

**ANOREXIA Y BULIMIA: DISCURSOS MÉDICOS Y  
DISCURSOS DE MUJERES DIAGNOSTICADAS**

**TESIS DE DOCTORADO**

Autora: M. Eugenia Gil García

Directora de tesis: Teresa Ortiz Gómez

Granada, 2005



**Doña Teresa Ortiz Gómez**, catedrática de Universidad, profesora del Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia y del Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada.

CERTIFICA:

Que la memoria titulada **ANOREXIA Y BULIMIA: DISCURSOS MÉDICOS Y DISCURSOS DE MUJERES DIAGNOSTICADAS** ha sido realizada por **Doña María Eugenia Gil García** bajo mi dirección en el Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada para optar al grado de Doctora por la Universidad de Granada.

Granada a 13 de mayo de 2005

Fdo. Teresa Ortiz Gómez

a mi hija, a mi hijo,  
a mi madre, a mi padre y a mi tía  
por tantas cosas durante tantos días

al Instituto de Estudios de la Mujer  
y a todas las que lo hicieron y lo hacen posible

## AGRADECIMIENTOS

Para la realización de esta tesis he contado con apoyos personales e institucionales. Quisiera aquí reconocer mi agradecimiento al Ministerio de Sanidad y Consumo y al Instituto de Investigación Carlos III que financiaron, durante los años 2001-2003, el proyecto de investigación "Género y espacio social en los Trastornos de la Conducta Alimentaria en los adolescentes urbanos andaluces" en cuyo marco se realizaron las entrevistas a las mujeres diagnosticadas (FIS. Expte: 01/1093).

Mi especial reconocimiento al Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada y al Grupo de Investigación de Estudios de la Mujer, HUM (603), al que pertenezco. Además del apoyo material, los continuos debates con las colegas me han ayudado a perfilar y dar respuestas más precisas a mis interrogantes. A la Universidad de Jaén y a mis compañeros y compañeras que me han facilitado tiempo y recursos para llevarla a cabo.

Son muchas las personas que me han transmitido su experiencia en el desarrollo de la investigación. Me gustaría destacar las aportaciones teóricas y/o metodológicas de Nuria Romo, Pilar Mañas, Isabel Fernández, María Escudero, Charo Gil, M. Luisa Fernández Soto, Alicia Ramos, Ana Muñoz, Plácida Gómez, M. Eugenia Fernández Fraile, Sandra Pinzón, M. Ángeles Prieto, Silvia Toro, M. del Mar García Calvente, Lala Bono y Antonio Frías, la labor administrativa de Elena Torres y el diseño de la cubierta de Eugenia Garrido.

No me puedo olvidar de mis compañeras y amigas del quirófano: Cruz, Concha Gloria, Rosa Quero, Toñi Izquierdo, Virgilia, Ana, Lola Cano, Carmen Rodri, Gusti, Paloma, Carmen Mari, Rafalón, Tomás, Rosa Jiménez y Emilio Serrano. Sin su ánimo y sin sus cambios de turnos, este trabajo no se hubiera podido comenzar.

Siempre han estado presente mis amigos y amigas de vinos y películas: Conchi, Juan Pe, Rafa, Esteban, Mónica, Salva, Isacio y Lidia. Pero también mi amiga Marga y mis amigos y amigas flamencos/as que, aún sin estar, siempre estuvieron.

Pero sobre todo, gracias a mi amiga Teresa que supo verlo y a Curro por su infinita paciencia.

# ANOREXIA Y BULIMIA: EL DISCURSO MÉDICO Y EL DISCURSO DE MUJERES DIAGNOSTICADAS

INTRODUCCIÓN	1
1. INVESTIGACIONES SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA: ESTADO DE LA CUESTIÓN	7
1.1. Clínica y epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria	9
1.2. La anorexia a través de los estudios culturales y feministas. Aportaciones teóricas y empíricas.	21
2. MARCO TEÓRICO: CONCEPTOS, TEORÍAS Y PARADIGMAS PARA ANALIZAR LA ANOREXIA Y LA BULIMIA	43
2.1. El paradigma crítico	45
2.2. Fenomenología y constructivismo	51
2.3. Teoría feminista	55
2.3.1. El concepto de género	60
2.3.2. El sistema sexo/género	64
2.3.3. La ideología sexual	69
2.4. Proceso de individuación y reflexividad	77
3. FUENTES Y METODOLOGÍA	85
3.1. La perspectiva cualitativa	94
3.2. Análisis crítico del discurso	90
3.3. Fuentes	93
3.3.1. Fuentes documentales para analizar el discurso médico (1975 - 2003)	93
3.3.1.1. Artículos indexados en bases de datos del CSIC (IME e ISOC)	96
3.3.2. Entrevistas en profundidad para analizar el discurso de las mujeres diagnosticadas	99
3.3.2.1. Estrategias y dificultades de contactación	104
3.3.2.2. Los perfiles de las mujeres entrevistadas	109
3.3.2.3. El guión de la entrevista	112
3.3.2.4. Proceso de análisis	115
4. CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS DISCURSOS MÉDICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	119
4.1. Creación de la categoría clínica TCA	123
4.2. El inicio del proceso de difusión del discurso médico sobre la anorexia y la bulimia en España (1975-1989)	143
4.3. Tecnificación y búsqueda de la objetividad científica: la investigación clínica, el discurso nutricionista y la entrada de nuevas disciplinas (1990 - 1995)	155
4.4. La "epidemia" y el riesgo de las mujeres jóvenes: el discurso preventivista (1996-2003)	169
4.4.1. Nuevas "pacientes": síndromes parciales y los cuadros afines	175

4.4.2. Nuevos agentes: “la madre nutridora”, recursos asistenciales y la causa genética en la etiología del síndrome.	178
4.5. Los estudios de incidencia y prevalencia en España (1985-2001)	185
4.6. Conclusiones de los discursos médicos de los trastornos alimentarios	195
5. RELATOS Y DISCURSOS DE MUJERES DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS	199
5.1. LOS RELATOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS	203
5.1.1. BELÉN	205
5.1.1.1. Vida familiar y social.	
5.1.1.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia	
5.1.2. ANTONIA	224
5.1.2.1. Vida familiar y social	
5.1.2.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia	
5.1.3. MANUELA	240
5.1.3.1. Vida familia y social	
5.1.3.2. La experiencia de la anorexia	
5.1.4. TERESA	253
5.1.4.1. Vida familiar y social	
5.1.4.2. La experiencia de la anorexia	
5.1.5. HORTENSIA	263
5.1.5.1. Vida familiar y social	
5.1.5.2. La experiencia de la bulimia	
5.1.6. NOEMÍ	277
5.1.6.1. Vida familiar y social	
5.1.6.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia	
5.1.7. LAURA	293
5.1.7.1. Vida familiar y social	
5.1.7.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia	
5.1.8. BLANCA	312
5.1.8.1. Vida familiar y social	
5.1.8.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia	
5.1.9. ROCÍO	322
5.1.9.1. Vida familiar y social	
5.1.9.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia	
5.1.10. PILAR	333
5.1.10.1. Vida familiar y social	
5.1.10.2. La experiencia de la anorexia	
5.1.11. CARMEN	345
5.1.11.1. Vida familiar y social	
5.1.11.2. La experiencia de la bulimia	
5.1.12. PEPA	354
5.1.12.1. Vida familiar y social	
5.1.12.2. La experiencia de la anorexia	
5.1.13. LOLA	367
5.1.13.1. Vida familiar y social	
5.1.13.2. La experiencia de la bulimia	
5.1.14. PATRICIA	385
5.1.14.1. Vida familiar y social	
5.1.14.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia	

5.2. DISCURSOS DE MUJERES DIAGNOSTICADAS	405
5.2.1. Proceso de socialización y aprendizaje de roles	407
5.2.1.1. Aprender a ser mujeres	409
5.2.1.2. Trayectorias académicas	413
5.2.1.3. Relaciones de amistad y pareja	415
5.2.1.4. Modelos de referencia	417
5.2.1.5. Afrontamiento de conflictos	420
5.2.2. El significado del cuerpo delgado	423
5.2.2.1. Adelgazar: búsqueda de aprobación	427
5.2.2.2. Adelgazar: expresión de voluntad y autonomía	430
5.2.2.3. Adelgazar: muestra de insatisfacción	432
5.2.3. Las prácticas restrictiva y/o bulímica	433
5.2.3.1. Procesos de iniciación	437
5.2.3.2. De la práctica ocasional al hábito compulsivo o adictivo	441
5.2.3.3. La reflexividad anoréxica	446
5.3. Conclusiones de los discursos de las mujeres diagnosticadas	449
6. CONCLUSIONES	453
7. BIBLIGRAFÍA	463
8. ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS	511

## INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

Cuando en el año 1999 terminé el periodo de doctorado y comencé a preguntarme por el tema de investigación que iba a ocupar mi tiempo y esfuerzo durante los próximos años, decidí que el estudio sociológico de los trastornos alimentarios podía constituir mi tema de interés. Esta decisión la tomé por varios motivos. Primero, porque la anorexia se presentaba como una enfermedad social, lo que me permitía aunar mis intereses sanitarios y sociológicos. En segundo lugar, porque parecía que afectaba fundamentalmente a mujeres, lo que me permitió profundizar y descubrir aportaciones teóricas feministas. Por último, porque era una enfermedad relacionada con un contexto social determinado, las sociedades modernas reflexivas. En definitiva, en el tema de análisis escogido se aunaba un triple interés favorecido por mi condición de enfermera, socióloga y feminista.

Comencé a revisar bibliografía científica y de divulgación dedicada a los trastornos alimentarios y lo primero que me llamó la atención fue constatar que había una abundante literatura científica y de divulgación. La mayoría de las publicaciones eran artículos y monografías dedicadas a reflexionar y difundir hipótesis sobre el origen de los trastornos alimentarios, los factores que favorecen su implantación, las consecuencias que producen en las personas que los padecen y los tratamientos y/o remedios que se deben aplicar.

Trabajos que se abordan desde diversas disciplinas y distintas especialidades. En todos se consideran los trastornos alimentarios como una enfermedad social, es decir, una enfermedad producida y/o favorecida por una determinada forma de organización social.

Las investigaciones médicas y psicológicas sobre los trastornos alimentarios centran su interés en analizar las repercusiones que tiene la enfermedad en personas afectadas, tratan de comprender los mecanismos psíquicos que las originan y perpetúan. Las investigaciones epidemiológicas se interesan por las poblaciones diagnosticadas y los grupos de riesgo con el objetivo de prevenir la enfermedad. Las investigaciones culturales y sociales de los trastornos alimentarios estudian la importancia que adquiere el cuerpo en las sociedades modernas reflexivas, por el fenómeno de la delgadez y/o cómo la delgadez y la preocupación por el cuerpo favorecen los trastornos alimentarios. Las reflexiones e investigaciones realizadas desde perspectivas feministas advierten de tres aspectos fundamentales: Primero, la gran visibilidad social de los trastornos alimentarios; segundo, la relación entre prácticas restrictivas o bulímicas en la alimentación y los roles de género y, por último, la importancia de los trastornos en la adolescencia como una franja de edad específica que tiene como elemento característico la conformación de la identidad y la valoración de la individualidad, en la que el cuerpo adquiere un protagonismo especial. Un análisis detallado de estas aportaciones lo haré en los dos epígrafes del capítulo 1.

Si bien estas aportaciones parecen satisfactorias para comprender algunos mecanismos que están implícitos en los trastornos alimentarios, me dejaban muchas preguntas sin resolver. Entre ellas: ¿Cuándo y por qué se origina un discurso médico de la anorexia? ¿Qué elementos pone de relieve dicho discurso y qué sesgos lleva implícitos? ¿Qué significado tiene para las mujeres diagnosticadas la práctica restrictiva y/o bulímica? ¿Qué sentido le dan al cuerpo y a la alimentación? ¿Qué situaciones y circunstancias durante el proceso de socialización favorecen los trastornos alimentarios en las mujeres? ¿Por qué una práctica que se realiza con mucha frecuencia en las sociedades modernas reflexivas, como es ponerse a dieta, se convierte en determinadas mujeres en una práctica adictiva o compulsiva? Y por último, ¿tiene alguna repercusión la visibilidad social de los trastornos alimentarios en el propio proceso de enfermar?

Para responder a estas preguntas formulé dos objetivos generales. El primero, analizar la creación de la categoría *Trastornos del Comportamiento Alimentario* (TCA) y su proceso de difusión. Me interesaba conocer los argumentos y la lógica que subyace en el discurso médico de la anorexia para comprender los elementos que pone de relieve y analizar los posibles sesgos. Adopté una perspectiva histórico-constructivista según la cual las categorías son formas acordadas y convenientes de representar una realidad, nacen en un contexto social determinado y se crean con el convencimiento de que mejora las anteriores, de que aportan una nueva perspectiva, una

nueva mirada, un nuevo conocimiento. El segundo objetivo se centró en conocer y analizar el discurso de las mujeres diagnosticadas de TCA. En este caso me interesaban los motivos y el significado que las mujeres dan a las prácticas restrictiva y/o bulímicas. También otorgué una especial valoración al contexto en el que tienen lugar dichas prácticas. Es decir, consideré que las alteraciones del comportamiento alimentario pueden reflejar una respuesta razonable ante determinadas condiciones sociales adversas.

Las herramientas conceptuales acuñadas por la fenomenología constructivista y la teoría feminista marcaron las pautas por donde iba a discurrir mi trabajo de investigación. Los ejes centrales fueron el concepto de representación colectiva y la teoría del sistema sexo/género. Desde el comienzo, tuve claro que mi interés se centraba en analizar el hecho social y no el comportamiento individual. La relectura de Emile Durkheim me proporcionó herramientas para abordar el problema. Sin embargo, necesitaba otros conceptos que interconectarán los procesos macrosociales, que afectan a la estructura social, con los mecanismos microsociales que tienen relación con los significados subjetivos que las personas dan a sus actos. Esta conexión la encontré en el concepto de género enriquecido con las aportaciones de Judith Buhtler. El género, entendido como un lugar en el que se articulan la estructura social y las percepciones y comportamientos de las agentes, como una forma de funcionamiento, como un proceso en interacción entre niveles macro y microsocial y, por ello, como un

posible lugar de cambio y de resistencias. La teoría feminista me proporcionó foco, compromiso y estímulo crítico para mirar la anorexia con el interés de proporcionar un sereno correctivo a las tendencias esencialistas y a los sesgos implícitos. El desarrollo del marco teórico lo abordo en el capítulo 2.

Las fuentes que he utilizado han sido de dos tipos. Para conocer el discurso médico sobre la anorexia he utilizado monografías y artículos publicados en revistas españolas científico-médicas recogidas en bases de datos bibliográficas. Para analizar el discurso de las mujeres he recurrido a entrevistas en profundidad. En todo el proceso de análisis procuré alejarme de la consideración de las mujeres como entes pasivos, arrastradas por fuerzas sociales, para destacar las intenciones y los motivos que ellas expresan para realizar determinadas prácticas. Entender las acciones como estrategias, más o menos útiles, para obtener ventajas comparativas en situaciones de interacción, supone analizar los relatos e interpretar el discurso de las mujeres como agentes sociales activos, lo que hace girar la interpretación y la búsqueda de alternativas. Utilizo la teoría feminista para destacar la importancia de la subjetividad de las mujeres, para mostrar las contradicciones, discusiones y resistencias en sus experiencias. En el capítulo 3 expongo las fuentes y metodología utilizada.

En el capítulo 4 trato de dar respuesta a preguntas acerca de la visibilidad de los trastornos alimentarios y los argumentos y lógica que subyacen en el discurso médico, tratando de desvelar los valores sociales y los sesgos implícitos. El capítulo 5, recoge el análisis del discurso de las mujeres diagnosticadas y está presentado en dos epígrafes. En el primero, repaso la trayectoria vital de cada una de las entrevistadas, en el segundo pongo en relación los relatos para analizar el discurso que constituyen. Es decir, llevo a cabo una lectura transversal en la que analizo el proceso de socialización y las implicaciones del sistema sexo/género en la construcción de la identidad y en el significado que las mujeres dan a sus cuerpos y a la práctica restrictiva y/o bulímica; y trato de establecer los elementos comunes y divergentes en sus experiencias. Por último, examino la relación que tiene la visibilidad de los trastornos alimentarios con el proceso de enfermar.

# 1. INVESTIGACIONES SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA: ESTADO DE LA CUESTIÓN

“la sociología es una narración, pero el mensaje de esta peculiar narración es que hay más maneras de contar una historia de las que nos imaginamos en nuestra narración cotidiana de historias; y que hay más maneras de vivir de lo que hacen pensar cada una de las narraciones que contamos y en las que creemos, aún cuando cada una de ellas parezca la única posible” (Bauman 2001).

## 1.1. Clínica y epidemiología de los Trastornos de la Conducta

### Alimentaria

Anorexia es un término que procede del griego, significa etimológicamente falta de apetito (Mascaró 1981). Sin embargo, este significado no se corresponde con el sentido clínico del término, más próximo a la idea de rechazo a la alimentación con el objetivo de mantener un peso corporal por debajo de los valores mínimos normales (DSM IV-TR 2002:653). La actitud anoréxica que está documentada y recogida en la literatura médica y religiosa ha tenido distintas consideraciones a lo largo de la historia en función del discurso social y cultural de la época. A las personas que ayunaban de forma voluntaria se las consideró santas, herejes o enfermas (Shorter 1987; Vandereycken y Van Deth 1989; Bemporad 1997; San Sebastián 1999; Turón 1997; Martínez Benlloch 2001; Castillo, León, López *et al.* 2003). Como entidad nosológica, la anorexia adquiere carácter clínico a finales del siglo XIX con las descripciones de Gull (1874) en Inglaterra y Lasègue (1873) en Francia quienes la denominan respectivamente "anorexia nerviosa" y "anorexia histérica" (Brumberg 1988; Vandereycken y Van Deth 1989; San Sebastián 1999). Términos que conviven hasta que, en 1980, la *American Psychiatric Association* (APA) describe, en la tercera edición del Manual

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales la caracterización específica del síndrome<sup>1</sup> (DSM III 83).

La palabra bulimia hace referencia a la sensación de hambre exagerada (Mascaró 1981) y, al igual que ocurre con anorexia, tampoco se corresponde con el sentido clínico del término que, actualmente, se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos de conductas purgativas o ingesta de laxantes con el fin de evitar el aumento de peso (Mora y Raich 1993; Gargallo, Fernández y Raich 2003). La bulimia nerviosa se caracteriza por "episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo" (DSM IV-TR 2002: 653).

Desde 1994, año en que se publica la última clasificación aceptada internacionalmente de los trastornos mentales (DSM IV), la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, se engloban dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (a partir de ahora haré referencia a los TCA). (En el capítulo 4 analizaremos el proceso de construcción de la categoría y los cambios que se han ido introduciendo).

---

<sup>1</sup> Los DSMs son que reúnen los criterios para diagnosticar los trastornos mentales con el fin de "instaurar tratamientos y adoptar decisiones en las diferentes situaciones clínicas". La validez de las categorías diagnósticas vienen dadas por "su correspondencia con los datos generados por la investigación" (DSMIII 1983:5).

En la actualidad (DSM IV-TR 2002) la *anorexia nerviosa* y la *bulimia nerviosa* se consideran trastornos graves de la conducta alimentaria, caracterizados por una búsqueda deliberada de pérdida de peso, inducida y mantenida por la propia persona, mediante actitudes restrictivas y/o purgativas en la alimentación o la realización excesiva de ejercicio. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman los elementos centrales de los trastornos alimentarios. Ambos síndromes son considerados trastornos mentales y como tales están recogidos en las clasificaciones especializadas. El DSM IV-TR define al trastorno mental como “un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad” (DSM IV-TR 2002: 29).

También en la actualidad dentro de la categoría diagnóstica TCA se incluye la categoría de *Trastorno de la conducta alimentaria no especificado* que se define como “los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica” (DSM IV-TR 2002: 665-666).

Existe acuerdo entre las personas expertas al considerar que los TCA se inician en la pubertad (Emans 2000; Anstine y Grinenko 2000; Walcott, Pratt y Patel, 2003; Kjelsas, Bjornstrom y Götestam 2004) y predominan en el sexo femenino en una frecuencia que oscila entre el 90 y el 95% (Bruch 1966; Halmi 1974; Turón 1997; Behar, de la

Barrera y Michelotti 2001; Striegel-Moore y Cachelin 2001; Walcott, Pratt y Patel 2003).

Así pues, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos alimentarios no específicos son alteraciones graves de la conducta alimentaria que tienen como características esenciales que son "conductas" tipificadas como "enfermedad", cuyo objetivo es alterar el peso corporal y que, como veremos a continuación, las realizan en mayor medida mujeres.

Lo más característico de la clínica o sintomatología de la anorexia es que, poco a poco, se instaura el deseo de perder cada vez más peso y el miedo intenso a engordar. Para disminuir el peso el o la paciente restringe las cantidades de comida, realiza ejercicio físico, vomita tras la comida y/o consume laxantes, diuréticos u otros medicamentos considerados adelgazantes. La malnutrición acentúa las alteraciones en los neurotransmisores provocando alteraciones psicológicas y manifestaciones clínicas. Las alteraciones en los neurotransmisores afectan a los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico, dopaminérgico y a los opiáceos endógenos. Se produce de este modo lo que denomina "el círculo vicioso de la anorexia" (Castro 2000).

