inducido, abuso de purgantes, periodos alternantes de ayuno, uso de drogas tales como supresores del apetito, preparaciones tiroideas de diuréticos. Cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos, podrán elegir el rechazo al tratamiento de insulina.</p> <p>3. La psicopatología consiste en un miedo mórbido a la gordura y el paciente se establece un umbral estrictamente definido de peso, muy por abajo del peso premórbido que constituye el óptimo saludable en la opinión del médico. Existe frecuentemente una historia de un episodio previo de anorexia nervosa, el intervalo entre ambos trastornos flutuando entre algunos meses y algunos años. Este episodio pudo haberse expresado completamente o pudo asumir una forma enigmática con pérdida de peso moderada y/o una fase transitoria de amenorrea.</p>
<p><b>Tipos específicos:</b></p> <p><b>Compulsivo/purgativa:</b> durante el episodio de bulimia nervosa, la persona utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.</p> <p><b>No purgativa:</b> durante el episodio de bulimia nervosa, la persona utiliza conductas compensatorias inapropiadas, tales como exceso de ejercicio, pero no utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.</p>	



**Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (APA, 1994)**

1. Para las mujeres se cumple con todos los criterios para anorexia nervosa, excepto la irregularidad en la menstruación.
2. Se cumple con todos los criterios para anorexia nervosa, excepto que el peso corporal de la persona se mantiene dentro de los límites normales, a pesar de la pérdida significativa del mismo.
3. Se cumple con todos los criterios para bulimia nervosa, excepto que los atracones y los mecanismos compensatorios inapropiados, ocurren con una frecuencia menor a 2 veces a la semana o durante un periodo menor a 3 meses.
4. Uso de conductas compensatorias inapropiadas por individuos de peso corporal normal, después de comer pequeñas cantidades de alimento.
5. Mastear y escupir grandes cantidades de alimento sin tragarlo.
6. **Comedor compulsivo:** episodios recurrentes de ingestión voraz, en la ausencia del uso regular de conductas compensatorias inapropiadas características de la bulimia nervosa:
  - Episodios recurrentes de ingestión voraz (ver definición en bulimia nervosa).
  - Los episodios de ingestión voraz se asocian con 3 o más de las siguientes: 1) comer más rápido de lo normal, 2) comer hasta sentirse incómodamente lleno, 3) comer grandes cantidades de alimento cuando no se siente hambre, 4) comer solo porque se siente vergüenza debido a la gran cantidad de comida ingerida, 5) sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer.
  - Elevados sentimientos de angustia durante los atracones.
  - El episodio de ingestión voraz ocurre en promedio por lo menos 2 veces a la semana durante 6 meses.
  - El episodio se encuentra asociado con el uso regular de conductas compensatorias inapropiadas y no ocurre exclusivamente durante el padecimiento de anorexia o bulimia.

## ANEXO 2

### Ingresos de primera vez por año, sexo y diagnóstico

Diagnóstico	Mujeres					Hombres					Totales N=183
	ANR N=18	ANCP N=70	BNP N=17	TANE N=64	CC N=5	ANR N=1	ANCP N=2	BNP n=1	TANE N=2	CC N=1	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
<b>1997</b>	10.0	10.0	50.0	30.0	-	-	-	-	100.0	-	5.5
<b>1998</b>	10.7	28.6	46.4	10.7	-	-	-	-	-	-	15.3
<b>1999</b>	12.3	8.8	43.9	35.1	-	25.0	-	25.0	25.0	25.0	31.1
<b>2000</b>	8.9	3.8	34.2	48.1	5.1	-	50.0	50.0	-	-	48.1
<b>Totales</b>	10.3	40.2	9.8	36.8	2.9	14.3	28.6	14.3	28.6	14.3	100.0

ANR: Anorexia nervosa restrictiva. ANCP: Anorexia nervosa compulsivo purgativa.

BN: Bulimia nervosa. TANE: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado. CC: Comedor compulsivo.

Fuente: Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Mufiz, 2000.

Esta tabla muestra el porcentaje de hombres y mujeres, así como el diagnóstico asignado.

ANEXO 3

ESQUEMA TEMATICO PARA ENTREVISTAS

Factores biológicos	Factores psicológicos e Individuales	Factores familiares y socio-culturales
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia familiar de trastornos de la conducta alimentaria u otros trastornos mentales o adictivos (herencia genética)</li> <li>2. Antecedentes de obesidad u otras enfermedades individuales</li> <li>3. Desarrollo puberal y sexualidad</li> <li>4. Trastornos afectivos (depresión e intentos suicidas)</li> <li>5. Aparición y desarrollo del trastorno alimentario</li> <li>6. Cuerpo biológico y las repercusiones físicas provocadas por el trastorno alimentario</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rasgos de personalidad</li> <li>2. Identidad de género (Cuerpo vivido en masculino o femenino)</li> <li>3. Identidades personales y sociales</li> <li>4. Identificaciones</li> <li>5. Autoestima</li> <li>6. Imagen corporal</li> <li>7. Relaciones afectivas y sexuales</li> <li>8. Valores personales en torno al cuerpo y la comida</li> <li>9. Experiencias de rechazo o exigencias relacionadas con el cuerpo genérico</li> <li>10. Eventos adversos en la vida (muertes, separación, abuso sexual, cambios corporales o de estilo de vida, etc.)</li> <li>11. Relación con la madre</li> <li>12. Vida académica</li> <li>13. Experiencias emocionales con el trastorno alimentario (significados personales)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Datos demográficos</li> <li>2. Situación socio-económica (valores y expectativas)</li> <li>3. Relaciones de género con padres, hermanos (as) y otros familiares o personas cercanas</li> <li>4. Mensajes Institucionales en torno al cuerpo y los roles de género (medios de comunicación, religiosos, médicos, escuela, familia)</li> <li>5. Ideales de belleza</li> <li>6. Rutina doméstica y actividades familiares (división sexual del trabajo, sexismo, etc.)</li> <li>7. Expectativas de los padres y estilo de crianza</li> <li>8. Violencia intrafamiliar</li> <li>9. Influencia de amigos o noviazgo/pareja</li> <li>10. Búsqueda de ayuda (significados médicos y sociales de la etiqueta diagnóstica)</li> </ol>

**ANEXO 4**  
**GUÍA TEMÁTICA DE**  
**ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

I.- Datos de la entrevista

Cómo y por qué se contactó a la persona, cuál fue el encuadre de las entrevistas, en donde se van a llevar a cabo, cuántas entrevistas serán. Problemas o facilidades para su realización, fechas, hora de inicio y final de entrevista. Forma de registro.

Descripción del ambiente, estado de ánimo del entrevistado y el entrevistador.

Descripción física de la persona entrevistada, actitud corporal, disponibilidad, timbre de voz, silencios, repeticiones, desviaciones del tema y contradicciones.

II.- Datos demográficos

Nombre Apodo o Seudónimo

Edad

Estado civil

Escolaridad Escuela pública o privada

Religión

Lugar de nacimiento

Lugar de residencia Colonia, Delegación

Miembros de la familia - Lugar que ocupa en la familia

Con quién vive, padres separados o casados (familiares vivos, muertos, enfermos)

Ocupación del entrevistado y sus familiares

Ingresos económicos familiares y personales

Como se ocupa el dinero, carencias o ventajas económicas en el último año

Condición de la vivienda, cuántos focos, recamaras, baños, jardín, servicio doméstico, otros servicios.

III.- Roles y actividades de género

Descripción de las actividades cotidianas en la niñez, adolescencia y juventud.

Rutina en los quehaceres del hogar, responsabilidades, obligaciones, trabajos de cada miembro de la familia, aseo personal, reglas, disciplina, normas. Quién tomaba decisiones, quién aportaba el ingreso familiar, cuáles eran los valores que se manejaban: estéticos, religiosos, morales. Que costumbres tenían, hábitos alimenticios, cuáles eran

las expectativas de los padres hacia los hijos (as), había discriminación o violencia hacia alguna persona por su sexo, existía división sexual del trabajo y/o actividades. Has tenido problemas por la forma y pesos de tu cuerpo.