Por su parte, la bulimia nerviosa que se caracteriza por la pérdida de control sobre la conducta de la alimentación, presenta

como característica clínica los episodios recurrentes de voracidad, seguidos de conductas purgativas (vómitos autoinducidos, empleo de laxantes y/o diuréticos, y la práctica excesiva de ejercicio físico) que buscan compensar la cantidad de alimentos ingeridos y controlar el peso (Turón 1997:133). En muchos casos, periodos restrictivos en la alimentación están seguidos de conductas purgativas. Parece que en el inicio se produce una restricción alimentaria como consecuencia de la insatisfacción con el cuerpo y, posteriormente, comenzarían los episodios de descontrol alimentario con atracones de comida seguidos de vómitos autoprovocados o purgas y, de nuevo, restricción alimentaria. Este cuadro es difícil de detectar y suele transcurrir un tiempo hasta que la persona afectada decide pedir ayuda o hasta que una complicación médica lo pone en evidencia. La evolución del cuadro puede producir alteraciones cardiovasculares, endocrinas, hematológicas, gastrointestinales y esqueléticas (Madruga, García Aparicio, Gutiérrez *et al.* 1994: 12 -16). Tiene tendencia a la cronicidad y es de difícil resolución (Morandé y Casas 1994: 31-32).

Existe unanimidad entre los autores al considerar que, para desarrollar trastornos alimentarios, es necesaria la interrelación de factores biológicos, sociales y psicológicos. Sin embargo, encontramos diferencias entre los autores al acentuar la importancia entre los diversos factores.

Los factores socioculturales desempeñan un papel etiológico central (Fairburn, Cowen y Harrison 1999b; Castro 2000; Toro 1999; Chinchilla 2003; Rojo y Cava 2003; Toro, Canto, Castro *et al.*1999) y se concretan en la presión de los medios de comunicación sobre las mujeres que origina el deseo de un cuerpo delgado y provoca lo que algunos autores denominan “*anhelo de delgadez*” (Toro, Canto, Castro *et al.*1999)<sup>2</sup>. Otros autores, como Shushtarian y Maldonado (2003), destacan el valor y significado social de la delgadez como sinónimo de belleza y prestigio y como elementos centrales en el origen y mantenimiento de los TCA.

El modelo etiológico se resume en el modelo bio-psico-social de Alexander Lucas (Figura 1) que permite integrar en el origen y mantenimiento de la anorexia la acción conjunta de factores de riesgo que podemos agrupar en factores predisponentes, desencadenantes y factores de mantenimiento.

---

<sup>2</sup> Este mismo autor comenta: “Hay que afirmarlo rotundamente: sin ese anhelo de delgadez no existirían las actuales anorexia y bulimia nerviosas, o solo surgirían en proporciones tan insignificantes que pasarían desapercibidas, tal como ocurría en la primera mitad de este siglo XX” (Toro 1999: 37).

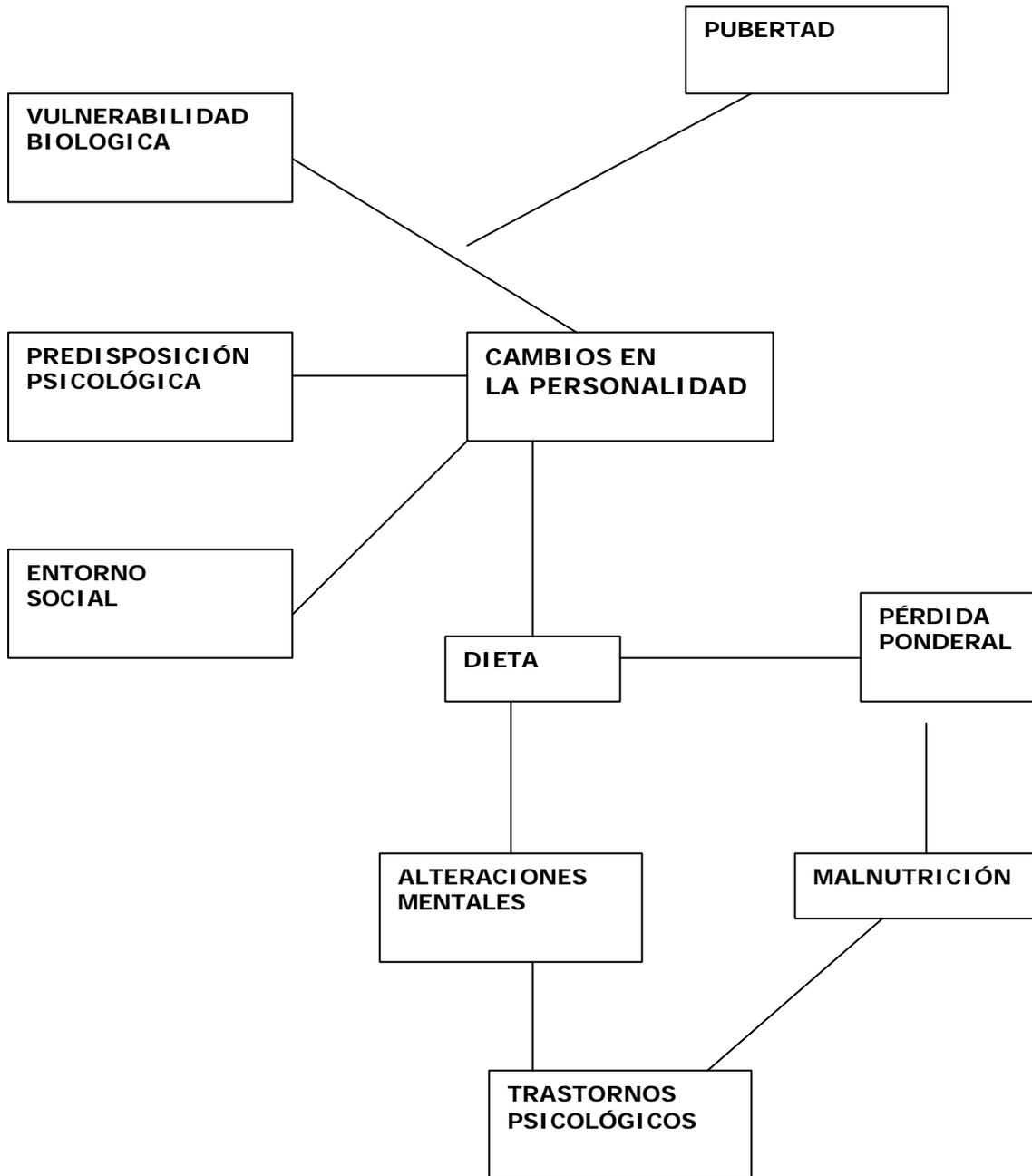


Figura 1: Modelo bio-psico-social de Lucas tomado de García Resa 2003:21

Los factores predisponentes más estudiados son los genéticos y familiares, y entre estos últimos los traumas acontecimientos adversos producidos durante la infancia. Las investigaciones muestran que la dinámica familiar influye en los TCA, se observa que estos aparecen con más frecuencia en organizaciones familiares disfuncionales con alteraciones afectivas. Así mismo, algunos autores identifican características de personalidad típica en estos pacientes como la tendencia al perfeccionismo, a la obediencia y a la sumisión (García Resa 2003:22). Los factores genéticos y familiares actuarían favoreciendo los trastornos alimentarios en personas que presentan una vulnerabilidad biológica relacionada con una falta de maduración en el hipotálamo y en ciertas vías de transmisión neuronal. Las personas que padecen trastornos alimentarios presentan, entre otras alteraciones, déficit en la actividad noradrenérgica, un incremento de la actividad opioide del hipotálamo y una alteración en las concentraciones de serotonina (García Resa 2003; Treasure 2003).

Andreas Karwautz (2003) realiza un análisis de los resultados de las investigaciones centradas en analizar los riesgos genéticos, de personalidad y familiares en los trastornos alimentarios. Concluye que la carga genética no es necesaria ni suficiente para explicar el desarrollo de un trastorno alimentario (Collier 2002 citado en Karwautz 2003) y, a pesar de que los estudios gemelares indican que los factores genéticos tienen importancia en la anorexia nerviosa, hay que tener en cuenta que los factores ambientales son responsables entre el

30 y el 65% de la variabilidad (Fairburn, Cowen y Harrison 1999). Por otro lado, existen evidencias de que los trastornos alimentarios se agrupan en familias (Davis, Shuster, Blackmore *et al.* 2004) pero los estudios familiares no diferencian entre los factores heredados genéticamente y los transmitidos por el entorno. La investigación de genética molecular llevada a cabo por Gorwood y colaboradores en 2002 no encontró vinculación entre el polimorfismo del gen receptor 5HT 2<sup>a</sup> y la anorexia nerviosa, como habían puesto de manifiesto otras investigaciones anteriores.

Con respecto a los rasgos de personalidad, Karwautz encuentra que es muy difícil distinguir entre los rasgos que predisponen a sufrir una enfermedad y los que son consecuencia de ella. Para este autor, existen dos rasgos de personalidad que están muy presentes en las personas que padecen anorexia: el perfeccionismo y un temperamento fuerte (Karwautz 2003: 129). El perfeccionismo se ha identificado como un factor de riesgo tanto para la anorexia como para la bulimia, está presente antes de la aparición del trastorno, se incrementa durante la enfermedad y se mantiene tras la recuperación. Sin embargo, no existe ningún estudio, hasta la fecha, que haya realizado un seguimiento prospectivo de una muestra desde el periodo premórbido hasta el posterior a la recuperación.

Con respecto al temperamento, el estudio más amplio publicado hasta la fecha indica que entre las personas que padecen TCA existen

niveles más altos de evitación del dolor y más bajos de cooperatividad (Klump, Bulik, Pollice *et al.* 2000). Otras investigaciones indican que estos y estas pacientes muestran mayor desamparo en sus estrategias de afrontamiento, pues mientras que los pacientes anoréxicos emplean estrategias de evitación, los bulímicos se obsesionan con sus problemas (Troop, Holbrey y Treasure 1998). Sin embargo, no se sabe si los diferentes estilos de afrontamiento son una consecuencia del significado del acontecimiento, de las experiencias individuales en su desarrollo o de una predisposición temperamental. Conviene recordar que los factores temperamentales son resultado de las experiencias de aprendizaje tempranas. Fairburn y colaboradores encontraron que la evaluación negativa de sí mismo es un factor de riesgo relativamente importante para sufrir anorexia nerviosa y en la bulimia se manifiesta timidez, soledad y sentimientos de inferioridad durante la etapa adolescente previa a la aparición del trastorno (Fairburn, Cooper, Doll *et al.* 1999a).

Al revisar la literatura científica sobre la interacción familiar en los y las pacientes de trastornos alimentarios, no se encuentran diferencias marcadas entre las familias que tienen una hija o un hijo con anorexia nerviosa y aquellas que no lo tienen. Los trastornos alimentarios afectan al funcionamiento familiar del mismo modo que otras enfermedades crónicas, pero no existen pruebas derivadas de la investigación que respalden que las dinámicas familiares sean las responsables del trastorno. Se sabe que disponer de un apoyo social

adecuado es una variable que influye sobre la vulnerabilidad de los trastornos mentales. Los pacientes con trastornos alimentarios tienen un déficit en sus relaciones sociales y en los apoyos sociales (Karwatz 2003:131-33).

Los trastornos alimentarios constituyen un problema emergente en las sociedades occidentales. En las dos últimas décadas, algunos trabajos utilizan el término de "epidemia" para resaltar el aumento de la incidencia y de la prevalencia (Morandé 1998; Pedreira Massa 1998; Guerra-Prado, Barjau Moreno y Chinchilla Moreno 2001; Chinchilla 2004).

Las investigaciones clínicas y epidemiológicas reflejan un incremento de personas afectadas por los trastornos alimentarios a partir de los años 70 en los países occidentales, incremento que se exagera en la década de los ochenta (Lázaro 1999: 49). Las investigaciones parecen mostrar que la incidencia, o aparición de nuevos casos en un periodo de tiempo determinado, es alta y creciente (Guerra-Prado, Barjau Moreno y Chinchilla Moreno 2001).

En España, no existen estudios que den cifras del aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios. Sin embargo, sí existen muchos estudios de prevalencia, es decir, investigaciones que se centran en mostrar el número de casos existentes en un momento

concreto en distintas provincias y comunidades autónomas llevadas a cabo. En el capítulo 4 realizamos un análisis de estas investigaciones.

Los estudios más rigurosos en cuanto a la metodología empleada, por utilizar muestras representativas de la población, son la tesis doctoral de Ruiz Lázaro (1999) llevada a cabo en Zaragoza y la investigación realizada en Navarra por Pérez Gaspar y colaboradores publicada en el año 2000.

Ruiz Lázaro (1999) estimó una prevalencia de los trastornos alimentarios en 4,51% de las mujeres adolescentes escolarizadas en Zaragoza. Para estimar la prevalencia utilizó la Escala de Actitud Alimentaria (EAT-40) y una entrevista clínica realizada por un especialista en psiquiatría con el objetivo de ver si cumplían los criterios diagnósticos del DSM IV. La combinación de ambos métodos dio como resultado una prevalencia de anorexia nerviosa, con criterios diagnósticos del DSM IV, del 0,14% de las mujeres adolescentes escolarizadas de Zaragoza, un 0,55% de bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados 3,83%.

Pérez-Gaspar, Gual, de Irala Estévez *et al.* (2000) investigaron la población femenina de Navarra de edades comprendidas entre 12 y 21 años y calcularon una prevalencia de trastornos alimentarios del 4,1%. De ellos el 0,8% padecen anorexia nerviosa, el 0,3% de bulimia

nerviosa y presentan trastornos alimentarios no especificados el 3,1% de la población.

## **1.2. La anorexia a través de los estudios culturales y feministas: aportaciones teóricas y empíricas**

Hemos visto que la mayoría de trabajos reconocen la importancia de los fenómenos sociales y culturales en el origen y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. Sin embargo, existen pocas investigaciones en el ámbito español que se aproximen al fenómeno desde una perspectiva social y cultural.

En el ámbito anglosajón, se han llevado a cabo reflexiones teóricas sobre el fenómeno de la búsqueda de la delgadez en la cultura occidental utilizando la categoría género para explicar los motivos que llevan a las mujeres, en mayor proporción que a los hombres, a buscar un cuerpo delgado. Es decir, analizan el sentido social de la delgadez y su nexa con la desigualdad de género<sup>3</sup> tratando de comprender los elementos de la estructura social que favorecen las conductas restrictivas o purgativas.

En *The obsesión: Reflections on the tyranny of slenderness* Kim Chernin (1981) considera que la *cultura del bello sexo* presenta, en

---

<sup>3</sup> Entre las autoras que han analizado el sentido cultural de la delgadez desde una perspectiva feminista destacan en el ámbito anglosajón Susan Bordo, Susie Orbach, Kim Chernin, Patricia Fallon, Naomi Wolf, Susan Wooley y Roberta Seid y, en España, Mariluz Esteban, Mabel Gracia Arnáiz, Isabel Martínez Benlloch.

nuestros días, todos los rasgos de un “culto religioso”, un dispositivo litúrgico que supone la continuación de la religión por otros medios. La autora considera que la obsesión por la delgadez es una prolongación de los valores ascéticos milenarios, una expresión de odio contra la carne similar a la que profesaban los teólogos en la Edad Media (Chernin 1981 cit. en Lipovestky 2000: 129). La misma autora en *Womansize: The tyranny of slenderness* (1983) sugiere que la paciente anoréxica mantiene una lucha contra su propio cuerpo con una doble finalidad. A nivel básico trata de borrar las marcas visibles de su sexo mientras que, por otro lado, protesta simbólicamente contra la marca de poder de las mujeres. Es decir, al ser negado el poder en la esfera pública la anoréxica ejerce su revancha ejerciendo el control de la única área en donde ella siente que tiene autoridad: su propio cuerpo (Chernin 1983 cit. en López 1998).

Susan Bordo en un capítulo del libro *Reading the slender body* (1990) aporta una mirada muy interesante en la que se despega de la hipótesis patológica de la preocupación por la dieta y la gestión del cuerpo. Considera que la excesiva atención a la dieta, la gordura y la delgadez no son inquietudes patológicas ni están fuera de la norma, antes al contrario “pueden funcionar como una de las más poderosas estrategias normalizadoras de nuestro siglo asegurando la producción de *cuerpos dóciles*, autodisciplinados y autocontrolados, sensibles a cualquier salida de la norma social y habituados a la auto mejora y la transformación al servicio de la norma social” (Bordo 1990: 83). Poner

el foco sobre la patología, mantiene Bordo, desvía el reconocimiento del medio central que es la reproducción de género. Parte de la distinción que hace Mary Douglas en *Natural symbols* (1991) entre cuerpo físico (microcosmos) y cuerpo social (macrocosmos), considera que en el cuerpo físico se reproducen simbólicamente las vulnerabilidades y las ansiedades del cuerpo social y que ambos están atravesados por las consideraciones de género. Bordo considera que en el ideal de delgadez contemporáneo propio de las sociedades occidentales se cumplen dos funciones: por un lado designar la posición social, el estatus de clase y de género y de otro lado, indicar a las otras personas el estado del "espíritu". Estas circunstancias se ven favorecidas por la gestión cultural que, en estas sociedades, se hace del deseo femenino y por la trayectoria vital de las mujeres que parte de un destino reproductivo.

El ideal de delgadez no afecta a todas las partes del cuerpo por igual sino que se asocia a un cuerpo terso y bajo control. No es la búsqueda de un cuerpo delgado sino la ausencia de un cuerpo flácido, blando y suelto que muestra exceso y falta de control. "La firmeza del cuerpo opera como un marcador del orden o desorden personal e interior, como un símbolo del estado del espíritu.... sugiere fuerza de voluntad, energía, control sobre los impulsos infantiles, habilidad de hacer algo por uno mismo" (Bordo 1990: 94-96). En la relación entre delgadez y cuerpo social encuentra que, en la gestión interna del cuerpo, se reproducen las inestabilidades del cuerpo social. En el

capitalismo consumista avanzado, la construcción agnóstica de la personalidad es producida por la estructura contradictoria de la vida económica. Como *yo productores* tenemos que ser capaces de sublimar reveses o reprimir deseos de gratificaciones inmediatas, tenemos que cultivar la ética del trabajo, mientras que como *yo consumidores* servimos al sistema a través de la capacidad ilimitada de capitular al deseo y abandonarse al impulso. Regular el deseo se puede convertir en un problema, ya que nos encontramos continuamente entre el impulso de consumo y la moderación del exceso. En la comida y en la dieta se expresan estas contradicciones del cuerpo social influidas por las diferencias de género. Así pues, para Susan Bordo el deseo del cuerpo delgado femenino puede tener significados aparentemente contradictorios. La repulsión hacia las caderas, vientres y pecho puede ser vista como una rebelión contra la feminidad doméstica y maternal, una reacción contra las evocaciones del poder maternal; pero también puede ser vista como un deseo de no subvertir el orden masculino con los valores propios del orden femenino y de aceptación del autocontrol que impone la norma social.

Naomi Wolf en *El mito de la belleza* (1991) acuñó el término de "revancha estética" con el que pone de manifiesto que las conminaciones a la belleza constituyen un recurso para recomponer la jerarquía tradicional de los sexos, para "poner de nuevo a las mujeres en su sitio" y para reinstalar a las mujeres en una condición de seres que existen más por su apariencia que por su "hacer" social. Insistir en

el cuerpo y en sus cuidados para mejorar la representación hace perder a las mujeres la confianza en sí misma y absorberlas en preocupaciones estético-narcisistas. De este modo el culto a la belleza funcionaría como un arma destinada a detener la progresión social de las mujeres: "Cuando el valor social básico de la mujer dejó de ser la consecución de la domesticidad virtuosa, el mito de la belleza hizo que el nuevo valor principal fuera la consecución de la belleza virtuosa. El objetivo era introducir un nuevo imperativo consumista y una nueva justificación para la injusticia económica en el trabajo allí donde los anteriores habían perdido su dominio sobre las mujeres recientemente liberadas" (Wolf 1991: 23).

Recogiendo estas aportaciones teóricas, y aplicándolas a la comprensión de los TCA. En 1994 se edita una compilación de investigadoras feministas anglosajonas que analizan el fenómeno de la anorexia y la bulimia desde una perspectiva social y cultural. Esta obra, coordinada por Patricia Fallon, Melanie Katzman y Susan Wooley y publicada con el título *Feminist perspectives on eating disorders* (Fallon, Ktzman y Wooley 1994). En diferentes capítulos de este libro, se realiza un recorrido histórico de la obsesión de las mujeres por la delgadez (Seid 1994) y se estudia la importancia de la imagen en la cultura occidental (Wooley 1994) así como la relación entre determinadas enfermedades y los roles de género (Perlick y Silverstein 1994; Wolf 1994). Otras aportaciones se centran en el análisis del cuerpo femenino, como Melanie Katzman que aborda la contradicción

que se produce entre los roles reproductivos y productivos en las sociedades occidentales y su relación con el incremento de los TCA (Katzman 1994) o Bonita Brigman (1994) que realiza una comparación entre los discursos del cuerpo en cuatro generaciones de mujeres. Así mismo, analizan la relación entre trastornos alimentarios y abusos sexuales (Wooley 1994), medicalización y hospitalización (Raymond, Mitchell, Fallon *et al.* 1994), a la vez que realizan propuestas en las que incorporan aproximaciones feministas en las terapias de los trastornos alimentarios tratando de reconstruir la lectura que las mujeres realizan del cuerpo delgado femenino (Tolman y Debold 1994) (Wooley 1994). La obra finaliza con diversos capítulos dedicados a abrir nuevas líneas de prevención de los TCA centradas en la educación (Shisslak y Crago 1994) y la necesidad de reflexionar sobre la conveniencia de incorporar a la agenda feminista la investigación de los desórdenes alimentarios (Striegel-Moore 1994).

En España, durante los últimos 15 años se han publicado varios trabajos en los que se estudian los trastornos alimentarios desde perspectivas culturales y de género.