#### IV.- Relaciones familiares y experiencias en la niñez, adolescencia y juventud

Que sabes de tu concepción, fuiste un (a) hijo (a) deseado (a) o no. Qué recuerdos tienes de tu niñez temprana, (3-6 años) quién te cuidaba y alimentaba, cómo te sentías afectivamente en tu ambiente familiar, tu papá estaba presente. Tenías una familia nuclear o extensa. Quién era la persona más significativa en esos momentos.

En la niñez tardía (7-10 años) que momentos importantes recuerdas, cambios de vivienda, escuela, etc. Cómo se festejaban tus cumpleaños, quienes estaban presentes, cómo ibas en la escuela, quién te ayudaba con las tareas, cuáles eran las recreaciones familiares, viajes, paseos, cursos, festejos, juegos, deportes, visitas, alimentación, compras. Con quién los hacías, cómo los viviste, cómo se organizaban.

Recuerdas cómo era la relación entre tus padres. De quién te sentías más cercano. Tenías hermanos, cómo era la relación entre ustedes. Quiénes eran las personas más significativas en esta etapa. Cómo eran los castigos, había violencia intrafamiliar. Cómo te sentías con tu cuerpo.

#### En la pubertad (11-17 años)

Cambiaron las relaciones familiares, cómo era la comunicación entre ustedes, cómo se expresaban las emociones o sentimientos en la familia. Con quién de tu familia te identificabas más. Cuáles eran tus intereses en esta época, como ibas en la escuela, cuáles eran las materias más difíciles y cuáles las que más te gustaban, qué actividades hacían en familia, qué actividades hacías con los grupos de amigos, cómo eran los amigos, quiénes eran las personas más significativas en esta época, hubo algún evento traumático o que representara un cambio radical en la situación familiar o personal. Cómo se experimentaron los cambios corporales (la menstruación). Cómo te sentías con el cuerpo. Que te decían las demás personas sobre tu cuerpo, engordaste en la pubertad, de que manera te afectó, te molestaban por tu cuerpo. Que hacías en tu tiempo libre, ibas al cine, leías, veías la televisión. Que clase de información te llamaba más la atención. Te

interesaba conocer o relacionarse con personas de otro sexo. Cómo lo experimentase. Tuviste novio (a).

En la juventud (18 -35 años)

Que cambios viviste en estos años. Existió algún evento traumático o que representara un cambio radical en la situación familiar o personal. Que decidiste estudiar, porqué, quién o qué influía en la toma de tus decisiones. Cómo eran las relaciones en tu familia. Trabajabas en qué. Te gustaba lo que hacías. Te gustaba quién eras, cómo te relacionabas con otras personas. Tenías conflictos con tu cuerpo y la comida. Alguna de las relaciones que tuviste con personas de otro sexo fueron frustrantes. Hubo algún desencuentro amoroso. Te gustaba compartir tus problemas. Podías expresar tus sentimientos. Cómo ha sido tu vida sexual. Has tenido relaciones sexuales, han sido satisfactorias, cuántas parejas sexuales has tenido, cuál es tu preferencia sexual. Has tenido contacto íntimo o relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo. Que opinas de eso. En algún momento te ha faltado alimento, vestido, protección, atención o cuidados médicos. Te han tocado tus partes sexuales o tenido relaciones sexuales con alguien en contra de tu voluntad. Cómo te sientes al respecto. Sientes que vales menos, te gustas físicamente, consideras que has hecho cosas importantes en tu vida. Crees que eres importante para alguien. Sientes que le debes algo a alguien o que debes pagar por algo que hiciste. Te consideras perfeccionista. Que esperan de ti los demás. Es importante la opinión que lo demás tengan de ti. Te esfuerzas por complacerlos. Sientes que no confías en tí, en lo que piensas, crees o dices. Te has sentido rechazado (a), Sientes que no has logrado tus metas, cuáles son. Te identificas con alguna persona pública, porqué. Te gustaría ser otra persona o haber tenido otro sexo, porqué.