Conxa Perpiñá (1989) realizó el primer estudio crítico sobre la categoría diagnóstica TCA publicada en el DSM III. La autora considera que centrar la atención en el peso y en los patrones alimentarios limita la posibilidad de un diagnóstico certero ya que no permite explicar los límites que existen entre los tres tipos de trastornos ni establecer los

límites difusos entre la población clínica y la población no clínica. Cree que existe un factor que aúna y explica la gran disparidad de los criterios clásicos utilizados: "la idea sobrevalorada de adelgazar". Propone la posibilidad de conceptualizar la totalidad de los trastornos alimentarios como un continuo de gravedad respecto a la preocupación por el peso y las conductas de dieta. Considera que la "patología" no radica en el peso en sí, sino en las actitudes y creencias que se tengan respecto a este y en la "necesidad" de reducirlo (Perpiñá 1989). Sin embargo, como analizaremos en el capítulo 3, esta línea crítica no tiene continuidad hasta finales de los años 90 cuando será retomada por el grupo coordinado por Isabel Martínez Benlloch (Martínez Benlloch, Bonilla Campos, Dio Bleichmar *et al.* 2001).

Utilizando el marco teórico psicoanalítico, Manuel Villegas (1997) entiende la anorexia como "una patología de la libertad" en la que se produce una restricción de la corporalidad. Se trataría de un conflicto propio de la subjetividad que consiste en la negación y corporal a la vez que produce la afirmación de un yo etéreo o espiritual. El autor analiza el discurso de entrevistas realizadas a mujeres diagnosticadas de anorexia, entrevistas que habían sido realizadas con un enfoque clínico y publicadas con anterioridad. Concluye afirmando que el incremento de la patología en las sociedades actuales se ha debido a que el cuerpo constituye, como antes nunca lo había hecho, la presentación del ser humano en la sociedad. El cuerpo es, ante todo, apariencia; es la re-presentación a

través de la cual otras personas nos conoce. La imagen o apariencia de la corporalidad se convierte en un objeto simbólico que muestra el grado de ascetismo y la riqueza material conseguida. Apoyándose en las tesis mantenidas por Susan Bordo concluye que la delgadez y el rechazo a la comida debe observarse como una “patología de las protestas femeninas que entran en colusión con las condiciones culturales que las determinan, reproduciendo más que transformando, lo que constituye el objeto de su protesta” (1997: 83). Para el autor resulta significativo que, tanto la anorexia como la histeria, hayan alcanzado su punto máximo de expansión durante los periodos históricos de reacción cultural contra los intentos de reorganización y redefinición de los roles masculinos y femeninos. Pone en entredicho los criterios diagnósticos utilizados por el DSM III y DSM IV para describir la fenomenología anoréxica, ya que estos atribuyen un valor fundamental a fenómenos que él considera triviales: la preocupación por el peso y la percepción de la autoimagen.

Con una perspectiva también psicoanalítica, Luis S. López Herrero (1999) critica la clasificación psiquiátrica que convierte la anorexia en una entidad autónoma, una estructura clínica *per se*. Considera la anorexia como un síntoma, o conjunto de síntomas que se pueden desarrollar en personas con diversos cuadros psicopatológicos y diferente estructura de personalidad. La anorexia es, desde esta perspectiva, el resultado de un conflicto psíquico, una forma sintomática de presentación. Al ser un síntoma que puede

aparecer en diversas patologías, no es percibido como un trastorno característico de las mujeres, aunque sean las mujeres quienes la padezcan con más frecuencia. Evita hacer del patrón hormonal femenino, y de algunos de sus efectos como la amenorrea, el elemento constitutivo esencial. Desde esta óptica el rechazo al alimento es algo que puede quedar englobado dentro de cualquier estructura clínica, como la melancolía, la paranoia o los estados catatónicos.

Con una perspectiva sociológica, Pilar Cisnero (2001) y Aina López (2001) realizan, una aproximación teórica al estudio de la anorexia y la bulimia. Cisnero (2001) considera que el modelo físico de la delgadez esta asociado al triunfo personal. En este contexto el cuerpo se presenta como un proyecto identitario pero, a la vez, en él se expresan el conflicto social y las nuevas formas de dominación. López Yáñez (2001) entiende la anorexia como un comportamiento que sufren y desarrollan personas concretas, pero su interés no se centra en el comportamiento individual *sensu stricto*, sino en la "respuesta individual significativa" cuyo contenido sólo puede ser comprendido atendiendo a su valor en el amplio y conflictivo universo simbólico formado por los hechos culturales (López Yáñez 2001:86). Utiliza como marco interpretativo la teoría de la anomia de Durkheim y de la conducta desviada de Robert Merton. Concluye que la anorexia es una respuesta a una situación anómica. La belleza corporal, como fin cultural, presenta un fuerte carácter anómico ya que es, fundamentalmente, un atributo físico de carácter innato que ofrece a

los sujetos poca vía para su logro y, además, el acceso a los medios de adquisición de la belleza están restringidos, económica y culturalmente, como lo está todo el sistema de objetos y servicios de consumo.

La teoría feminista ha sido especialmente fecunda en el análisis de los trastornos alimentarios. Gemma López (1998) realiza una reflexión crítica de las posturas que entienden la anorexia como una búsqueda del ideal de belleza reflejado en las figuras espigadas de las modelos famosas, a través de las cuales, se construye y proyecta la imagen de la mujer que sufre la patología como una persona caprichosa. Utilizando el marco teórico propuesto por Kim Chernin (1983), analiza el proceso anoréxico como una crítica metafórica que expresa la búsqueda de reconocimiento de la mujer como ente racional.

En este mismo sentido, M. Luz Esteban (1997b, 2004) analizó la importancia que adquiere el cuerpo en las sociedades occidentales contemporáneas, las actividades relacionadas con el cuidado, la presentación y el disfrute del cuerpo forman parte de la preocupación y la ocupación social. La autora da cuenta de la paradoja que supone potenciar el consumo de mercancías que favorecen el cuidado y la presentación del cuerpo y, promover simultáneamente una idea de autocontrol y de sublimación de las emociones, sentimientos, deseos e impulsos. En las sociedades occidentales contemporáneas se cultiva el

cuerpo externo, se fomenta una idea de la persona centrada en el trabajo y en la producción y, a la vez, se cultiva una especie de moral del yo. En este doble juego, adelgazar se ha convertido en una metáfora del éxito.

Aunando la teoría feminista y la perspectiva psicoanalítica, Emilce Dio Bleichmar (2000) analiza los trastornos alimentarios desde un enfoque modular transformacional. Parte de lo que considera una creciente incidencia de la anorexia y de las grandes dificultades que presenta para un tratamiento exitoso en la clínica. La autora destaca la gran diversidad en los patrones anoréxicos y que todos ellos tienen como elemento común "la vulnerabilidad narcisista" propia de la pubertad y de la adolescencia femenina. Serían, pues, la vulnerabilidad narcisista adolescente y la fetichización de la cultura de la delgadez los elementos responsables del incremento de la incidencia. Como psicoanalista, critica las concepciones simplificadoras que intentan unificar la entidad y creer que existe una identidad psicopatológica *per se*: la anoréxica o la bulímica, en singular. En la actualidad "las adolescentes que presentan una patología asociada severa son las menos, aunque es sobre esta última población sobre las que se basa la idea de una epidemia en tiempo presente de anorexia/bulimia" (Bleichmar 2000: 94). De este modo, el imperativo de delgadez puede ser considerado como el factor que diferencia a mujeres que padecen anorexia o bulimia de las del pasado. La adolescencia inaugura una etapa problemática marcada por la pérdida de los vínculos de apego y

la percepción de riesgos para la auto conservación, así como por ambiciones del *self* e imperativos de perfeccionismo (Bleichmar 2000: 96-98).

Sivia Tubert considera la crisis narcisista de la adolescencia como un elemento que favorece el proceso. Utilizando, así mismo, perspectivas psicoanalíticas y feministas, se pregunta por el valor simbólico de los síntomas anoréxicos en la personas que la padecen y por el contexto en el que se produce el aumento de los trastornos alimentarios. Concibe el síntoma anoréxico como "un mensaje cifrado" que revela y encubre al mismo tiempo deseos, angustias y conflictos de la persona que lo padece. Se pregunta por los elementos sociales que favorecen el carácter de "epidemia" de los trastornos alimentarios, para concluir que son los ideales propios del imaginario social vinculado al lugar de lo femenino en la cultura como espacio de malestar los que están favoreciendo la creación del problema social (Tubert 2000: 81-82).

Todas estas aportaciones teóricas y reflexivas han abierto nuevas posibilidades para centrar y situar nuestro análisis, al igual que han hecho las investigaciones empíricas en las que se ha realizado un análisis de género.

Mabel Gracia Arnáiz e Isabel Martínez Benlloch coordinan dos equipos de investigación que tienen en común la indagación de los

factores socioculturales implicados en los TCA. En ambos casos, utilizan una perspectiva integradora de la acción individual y de las estructuras implicadas en el fenómeno.

Mabel Gracia Arnáiz, miembro del departamento de antropología social de la Universidad Rovira i Virgili, coordinó la investigación titulada *"Género, cuerpo y alimentación. La construcción social de la Anorexia Nerviosa"* (2001). Considera la anorexia un como un síndrome delimitado culturalmente<sup>4</sup> (*culture bound-syndrom*) e influido por el contexto. Su objetivo se centró en comprender el sentido de la patología en el contexto cultural específico que se produce con el cambio social tras la Segunda Guerra Mundial. En esta época se abre la posibilidad de compartir experiencias ajenas a través de los testimonios emocionales de actores situados a larga distancia y procedentes de medios culturales distintos. En la investigación que llevan a cabo utilizan como marco teórico la contextualización del proceso de salud/enfermedad/atención. Entienden que el paso de la salud a la enfermedad y la atención que esta conlleva, se debe analizar como un proceso colectivo de toma de decisiones, que está articulado y relacionado con la experiencia colectiva respecto a la enfermedad. Para analizar el proceso que sigue la salud/enfermedad/atención en los TCA utiliza como estrategia la contextualización de los casos. Parten de las nociones de *proceso asistencial* y de *complejo asistencial*. El

---

<sup>4</sup> Concepto heredero del concepto de desorden étnico del etnólogo y psiquiatra George Devereux, fundador de la etnopsiquiatría.

proceso asistencial hace referencia al itinerario asistencial, es decir, al proceso de movilización social que se desencadena ante una crisis personal y colectiva. El proceso se compone de prácticas de clasificación diagnóstica y procesos colectivos de toma de decisiones respecto a las prácticas de intervención o de cuidado y supone el uso jerarquizado de recursos institucionales disponibles. Por su parte, el complejo asistencial hace referencia a la percepción del valor del conjunto de recursos en relación a las ideas relativas de enfermedad, o de causalidad, y a sus consecuencias. Es el ámbito de referencia en el que se piensa, se representa simbólicamente y despliegan sus decisiones los actores y actrices sociales. A través del aprendizaje, que se basa en la experiencia, se elaboran conocimientos y se incorporan estrategias para manejar las nuevas situaciones.

A partir de este complejo marco conceptual, en el que aúnan la toma de decisiones micro y las relaciones macro con el entorno, llegan a las siguientes conclusiones: que la anorexia se debe entender dentro de un largo *continuum* histórico relacionado con la lógica cultural de ayunos y autoayunos; que la anorexia ha pasado de ser un padecimiento sin visibilidad social a tener gran visibilidad social; que la diferente proporción entre hombres y mujeres que se dan en los trastornos alimentarios, es consecuencia de la diferente posición social que tienen hombres y mujeres con respecto a la construcción de la identidad, al rol corporal y a los valores asumidos respecto a la comida. "La evidencia etnográfica e histórica muestra que las mujeres

han sido productoras, nutridoras, servidoras, socializadoras. Desde esta óptica se deben entender sus renuncias a no-comer" (Gracia Arnáiz *et al.* 2001:48).

El equipo coordinado por Isabel Martínez Benlloch del departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos de la Universidad de Valencia, analizó la anorexia desde una perspectiva psicosocial. La investigación se centró en los trastornos de la imagen corporal, retomando parte de la propuesta expresada en 1989 por Conxa Perpiñá que ya hemos comentado (Perpiñá 1989). Este grupo se constituye como un equipo multidisciplinar compuesto por docentes e investigadoras de la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad Pontificia de Comillas y la Universidad de Valencia. Publican los resultados con el título *"Género, desarrollo psico-sexual y trastornos de la imagen: bases para una acción social y educativa"* (2003). En este trabajo abordan el análisis de los estereotipos que distorsionan la imagen social de las mujeres y las implicaciones que se derivan. El objetivo de la investigación es analizar cómo las representaciones sociales de la feminidad inciden en la construcción de la subjetividad a través de las imágenes del cuerpo y de los criterios normativos de belleza, criterios que alcanzan estatus de propuestas idealizadas en el modelo socio-cultural imperante.

El marco teórico del que parten tiene como eje la consideración de la pubertad como una franja conflictiva bio-cultural,

en la que confluyen cambios y mandatos de muy difícil integración. Por un lado el desarrollo hormonal y la explicitación de la condición sexuada y por otro la construcción de la identidad social, proceso básico para el desarrollo de la individualidad. La pubertad se constituye como un momento de construcción identitaria, en el que se produce lo que las autoras denominan “la incardinación activa en la estructura social a través del complejo y continuo proceso de construcción de la identidad” (Martínez Benlloch 2001: 13).

El proceso de construcción de la identidad, en tanto que proceso vertebrador de las relaciones intersubjetivas. El concepto de identidad se convierte, de esta forma, en un elemento central de su investigación. La identidad la definen como “la síntesis de las prescripciones sociales, discursos y representaciones sobre el sujeto que se produce y son puestas en acción en cada contexto particular” (Martínez Benlloch 2001: 14). La consideran como un sistema de codificación que auto-referencia al sujeto, es decir, la síntesis de un proceso por el que se establecen las diferencias entre el yo y los otros individuales. Los mecanismos en los que se apoya el proceso identitario permiten comprender la importancia que tiene la subjetividad tiene en el reconocimiento de los pares y en la valoración del propio grupo.

Los y las adolescentes conforman lo que denominan una “comunidad transversal de iguales”, que potencia comportamientos

grupales y comparten un conjunto de idealizaciones que constituyen la denominada "cultura de la adolescencia". La articulación de la cultura de la adolescencia se produce a través de valores y creencias que marcan el deber ser, pero también, los cauces de cohesión e identificación que les permite desarrollar, como grupo de edad, estrategias similares en la resolución de sus problemas. Una de las estrategias es buscar la identidad a través del cuerpo, un cuerpo con identidad de género.

La adolescencia es la franja de edad en la que el cuerpo adquiere máxima conciencia de identidad y de representación. Los modelos culturales relativos al cuerpo se presentan y perciben como un patrón de bienestar y de ajuste social. En este momento histórico, las adolescentes están motivadas para ser delgadas, guapas, inteligentes, disciplinadas, estudiosas, divertidas y competitivas. A la vez magnifican al cuerpo con la promesa de éxito y glamour. De este modo se produce un choque entre las expectativas de las y los adolescentes con la realidad, lo cual hace crecer una insatisfacción con la propia corporalidad y, da lugar a una falta de reconocimiento propio.

La propuesta que presentan tiene un objetivo práctico, posibilitar programas y políticas preventivas. Con este objetivo analizan las relaciones que subyacen en las manifestaciones preclínicas del fenómeno y sus repercusiones individuales y comunitarias. Al afectar al cuerpo de la paciente los trastornos alimentarios responden

a una compleja problemática subjetiva, pero su dimensión de "epidemia" los convierte en una cuestión social relevante al tiempo que pone en evidencia su significación como fenómeno cultural (Martínez Benlloch 2001: 16).

Dentro del trabajo de investigación que coordina Benlloch, las investigadoras desde perspectivas psicoanalíticas Silvia Tubert y Dio Bleichmar analizan la construcción cultural del cuerpo femenino y la crisis adolescente como factor de riesgo de los trastornos alimentarios (que consideran un fenómeno masivo) pero critican el hecho de considerarlos una entidad nosológica *per se* como mantienen los manuales de diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSMIII, DSMIII-R y DSM IV).

Las autoras consideran los trastornos alimentarios como un conjunto de síntomas (síndrome) que se pueden desarrollar en diversos cuadros psicopatológicos y en diferentes estructuras de personalidad. La anorexia y la bulimia son síntomas que poseen un importante valor simbólico, que ha de ser descifrado para acceder a la significación que tiene para el sujeto que los padece. Frente a la mirada clínica, propia del modelo biomédico, donde el sujeto y la palabra quedan borrados a favor de los actos o las conductas (dietas restrictivas, purgas, vómitos...), Silvia Tubert propone la clínica de la escucha, ofreciendo a la paciente la posibilidad de hablar y de articular la propia subjetividad. Es decir, facilitar a través del discurso que la

persona afectada ponga en palabras aquello que manifiesta como síntoma.

En este sentido, es necesario buscar los significados de los síntomas. Para Tubert la anorexia y la bulimia tienen sentidos diferentes en cada paciente. Sin embargo, esboza algunas generalizaciones que son comunes a las personas diagnosticadas, como el espacio de malestar vinculado al lugar de lo femenino que se desarrolla en la cultura occidental y la crisis narcisista de la adolescencia.

Tubert considera que los ideales vinculados a la feminidad que dominan el imaginario social son responsables, en parte, del malestar femenino en nuestra cultura; en tanto que coadyuvan a la subordinación de las mujeres e imponen modelos de identidad que obligan a "recortarse algo de sí mismas" para amoldarse a ellos (deseos, necesidades, aspiraciones o potencialidades) (Tubert 2001:53). La renuncia, la represión y la alienación que generan los ideales insatisfechos se transforman en las neurosis u otras patologías como la anorexia. Por otro lado, el hecho de que la edad de comienzo sea la adolescencia hace pensar que existe alguna relación entre el síntoma y la crisis que se experimenta en la cultura occidental en este momento de la vida. De este modo los trastornos corresponderían a un fracaso en la resolución de la crisis adolescente.

Por su parte, Dio Bleichmar, continúa con la lógica psicoanalítica y considera el problema de la anorexia como “una epidemia de las sociedades opulentas, que va adquiriendo proporciones crecientes desde hace tres o cuatro décadas y que pareciera no poder aislarse del impacto ejercido por la cultura de la imagen a través de los medios de comunicación” (Bleichmar 2001:101). La autora encuentra una similitud en las condiciones y el contexto sociocultural en el que emergen la anorexia y la histeria, “ambas están sufriendo y luchando en forma sintomal con los mismos conflictos” (Dio Bleichmar 2001: 153).

Integrada en el mismo de equipo de investigación, la socióloga Cristina Santamarina trabaja a partir de grupos de discusión realizados entre jóvenes de ambos sexos. El objetivo es identificar los perfiles identitarios en la franja de edad de 12 a 15 años, tratando de averiguar la influencia de los modelos culturales en la construcción del cuerpo en jóvenes sin trastornos alimentarios. El trabajo pone de manifiesto que jóvenes de diferentes segmentos de edad perciben con “temor” las patologías anorexia y bulimia, y consideran que son enfermedades en las que entra una persona por “considerarse muy lista” y de las que posteriormente no puede salir. Consideran la anorexia y la bulimia enfermedades semejantes a la drogadicción, pues en las tres se produce la pérdida de capacidad de raciocinio y de voluntad de acción. Dotan a estas patologías de un perfil “maléfico ingobernable”. A la autora le resulta sorprendente el hecho de que

todos los grupos dicen conocer "casos de anoréxicas" a pesar de que los porcentajes estadísticos del desarrollo de la enfermedad contradicen esta posibilidad (Santamarina 2001).

En los discursos de los y las jóvenes participantes en los grupos aparece la anorexia como una patología femenina relacionada con la construcción de la identidad de las mujeres, favorecida por las presiones culturales y por la creencia del cuerpo como un aspecto central de la identidad. Los y las participantes coinciden en que detrás de estas nuevas enfermedades, no está la relación con la comida, sino que son conflictos que se dan en el plano de las relaciones personales y, sobre todo, en el difícil trabajo de autopercepción y creación de la propia identidad.

De forma unánime los segmentos jóvenes consultados, expresan consideraciones y valoraciones diferentes de la anorexia y la bulimia. Los grupos adolescentes consideran a la anorexia como una enfermedad de tipo psicológico que afecta al autocontrol y se expresa a través de la alimentación; el origen lo sitúan en los problemas de relación con los padres, las madres y con el grupo de iguales. En los grupos constituidos por jóvenes de más edad aparece una nueva consideración, ven a la anorexia como una forma de maltrato de las jóvenes pacientes a las personas cercanas. La bulimia, por el contrario, no tiene la consideración de enfermedad, creen que es una estrategia

controlada de resistencia ante la alimentación (Santamarina 2001:173).

En definitiva, las aproximaciones culturales y feministas aportan nuevos enfoques que permiten abrir la reflexión acerca de la anorexia por nuevos senderos: primero muestra que la preocupación por el peso y por la dieta no están fuera de la norma; segundo que en el cuerpo físico se reproducen las vulnerabilidades y ansiedades del cuerpo social y por ello hay que entender la anorexia como una respuesta a una situación social determinada; tercero que existe una gran diversidad de patrones anoréxicos que tienen en común la vulnerabilidad propia de la adolescencia y por último, que el concepto de identidad es un elemento clave para comprender los mecanismos de valoración del cuerpo y la expresión y significado de los síntomas.

## 2. MARCO TEÓRICO: CONCEPTOS, TEORÍAS Y PARADIGMAS PARA ANALIZAR LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

“la sociología no es una ciencia descriptiva de la sociedad, sino una interrogación acerca de la “violencia simbólica” con que se trata de imponer la verdad parcial de un grupo como la verdad de las relaciones objetivas entre los grupos” (Pierre Bourdieu 2000).

Entendemos por marco teórico un conjunto de herramientas cognitivas (conceptos, paradigmas y teorías) que nos ayudan a preguntarnos y a explicar las relaciones, procesos y estrategias que intervienen en la construcción y argumentación de los discursos sobre la anorexia.