V.- Historia de la enfermedad

Cómo han sido las actitudes de la familia hacia la comida y hacia la forma de comer. Que ha representado para ti la delgadez o la obesidad. Alguna vez te has sentido gordo (a). En que momento comenzó a cambiar tu alimentación debido a la preocupación por el peso y forma de tu cuerpo. Hubo algún evento traumático o cambio radical en tu vida en donde perdiste el control sobre tu alimentación y tu cuerpo. Has sido rechazado (a) o has dejado de hacer actividades por la forma y peso de tu cuerpo. Cómo y cuando inicio el problema con la comida. Recuerdas porqué inicio. Donde y cuándo te lo detectaron. Que te dijo el médico, cuál fue el diagnóstico, tu entendías de lo que se trataba tu problema. Alguna vez

dudaste de estar enfermo (a). Crees que la ayuda que te han brindado las instituciones ha sido la adecuada, porqué. Cómo ha cambiando tu vida por la enfermedad. A partir de ella cómo te tratan y ven las demás personas. Cuando y cómo se enteró tu familia, cómo reaccionaron. Cuáles han sido los síntomas físicos que has tenido. Emocionalmente cómo te cambio la enfermedad. Has tenido problemas con los demás por no comer. Te has alejado de tus amistades y familia. Has dejado de menstruar. Que haces con la sensación de hambre. Te has dado atracones. Has dejado de comer por días. Para ti la anorexia y la bulimia han sido un estilo de vida, una forma de ser diferente, de llamar la atención, o de dejar de llamarla. Que piensas de tu enfermedad. Que le dirías a otras personas que sufren el mismo problema que tú y no saben como resolverlo.

## BIBLIOGRAFIA

- Alvarez G.; Román F.; Manríquez R. Mancilla D. (1996) "Imagen Corporal y trastornos alimentarios en una muestra de universidades mexicanas". En *La psicología Social en México*, Vol VI, México, UNAM Iztacala. Pp. 536-541.
- Alvárez, G. (1999) *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. En tesis de maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, México, UNAM.
- Alfie M, Rueda MT y Serret E. (1994) "Identidad femenina y religión". En *Grupo de Investigación de Análisis de la Mujer*. Departamento de Sociología, UAM-A, México. Pp. 136.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D.C. APA. DSM-IV,
- Baravalle, G., H.; C. Vacarezza E. L. (1996) *Anorexia: Teoría y clínica psicoanalítica*. España, Ed. Paidós.
- Barret, M. (1995) "El concepto de diferencia" en *Debate feminista*, año 6, vol. 12, México. Pp. 311-325.
- Bassoff, E. (1991) *Mothering ourselves*. New York, Dutton.
- Baz, M. (1999) "El cuerpo en la encrucijada de una estética de la existencia". En *Cuerpo: Significaciones e Imaginarios*. México, Ed. UAM-X. Pp. 25-41.
- Baz, M. (1996) *Metáforas del cuerpo. Un estudio sobre la Mujer y la Danza*. México, Ed. Pomúa, PUEG y UAM-X.
- Beattie, H. J. (1988) "Eating disorders and the mother-daughter relationship". En *International Journal of Eating Disorders*, 7. Pp. 453-460.
- Bernard, M. (1985) *El Cuerpo*. Barcelona, España, Ed. Paidós.
- Bordieu, P. (2000) *La dominación masculina*. Barcelona, Ed. Anagrama.
- Bordo, S. (1999) *Gender/Body/Knowledge: Feminist reconstructions of being and knowing*. Ed. Alison M. Jaggar y Susan R. Bordo. New Jersey, Rutgers University Press.
- Bordo, S. (1995) "Unberarable Weight". En *Feminist, Western Culture, and the Body*. U.S.A. University of California Press.
- Bordo, S. (1996) "Anorexia Nervosa. Psychopathology as the crystalizations of culture". En *Knowing women, Feminist and Knowledge*. Ed. By Helen Crowley and S. Himmelweit, Great Britain, Polity Press. Pp. 90-109.

- Brown, C. (1993) "The Continuum: Anorexia, Bulimia and Weight Preoccupation". En *Consuming Passions, Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders*. C. Brown y K. Jasper (Eds.) Toronto, Second Story Press. Pp. 53-81.
- Brown, C y Jasper, K (1993) "Why weight? Why women? Why now?". En *Consuming Passions. Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders*. C. Brown y K. Jasper (Eds.), Toronto, Second Story Press. Pp. 16-35.
- Bruch, H. (1988) *Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Bruch, H. (1980) "Changing approaches to anorexia nervosa" En: Rowland Jr. C.V. *Anorexia nervosa and obesity*. Boston, Little Brown Company. International Psychiatric Clinics. Pp. 3-24.
- Bruch, H. (1978) *The golden Cage, The Enigma of Anorexia Nervosa*, U.S.A. Ed. Vintage Books; A division of Random House.
- Buckroyd, J. (1998) *Anorexia y Bulimia. Una Guía clara y directa de estos trastornos poco comprendidos*. México, Ed. Martínez Roca.
- Burin, M. (1990) *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Butler, J. (2000) "Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault". En: *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. Marta Lamas compiladora. México, Ed. Porrúa y Pueg. Pp. 303-326.
- Butler, J. (2001) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México, Ed. Paidós en colaboración con la UNAM y el PUEG.
- Caplan, P. J. (1986) *Don't blame mother. Mending the mother-daughter relationship*. New York, Harper & Row.
- Castoriadis, R. (1983) *La Institución Imaginaria de la Sociedad*. Barcelona, España, Ed. Tusquets. Pp. 46.
- Caparrós, N., Sanfeliú, I. (1997) *La anorexia: Una locura del cuerpo*. Madrid, España, Ed. Biblioteca Nueva.
- Cavazos, M. A. (2000) *Sociedad, cuerpo y silencio en los trastornos alimentarios*. En tesis de Licenciatura en Psicología, México, UAM-X
- Cavazos, M. A. (2000b) "Anorexia y bulimia: ¿fractura femenina o moda occidental?". En *Subjetividad y Cultura*. México, No. 14, Ed. Plaza y Valdés.
- Claude-Pierre, P. (1998) *¡Alerta! Anorexia y Bulimia. El lenguaje secreto de los trastornos en la Alimentación*. Argentina, Ed. Vergara

- Cobo, R. (1995) "Género" En Celia Amorós, *10 palabras clave sobre la mujer*. España, Ed. Verbo Divino. Pp. 55-83.
- Costín, C. (2000) *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación*. Diagnóstico, tratamiento y prevención de los T.A. México, Ed. Diana.
- Crispo, R.; Figueroa, E.; Guelar, D. (1996) *Anorexia y Bulimia, un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Madrid, España, Ed. Gedisa.
- Conway, K., Bourque, S., Scott, J. (1998) "El concepto de género". En M. Avarro, C. Stimpson, (comp.) *¿Qué son los estudios de mujeres?*. Argentina, Ed. F.C.E. Pp. 167-178.
- Chemin, K. (1983) *Womansize: the tyranny of slenderness*. Londres, The Women's Press.
- Chinchilla, A. (1994) "Interpretaciones de la anorexia nerviosa". En *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid, España, Ediciones Ergón S.A. Pp. 77-92.
- Chodorow, N. J. (1978) *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Berkeley, University of California press.
- De Barbieri, T. (1996) "Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género". En Laura Gúzman y Gilda Pacheco, (comps.). *Estudios básicos de derechos humanos IV*, San José. Pp. 47-84.
- Díaz-Barriaga, A. (1991) "La entrevista a profundidad. Un elemento clave en la producción de significaciones de los sujetos". En *TRAMAS. Subjetividad y procesos sociales*. No. 3, Pp. 161-178.
- Diccionario de Psicología (1986) Equipo de Redacción PAL, España, Ed. Orbis.
- Dolto, F. (1990) *La Imagen Inconsciente del cuerpo*. España, Ed. Paidós.
- Dor, J. (2000) *Introducción a la lectura de Lacan: el inconsciente estructurado como lenguaje*. España, Ed. Gedisa.
- Estrella de Diego, O. (1992) *El andrógino sexuado. Eternos ideales, nuevas estrategias de género*. España. Ed. La balsa de Medusa, 53.
- Fainholc, B. (1993) *La Mujer y los Medios de Comunicación Social*. Buenos Aires, Argentina, Ed. Humanitas, Cap. I, IV, V.
- Fallon, A. E. (1990) "Culture in the mirror: sociocultural determinants of body image". En T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.) *Body images: development, deviance and change*. New York, Guilford Press.