Los conceptos aportan miradas a la forma de entender y comprender los fenómenos sociales, pero para comprender las relaciones complejas del mundo social, hacen falta unidades asertivas que los articulen, es decir, teorías. Las teorías describen fenómenos a través de una serie de reglas de correspondencias que establecen las relaciones entre los mismos. En un nivel suprateórico los paradigmas o conjunto de teorías, axiomas, normas, prejuicios, metodologías y prácticas que conforman una cultura científica. Como dice Thomas Khun (1975) los paradigmas van más allá de las teorías que los componen y cumplen la función de conexión entre las mismas a la vez que integran las creencias, prejuicios y prácticas. Vamos a profundizar en aquellos que hemos decidido que compongan nuestra "caja de herramientas": el paradigma crítico y, dentro de él, las teorías constructivista y feminista.

## 2.1. El paradigma crítico

El paradigma crítico, que nace de la tradición ilustrada y de la antropología marxista, posee tres elementos claves sobre los que basamos el análisis. La consideración de las personas como seres sociales, la importancia de las relaciones sociales en la constitución del sujeto y, por último, la idea de la sociedad como un sistema de relaciones sociales. El nexo teórico por el que se unen los tres elementos es el trabajo, que condiciona la posición de las personas en el proceso productivo. La adecuación y el sometimiento al proceso productivo se realizan mediante la *ideología* que adquiere un valor central al constituirse como una falsa conciencia que produce y representa la realidad. La crítica a la ideología que enmascara el proceso productivo se convierte, de este modo, en el método de conocimiento social. El sistema de categorías con el que se percibe la realidad deja de ser neutro, objetivo y descriptivo para ser socialmente construido mediante la praxis, que es material, social e histórica.

Emile Durkheim en su obra *Las formas elementales de la vida religiosa* (1982) y, posteriormente, la escuela francesa introduce nuevas relaciones entre el pensamiento y la realidad que resultan muy útiles a la hora de considerar el problema social de la anorexia. En todas las sociedades, dice el autor francés, existe una comunidad moral que posee normas morales coercitivas. Las normas acentúan o

problematizan determinados aspectos sociales en función de las normas morales imperantes. Mary Douglas, desde la propuesta durkheniana analiza y da cuenta de cómo la percepción del riesgo esta construida en función de esas normas morales y no tanto del riesgo potencial o real (Douglas 1996)<sup>5</sup>. Esta idea nos es de enorme utilidad para comprender como una enfermedad que provoca tan poco riesgo real se ha constituido en un problema social.

Durkheim establece una relación intrínseca entre sociedad y conciencia individual y deja clara la relación coercitiva de las normas sociales en el sujeto individual. Sin embargo, esta relación así establecida nos lleva a una explicación psicologicista en el análisis del fenómeno social de la anorexia que deja abierta muchas lagunas al no satisfacer la consideración de la anorexia como problema social. Desde esta óptica la sociedad ejerce presión sobre las mujeres y ellas, debido a sus características psicológicas, se ven más o menos afectadas. La explicación psicologicista de la personalidad de las mujeres como fundamento para explicar el padecimiento de la enfermedad no satisface la pregunta de por qué en las últimas décadas se ha producido un incremento del problema, ni tampoco responde al por qué este incremento se produce en determinadas sociedades. Es decir, estas explicaciones psicologicistas no satisfacen la relación entre el

---

<sup>5</sup> "Los individuos están dispuestos a aceptar riesgos a partir de su adhesión a una determinada forma de sociedad" (Douglas 1996: 15).

hecho social de la anorexia y las condiciones sociales en las que este se produce.

El concepto durkheniano de *representación colectiva* juega un papel central en la comprensión de la anorexia y en el intento de escaparnos de las explicaciones psicológicas del fenómeno. Durkheim define las representaciones colectivas como “el producto de una inmensa cooperación extendida no solo en el tiempo, sino también en el espacio; una multitud de espíritus diferentes han asociado, mezclado, combinado sus ideas y sus sentimientos para elaborarlas, amplias series de generaciones han acumulado en ellas su experiencia y su saber” (Durkheim 1982:14). Desde esta óptica analizamos las percepciones de las mujeres diagnosticadas, dejamos de considerarlas como un producto individual y nos interesamos por su carácter social al entender que las necesidades y expectativas están mediatizadas por el ambiente, por el grupo social al que pertenecen, por el momento histórico y por el marco de referencia social en el que se producen.

Pero si Durkheim aporta conceptos que permiten comprender la anorexia como problema social, también ahonda en la consideración de las categorías o conceptos como elementos fundamentales para la comunicación y el entendimiento. Cuando el autor dice que “el sistema de conceptos con que pensamos en la vida común es el expresado por el vocabulario” (Durkheim 1982:403) está reflexionando acerca de la capacidad que tiene del lenguaje de crear realidad y nos incita a una

nueva reflexión. Goodman (1990) ahonda en esta idea al considerar que el lenguaje está constituido por conceptos o categorías y éstas son las que conforman el pensamiento y la realidad. Por un lado, tendremos que analizar cómo se crean los conceptos o las categorías y, por otro lado, analizar cómo se difunden. Aplicando el mismo razonamiento a la categoría que nos ocupa, se abre una línea de indagación que consiste en contextualizar la creación de la categoría anorexia y trastornos alimentarios y en analizar la difusión del conocimiento científico de la anorexia.

Thomas Khun (1975) en el conocido libro *La estructura de las revoluciones científicas* analiza la construcción del conocimiento científico y el corpus de conocimiento que comparten los miembros de una comunidad. Rompe con la metodología prescriptiva del círculo de Viena, dominante hasta el momento, y pone en entredicho la creencia acumulativa de la ciencia. El autor considera que el avance del conocimiento científico no está ocasionado por una mayor capacidad explicativa, sino que es consecuencia de causas relacionadas con cambios de percepción. Para ello, son fundamentales el nacimiento de nuevos términos lingüísticos, las categorías, pero también las relaciones que se producen en los círculos de poder del campo específico. Es decir, el paso de una creencia científica a otra se produce como consecuencia de cambios en la percepción y en la adaptación a nuevas necesidades e intereses.

Hasta la publicación del libro de Khun, la variable fundamental para analizar la ciencia o el avance científico era la verificabilidad (o la falsación en versión poperiana). A partir de la obra de Khun la variable fundamental, que actúa sobre el avance del conocimiento científico, es la comunidad de científicos y con ella el conjunto de preconociones, asunciones tácitas, valores y creencias que comparten. La percepción se convierte, de esta manera, en un proceso interpretativo, posterior e inconsciente de la observación. Lo fundamental son las formas en el que se aprende a categorizar el mundo, a nombrarlo. El aprendizaje de las formas de nombrar y las matrices que la comunidad comparte proporciona seguridad en las percepciones y categorizaciones, de tal modo que la comunidad científica ve la realidad a partir de la socialización en determinados paradigmas, es decir, ha sido entrenada para ver la realidad ya ordenada de cierto modo, pre-categorizada (Iañez Pareja y Sánchez Cazorla 2003).

En el paradigma se incluyen valores compartidos que definen jerarquías de relevancia científica y categorizaciones aprendidas y permiten el paso desde el lenguaje teórico al observacional así como su comprensión y aceptación por los demás miembros de la comunidad. De este modo, Khun entiende que el fundamento último del proceso de conocimiento es la comunidad lingüística que comparte la comunidad científica. La crítica de Khun a la metodología positivista rompe con los fundamentos de acumulatividad lineal del conocimiento y con la creencia en el lenguaje neutro y aséptico de los hechos. Abre

de este modo una perspectiva útil pero llena de complejidades para analizar el discurso y la tecnología que comparten los textos de carácter médico en la construcción de la *Anorexia Nerviosa* como categoría y la posterior inclusión de esta en una nueva categoría, los TCA. Pero, además, deja abierta la posibilidad de reflexión acerca de los sesgos y estereotipos compartidos por la comunidad.

De este modo tenemos, grosso modo, las líneas por donde comenzar a discurrir la indagación sobre el hecho social de la anorexia en el doble sentido discursivo: la perspectiva de las mujeres diagnosticadas que abordamos desde las representaciones colectivas y no desde el tratamiento psicológico del problema y los discursos médicos que analizamos a partir de la construcción de las categorías y su difusión en la comunidad científica.

## **2.2. Fenomenología y constructivismo**

El constructivismo es una corriente de pensamiento que se inicia con el método fenomenológico de Husserl que posteriormente Albert Schutz, Peter Berger y Thomas Luckman aplican a las ciencias sociales (Ritzer 1993). Alfred Schutz (1972; 1974) considera que la realidad no está constituida objetivamente al margen de la conciencia, sino que está construida a partir del sentido de la experiencia. La realidad no es más que la relación de las cosas con la vida emocional del actor. Existen, por tanto, diferentes órdenes de realidad o *ámbitos finitos de*

*sentido*, estos ámbitos de sentido marcan acentos diferentes de la realidad. El análisis y la comprensión de los procesos que se producen y constituyen la vida cotidiana centran sus investigaciones.

Berger y Luckman<sup>6</sup> (1984) avanzan en el análisis fenomenológico al considerar la realidad en términos de dualidad. Es decir, para los autores de *La construcción social de la realidad*, la realidad posee *facticidad objetiva* y "esta construida por una actividad que expresa su significado subjetivo" (Berger y Luckman 1984: 35). Es decir, en la realidad se expresa en términos de facticidad objetiva y significado subjetivo. Incorporan de esta manera nuevos propósitos en el análisis sociológico al despertar el interés por el estudio de la vida cotidiana y por los motivos que orientan la conducta de las y los actores sociales.

Estas aportaciones teóricas nos ayudan a centrar un poco más el sentido de la propuesta que presentamos. Nuestro objetivo se focaliza en buscar el sentido subjetivo de la acción restrictiva y/o bulímica, y de preguntarnos por el sentido de "las elaboraciones teóricas de los intelectuales y demás mercaderes de ideas" (Berger y Luckman 1984: 36). Es decir, preguntarnos por los motivos que llevan a la construcción del problema social de la anorexia.

---

<sup>6</sup> Se adentran en dos de las consignas más influyentes de la sociología a saber: considerar a los hechos sociales como cosas (Durkheim 1995) y comprender el significado subjetivo de la acción (Weber 1964).

El método que utiliza el análisis fenomenológico de la vida cotidiana es un método descriptivo que supone, como dicen los autores "un freno contra las hipótesis causales o genéticas" (Berger y Luckman 1984: 37). El conocimiento se construye sabiendo que existen diversas y distintas perspectivas y, a la vez, existe una realidad de la vida cotidiana que se da por establecida como *facticidad evidente*, en la que se actúa por rutinas "en tanto que las rutinas de la vida cotidiana prosigan sin interrupción, serán aprehendidas como no problemáticas" (Berger y Luckman 1984: 42). La relación que se establece entre las personas y la realidad social es una relación dialéctica mediada por el conocimiento. Lo que la persona sabe sobre el mundo y su realidad es aprendido y aprehendido gracias al proceso de socialización. La socialización se convierte así en un dispositivo intermediario básico en el proceso de conocimiento y de apreciación.

La relación entre conocimiento y realidad consta de tres pasos o momentos que interactúan: la externalización, objetivación e internalización. Mediante estos pasos el conocimiento "programa los canales en los que la externalización produce un mundo objetivo; objetiviza este mundo a través del lenguaje, vale decir, lo ordena en objetos que han de aprehenderse como realidad. Se internaliza de nuevo *como* verdad objetivamente válida en el curso de la socialización" (Berger y Luckman 1984:89). Para que este proceso sea efectivo tiene que contar con la institucionalización y la legitimación. Debe contar con procesos legitimados socialmente mediante los cuales

la actividad humana se objetiviza, se hace ajena a la persona que la produce y cobra realidad objetiva.

La institucionalización se origina como consecuencia de la repetición de acciones que dan lugar a pautas que se convierten en *típicas*. Las acciones repetidas pierden el carácter significativo, las personas la realizan de forma rutinaria y se originan hábitos que restringe las posibilidades de acción y elimina las tensiones que implica toda elección. La institucionalización, por tanto, es un mecanismo primario de control social y adquiere un carácter de objetividad. Las personas experimentan el proceso de institucionalización como si tuviera realidad propia. Gracias a la institucionalización se presenta el mundo social no como uno más de los mundos posibles, sino como el único mundo posible y, de este modo, se empaña la diferencia entre la objetividad de los fenómenos naturales y de los fenómenos sociales.

La legitimación tiene como finalidad dar sentido a las instituciones sociales y a la vida individual que se desarrolla dentro del orden institucional (Berger y Luckman 1984). Ambos mecanismos, institucionalización y legitimación, son fundamentales para mantener el orden social entendiendo este como una producción humana derivada de la actividad y del proceso histórico.

Pues bien, esta concepción del conocimiento y de la realidad nos permite indagar acerca de los modos en que el conocimiento

construido por las personas expertas contribuye a crear la realidad, es decir, de qué manera el discurso que establece la anorexia como un problema social, favorece a que se constituya como problema (Hacking 2001). Además, nos permite preguntarnos acerca del momento de cambio social que se produce en las sociedades occidentales modernas reflexivas o postmodernas y analizar los elementos del cambio que favorecen la construcción del problema.

### **2.3. Teoría feminista**

Hasta ahora hemos esbozado una de las teorías que constituyen el anclaje del planteamiento de esta tesis. Sin embargo, quedan dos caminos abiertos que consideramos centrales en la propuesta que estamos construyendo. Por un lado, debemos reflexionar acerca del cambio social que se produce en las sociedades modernas reflexivas o postmodernas que hacen posible el incremento de la preocupación/ocupación por el cuerpo. Y, por otro lado, queda abierta la pregunta ¿por qué son en su mayoría mujeres las personas afectadas por los trastornos alimentarios? ¿Qué elementos se producen durante el proceso de socialización que favorecen los trastornos alimentarios? ¿Qué dinámicas contribuyen a su desarrollo? ¿Qué significado tiene para ellas la práctica restrictiva y/o bulímica? ¿Qué sistema de dominación favorece la construcción de una identidad devaluada? ¿Qué sentido le dan al cuerpo y a la alimentación? Para

poder responder a estas preguntas hemos recurrido a conceptos y puntos de vista que aporta la teoría feminista<sup>7</sup>.

La teoría feminista es la obra de una comunidad interdisciplinar en la que se producen aportaciones desde la sociología pero también de la antropología, la economía, la historia, la ciencia política, la medicina, la literatura, la psicología... Las reflexiones teóricas y las aportaciones específicas del pensamiento feminista han favorecido importantes cambios conceptuales y metodológicos y han permitido desvelar los sesgos androcéntricos implicados en el pensamiento científico.

El objetivo de este cuerpo teórico, interdisciplinar y plural, es desarrollar elementos teóricos que permitan comprender la sociedad desde una perspectiva crítica y cambiar el mundo en direcciones más justas. Considera a las mujeres como sujetos centrales del proceso de la investigación y posee un fuerte componente político y moral ya que describe, analiza y denuncia la discriminación, explotación y dominación de las mujeres. La teoría feminista asume, como otros movimientos y teorías sociales, un proyecto de emancipación que supone la destrucción y la desaparición de las condiciones sociales que conducen a la alienación y dominación de las mujeres.

---

<sup>7</sup> Trabajos como los de Evelyn Fox Keller (1991) y Sandra Harding (1996) han sentado las bases para esta nueva epistemología crítica.

El feminismo, que nace como un movimiento social y político de transformación de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, tiene repercusión en los modos de argumentar y conceptualizar los distintos discursos sociales y, como no, tiene repercusión en el discurso legítimo por excelencia, el discurso científico.

La conciencia crítica que emana del movimiento feminista a finales de los años sesenta del siglo XX, produce un revulsivo en el mundo académico. Por un lado desafía los saberes heredados, que seguían reproduciendo una visión sexista de la sociedad y, por otro lado, comienza a plantearse nuevas preguntas para las que necesita nuevas respuestas (Maquieira 2001:127). La transformación de las bases del conocimiento científico se constituye de este modo como una dimensión necesaria para conseguir los objetivos emancipadores.

El pensamiento feminista posee una visión crítica y reflexiva sobre los modos de elaboración del saber que repercute en distintos ámbitos de la academia. Constituye un corpus de investigaciones y teorías centradas en las relaciones de dominación sexistas que tiene alcance en las características básicas de la vida social y en la experiencia humana y que, como dice Mary Evans ha ayudado a crear muchas formas de libertades. Una de estas libertades que el pensamiento feminista ha ayudado a crear es "la legitimidad de aportar material explícitamente personal y subjetivo dentro de la Universidad" (Evans 1998:9).

Dos grandes aportaciones que el pensamiento feminista realiza y que utilizamos, serán: la crítica androcéntrica al discurso científico y el desvelamiento de los sesgos de género y sus implicaciones en la construcción del discurso médico. Analizar el discurso científico y médico teniendo en cuenta el androcentrismo supone desvelar la identificación de lo masculino con lo humano y de lo masculino con la norma (Durán 1996; Ortiz 2002). La teoría feminista desvela una dimensión fundamental en las relaciones de poder inscritas en las elaboraciones teóricas al plantear que el sujeto de conocimiento había sido siempre un sujeto masculino. De este modo el androcentrismo se convierte en una cuestión central de la crítica epistemológica del conocimiento que tiene además una dimensión política como elemento de transformación social. El androcentrismo es, por tanto, un problema que afecta a la construcción del discurso científico. La historia de la medicina y de la salud ha contribuido, con numerosos trabajos empíricos, a ejemplificar el androcentrismo médico y el sexismo y ha jugado un papel central como introductora de estos conceptos en la investigación bio-sanitaria (Ortiz 2004:230)

Respecto al papel de los sesgos de género en la construcción del discurso científico y en el discurso médico en particular<sup>8</sup>, Virginia

---

<sup>8</sup> En España se han desarrollado en los últimos años importantes líneas de investigación sobre género y salud. Revisiones sobre el tema la han realizado Teresa Ortiz (2004) y M. del Mar García Calvente (2004). Entre las autoras han reflexionado, investigado y desvelado sesgos de género en la práctica y diagnóstico médico están Ana Delgado, M. Luz Esteban; Teresa Ortiz; M. Teresa Ruiz Cantero, Dolores Sánchez y Carme Valls (Delgado 1999, Delgado

Maquieira destaca: Primero los sesgos que introduce la persona que investiga y que están presentes en la selección y definición del problema a investigar, así como en los contactos y selección de las personas que informan. Segundo el sesgo distorsionado inherente a la realidad observada, aquí es relevante el androcentrismo de los y las informantes. Por último, los sesgos inherentes a las categorías, conceptos y enfoques teóricos utilizados en la investigación que, como es sabido, guían la formulación de los problemas a investigar y la interpretación de los datos y constituyen la posibilidad o el obstáculo para percibir la realidad (Maquieira 2001: 128-129).

Teniendo en cuenta estas aportaciones analizaremos los sesgos de género en la construcción del discurso clínico de la anorexia y en los procesos de creación y difusión de la tecnología aplicada, y pondremos en valor la aportación subjetiva y personal en las voces de las mujeres diagnosticadas.

El proceso de socialización tiene género, o lo que es lo mismo, no es igual para todas las personas, es diferente dependiendo del sexo. La teoría feminista incorpora conceptos para analizar la construcción sociocultural de los comportamientos, actitudes y sentimientos. Estamos hablando de los conceptos de género, sistema sexo/género e ideología sexual que seguidamente exponemos.

---

y López Fernández 2004; Esteban 1996, 2001; Ortiz 1997; Ruiz Cantero 2001; Ruiz Cantero y Verdú Delgado 2004; Sánchez 1999, 2003; Valls 2001).

### **2.3.1. El concepto de género**

El concepto de género fue introducido por la teoría feminista en los años sesenta, es una palabra extraña que, sin embargo, parece que tuviera un significado claro y universal (Nicholson 2003: 47). El interés del género como categoría analítica está ausente de las teorías sociales formuladas con anterioridad. El término, dice Scott, forma parte de la tentativa de las teóricas feministas por reivindicar un territorio específico de análisis y poner en evidencia la insuficiencia de los cuerpos teóricos existentes para explicar la persistente desigualdad entre hombres y mujeres (Scott 1990: 42- 43). El concepto se utilizó en una doble vertiente, por un lado, como contraste con el término sexo, con la intención de separar la construcción social del hecho biológico y por otro lado, como categoría de análisis para comprender la organización social de la diferencia sexual (Ortiz 1999:13).

El concepto de género nació, desde el principio, con la voluntad de superar las limitaciones del concepto sexo como algo natural, primario y esencial, constituido según hoy lo entendemos a partir de la carga cromosómica, en su proceso de configuración como concepto analítico se refleja el interés por encontrar universales que explicaran la dominación. Sivia Tubert analiza la acogida y las críticas fundamentales que tiene el concepto utilizado como herramienta analítica por las teóricas feministas de los países anglosajones, donde

poco a poco el uso del concepto género ha ido problematizando su significado. La autora encuentra dos tipos de limitaciones asociadas a la utilización abusiva del concepto de género, por un lado, la generalización que en muchos casos da lugar a una gran simplicidad analítica y, por otro lado, la carga esencialista que conlleva (Ortiz 2002; Tubert 2003).

La generalización del concepto ha provocado la neutralización de los sexos, es decir, el uso extensivo e indiscriminado de género por sexo ha provocado el encubrimiento de las relaciones de poder y, con ello, la ocultación de la dominación. Esta crítica a la generalización no es nueva<sup>9</sup>. (Scott 1990: 27-28) y muchas autoras reprochan el uso generalizado e indiscriminado porque disuelve la carga crítica que conlleva. Existe otra diatriba centrada en los efectos que el mismo concepto produce, es decir, algunas autoras consideran que el género esencializa las diferencias masculino/femenino. Una de las principales autoras que se pronuncia en este sentido es la filósofa feminista Judith Butler. Esta autora discute la relación entre sexo y género y considera que “el feminismo debía tener cuidado de no idealizar ciertas expresiones de género que, a su vez, dan lugar a nuevas formas de jerarquía y exclusión” (Butler 2001a: 9).