- Flores, P. (1997) "Representación social de la feminidad y masculinidad en un grupo de profesionales de la salud mental: discusión en torno a la categoría de género". En *Papers on Social Representations. Threads of Discussion*, vol. 6 (2).
- Foucault, M. (1979) *Microfísica del poder*. España, Ed. La Piqueta.
- Fox-Keller, E. (1991) *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia, España, Ed. Alfons el Magnánim, Pp. 11-21 y 83-136.
- Freud, S. (1923) "El yo y el Ello". En *Obras Completas de Sigmund Freud*. España, Ed. Biblioteca Nueva, 1996.
- Freud, S. (1925) "Inhibición, Síntoma y Angustia". En *Obras Completas de Sigmund Freud*. España, Ed. Biblioteca Nueva. 1996.
- Galende, E. (1990) "Psicoanálisis y salud mental". En *Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Argentina, Ed. Paidós.
- Gamer, D, Garfinkel, P. (1980) "Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa" . En *Psychological Medicine*, vol. 10. Great Britain. Pp. 647-656.
- Gamer, D.M., Garfinkel P.E., Schwartz, D, & Thompson, M. (1990) "Cultural Expectations of thinness in women". *Psychological Reports*. Pp. 47:483-491
- Gilligan, C. (1982) *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, MA Harvard University Press.
- Goffman, E. (1963) *Estigma. La identidad deteriorada*. Argentina, Ed. Amorrortu, Octava reimpresión, 2001.
- Goldman, B. (2000) *Anorexia y Bulimia. Un nuevo padecer*. Argentina, Ed. Lugar Editorial.
- Gómez-Peresmitré, G. (1993) "Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso". En *Investigación Psicológica*, Vol. 2. Pp. 95-112.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995a) "Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa". En *Revista Mexicana de Psicología*, 10. Pp. 17-27.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995b) "Peso real, peso imaginario". En *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 12. Pp. 185-197.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999) "Pre-adolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal". En *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 16. Pp. 153-165.

- Gómez-Peresmitré, G. (1998) "¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? ". En *Psicología Iberoamericana*, Vol. 6. Pp. 37-45.
- Gómez-Peresmitré, G. Granados, A. Jaúregui, J, Unikel, C. (1997a) "Validez diagnóstica del IMC (Índice de Masa Corporal) en una muestra de adolescentes mexicanos". En *Acta Pediátrica de México*, Vol. 18. Pp. 19-27.
- Gómez-Peresmitré, G, Unikel, C, Corvera, P. (1998) *¿Por qué comemos de más? Algunas de las razones de la conducta alimentaria de sobreingestión*. Trabajo presentado en el II Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid, España.
- Gómez-Peresmitré G, Granados, A, Tafoya S y Unikel C. (2000) "Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras de género masculino". En *Psicología Contemporánea*, Vol. 7 (1). Pp. 4-15.
- González, C. (1992) *Evaluación de los tratamientos de tipo conductual en pacientes mujeres con trastornos de la alimentación*. En tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología, México, Universidad Iberoamericana.
- González, J., Lizano M, Gómez-Peresmitré, G. (1999) "Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de escolares mexicanos". En *Revista Mexicana de Psicología*. Pp. 117-126.
- Gordon, A. R. (1990) *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social epidemic*. U.S.A., Ed. Basil Blackwell.
- Habermas, T. (1990) "Further evidence on early case descriptions of anorexia nervosa and bulimia nervosa" En *International Journal of Eating Disorders*, 11, 4. Pp. 351-359.
- Hall, S. (1996) *Questions of Cultural Identity*. London, Ed. SAGE Publications.
- Harding, S. (1996) *Ciencia y Feminismo*. Madrid, España, Ed. Morata.
- Hawkesworth, M. (1999) "Confundir el género". En *Debate Feminista*, México, año 10, vol. 20, Octubre.
- Irigaray, L. (1980) *Ce sexe qui n'en est pas un*. Paris, Ed. Minuit.
- Kesselman, S. (1989) *El Pensamiento Corporal*. Argentina, Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1975) "El Síntoma", Conferencia de Ginebra. En *Le bloc Notes de la Psychoanalyse*, No. 5, Ginebra, Atars, 1985.
- Lacan, J. (1972) "El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica". En *Escritos I*. México, Ed. Siglo XXI.