---

<sup>9</sup> En este sentido ver la autocrítica que realiza Nancy Chodorow. Esta autora consideraba el género como una categoría central en su análisis, pero posteriormente critica el uso abusivo y simplificador que hace del término debido a su utilización excesiva (Chodorow 1989 citado en Scott 1990).

Entiende que los acoplamientos entre sexo y género se producen mediante el deseo y considera que el género y el deseo son flexibles, que no existe una identidad del género sino que la identidad performativa del género se constituye mediante expresiones que no son más que sus resultados. Siguiendo a Foucault, Butler realiza un acercamiento genealógico a las categorías sexo y género tratando de investigar los intereses políticos que subyacen a su creación. La autora deconstruye el concepto naturalizado de identidad de género al considerar que la categoría sexual y natural "mujer" es construida a partir y a través de un dispositivo de relaciones sociales dadas. Considera que tanto el sexo como el género son construcciones sociales. Ante la pregunta que ella misma se formula acerca de si ¿existe un género que las personas tienen o se trata de un atributo esencial que una persona es?, considera que "el género es el medio discursivo/cultural mediante el cual la *naturaleza sexuada* o un *sexo natural* se produce y establece como prediscursivo" (Butler 2001a: 40-41). La autora mantiene que el género es un funcionamiento, es lo que se *hace* en las horas particulares, más que un universal *que usted es*. No es una esencia sino un producto; es, en definitiva, una forma de funcionamiento. Consideradas de esta manera las identidades de género no expresan un ser interno y auténtico de la "esencia del ser" sino que son su efecto dramático (en el sentido dramaturgico o de representación acuñado por Goffman 1993).

Si bien la teoría feminista en un principio pone en entredicho la idea de que la biología es destino, Butler considera que, posteriormente, asume la ideología patriarcal al asumir la división de géneros en masculino y femenino. La autora entiende al género y al sexo como una relación, como un proceso histórico y antropológico que cristaliza en un contexto determinado. No es, por tanto, una cualidad fija de la persona sino que se debe entender como una variable fluida y cambiante y lanza un reto a la crítica feminista que "debe explorar las afirmaciones totalizadoras de una economía significativa masculinista, pero también debe ser autocrítica respecto de los gestos totalizadores del feminismo" (Butler 2001a: 46) ya que entiende que la división dicotómica masculino/femenino cierra las posibilidades de la elección en la opción sexual y con ello la posibilidad de la diferencia y de resistencia. Rompe de esta forma los límites de la identidad forzada dejando abierta la posibilidad de la reinención.

Así pues, una concepción esencialista del género considera al cuerpo como un mero instrumento o medio con el que una serie de significados culturales se expresan, o en palabras de Butler "el cuerpo aparece como un medio pasivo sobre el cual se inscriben los significados culturales o como el instrumento mediante el cual una voluntad apropiadora e interpretativa determina el significado cultural" (Butler 2001a: 41). Sin embargo, la propuesta performativa de Butler no se olvida de que los cuerpos son, en sí mismos, una construcción y pueden generar capacidad de resistencia. Propuesta que nos resulta de

enorme utilidad para analizar el significado que las mujeres diagnosticadas de anorexia y/o bulimia entrevistadas dan a sus cuerpos.

Recogiendo la propuesta butleriana de crítica a la idea esencialista de género y la mirada que esta hace sobre el cuerpo como posible lugar de resistencia, pero sin olvidarnos del potencial analítico del concepto de género en su acepción constructivista, nos adentramos en las posibilidades que brinda la teoría de sistema sexo-género para analizar la organización en la que se inscriben los cambios y las relaciones e interacciones que en ella se producen.

### **2.3.2. El sistema sexo/género**

La concepción constructivista del concepto de género se encuentra implícita en la teoría del sistema sexo/género. Sheila Benhabib (1990) lo entiende como un sistema de dominación basado en la jerarquización y dominación de un sexo sobre otro que ha adoptado distintos modelos a lo largo de la historia. Lourdes Benería amplía la definición al "conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar, es un proceso histórico que se desarrolla en distintos niveles e instituciones como el Estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los

medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de rasgos y actividades sociales, de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor que a aquellos que se identifican como propios de mujeres (Benería 1987: 46).

Haciéndonos eco de las definiciones anteriores consideramos el sistema sexo/género como un sistema de dominación que adopta distintos modelos a lo largo de la historia, que afecta a todas las instituciones sociales, y que está basado en una relación desigual entre las personas en función del sexo. Para que un sistema de dominación se instaure y perpetúe son necesarias técnicas de normalización dirigidas a configurar la macroestructura, dispositivos<sup>10</sup> dirigidos a modificar los procesos microsociales y discursos que legitimen el sistema, que le proporcionen fuerza y sentido.

Janet Saltzman (1992) ahonda en este aspecto y propone una teoría integrada entre niveles que articula, mantiene, reproduce y, también, modifica la desigualdad de sexos. Si bien es cierto que la distinción entre niveles no es precisa existe un entendimiento con respecto a qué fenómenos sociales pertenecen a cada uno. El

---

<sup>10</sup> Varela y Uría estudian los dispositivos de feminización que favorece el sistema de dominación sexo/género en las sociedades burguesas y lo sitúan en la expulsión de las mujeres del trabajo reglado, la institucionalización de la prostitución y del matrimonio monogámico y la exclusión de las mujeres del saber legítimo. Estos dispositivos favorecieron una identidad femenina particular (Varela y Uría 1989).

micronivel hace referencia a fenómenos intrapsíquicos que se ven afectados por los factores sociales y culturales y por las interacciones cara a cara, sobre todo en grupos pequeños (parejas, familias...); la macroestructura se refiere a fenómenos que afectan a toda la sociedad tales como sistemas económicos, ideologías, sistemas de creencias. Ambos fenómenos están interrelacionados. Un fenómeno de interacción dentro de la familia es un fenómeno de nivel "micro" modelado por definiciones y expectativas sociales generales, por oportunidades, trabas legales, creencias etc. De la misma manera, un sistema de desigualdad entre los sexos a nivel macro exige interacciones constantes a niveles micro donde las mujeres se encuentran en desventajas y son infravaloradas en una amplia variedad de contextos distintos (Saltzman 1992: 17-18).

Pero ¿cómo se mantiene y se reproduce el sistema de estratificación por sexos? Continuando con la propuesta de Saltzman, para que la situación de desigualdad se mantenga son necesarios elementos coercitivos y persuasivos que moldeen la voluntad de las personas. Entre los elementos que constituyen la base coercitiva de la desigualdad está la división sexual del trabajo, el control y el poder sobre los recursos. Las bases coercitivas y las bases voluntarias de la desigualdad se recrean a sí mismas a través de dispositivos que actúan en los microniveles y en los macroniveles.

Aclarado los conceptos de género y sistema de sexo/género expondremos los dispositivos del micro y macronivel que hacen posible que el sistema de desigualdad se mantenga en las sociedades en las que se ha producido el problema social de la anorexia.

En las sociedades que estamos analizando, sociedades modernas reflexivas existe, aunque en proceso de cambio, una división sexual del trabajo que sitúa a los hombres, en comparación con las mujeres, en roles de trabajo que generan más y mejor acceso a los recursos materiales. Los hombres constituyen el conjunto de mano de obra pagada más importante, y una minoría, principalmente formada por hombres, constituye las elites económicas y detentadoras de poder. Como los hombres constituyen el conjunto principal de mano de obra extradoméstica, las labores domésticas se constituyen en la especialidad de las mujeres, trabajo que no produce ningún acceso directo al dinero ni a los bienes materiales; producen bienes para el consumo familiar, pero no adquieren recursos que se puedan intercambiar.

Dependiendo de la naturaleza del trabajo y del nivel de recompensa material, los hombres proporcionan la mayor parte de los recursos necesarios para las adquisiciones deseadas por los miembros de la familia, lo que favorece que, otros miembros de la familia, perciban tener una *deuda difusa* con ellos. Las mujeres no incorporadas al mundo del trabajo productivo para equilibrar el

intercambio proporcionan servicios de cuidado a los miembros de la familia. Se produce una relación entre los recursos materiales, fruto de la división sexual del trabajo y la deferencia/obediencia de las mujeres respecto a los maridos y compañeros (Saltzman 1992: 89).

Partiendo de una división de trabajo de macronivel que sitúa los recursos materiales de forma desproporcionada en manos de los hombres, se produce un micronivel que refuerza el sistema de dominación al provocar la expulsión y/o la dificultad para la incorporación de las mujeres al estar dedicadas durante gran parte de su tiempo al trabajo doméstico. Las familias en las que las mujeres están más aisladas con respecto a los recursos materiales, o aquellas en las que las mujeres trabajan en el ámbito doméstico o las familias en las que las mujeres tienen menos poder, son las que viven en sistemas de dominación sexual donde las desigualdades son aún más manifiestas.

Habida cuenta del papel fundamental de la familia en el proceso de socialización, institucionalización y legitimación de las ideologías nos interesa conocer las características de las familias, las relaciones de poder y de sumisión que se dan dentro de los grupos familiares de las mujeres diagnosticadas de anorexia, nos interesa también analizar la resistencia, la complicidad, los procesos que favorecen el mantenimiento del sistema de desigualdad y cómo perciben ellas el sistema sexo/género.

Sabemos que un sistema de dominación logra tener éxito cuando consigue que la arbitrariedad cultural e histórica que separa a las personas en función de las necesidades del sistema productivo aparezca como una consecuencia de las características esenciales y naturales, cuando consigue invertir la relación causa-efecto y pasa de ser percibido como sistema de dominación a ser apreciado (Bourdieu 2000). Por ello nos preguntamos por los procesos que favorecen el mantenimiento de un estatus de inferioridad y lo hacen aparecer como natural. Utilizamos de nuevo la teoría de equidad y género de Janet Saltzman que dice que para mantener estable el sistema sexos son necesarios dispositivos coercitivos pero también, son necesarias definiciones sociales sexuales, ideologías, normas y estereotipos, que mantengan la desigualdad (Saltzman 1989: 92).

### **2.3.3. La ideología sexual**

Si bien el concepto de ideología es difuso y polémico se utiliza de manera generalizada en las ciencias sociales. Acuñado en el siglo XVIII por Destutt Tracy, hacía referencia a la ciencia de las ideas, al estudio de cómo pensamos, hablamos y argumentamos. Desde su construcción el concepto lleva implícita la relación entre sistemas de ideas y grupos sociales. Marx interpreta el concepto como expresión de "falsa conciencia", creencias equivocadas, inculcadas por la clase dominante para legitimar un *status quo*. Posteriormente Mannheim (1966) en su primera etapa relaciona los problemas de la ideología y

de la sociología del conocimiento e incorpora el concepto al clásico *Ideología y Utopía* donde trata de comprender la situación del pensamiento y su relación con la vida social centrandolo en la fuerza integradora y cohesionadora, a la vez que insiste en la no concordancia entre ideología y realidad. En Mannheim todo el pensamiento influido por la realidad social se denomina ideología, es el conjunto de creencias que trascienden la realidad de la existencia social.

Sin embargo, el concepto de ideología que nos interesa se acerca más a la definición propuesta por Van Dijk (2003) que lo relaciona con los grupos sociales. Para el autor la ideología es el conjunto de ideas que comparten los miembros de un grupo "constituyen la base de unas creencias específicas sobre el mundo y que guían su interpretación de los acontecimientos, al tiempo que condicionan las prácticas sociales" (Van Dijk 2003:14). En este sentido, entendemos por ideología sexual el sistema de creencias que explica la desigualdad social entre hombres y mujeres.

Las ideologías sexuales son sistemas de creencias que implementan derechos específicos y de protección. En general, las ideologías sexuales asignan a las mujeres más responsabilidades y más restricciones que a los hombres, sus recompensas son más simbólicas y sus derechos son de protección. Los hombres afrontan menos restricciones y las que afrontan se refieren al abuso potencial

de sus derechos y ventajas, y constituyen la base de normas y estereotipos sexuales. Las normas especifican conductas particulares para hombres y mujeres, y los estereotipos sexuales son creencias relativas a la diferenciación sexual, que varían en el número de rasgos y el nivel de acuerdo entre los miembros de la sociedad (Saltzman 1989: 83-85). Sobre la base de la ideología sexual se especifican derechos, deberes y gratificaciones y se construyen identidades.

La ideología sexual, desarrolla la creencia de que en las mujeres está más desarrollada la expresión de los sentimientos y el interés por el espacio doméstico y en los hombres el interés público. La teoría sociológica parsoniana le dio nombre a la diferencia argumentando que en las mujeres se desarrolla más la dimensión expresivo-comunal y en los hombres la dimensión instrumental. El desarrollo de dicha dimensión expresiva conlleva la creencia de que las mujeres están más ocupadas y preocupadas por el bienestar de los demás, más interesadas que ellos en las relaciones interpersonales, son más afectivas, buscan la armonía y son capaces de expresar abiertamente sus emociones. La dimensión instrumental, que aparece como característica de la identidad masculina, considera que ellos están orientados hacia la autorrealización, el control y el dominio, que antepone sus logros personales a los intereses del grupo (Alberdi 1996). Así, la diferencia sexual y la división dicotómica de los espacios públicos y privados adquieren un doble sentido. Por un lado, se constituyen como principio organizativo de la sociedad y eje de poder

social y, por otro lado, sirven para construir el sentido individual de la identidad (MacDowell 2000: 21).

Las diferencias sexuales de hombre y mujer se construyen a partir de los estereotipos basados en las dimensiones de expresividad e instrumentalidad. Mecanismos burdos pero eficaces en el reforzamiento de la desigualdad (Cobo 1995: 67). Sobre la base de estas diferencias sexuales se ejerce lo que Bourdieu denomina la violencia simbólica<sup>11</sup> “una violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento” (Bourdieu 2000: 12).

A través de la violencia simbólica se impone una definición de la realidad que reproduce la dominación y de hecho, el ejercicio de la violencia simbólica cumple su objetivo cuando es capaz de imponer las representaciones del mundo social inculcándose en los deseos de las personas que, a partir del proceso de socialización interiorizan, participan y colaboran activamente con tal éxito que lo que en realidad son creencias ideológicas aparecen como características espontáneas y

---

<sup>11</sup> El concepto de dominación de Weber hace referencia a la probabilidad que tiene un mandato de ser obedecido y se restringe a la relación dominante-dominados. Bourdieu parte del concepto pero lo extiende a las luchas simbólicas que se expresan y manifiestan en todas las relaciones sociales. Este concepto que nace para analizar la institución escolar y analiza como esta institución impone una definición de la cultura, la cultura legítima que no es más que la cultura de la clase dominante.

propias. De tal forma que "de acuerdo con la ley universal de la adecuación de las esperanzas a las posibilidades, de las aspiraciones a las oportunidades, la experiencia prolongada e invisiblemente amputada de un mundo totalmente sexuado tiende a hacer desaparecer, desanimándola, la misma inclinación a realizar los actos que no corresponden a las mujeres sin tener ni siquiera que rechazarlos" (Bourdieu 2000:81).

El ejercicio de la violencia simbólica se lleva a cabo mediante dispositivos ideológicos, como la ideología de la maternidad<sup>12</sup> o el amor romántico<sup>13</sup>. Estos dispositivos consiguen que las mujeres consideren a la organización familiar y el espacio doméstico como "su lugar natural" y las necesidades de sus miembros se acaben convirtiendo en obligaciones y deseos propios (González de Chávez 1999: 95).

El proceso de socialización, llevado a cabo desde antes de nacer con las expectativas de los progenitores, se encarga de conformar las estructuras perceptivas. Esta ideología bajo las formas de "natural", "moral" o "científica" legitima el *statu quo* de la relación entre los sexos. Como dice Alberdi, el discurso dominante hasta los años 70 dibuja una identidad femenina donde "tener hijos, criarlos y educarlos

---

<sup>12</sup> La ideología de la maternidad constituía lo que algunas autoras han denominado la mística de la maternidad (Giberti 1987 citado en González de Chávez 1999: 95).

<sup>13</sup> Ver Varela y Uría (1989); Varela (1997); Stone (1979); Giddens (2000); Gómez Bueno (2001); Lipovetsky (2001).

aparece en la superficie del discurso femenino como una faceta de su superioridad sobre el hombre, como una de las ventajas o privilegios mayores del ser mujer" (Alberdi 1984: 47). La identidad femenina queda relegada al ámbito de lo relacional, de la parcialidad, del cuidado, de los afectos y de las pasiones. El discurso dominante, no exento de contradicciones y de contestación, tiene repercusiones en la vida cotidiana y en el proceso de socialización de las mujeres diagnosticadas.

La desigualdad entre los sexos se entreteje en interacciones que constantemente revelan el ejercicio de la autoridad y afectan a las orientaciones y a los intereses de actores y actrices. La interiorización de la dominación, sentirse "menos que" o "inferiores a", tiene consecuencias en las formas de expresar las necesidades y demandas, pero también en la forma de manifestar el estrés y el malestar. La imposibilidad de satisfacer abiertamente las demandas y expresar claramente las hostilidades provoca la necesidad de recurrir a otras estrategias de protesta<sup>14</sup> que tienden a manifestar lo que González de Chávez denomina "el poder de los débiles", que no son sino formas indirectas de manifestar la agresividad y de imponerse. La imposibilidad para ejercer el dominio directa y abiertamente obliga a utilizar recursos que se derivan del terreno de las emociones, de las lealtades afectivas y permiten manifestar, aunque de modo pasivo e

---

<sup>14</sup> Hirschman (1986) entiende que existen dos formas de manifestar la protesta: la salida y la voz.

indirecto, el malestar, la ira o el resentimiento (González de Chávez 1999: 141).

Las quejas y el llanto que las mujeres diagnosticadas expresan en las entrevistas lo contemplaremos en este sentido, como protesta encubierta, como formas alternativas de comunicación que sustituyen a la palabra. Constituyen una acción de rebeldía o de protesta ante la necesidad de tomar una decisión importante o de realizar un acto de autoafirmación (González de Chávez 1999: 142). Como dice M. Ángeles Durán "la ira es un sentimiento al que raramente se permite llegar a las mujeres, porque la ira de las mujeres cuando no se temple o encuentra otras vías de salida deriva fácilmente hacia formas de tristeza y culpa" (Durán 1995: 8). De la misma manera, cuando a las mujeres se les acusa de manipuladoras, se oculta que existen pocos contextos en que las mujeres pueden hacer demandas de forma legítima, la expresión de las demandas en las mujeres suelen conllevar los calificativos de caprichosas e irracionales (Rosaldo 1979).

Creemos con Leonardi que la depresión es otra de las formas femeninas de manifestar el malestar "es el resultado de un estrés extremo que afecta a las personas que sufren un profundo desequilibrio que las predispone a toda clase de problemas como la pérdida de confianza y coherencia y la consiguiente tendencia a encerrarse en sí mismas" (Leonardi 1996: 112). Como hemos visto en

el anterior apartado la depresión se constituye como un síntoma de primer orden en los TCA.

Por otra parte, no podemos olvidar los profundos cambios en la vida de las mujeres que se producen en las sociedades modernas reflexivas en las últimas décadas y que afectan a ámbitos como la familia, la educación, la legislación, el trabajo, la vida pública. Por un lado, el acercamiento a las posiciones de los hombres y, por otro lado, una toma de conciencia de la desigualdad. Elisabeth Beck- Gernsheim (2003) señala que: "en las últimas dos décadas, han tenido lugar unos cambios muy rápidos en el contexto de las vidas de las mujeres. Estos se han producido no de una manera uniforme y lineal, sino con unos claros vaivenes de progreso y retroceso. Sin embargo, se puede discernir una línea de movimiento general, que va de un *vivir para los demás* a un *vivir un poco la propia vida*. Esto implica un proceso complejo, con múltiples capas y a todas luces contradictorio" (Elisabeth Beck- Gernsheim 2003: 119).

El proceso de abandonar paulatinamente los roles adscritos a la identidad estereotipada femenina y sustituirlos por otros que necesitan construirse continuamente puede generar incertidumbre y contradicciones. Pero ¿cómo se genera la esperanza y la compulsión de lograr *la propia vida*? ¿Se producen conflictos en la ideología sexual en las mujeres que han sido socializadas en un sistema sexista y las expectativas de vida que ellas tienen para sí? ¿Cómo lo resuelven?

¿Qué tipo de relación mantienen con sus parejas? ¿Cómo son las relaciones con sus iguales? ¿Qué relación tiene el estrés y/o conflictos en sus trayectorias y los trastornos alimentarios?

#### **2.4. Proceso de individuación y reflexividad**

Hasta ahora hemos expuesto el sentido que buscamos para la explicación de los trastornos alimentarios. La anorexia se debe entender no cómo una respuesta individual, sino con la óptica de las representaciones colectivas, del hecho social. Pues bien, es en este lugar donde necesitamos abrir la indagación por los derroteros del cambio social y preguntarnos por los elementos de cambio que se producen en las sociedades que están afectadas por el problema social de la anorexia.

Las sociedades en las que se produce un incremento del problema son sociedades en las que se produce un peculiar proceso de cambio caracterizado por el proceso individualización o individuación y reflexividad. La individualización es un concepto que describe una transformación de las instituciones sociales y de las relaciones de las personas con las instituciones. Es un fenómeno por el cual las personas se liberan de roles marcados históricamente al mismo tiempo que se socavan seguridades tradicionales y se crean nuevas formas de compromiso social. Autores como Ulrik Beck (1993:340) encuentran las primeras fases del proceso en la emancipación de los campesinos

del vínculo feudal hasta llegar a la disolución de los vínculos intergeneracionales en los siglos XIX y XX. Otros como Scott Lash (2001: 141) circunscriben el proceso a las últimas décadas y lo plantean como una teoría del cambio social que acontece en tres momentos sucesivos y que pasan de la tradición a la modernidad simple y de esta a la modernidad reflexiva.

Independientemente del momento histórico en el que se origina el proceso de cambio social, la tesis del proceso de individuación se mantiene solo para aquellas sociedades que han superado la depauperación material. Entre las condiciones estructurales necesarias para que el proceso se produzca se encuentra la prosperidad económica, el desarrollo de cierto estado de bienestar, la institucionalización de intereses colectivos, el apuntalamiento del sistema jurídico, la expansión de la educación y el crecimiento del sector servicios (Beck y Beck-Gernsheim 2003).

Este particular proceso de cambio, se debe entender no como un triunfo de la libre elección - decisión de las personas- sino como una característica del momento. Acontece, no por casualidad ni voluntariamente sino por las condiciones históricas que se dan a partir de las condiciones generales establecidas por el Estado de Bienestar. Es una forma de cambio social donde las personas, como dice Beck, "están condenadas a la individuación" (Beck 2001: 29). El proceso de individuación afecta tanto a las personas en su formación del yo como

a las instituciones. Esta situación comporta una ruptura con certezas y tipificaciones<sup>15</sup>, que hacen referencia a estructuras colectivas y abstractas y que conforman el basamento de la sociedad industrial (familia nuclear y división dicotómica de roles, nación, creencia incondicional en la validez de la ciencia) (Lash 2001:143).

El proceso de individuación encierra dos momentos diferentes y contiguos. En un primer momento, el movimiento relevante es la desvinculación de las tradiciones. A este momento de ruptura le sigue, inmediatamente un proceso de "revinculación", en el que las personas deben buscar nuevas formas de vida para producir, representar y combinar sus propias biografías (Beck 2001: 28), obliga a las personas a negociar opciones de estilo de vida y en este momento "el proyecto reflexivo del yo asume una importancia especial" (Giddens 2000: 75). En esta fase las personas deben reconstruir certezas sobre las que construir su identidad. Amplias áreas de la vida de las personas ya no están conformadas por hábitos y modelos preexistentes.

Por ello, el proceso de individuación genera una situación de fragilidad en la construcción del yo al ponerse en entredicho las certezas, y rutinas que favorecen una construcción de la identidad

---

<sup>15</sup> El concepto de tipificación está acuñado por Alfred Schutz. Las personas vivimos en un mundo intersubjetivo cuya esencia es la relación y la simultaneidad en el que las personas interactúan. Las actuaciones vienen expresadas por el lenguaje que utiliza tipificaciones o tipologías que sirven para dar sentido al mundo social. Las tipificaciones se construyen en base a experiencias anteriores, ignoran los rasgos individuales y se centran en las características homogéneas y genéricas (Shutz 1972, 1974).

confiable, o al menos, no problemática. La separación de roles y la división sexual del trabajo pone en entredicho, lo que ocasiona una pérdida de confianza en la tradición.

La reflexividad es otra propiedad o característica del momento actual de cambio social. Es la capacidad de reflexionar de forma individual y social, la capacidad de poner en cuestión las condiciones sociales de la existencia y cambiarlas, de auto-conformarse como objeto de análisis y reflexión para sí mismo y para el conjunto social.

Las personas, agentes en las sociedades modernas reflexivas, adquieren una dimensión protagonista en el cambio<sup>16</sup>. Es, como mantiene Lash (2001: 138) “un programa fuerte de individuación” en el que el yo se encuentra cada vez más libre de vínculos comunales y es capaz de construir sus propias narraciones biográficas. Pero a la vez la presencia de las personas es sustituida por la representación o, dicho de otra manera, “los entes - las personas y las cosas – son sustituidos por valores. En vez de ser, valer. Valor es algo que vale para algo, una representación equivalente a una presencia” (Ibáñez 1997: 119). En este contexto las personas se individualizan, reflexionan, se liberalizan y se constituyen como forma equivalente de valor. Y el cuerpo se convierte en la expresión de la representación.

---

<sup>16</sup> La idea de sujeto no se restringe al individuo sino que en esta idea Beck carga más el acento en los individuos, Giddens en las instituciones. supone la reflexión sistemática de las categorías del conocimiento (Beck 2001: 211).

Si bien es cierto que el proyecto reflexivo encierra en sí mismo un proyecto liberador, genera a la vez ansiedades, incertidumbres, inseguridades y nuevas formas de sometimiento. Desempeñar un rol de acuerdo a las expectativas sociales, provoca seguridad en sí mismas y confianza social (Lash 2001:141). El problema aparece cuando no se sabe qué espera la sociedad del actor o actriz, cuando las expectativas son contradictorias, cuando se merma la confianza de las personas en sí mismas. Luhman considera que "la gente, al igual que los sistemas sociales, están más dispuestos a la confianza si poseen seguridad interior, si tienen algún tipo de confianza en sí mismos" (Luhmann 1996: 136). Estas incertidumbres son más importantes en las personas en las que se está conformando la identidad, en "los sujetos frágiles"<sup>17</sup>, en aquellos y aquellas se puede aplicar la "tiranía moral"<sup>18</sup> de los expertos y/o profesionales.

Así pues, los cambios sociales que se producen en las sociedades modernas reflexivas repercuten en la vida cotidiana de las mujeres (Giddens 2000: 20) a quienes no les sirven los modelos y hábitos propios de las sociedades industriales como la división sexista de roles o la construcción de la identidad en base a los estereotipos

---

<sup>17</sup> El concepto de sujeto frágil (Varela y Álvarez Uría 1989) define a individuos o colectivos socialmente marginados sometidos en virtud de un estatuto de desviados a tecnologías específicas de control.

<sup>18</sup> El término "tiranía moral" fue acuñado por Freidson (1978) para referirse al poder de las personas expertas en el sistema sanitario y la definición de la enfermedad y la distribución de los recursos.

sexuales. El proceso de individuación y reflexividad repercute en la pérdida de certezas y de confianza. Se gana en libertad lo que se pierde en seguridad.

Esta situación se manifiesta con más agudeza en aquellas mujeres que se perciben con una "conciencia bifurcada". El concepto de bifurcación, central en la obra de Dorothy Smith, posee una doble acepción que nos utilizamos. Por un lado, nos referimos a la experiencia de bifurcación que perciben las mujeres cuando intentan planificar acciones que conjugan intereses pero donde sus intereses no son los principales y, por otro lado, para referirnos a la relación de bifurcación que se produce entre la descripción sociocientífica que proporcionan las personas expertas a determinados actos y la experiencia vivida por las mujeres que no se perciben reflejadas en dichas descripciones (Smith 1987, 1990).

Cuando las contradicciones se hacen burdas e insoportables pueden provocar situaciones que generan estrés, incertidumbre y llegar a ocasionar un profundo malestar. La forma de manifestar el malestar depende del contexto histórico en el que se desenvuelven. Así pues, los conceptos de individuación, reflexividad y bifurcación nos permiten explorar la manera en que las mujeres hacen frente a las transformaciones sociales en términos de identidad, indagar en el proceso de cambio y transformación social y por último, analizar las

repercusiones que tiene en los modelos y trayectorias biográficas de las protagonistas.

### 3. FUENTES Y METODOLOGÍA

En este apartado describiré la metodología utilizada para conocer y comprender los discursos de la anorexia y de la bulimia producidos en España producidos por personas e instituciones expertas en salud y por mujeres que están diagnosticadas. Para analizar el discurso médico y sanitario recurrimos a la literatura científica y de divulgación y, para analizar el discurso de las mujeres nos basamos en entrevistas en profundidad realizadas expresamente con este fin.

### **3.1. La perspectiva cualitativa**

Existe una gran diversidad de formas de conocimientos y de enfoques para estudiar los fenómenos sociales, gran diversidad de prácticas empíricas y técnicas de investigación social. De entre ellas, la perspectiva cualitativa de investigación, o "mirada hermenéutica", constituye una visión, un enfoque y una estrategia de búsqueda de sentido con la que conceptualizar e interpretar la realidad en su complejidad. Toda mirada sobre la realidad constituye un acto de selección, de construcción y de interpretación que hace un sujeto en un contexto, de tal modo que "la mirada es anterior, y posterior, al trabajo de organización técnica de las unidades operacionales" (Alonso 1998: 17). Esto supone reconocer el carácter fundamentalmente interpretativo que la perspectiva cualitativa conlleva y avisar del riesgo en el que podemos caer cuando nos olvidamos de la importancia que adquiere la persona que mira. Como ha señalado Miguel Beltrán,

interpretar, a diferencia de especular significa “construir conceptualmente la realidad, pero no de manera arbitraria y caprichosa, sino de manera racional de acuerdo con la cultura del discurso crítico, y construirla conforme con la propia realidad, explicando y destruyendo las apariencias engañosas. Construir conceptualmente la realidad es tanto como elaborar un mapa de sí misma, mapa que no es la realidad sino su reflejo, pero que la representa, interpreta y la hace inteligible” (Beltrán 1991: 60).

La perspectiva cualitativa que entronca con el construccionismo sociológico, la fenomenología y la sociología comprensiva de Weber, centra el interés del análisis en describir y comprender la acción social. La acción entendida como un proceso que adquiere significado en el marco de la intersubjetividad y tiene presente el contexto en el que se produce. El análisis cualitativo supone reconocer la complejidad simbólica del “mundo de la vida” y tratar de comprenderla desde el plano donde se ejerce la comunicación: el lenguaje (Barthes 1990). Con el lenguaje se describe la experiencia, pero es más que un simple registro descriptivo pues a través de él se expresan los deseos, las creencias, los valores y los fines de la persona o del colectivo que habla. Es un medio que sirve para definir la experiencia y construir los discursos (Circourel 1982: 63).

En esta tesis analizaremos el discurso sobre la anorexia contenido en la literatura científico-médica publicada en España y, por otro lado, analizaremos el discurso que construyen las mujeres acerca de su propia experiencia de la anorexia. En ambos casos utilizamos el análisis del lenguaje como una estrategia para captar el sentido de los actos, como una gramática que no es mero instrumento reproductor que explica, sino que conforma, unas ideas y excluye otras maneras de considerarlas (Circourel 1982: 64).

De esta forma, el objeto de la perspectiva cualitativa como práctica de investigación, es descubrir e interpretar el sentido y el significado que tienen determinadas acciones, conocer las motivaciones, averiguar como se engendran y articulan y, por último, conectar estas situaciones con los procesos sociales y conflictos que generan y configuran. En este sentido la perspectiva cualitativa que proponemos se sitúa entre la crítica epistemológica y la crítica social, quiere ser explicativa, práctica y reflexiva, cuestionando a la vez las formas establecidas de pensamiento y las formas establecidas de la doxa o "sentido común".

Pero a la vez, tratamos de evitar lo que Giddens denomina el *error característico* de la filosofía de la acción que consiste en analizar exclusivamente el problema de la producción sin tener en cuenta los efectos de la estructura social (Giddens 1997: 148). Abrir la perspectiva cualitativa a la teoría de la estructuración de Giddens

supone entender que la estructura está constituida por la acción pero que, a su vez, las acciones son constituidas estructuralmente. Las estructuras sociales se deben conceptualizar no solo como limitadoras de la acción sino también como habilitadoras o favorecedoras de la misma<sup>19</sup> (Giddens 1997). De tal forma que los procesos de estructuración implican una interrelación de los sentidos, las normas y el poder. Sentido, norma y poder que están implícitos tanto en la acción como en la interacción y en la estructura. Como ha recordado recientemente Giddens (2003), las estructuras sociales se concretan en dos niveles: macro y micro. El nivel macro de las estructuras se manifiesta en el nivel micro a través de la conciencia y de los recuerdos que orientan la conducta de los agentes. De este modo en las acciones, en las conductas y en las prácticas se expresan las estructuras sociales. Son así, las prácticas y las acciones la expresión de los recuerdos en los que por medio de la socialización, se han internalizado las normas propias de las estructuras.

### **3.2. Análisis crítico del discurso**

Dentro de la perspectiva cualitativa existen diversas disciplinas implicadas (sociología, antropología, lingüística, etnografía, historia) y diferentes modos de analizar el discurso. Todos parten de la consideración del discurso como un proceso de comunicación que se lleva a cabo en la interacción social y entienden que entre el discurso y

---

<sup>19</sup> Giddens lo denomina "dualidad de estructura" (Giddens 1997: 193).

las situaciones, instituciones y estructuras sociales que lo enmarcan se produce una relación dialéctica (Calsamiglia y Tusón 2002: 15-19). Por ello, para analizar el discurso se debe tener en cuenta el proceso de comunicación y el contexto en el que este se produce ya que ambos actúan sobre el significado, las intenciones y los presupuestos de los actores.

Sobre la base del análisis del discurso se constituye el modelo de *análisis crítico del discurso* que interpreta el discurso como una forma de *práctica social*.

El análisis crítico del discurso, como todo análisis del discurso, parte de la idea de que lo social moldea el discurso, se interesa por las relaciones de causalidad y determinación entre los acontecimientos, que se producen en el mundo de la vida, los textos, las estructuras y las relaciones sociales. Incorpora a la investigación la idea de que el discurso contribuye a sustentar, reproducir y transformar el *statu quo* social.

Para los y las analistas críticos, la relación entre suceso discursivo y sociedad es bidireccional. El discurso está moldeado por las situaciones, instituciones y estructuras sociales, pero a la vez, les da forma. Norma Fairclough y Ruth Wodak lo expresan muy claramente cuando manifiestan que, el análisis crítico del discurso investiga como las prácticas, acontecimientos y textos son generados y

moldeados ideológicamente por las relaciones de poder (2000). Es por tanto, una herramienta de análisis que entiende el discurso como lugar de encuentro, como una relación dialéctica entre lenguaje e ideología<sup>20</sup>.

En el discurso se expresa y reproduce la ideología. "Las prácticas discursivas pueden tener efectos ideológicos de peso, es decir, pueden ayudar a producir y reproducir relaciones de poder desiguales por medio de la manera como representan los objetos y sitúan las personas" (Fairclough y Wodak 2000: 368). Este modelo acentúa la relación del suceso discursivo con el contexto y con las relaciones de poder. El objetivo del análisis crítico es lograr que las relaciones de poder, implícitas en todas las relaciones sociales, dejen de ser opacas y se vuelvan transparentes. No es, por tanto, un análisis objetivo y desapasionado sino una disciplina comprometida. De hecho es una forma de intervenir en la práctica social y en las relaciones sociales y manifiesta abiertamente su vocación emancipadora. Sin embargo, esto no implica que sea menos académico ni menos riguroso y sistemático. (Fairclough y Wodak 2000: 390; Van Dijk 1999; Van Dijk 2003).

El análisis crítico del discurso nos resultará de utilidad para descubrir e interpretar el sentido y el significado de la acción que se expresa en el discurso. Permite, a través de un examen evaluativo de las categorías y formas de conocimiento que se expresan en el

---

<sup>20</sup> Nos referimos al concepto de ideología que hemos desarrollado en el epígrafe 2.3.3. La ideología sexual.

discurso, determinar la validez y sesgos que llevan implícitos y, por otro lado permite analizar la realidad socio histórica para sacar a la luz las formas ocultas de dominación y las posibles alternativas (Wacquant 2002: 83).

Analizar el discurso médico de la anorexia desde un enfoque crítico supone analizar la historia de los conceptos, términos, tesis, problemáticas y sesgos que están contenidos en el mismo. Analizar el discurso de las mujeres diagnosticadas desde las perspectiva crítica supone relacionar las prácticas restrictivas y /o bulímicas con los contextos en las que se producen y con la ideología que las favorece o limita.

### **3.3 Fuentes**

Describiré a continuación las fuentes utilizadas para establecer los discursos sobre la anorexia, el proceso seguido para su búsqueda y las dificultades y limitaciones encontradas.

#### **3.3.1. Fuentes documentales para analizar el discurso médico (1975-2003)**

El discurso clínico de la anorexia no es un discurso estable sino que se ha ido configurando a lo largo del tiempo. Para analizar el proceso de configuración y difusión del discurso en España hemos

utilizado diversas fuentes bibliomédicas publicadas en los últimos 30 años.

Procedimos a una búsqueda sistemática de monografías sobre el tema y de artículos publicados en revistas españolas científico-médicas en los últimos 30 años. Se trata de documentos que, como ha señalado Rosa Medina (1997), cumplen la función de transformar sus enunciados en hechos científicos mediante una argumentación y una lógica que se basa en la inducción y en las referencias de un número suficiente de trabajos y autoridades explícitamente citadas. El objeto de un artículo es persuadir a una comunidad científica y mostrar una realidad objetiva y veraz mediante la construcción de un texto ordenado. Los artículos están sujetos a unos requisitos de calidad y uniformidad que la propia revista define, y constituyen el *"último destilado"* de la actividad científica en un determinado campo o especialidad <sup>21</sup>.

Las revistas científicas españolas de temas sanitarios están recogidas por el Centro de Información y Documentación Científica (CINDOC) en la base de datos *Índice Médico Español* (IME) fundada en 1971 e incorporada al Instituto de Información y Documentación en Biomedicina del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

---

<sup>21</sup> La función del artículo es convertirse en un hecho científico y esto se produce cuando varias generaciones de artículos posteriores citan el enunciado con un grado de confirmación similar (Medina 1997: 134-37). Esto será objeto de análisis en el capítulo 4.

en 1990. Desde su fundación el IME no ha dejado de incrementar el número de títulos indexados que en la actualidad incluye 321 publicaciones periódicas editadas en España sobre biomedicina, incluyendo revistas de psiquiatría, salud pública, administración sanitaria, enfermería, farmacia clínica, medicina experimental, microbiología etc... El día 1 de noviembre de 2003 disponía de 174.760 registros publicados desde 1971. Resulta complejo afirmar que la cobertura del IME sea exhaustiva, sobre todo si tenemos en cuenta las dificultades que existen para conocer los títulos en curso de publicación y la escasa vida media de las publicaciones periódicas biomédicas españolas y que muchas de ellas no están incluidas en el IME (González Guitián y Blanco Pérez 2004). Sin embargo, es evidente que constituye un punto de referencia único para estudiar la producción científica médica en España. El CINDOC dispone de otra base de datos dedicada a ciencias sociales y humanidades, la base de datos ISOC en la que también realizamos la búsqueda para el mismo periodo de tiempo (1971 – 2003).

Asimismo, consultamos la base de datos de la editorial Doyma, que recoge a texto completo revistas científicas y de divulgación dirigidas a especialistas en salud, y los catálogos de las Bibliotecas del Instituto de la Mujer en Madrid y del Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada. De igual manera, llevamos a cabo una revisión de las monografías médicas y guías de actuación dirigidas a profesionales publicadas en España depositadas en las bibliotecas de la

Universidad de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública y Universidad de Jaén. En todas las bases de datos el perfil de búsqueda fue: "anorexia", "bulimia" y trastor\* alimen\*. A continuación realizamos una lectura descriptiva de los artículos obtenidos publicados en las bases de datos IME y del ISOC.

### 3.3.1 1. Artículos indexados en las bases de datos del CSIC (IME e ISOC)

En la base de datos del IME encontramos 327 artículos, publicados entre 1971 y 2003, cuyos títulos contenían las palabras anorexia, bulimia o trast\* alimen\*. De ellos 206 (63%) contienen la palabra anorexia (sola o asociada a bulimia); 20 (6,1 %) recogen exclusivamente el término bulimia y 101 (30.8) trast\* alimen\* (Gráfico 1a y b).

Gráfico 1a

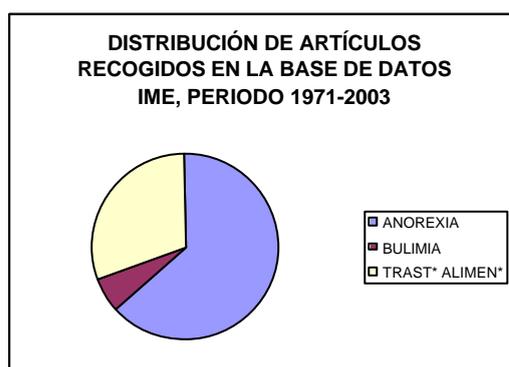
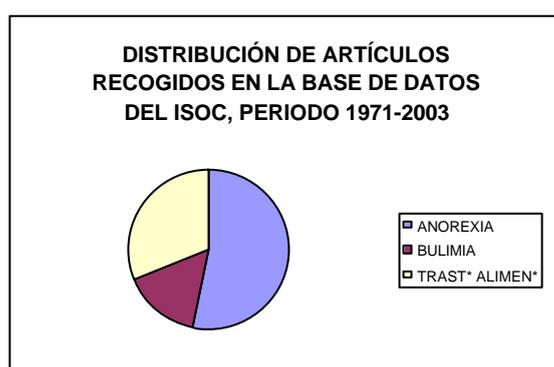


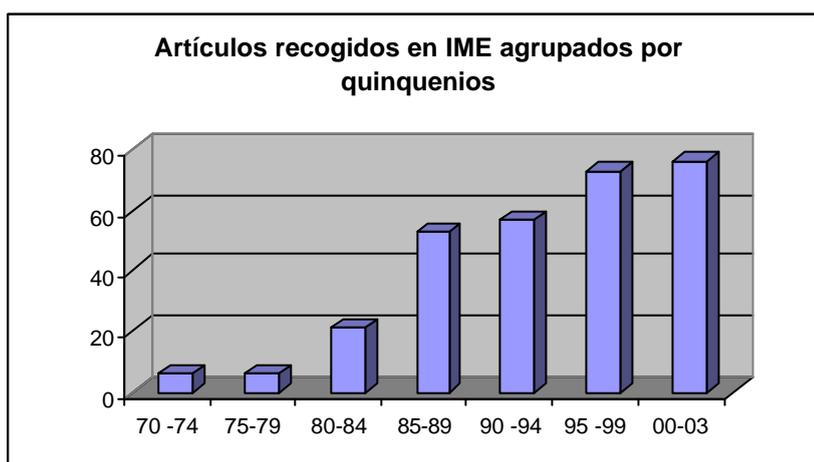
Gráfico 1b



Fuente: Bases de datos IME e ISOC. Elaboración propia

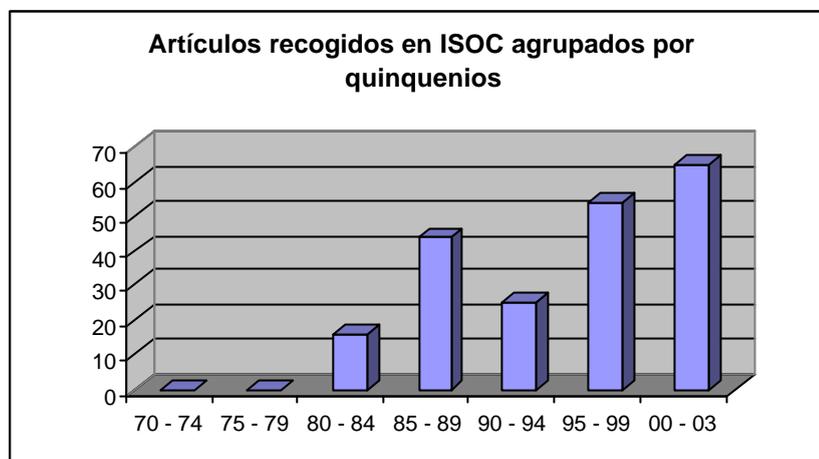
La base de datos ISOC recoge un total de 204 artículos. De ellos 109 con la palabra anorexia en el título, 31 con la palabra bulimia y 64 trast\* alimen\* (Gráfico 1). Al agrupar por quinquenios el número de artículos publicados observamos que, tanto en la base de datos del IME como en la del ISOC, ha ido creciendo paulatinamente el número de artículos dedicados a los trastornos alimentarios. En la base de datos IME aparecen artículos antes que en ISOC, donde los primeros aparecen en el quinquenio 1980-1984 (Gráficos 2 y 3).