- Lamas, M. (1996) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género". En *El Género, la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Porrúa, PUEG/UNAM, Pp. 327-364.
- Lamas, M. (1999) "Género, diferencia de sexo y diferencia sexual", En *Debate Feminista*, México, año 10, vol. 20, Octubre. Pp. 84-105.
- Lamas, M. (2002) *Cuerpo diferencia sexual y género*. México, Ed. Taurus.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. España. Ed. Paidós.
- Laurent, A. P. (1994) *Freud y la Mujer*. Argentina, Ed. Visión.
- Laurentis, T. (1991) La tecnología del género. En *el género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple*. Carmen Ramos Escandón (comp.), México, UAM-I. Pp. 231-278.
- Lackstrom, J. (1993) "Feminist Therapy". En *Consuming Passions. Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders*. C. Brown y K. Jasper (Eds.). Toronto, Second Story Press.
- Leon, G. R. y Finn, S. (1984) Sex roles stereotypes and the developments of eating disorders. En C. S. Widom (ed.): *Sex roles and psychopathology*. Nueva York, Ed. Plenum.
- Lowen, A. (1996) *Narcisismo o la negación de nuestro verdadero ser*. México, Librería C. Césarman, S.A. Ed. Pax México.
- Loyden, H. (1998) *Los hombres y su fantasma de lo femenino*. México, UAM-Xochimilco
- Luepnitz, D. A. (1988) *The family interpreted: Feminist theory in clinical practice*. New York, Basic Books.
- Machover, K. (1956) *El Dibujo de la figura humana. Un metodo de investigar la personalidad*. Estados Unidos, Springfield, Ill.
- Malson, H. (1998) *The Thin Woman. Feminist, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. London and New york, Ed. Routledge.
- Mancilla, J.; Mercado L.; Manríquez E. Álvarez G.; López X. (1999) "Factores de riesgo de los trastornos alimentarios". En *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 16. Pp. 37-46.
- Merleau-Ponty, M. (1976) *La estructura del comportamiento*. Buenos Aires, Ed. Hachette.
- Minuchin, S. (1974) *Families and Family Therapy*. Cambridge, Massachusetts, and London, Harvard University Press.

- Murrieta Cummings, P. (1997) "El feminismo y los estudios de género". Una aproximación al tema. Entrevista a la Dra. Vania Salles. En *Revista Sociológica*, año 2, número 33. Mujer y entorno social
- Nasio, J. D. (1997) *El dolor de la histeria*. Argentina, Ed. Paidós.
- Navarro, R. (1999) "El cuerpo de la anorexia". En *Cuerpo: Significaciones e Imaginarios*. México, Ed. UAM-X. Pp. 107-113.
- Olivier, Ch. (1997) *Los hijos de Yocasta. La huella de la madre*. México, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Orbach, S. (1990) *Fat is a Feminist Issue*. New York, Ed. Berkley Publishing Corporation.
- Orbach, S. (1985) *Accepting the symptom, a feminist psychoanalytic treatment of anorexia nervosa*. En Garner, Garfinkel. Pp. 83-104.
- Peña y Lillo, S. (1997) *La Manía de Adelgazar*. Santiago de Chile. Ed. Universitaria, Colección: El saber y la cultura.
- Puleo, A. (1994) "Patriarcado". En *El viejo Topo*. No. 73, Marzo, Pp. 21-53.
- Rich, A. (1978) *Nacida de mujer: la crisis de la maternidad como institución y como experiencia*. España, Noguier.
- Russel, G. F. M. (1985) "Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa". En *Psychological Medicine*, 9. Pp. 429-448.
- Ruskay, J. (1994) "Mothers, Daughters, and Eating Disorders: Honoring the Mother-Daughter Relationship". En *Feminist perspectives on Eating Disorders*. U.S.A., The Guilford Press.
- Sánchez, G; Mójica, V. (1998) *Relación: conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas*. En tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, México, UNAM.
- Saucedo, T. (1996) *Factores de crianza e interacción familiar: predictores de trastorno de la conducta alimentaria. Tesis de maestría en Psicología Educativa*. Facultad de Psicología, México, UNAM.
- Saucedo, T.; Gómez-Peresmitré, G. (1998) "Validación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad". En *Salud Pública de México*, Vol. 40. Pp. 392-397.
- Schilder, P. (1977) *Imagen y apariencias del cuerpo humano*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Selvini, P.M., Cirillo. S., Sorrentino. (1999) *Muchachas anoréxicas y bullmicas*. España, Ed. Paidós.