Gráfico 2



Fuente: Base de datos IME. Elaboración propia

Gráfico 3



Fuente: Base de datos IME. Elaboración propia

De todos los artículos contenidos en las bases de datos y libros obtenidos través de las búsquedas, hemos utilizado como criterios de selección para construir nuestro corpus de análisis aquellos que:

- a) Recogían en sus títulos términos alusivos a elementos o factores sociales relacionados con el proceso de anorexia y/o bulimia;
- b) los artículos o monografías que eran citados de forma repetida por otros trabajos;
- c) artículos de autores o autoras que eran especialmente productivos y
- d) aquellos que incorporaban alguna novedad clínica, diagnóstica o terapéutica.

En el capítulo de bibliografía, los artículos y libros que han conformado el corpus de análisis aparecen marcados con un asterisco (\*). En total han sido 73 artículos y 22 monografías.

### **3.3.2. Entrevistas en profundidad para analizar los discursos de las mujeres diagnosticadas de anorexia y/o bulimia**

Para analizar el discurso de las mujeres diagnosticadas de anorexia y/o bulimia optamos por realizar entrevistas en profundidad a 14 mujeres jóvenes (entre 14 y 30 años), residentes en Granada y/o provincia que habían sido previamente diagnosticadas y habían recibido algún tratamiento médico y/o psicológico.

La entrevista en profundidad es un método privilegiado de obtención de datos en el que "la subjetividad directa del producto informativo generado (...) es su principal característica y, a la vez, su principal limitación" (Alonso 1998: 226). Una de las principales aportaciones de las entrevistas en profundidad es la producción de un texto que se sitúa en un camino intermedio entre la conducta y el lenguaje. Tal como señala Alonso "La entrevista abierta no se sitúa en el campo puro de la conducta -el orden del hacer- ni en el lugar puro de lo lingüístico -el orden del decir- sino en un campo intermedio en el que encuentra su pleno rendimiento metodológico: algo así como el decir del hacer" (Alonso 1998: 227).

Entendemos la entrevista como un acto comunicativo donde el interlocutor o "informante" construye arquetípicamente una imagen de su personalidad, escogiendo una serie de materiales biográficos y proyectivos de cara a su representación social con los que elabora el

relato. Es, por tanto, un constructo comunicativo a través del cual la persona entrevistada elabora el discurso, que como veíamos anteriormente, no es preexistente sino que se construye y produce en la situación de entrevista. Buscamos obtener informaciones de carácter pragmático, es decir, conocer como actúan las personas y como reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales (Alonso 1998: 72). Se trata de una conversación dirigida que se registra en audio y se transcribe con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental de la persona entrevistada, discurso que es definido en el marco de una investigación.

Como práctica cualitativa pretende la construcción de sentido y significado social de la conducta individual. No olvidamos que el sentido que toma el discurso en las entrevistas está influido por tres cuestiones: el contrato comunicativo, la interacción verbal y el universo social de referencia. Son aspectos que hay que cuidar con esmero para favorecer la validez interna del proceso de investigación y de los resultados.

En nuestra investigación procuramos que en la presentación de la entrevista, todas las participantes adquirieran un mismo saber con el que enfrentarse a la situación. Mediante el contrato comunicativo, establecimos saberes mínimos compartidos (implícitos y explícitos) a partir de los cuales establecimos el diálogo entre entrevistada y

entrevistadora. La interacción verbal durante el proceso de la entrevista la regulamos mediante un guión que facilitó que la conversación tuviera un rumbo, un marco pautado común con todas las mujeres que entrevistamos. Procuramos que la información emanada de la entrevista se produjera en una situación que se pareciera más a la confidencia que al interrogatorio y, en muchos momentos, dejamos que las entrevistadas construyeran sin interferencias su discurso. Pero, a la vez, las ayudábamos retomarlo cuando lo creíamos conveniente.

Tuvimos presente que la construcción del sentido la realiza una persona que desempeña un rol social y que las personas incorporan al hablar los valores de su grupo de referencia. En definitiva, con las entrevistas en profundidad realizadas buscamos la expresión individual socializada y estructurada tanto por *habitus*<sup>22</sup> lingüísticos y sociales como por los estilos de vida<sup>23</sup> de las mujeres diagnosticadas de anorexia y/o bulimia.

Para analizar los relatos de las entrevistas hemos tenido en cuenta el modelo de "comprensión escénica" que propone Cristina

---

<sup>22</sup> El concepto de *habitus* es acuñado por Bourdieu lo entiende como un sistemas generador de prácticas sociales y al mismo tiempo de percepción y valorización de esas prácticas (Bourdieu 1988, 1991, 2000, 2002).

<sup>23</sup> Estilos de vida lo entendemos como formaciones y validaciones específicas de la conducta realizadas dentro de los grupos de estatus socioeconómicos, sexo y edad.

Santamarina (1998). Según este modelo, en la producción de un relato se actualizan los elementos de la escena que se vivió o se está viviendo. No obstante el recuerdo no se hace de manera neutral, sino que se produce una transferencia de afinidad que tiene que ver con el contenido, la forma, la vivencia y la posición ideológica adoptada, la historia que se relata. Se produce una relación de escenas o contextos que el trabajo de producción e interpretación debe tener en cuenta, de tal forma que las escenas referidas no son referentes biográficos y sociales inefables sino que están compuestos por interacciones relevantes, que se ven favorecidas por redes de relaciones sociales presentes y por las formas del acuerdo de la entrevista misma. "Se trata de interpretar las historias en los juegos y dimensiones de su entramado (contexto es lo que esta tejido-con) pero también de la construcción del sujeto. No para hacer una interpretación hermenéutica sino para situar las historias de vida en sus sujetos y procesos plurales" (Santamarina 1998:272).

También hemos tenido presente que el sentido y el significado que otorgamos a las acciones se construye en la misma dinámica de la interacción (Martín Criado 1991)<sup>24</sup>. Es decir, se da sentido a la

---

<sup>24</sup> El significado no reside en la palabra o en el alma del hablante o del oyente. El significado es el efecto de la interacción entre el hablante y el oyente producida por medio de la materia de un particular sonido complejo (Martín Criado 1998: 95) o como dice Wittgenstein "el significado de una palabra es su uso en el lenguaje" (1988: 61). Es decir, el sentido de las frases solo se puede entender si se tiene en cuenta la relación de los sujetos con el mensaje.

experiencia a partir de unos “marcos” o esquemas cognitivos socialmente determinados o configurados, esquemas que han sido conformados a lo largo de sus trayectorias vitales y que implican la interiorización de la estructura social.

En esta línea nos propusimos indagar si el sistema de género, conforma el gusto<sup>25</sup> y las preferencias de las mujeres entrevistadas (Kauffman 1999; Bleichmar 2000; Escrivá 2000; Gómez 2001, Martínez Benlloch 2001). A través del análisis de los discursos trataremos de analizar e interpretar la acción restrictiva o purgativa y el significado que le dan, tratando de averiguar si existen esquemas de interpretación comunes de género que lo favorecen.

Nos proponemos considerar los procesos sociales dentro de los cuales se han producido los discursos y ponerlos en relación con las situaciones o particularidades concretas de las mujeres entrevistadas, como dice Gómez Bueno “el discurso no podrá ser analizado nunca en sí mismo: ha de ponerse en relación bien con sus condiciones de producción, bien con sus condiciones de reconocimiento” (Gómez Bueno 2001: 142).

---

<sup>25</sup> Entendiendo por gusto la “propensión y aptitud para la apropiación material y/o simbólica de una clase determinada de objetos o de prácticas enclasadadas y enclasantes, es la fórmula generadora que se encuentra en la base del estilo de vida, conjunto unitario de preferencias distintivas que expresan, en la lógica específica de cada uno de los sub-espacios simbólicos –mobiliario, vestidos, lenguaje o *hexis corporal*- la misma intención expresiva” (Bourdieu 1988:173).

### 3.3.2.1. Estrategias y dificultades de contactación

Para localizar a las mujeres que reunieran los requisitos de inclusión diseñados y que accedieran a realizar la entrevista en profundidad, utilizamos varias estrategias. En primer lugar contactamos con centros de enseñanza. Posteriormente, con asociaciones de personas afectadas de anorexia y/o bulimia y con la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario del servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario San Cecilio. Por último, recurrimos a redes personales de la investigadora. En todas las entrevistas solicitamos a las entrevistadas su colaboración para contactar con otras mujeres que cumplieran los requisitos de la muestra.

El proceso de contactación fue sumamente difícil por tratarse de una población estigmatizada <sup>26</sup>, escasa, sometida en algunos casos a un proceso terapéutico, muy protegida por sus familiares y el personal sanitario que las trataba.

El contacto con los centros de enseñanza lo realizamos gracias a los jefes y jefas de estudios de varios Institutos y Colegios de Granada. En el primer contacto con el profesorado parecía que todos tenían en sus aulas jóvenes con anorexia. Tras pedirles su mediación

---

<sup>26</sup> Estigmatizada en el sentido de Erving Goffman (1998:13). Son personas que dejan de verse como "normal" ya que el estigma, en este caso una excesiva delgadez es un atributo socialmente desacreditado.

para colaborar el número de jóvenes con trastornos alimentarios descendía y desaparecían. Este hecho nos hizo sospechar que pudiera tratarse simplemente de jóvenes delgadas a las que sus profesores y profesoras etiquetaban como anoréxicas. En este sentido, apreciamos un claro sesgo de género ya que a los chicos delgados difícilmente se les homologa como enfermos anoréxicos. A través de esta estrategia conseguimos contactar con una joven que cumplía los criterios establecidos para la población objeto de estudio y que aceptó participar.

Las asociaciones de familiares de jóvenes con anorexia y/o bulimia que existen en Granada fueron las siguientes vías de acceso: la Asociación en defensa de la atención a la anorexia nerviosa y bulimia (ADANER) <sup>27</sup> y ACABA (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia).

---

<sup>27</sup>ADANER es una asociación de ámbito nacional constituida por familiares de jóvenes diagnosticados de anorexia y/o bulimia o trastornos inespecíficos. Se define como "no es una asociación de afectados, es un concepto social". Es una asociación de ámbito Nacional sin ánimo de lucro constituida en julio de 1991. Declarada de utilidad pública en 1998. Actúa en todo el territorio nacional a través de sus delegaciones y grupos de apoyo. Está abierta a todos los interesados por estos problemas. Es miembro numerario de las asociaciones ANAD (USA) y de EDA (Reino Unido). Mantiene de forma permanente intercambios con asociaciones y estamentos de ámbito nacional e internacional a través de los cuales difunde resultados de investigación. Dentro de sus fines esta prevenir y apoyar la investigación. En 2003 la asociación tenía convenios con distintas organizaciones de ámbito público o privado, sus patrocinadores, según consta en su página web son: Kellogg´s, Infortelecom y el Instituto de la Juventud. ADANER realiza múltiples actividades entre ellas la organización de Congresos, jornadas de reflexión, campamentos de verano... En su página web dispone de lo que denominan un "espacio joven", lugar de contactación y de chateo que sirve para comunicarse entre ellas y realizar recomendaciones. En Andalucía cuentan con delegaciones en 6 provincias. En Granada poseen un local, según nos dijo su Presidente, cedido por una importante inmobiliaria, en una zona de locales comerciales bien situado. Es un local espacioso y bien decorado donde hacen

Entendíamos que las asociaciones eran una pieza clave en la contactación pues a ellas se acercan muchas jóvenes con este tipo de problemas. También creímos que las asociaciones estaban tan interesadas como nosotras en que la investigación se pudiera realizar. Tras un primer contacto telefónico nos reunimos con el presidente de la asociación ADANER en enero del año 2002, en los locales de la asociación. La organización estaba preparando el I Congreso Andaluz sobre Trastornos Alimentarios que tuvo lugar en marzo de ese mismo año en la ciudad de Granada y su máximo interés era transmitirnos la importancia y el significado de la Asociación. De la reunión salimos con un gran paquete de información, carteles del Congreso y con el compromiso de una próxima cita con las psicólogas de la Asociación. Las psicólogas, sin embargo, no colaboraron con nosotras y mostraron su rechazo ante lo que consideraban una intromisión en un campo que consideraban propio. De estos contactos no obtuvimos ninguna entrevista.

ACABA es la otra organización que funciona en nuestra provincia. Tras un contacto telefónico fuimos a la entrevista con la presidenta y dos psicólogas de la asociación, les expusimos nuestro proyecto y la necesidad de su colaboración. Aunque las psicólogas no participaban de las ventajas de las prácticas cualitativas y entendían

---

grupos de terapia y de padres y madres de afectados. Cuentan con 4 psicólogas para el seguimiento de personas que acuden a sus locales. Realizan encuestas, publican revistas y llevan a cabo campamentos de verano de mujeres afectadas.

que la peculiaridad de estas jóvenes les haría no participar en la entrevista, nos pusieron en contacto con una de las mujeres que entrevistamos.

La técnica de "bola de nieve", muy utilizada en antropología, consiste en constituir un primer contacto y una referencia en cadena que permite tejer posteriormente una red de colaboraciones. Es, como dice Nuria Romo "una de las técnicas más eficaces siempre que se trabaje con poblaciones relativamente pequeñas, compuesta por personas que tienen tendencia a estar en contacto unas con otras y en poblaciones difíciles de encontrar" (Romo 2000: 116). A través de esta técnica conseguimos una entrevista.

Los mejores resultados los obtuvimos a través del personal sanitario responsable de la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario del servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico San Cecilio de Granada que contactaron con 4 mujeres que accedieron a entrevistarse. Por último, la investigadora decidió abrir la posibilidad de contactación a todas sus redes personales y con ello se consiguió completar la muestra.

En total han sido 14 mujeres entrevistadas. El contacto con ellas fue, en síntesis, el siguiente: una a través de una instituciones educativas, cuatro a través de una institución sanitaria, una gracias a

una asociación de personas afectadas, una mediante la técnica de bola de nieve y 7 mediante las redes personales de la investigadora.

Tras establecer el primer contacto a través de una persona conocida, la investigadora se ponía en contacto con ella, se ofrecía a desplazarse a cualquier sitio en el que ella se sintiera cómoda y le advertía que iba a ser una entrevista larga. De esta forma, adquiríamos el permiso y el compromiso de la joven. Todas las jóvenes consultadas accedieron a la entrevista.

En el encuentro personal, tras presentarnos y solicitar a cada informante su permiso para grabar, comenzábamos explicando el objetivo de nuestra investigación y la estructura de la entrevista, indicando que esta constaba de varias partes en las que queríamos que hablaran de su infancia, relaciones familiares y de amistad, sus gustos y preferencias y por último, de su vivencia de la anorexia. Hacíamos hincapié en que hablara de todo lo que ella consideraba de interés para nuestra investigación.

Todas las entrevistas transcurrieron en un ambiente amable y muy cordial. Casi todas las entrevistadas lloraron en algún o algunos momentos de la entrevista, pero todas mostraron su satisfacción al terminar. A pesar de la cantidad de preguntas recogidas en el guión, nunca hizo falta seguirlo al detalle. Iniciábamos las primeras preguntas y, casi todas las entrevistadas hablaban de continuo. Lo más difícil en

el rol de entrevistadora fue mantener los silencios ya que, en la mayoría de los casos, eran silencios productivos.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de enero del año 2002 a abril del año 2003. Todas las entrevistas se grabaron y, posteriormente, fueron transcritas por profesionales.

### **3.3.2.2. Los perfiles de las mujeres entrevistadas**

Las mujeres entrevistadas proceden de distintos lugares geográficos aunque en el momento de la entrevista todas residían en Granada. Todas ellas se encontraban en distintos momentos del proceso anoréxico/bulímico. Las edades de las entrevistadas oscilaban entre los 15 y los 30 años. Cuatro de ellas habían nacido y vivido durante su infancia en zona rural, siete proceden de zonas urbanas y tres de zonas semiurbanas. De las 14 mujeres entrevistadas, 11 poseen estudios universitarios, tres no han accedido a la universidad, dos ha elegido la rama de Formación Profesional y una está en el instituto. Los estudios realizados o que están realizando, se distribuyen de la siguiente forma:

- 2 Maestras (1 de Educación Especial y 1 de Educación Infantil)
- 2 Licenciadas en Traducción
- 1 Licenciada en Matemáticas
- 1 Médica especialista
- 1 Doctora en Historia

- 1 Educadora de personas disminuidas psíquicas.
- 1 Estudiante de Ciencias Ambientales
- 1 Estudiante de Sociología.
- 1 Estudiante de Ingeniería Química
- 1 Estudiante de Arquitectura Técnica
- 1 Estudiante de Formación Profesional
- 1 Estudiante de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

### TABLA DE PERFILES

PSEUDÓNIMO	EDAD (años)	TITULACIÓN	PROFESIÓN MADRE	PROFESIÓN PADRE	PROCE- DENCIA	CONTAC- TACIÓN	PRÁCTICA
1. Belén	22	Estudiante Universitaria	Costurera	Carpintero	Rural	I. S.	Anoréxica y bulímica
2. Antonia	23	Licenciada	Ámbito doméstico	Agricultor Ganadero	Rural	I. S.	Anoréxica y bulímica
3. Manuela	30	Licenciada	Empleada	Empleado	Urbana	R. P.	Anoréxica
4. Teresa	15	Estudiante Instituto	Limpiadora	Albañil	Semi urbana	I. S.	Anoréxica
5. Hortensia	30	Licenciada	Maestra	Militar	Urbana	I. E.	Bulímica
6. Noemí	22	Estudiante Universitaria	Ámbito doméstico	Jubilado	Urbana	A. F.	Anoréxica y bulímica
7. Laura	24	Estudiante Formación Profesional	Ámbito doméstico	Empresario	Semi Urbana	R. P.	Anoréxica y bulímica
8. Blanca	24	Licenciada	Enfermera	-	Urbana	R. P.	Anoréxica y bulímica
9. Rocío	26	Formación Profesional	Costurera/de pendienta	Construcción	Urbana	R. P.	Anoréxica y bulímica
10. Pilar	25	Estudiante Doctorado	Enfermera	Profesor Universidad	Urbana	R. P.	Anoréxica
11. Carmen	24	Diplomada	Limpiadora	Empleado	Urbana	B. N.	Bulímica
12. Pepa	21	Estudiante Universitaria	Ámbito doméstico	Desempleado	Semi Urbana	I. S.	Anoréxica
13. Lola	26	Diplomada	Jornalera	Jornalero	Rural	R. P.	Bulímica
14. Patricia	23	Estudiante Universitaria	Ámbito doméstico	Jubilado	Rural	R. P.	Anoréxica y bulímica

I.S.: Institución sanitaria; R.P.: Redes personales; I.E.: Institución educativa;  
B.N.: Bola de nieve.

### 3.3.2.3. El guión de la entrevista

El guión que nos sirvió como marco de la situación de entrevista y que completamos en todas las entrevistas, lo exponemos a continuación:

**Si te parece hacemos un poco de historia, nos vamos a tú infancia:**

¿dónde naciste?, ¿cuándo?, ¿cómo era tú casa, tú familia?, ¿qué recuerdas de aquella época?

Y, ahora ¿cuántos sois, dónde vivís, quiénes?, a qué os dedicáis?, Quienes trabajan, estudian. ¿quién estudia? ¿qué? Especial énfasis en la ENTREVISTADA, (ver cómo se autodefine).

Estudios y trabajos de los padres

¿cómo transcurre (o transcurría, en caso de que ya no viva con ellos) un día en tú familia?, por ejemplo ayer y ¿un día festivo qué hacéis?

¿cuáles son tus derechos y responsabilidades en casa?. ¿Qué obligaciones te imponen?, ¿cómo se reparten los trabajos de la casa?, ¿cómo crees que se tendrían que repartir?

¿quién se impone?. Las obligaciones, ¿se cumplen?, ¿qué pasa si alguien no las cumple?, ¿quién regaña? Tipo de castigos.