- Serret, E. (2002) *Identidad femenina y proyecto ético*. México, Ed. PUEG, UAM-A y Ed. Poruua - Las ciencias sociales y Estudios de Género.
- Scott, J. (1990) "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En Amelang y Nash (eds.). *Historia y género: Las mujeres en la Europa Moderna y contemporánea*. España, Ed. Alfons El Magnánim Institució Valenciana D'Etudis I Investigacion. Pp. 23-56.
- Schlundt, D., Johnson, W.G. (1985) "Naturalistic functional analysis of eating behaviour in bulimia and obesity". En *Advances in Behaviour and Research Therapy*. 7(3). Pp. 149-162.
- Thompson, J. B. (1990) *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de comunicación de masas*. México, Ed. UAM-Xochimilco.
- Toro, J. (1996) *El Cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España, Ed. Ariel ciencia.
- Tubert, S. (2000) "Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica". En *Debate Feminista*, año 11, Vol. 22, Octubre.
- Unikel, C. (1998) *Desórdenes del comer en estudiantes y profesionales del ballet*. En tesis de maestría en Psicología Clínica. México, UNAM.
- Unikel, C.; Gómez-Peresmitré, G. (1996) "Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes estudiantas de danza, secundaria y preparatoria". En *Psicopatología*, Vol. 16. Pp. 121-126.
- Unikel, C.; Gómez-Peresmitré, G. (1999) "Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria en población general, de riesgo y clínica". En *Revista Mexicana de Psicología*, Vol 16. Pp. 141-151.
- Unikel, C.; Villatoro J.; Medina-Mora M.; Alcantar, E. (2000) "Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Datos en población estudiantil del Distrito Federal". En *Revista de Investigación Clínica*, Vol. 52(2). Pp. 140-147.
- Vandereycken, W. y Van Deth (1994) "Are eating Disorders culture-bound syndromes?". En K. A. Halmi (ed.): *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington, American Psychiatric Press.
- Vazquez, R.; López, X; Álvarez G; Ocampo, M. (2000) "Trastornos alimentarios y factores asociados con estudiantes de danza". En *Revista Psicología Contemporánea*, Vol. 7 (1). Pp. 56-65.
- Villarreal, L. (1999) *¿De qué tenemos hambre realmente?*. México, Ed. Oceáno.
- Viniegra, L; Salinas J. (1984) "Anorexia nervosa: ¿un problema de ingestión de nutrimentos?". En *Cuadernos de Nutrición*, Vol. 6. Pp. 33-36.

- Wallerstein, K. (1999) "La delgadez y otras negaciones en la publicidad de la moda contemporánea". En *Debate Feminista*, año 10, vol. 19, Abril.
- Wittig, M. (1983) "The Straight Mind", En *Feminist Issues*, Vol. 1 No. 1. Pp.103 -112.
- Wylie, M. S. (1989) "The mother Knot". En *Networker*, 13. Pp. 42-52.
- Wolf, N. (1992) "El Mito de la Belleza". En *Debate Feminista*, año 3, vol. 5, Marzo.
- Wooley, W. (1994) ". . . And Man Created "Woman": Representations of Women's Bodies in Western Culture". En *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. Edited by: P. Fallon, M. Katzman & S. Wooley. U.S.A., The Guilford Press.
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva.
- Zerbe, K. J. (1996) "Feminist Psychodynamic psychotherapy of eating disorders". Theoretic Integration Informing. Clinical Practice. En *The Psychiatric clinics of North America*, Vol. 19, No. 4, Diciembre. Pp. 811-824.