En general, ¿quién manda más en tú casa? ¿por qué crees que manda? ¿quién manda menos, por qué?

¿con quién te llevas mejor de tú familia?, ¿cuánto tiempo sueles pasar con esa persona? Y, ¿con quién te llevas peor?

¿quién te controla más a ti? Los horarios, los estudios, las comidas

¿qué aspecto físico tenías de pequeña?, ¿fuiste una niña gordita?

¿recuerdas si tuviste paga y desde cuándo?

En la actualidad, ¿cómo haces frente a tus gastos?, te pasan dinero a la semana, al mes?

Qué crees que espera tu familia de ti, ¿quién lo espera?, ¿te sientes presionada?

y tú, ¿qué deseas, qué buscas?, ¿cuáles son tus expectativas?

### **Pasemos a los estudios**

¿Dónde cursaste la primaria? Y La secundaria, ¿cómo te fue?

Ahora ¿Estudias?, ¿qué?

¿Por qué estudias / no estudias?

¿qué asignaturas o materias prefieres?, ¿qué notas sacas? (Trayectoria académica)

¿te gusta estudiar? ¿por que?, ¿que te atrae o que rechazas?

en caso negativo → ¿qué te gustaría hacer?

¿cómo ves el futuro? ¿de qué depende el futuro?

el hecho de que seas mujer ¿crees que influye en el futuro? ¿de qué manera?

Háblame de la persona que te gustaría ser

¿Te sientes niña o mujer?

¿Qué es lo más difícil de ser mujer?

### **Hablemos de la alimentación**

¿qué se come en tu casa? ¿es buena la comida? ¿qué es buena comida?

¿quién compra la comida? ¿quién la elabora? ¿participas en la elección y/o elaboración? ¿te gusta?

Ritmos domésticos: ¿tenéis horarios de comida, de acostarse de ...

¿coméis en familia o de uno en uno? ¿cuántas veces?

¿te gusta comer en la calle?

¿qué comidas prefieres? ¿por qué?

¿qué sabores te parecen mejores?

¿con quien te gusta comer y por qué, con quien no te gusta comer y por qué?

### **Hablemos de tus preferencias (gustos)**

¿qué te gusta hacer? ¿qué actividades prefieres? ¿Porque? ¿con quién?

¿te gusta el deporte? ¿lo practicas? ¿qué deportes practicas?

¿Durante cuánto tiempo? ¿con qué regularidad?

Cuéntame, por favor, que hiciste el domingo

**tu habitación:** Descríbemela, ¿la compartes? ¿te gusta? ¿quién y qué la decora? ¿Qué tiene en las paredes?

**ropa:** ¿qué estilo de ropa prefieres? ¿dónde la compras? ¿con quién?

**tu físico:** ¿te gusta? ¿cómo lo ves? ¿te gusta cuidarlo?, ¿lo adornas? ¿con qué?

**música :** ¿qué música prefieres?, ¿qué grupos? ¿qué estilo?

**lectura** ¿te gusta? ¿cuál prefieres? ¿cuál es el último libro que has leído?

**cine** ¿qué película te ha impactado más de las que has visto? ¿por qué?

Nómbrame algún ídolo tuyo

### **Hablemos de tus amigos /as**

¿tienes amigos-as distintos a los compañeros de clase?

¿cómo son? ¿ves diferencias entre ellos y ellas?

¿qué es lo que más valoras en la gente? Y lo que más odias?

¿qué crees importante para gustarle a un chico y a una chica?

¿qué lugares no ves adecuado para una chica de tu edad? ¿y para un chico?

¿Expresas tus sentimientos y vivencias con facilidad? ¿a quién /es?,

¿Con quien te llevas mejor con las chicas o con los chicos? ¿por qué?

¿tienes novio o novia?, ¿cómo son las relaciones entre vosotros? ¿qué es lo que más te gusta de esa persona? ¿y lo que menos?

¿Existen estudios y profesiones más adecuados para chicos y para chicas? ¿cuáles?

Si yo te digo ansiedad ¿con que o a que lo asocias? e ¿Incertidumbre...? ¿Inseguridad...?

cuándo lo sientes ¿qué haces? ¿a quien recurre?

¿qué te produce satisfacción..., seguridad..., bienestar...?

Por favor, cuéntame un buen momento de tu vida y un mal momento

¿qué es el éxito para ti?

### **Tratemos de reconstruir el proceso de la Anorexia**

¿puedes, quieres? (entendemos que es un proceso social generalizado y estamos investigando cómo se genera y qué lleva a su desarrollo. Te agradecemos mucho tu colaboración)

¿cómo empezó, cuándo? ¿Que pasó? ¿a qué lo achacas?

¿con quien vivías? Cómo se vivía en la familia, que te decían, que sentías

Ahora, ¿cómo te sientes?, si procede: ¿cómo conseguiste recuperarte?, ¿qué fue lo que te ayudo?

¿Tienes alguna amiga o conocida con anorexia? ¿desde cuándo? ¿por qué crees que le afecta más a las chicas?

¿has leído algo sobre el tema? ¿Cuándo?

¿Qué recomendarías a la gente que lo esta pasando mal en este momento?

**Ánimo y muchas gracias por tu colaboración.**

### 3.4. Proceso de análisis

En el análisis están implicadas múltiples tareas cuyo objetivo es descomponer, resumir, descubrir e interpretar el sentido y el significado que subyace en el texto poniéndolo en relación con el contexto en el que se produce.

Para llevar a cabo la descomposición y el resumen, hemos tenido en cuenta los distintos niveles que propone el análisis de contenido. Estamos hablando de los niveles sintáctico, semántico y pragmático (Krippendorff 1990; Navarro y Díaz 1998; Ruiz Olabuénaga 1996; López Aranguren 2000). El nivel sintáctico desarrollado por la estilística cuantitativa y el análisis de la expresión, se interesa por las

formas, se acerca al sentido de los textos utilizando las caracterizaciones morfológicas y contabilizando los componentes sintácticos. El nivel semántico tiene que ver con el significado que las personas le confieren a los temas o categorías de análisis que son objeto de interés y el nivel pragmático pone en relación los fragmentos de textos categorizados con el contexto en el que tiene lugar. En todo momento buscamos realizar *interpretaciones pragmáticas*, es decir, relacionar los textos científicos y el relato de las entrevistadas con las prácticas sociales que los favorecen y configuran (Ortí 2000: 268).

En los artículos científicos abordamos el nivel sintáctico al analizar las publicaciones que contenían las palabras anorexia, bulimia o trastornos alimentarios en el título, la especialidad médica de los autores y autoras y los centros o grupos a los que pertenecían. El análisis semántico tuvo en cuenta el significado que estos les daban a las palabras o categorías que constituían las unidades de análisis ("anorexia", "bulimia" y "trastornos alimentarios"). Por último, pusimos en contexto el significado, es decir, abordamos el nivel pragmático, relacionando el significado de las unidades de registros con los momentos históricos concretos en los que se produce, con el objetivo de descubrir el discurso científico de la anorexia, hacer aflorar los argumentos que las personas expertas utilizan y la lógica que subyace y analizar el proceso por el cuál pasan a convertirse en categorías de interés científico. Interpretar el discurso científico desde una perspectiva feminista supone acentuar el origen social de los discursos,

la arqueología de sus presupuestos culturales y sacar a la luz los valores y los sesgos de género implícitos o explícitos.

En las entrevistas de las mujeres abordamos los distintos niveles de análisis a partir de categorías que fueron creadas de acuerdo con el guión de preguntas: "historia biográfica", "proceso de socialización", "preferencias", "experiencia anoréxica/bulímica". En otros casos las categorías fueron definidas tras la lectura de los textos, constituyendo categorías emergentes: "conflicto familiar", "adicción", "afrentamiento de conflictos", "entrada en el proceso anoréxico". Con el procesador de textos realizamos búsquedas de palabras que consideramos claves en el proceso de análisis (cuerpo, ansiedad, estrés, anorexia, bulimia, hospitalización) y analizamos el campo semántico de cada una ellas.

Una vez categorizadas las entrevistas, pusimos en relación el significado de las categorías de análisis con las características del perfil. Para llevar a cabo el proceso de análisis de contenido nos ayudamos del software NUDIST-VIVO, específicamente diseñado para la investigación cualitativa.

El NUDIST-VIVO permite trabajar datos cualitativos, haciendo posible operaciones que implican distintos niveles de análisis, codificación y búsquedas de palabras o categorías con mayor o menor grado de complejidad. El programa favorece la economía cognitiva ya

que ayuda a manejar la enorme cantidad de datos obtenidos en las entrevistas.

Descubrir e interpretar el discurso de las mujeres diagnosticadas de anorexia y/o bulimia desde la perspectiva feminista supuso poner en relación los relatos con la ideología sexual que sustenta la estructura social en las que sus emisoras viven y, poner de manifiesto como la estructura configura marcos de percepción específicos de género. Buscamos, de este modo hacer intrínseca la sinergia que el análisis crítico y la teoría feminista proponen, es decir, aunar la crítica intelectual y la práctica social.

## 4. CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS DISCURSOS MÉDICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

"Podemos concebir palabras sin un mundo, pero no podemos concebir un mundo carente de palabras" (Goodman 1990).

Elegir como objeto de estudio el discurso científico sobre los trastornos alimentarios y analizarlo desde una perspectiva feminista supone situarse en el paradigma crítico de la ciencia que inaugura Thomas Khun y que se enriquece con la crítica feminista a la ciencia.

El análisis, la reflexión y la crítica a la ciencia y al discurso científico han sido especialmente fructíferos desde planteamientos feministas<sup>28</sup>. Las epistemologías feministas han puesto de manifiesto cómo los valores sociales masculinos dominantes influyen en la institución, en la producción del conocimiento científico y en las tecnologías (Keller 1991; Harding 1996) y han contribuido a “desvelar del papel que juegan los valores y el contexto de producción en la construcción de la ciencia, ha corregido el uso ingenuo de las fuentes médicas, ha permitido leerlas de otro modo y ha contribuido a mostrar que la ciencia no es un saber transparente sino una manifestación cultural que en cada época contiene una ideología y unos valores” (Ortiz 2003).

Existen trabajos de investigación realizados en España cuyos resultados ponen de manifiesto la utilización de la diferencia sexual para construir un conocimiento científico marcadamente androcéntrico

---

<sup>28</sup> Una revisión de las epistemologías feministas puede verse en Ortiz (1999).

y la introyección de valores de género en la producción y difusión del conocimiento científico (Sánchez 1999, 2003; Medina 1999; Ballester 2002; Miqueo, Barral, Delgado *et al.* 2004; Miqueo 2004 y sobre el análisis de la ciencia europea ver las publicaciones de Thomas Laqueur 1994 y Londa Schiebinger 2004)<sup>29</sup>. En torno a las metáforas de género se han ido articulando unas asociaciones entre naturaleza y mujer, por un lado, y ciencia y varón por el otro. Este dualismo, que se asienta y se percibe en las transformaciones de la ciencia en el siglo XVII se aprecia en el discurso científico médico tanto en lo que dicen los textos como en cómo lo dicen y en el contexto en que lo dicen (Sánchez 2003).

Estas aportaciones nos han permitido trazar la línea que seguiremos para analizar el discurso científico de la anorexia y de la bulimia que abordamos en este capítulo. Recordemos que el discurso es una forma de acción social, es decir, entendemos que el discurso constituye, ordena y organiza la interpretación de los acontecimientos sociales. En este sentido el discurso produce conocimiento y genera

---

<sup>29</sup> La reivindicación femenina de la igualdad que estaba en el debate social en el siglo XIX provocó numerosas reacciones en el campo médico. La más destacable fue el reforzamiento, polarización y codificación de la diferencia sexual (Sánchez 2003: 70) El esquema dual de género funcionó como dispositivo a partir del cual se trazó un eje de articulación entre las características consideradas como masculinas y las consideradas como femeninas. La "afectividad, emotividad, inestabilidad, impresionabilidad, capacidad de simulación eran los atributos principales con los que los médicos españoles caracterizaban a las mujeres, posteriormente estas mismas características serán descritas como síntomas (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla 1997, citado por Sánchez 2003:67).

interpretación (Van Dijk 2000). Por tanto, en nuestra propuesta, el análisis del discurso va más allá del análisis textual ya que incorpora el análisis del proceso social en el que el texto es producido y recibido (Fairclough 2000). Es decir, el estudio del discurso trata tanto de las propiedades del discurso como del contexto en el que se produce.

Así pues, en este capítulo analizaremos el discurso clínico de la anorexia y de la bulimia explícito en las fuentes biomédicas. Comenzaremos por un análisis de la categoría TCA y continuamos analizando los discursos implícitos en las publicaciones. Nuestro objetivo será la deconstrucción lingüística y simbólica del discurso clínico a través de la lectura y análisis de los textos, preguntándonos por el sentido social y cultural que llevan implícitos.

#### **4.1. Creación de la categoría clínica TCA**

La práctica anoréxica o restrictiva está inscrita en la cultura occidental al menos desde época medieval. Su consideración y visibilidad social han sido cambiantes según momentos, pero tuvo un interés subsidiario para la medicina hasta mediados del siglo XIX, cuando pasó de ser un síntoma común a diversas enfermedades a ser una enfermedad en sí misma. Se inició así su proceso de medicalización, como sucedió con muchos otros aspectos de la salud y, muy especialmente, la salud de las mujeres (Castellanos, Jiménez

Lucena y Ruiz Somavilla 1990; Word 1984; Smith-Rosenberg y Rosenberg 1984).

Como ha señalado Joan J. Brumberg (Brumberg 1988), en el año 1873, dos prestigiosos médicos, el internista inglés William W. Gull (1816-1890) y el neurólogo francés Charles Lasègue (1816-1883), definieron sendas enfermedades propias de mujeres jóvenes que denominaron respectivamente, "anorexia nerviosa" y "anorexia histérica."<sup>30</sup> Para Gull, afamado *consultant* del hospital *Saint Guy* de Londres y médico de buena parte de la nobleza londinense, la anorexia nerviosa era una enfermedad diferente a la inanición o a cualquier síntoma asociado a otras enfermedades orgánicas (tuberculosis o cáncer) que afectaba específicamente a mujeres de la burguesía de edades comprendidas entre 16 y 30 años. Para Lasègue, jefe clínico del hospital *La Pitié* de París y codirector de la revista *Archives générales de médecine*, la anorexia era un tipo de histeria ("histeria del centro gástrico") que afectaba a jóvenes burguesas. La denominación coincide, en ambos países, con la percepción generalizada de un aumento de las prácticas anoréxicas entre mujeres jóvenes y el tema constituía en la sociedad victoriana un asunto de debate (Brumberg 1988: 133 y 61-100).

---

<sup>30</sup> Gull publicó en 1874 un artículo que había presentado en noviembre de 1873 en la *Clinical Society of London*. Lasègue había publicado el suyo en abril de 1873. Este trabajo es citado por Gull como inspiración para el nombre *anorexia*, con el cual reemplazó al de *apepsia* que había utilizado previamente (Brumberg 1988).

El interés y las definiciones de los autores se insertaban en proyectos nosográficos más amplios. Gull pretendía establecer el diagnóstico diferencial de diversas entidades clínicas sobre la base de indicadores positivos (Brumberg 1988: 110-123). Lasègue, con el grupo de médicos alienistas de París que dirigía Jean-Martin Charcot (1825-1893), contribuía al estudio de la histeria, que entendían como una enfermedad neurológica, y sus distintas formas clínicas. (Brumberg 1988: 127-140).

Ambos daban relevancia a la edad, el modo de vida y las relaciones familiares y sociales en el origen y en el curso de la enfermedad. Gull centró el tratamiento en el seguimiento estricto de una dieta calórica, cuidados físicos y reposo bajo la tutela de una enfermera experta, procurando un cierto aislamiento de familiares y amistades. Lasègue, por su parte, no fue muy explícito sobre el tratamiento y señaló la dificultad de restablecer el funcionamiento de un "estómago atrófico". Indicó que el rechazo a la comida era una forma de conflicto familiar entre las jóvenes de clase media y sus padres y que cualquier tratamiento debía incluir elementos de orden moral que no especificaba. (Brumberg 1988; 118-123; Le Heuzey 2002; Perdereau, Godart, Kaganski 2003; Lasègue 1873).

En las dos décadas siguientes, la denominación anorexia nerviosa se impuso, los criterios de Gull fueron aplicados en la práctica clínica y el método de tratamiento en régimen de aislamiento se fue

extendiendo, especialmente tras la conclusión de Charcot de que era el sistema "más eficaz" (Brumberg 1988: 144).

Entre 1900 y 1940 se incorporan nuevas teorías para explicar y tratar la anorexia que responden a dos modelos teóricos diferentes: biológico y psicológico.

Desde la naciente endocrinología, Morris Simmonds (1855-1925), un patólogo de la Universidad de Hamburgo, establece en 1914 la disfunción hipofisaria como nueva hipótesis causal de la anorexia y da un nuevo nombre al proceso: caquexia hipofisaria o pituitaria. También la insuficiencia tiroidea se relaciona con la anorexia. El tratamiento, en consonancia, consistirá en resolver, mediante organoterapia, los déficits hormonales (Brumberg 1988: 212; Turón 1997).

Sigmund Freud (1859-1947) estableció en la década de 1930 que el apetito era manifestación de la libido y relacionó, así, la práctica anoréxica o restrictiva con problemas sexuales no resueltos. Su visión tuvo gran influencia en generaciones posteriores tanto de médicos y como de pacientes (Brumberg 1988: 212-4; León Espinosa 2003: 34). Freud incorporó la anorexia al grupo de los trastornos o conductas neuróticas y propugnó el tratamiento psicoanalítico para su curación.

Entre 1930 y finales la década de 1940, la medicina psicosomática se convirtió en un puente entre la concepción y el tratamiento biológico y psicoanalítico, aunque la categoría clínica se desdibuja y el diagnóstico se acaba aplicando a una amplia gama de procesos en los que existe rechazo a comer y que afectan a todo tipo de personas (Brumberg 1988: 218-227)

La definición de la categoría TCA alcanza su mayor grado de normalización y consenso a partir del proceso nosotáxico iniciado en 1952 por un comité de la *American Psychiatric Association* (APA) que desarrolla una clasificación de las enfermedades mentales. En su versión inicial (DSM I 1952) “reflejaba las concepciones que había en Estados Unidos en aquella época, influidas en particular por el empleo sistemático de la noción de *tipos de reacción* propuesta por Adolf Meyer” (DSM III 1987: XI)<sup>31</sup>.

Aunque el DSM I (1952) se convirtió en el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica, su nacimiento se insertaba en un proyecto estadístico iniciado un siglo antes con el objeto de crear una “nomenclatura uniforme de causas de mortalidad

---

<sup>31</sup> Para las enfermedades mentales existían dos antecedentes de clasificaciones, la del botánico y psiquiatra alemán Emile Kraepelin, que elaboró un sistema nosográfico que fue rápidamente adoptado y utilizado por las escuelas psiquiátricas occidentales. El otro antecedente de clasificación de las enfermedades mentales hay que buscarlo en 1880 en el censo de enfermedades de EEUU donde se diferencian siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, parestia, demencia, dipsomanía y epilepsia (Weber, Engstrom, Burgmair *et al.* 2002).

aplicables a todos los países" (Stuchi Portocarrero 2004) (Cazau 2005). Desde el año 1893<sup>32</sup> las enfermedades físicas se agrupaban en la *Clasificación Internacional de las Enfermedades (Internacional Classification of diseases)* (CIE). A partir de la sexta edición de la CIE, se responsabiliza la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en ella se incluye, por primera vez, un apartado destinado a los trastornos mentales.

En 1965 se celebra un simposio en Göttingen, donde se reúnen diversos especialistas tratando de avanzar en la definición y especificidad de la enfermedad. Llegan a tres conclusiones básicas: la anorexia nerviosa está relacionada con los trastornos de la pubertad, se produce como consecuencia de un conflicto corporal y tiene una etiopatogenia y una clínica diferentes a los conflictos neuróticos. (Turón 1997: 8; Martínez Benlloch 2001; San Sebastián 1999: 20; Chinchilla 1994). Estas conclusiones suponen centrar de nuevo la enfermedad en alteraciones de la conducta alimentaria que se realizan en una etapa vital, la pubertad, con el objetivo de mejorar el cuerpo.

---

<sup>32</sup> El Primer Congreso Internacional de Estadística se realizó en Bruselas en 1853 con el objetivo de preparar una nomenclatura uniforme de causas de mortalidad aplicables a todos los países. Más adelante, el francés Jacques Bertillon construyó la Primera Clasificación Internacional de Causas de Mortalidad, que fue adoptada en el Congreso Internacional de Estadística en 1893. Desde entonces, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) se revisó cada diez años, aproximadamente. La primera revisión (CIE-1) se llevó a cabo en París en 1900. La CIE-5 (1938), en su sección VI: Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, incluyó cuatro subcategorías de enfermedades mentales: deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y otras (Bartolomé y Sartorius 1994; Stuchi Portocarrero 2004).

A partir de estas conclusiones diversos especialistas van definiendo la nueva categoría que, en 1980, veremos que adopta en el DSM-III el nombre de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Conxa Perpiñá (1989) considera como definiciones centrales en la definición de los TCA las aportaciones de Rusell (1970), que centra los criterios diagnósticos de la anorexia y la bulimia en un sexo, mujer, y en la voluntad para actuar con el fin de conseguir un cuerpo delgado, y de Feighner y cols (1972) que proponen criterios operativos (Tabla 1).

La edición 1980 del DSM-III refleja importantes cambios metodológicos. El objetivo de esta nueva edición es desarrollar una clasificación que los autores definen como "ateórica", que proporciona "criterios específicos" y un "enfoque descriptivo"; pretende ser "neutral respecto de las etiologías". Cada trastorno mental es conceptualizado como un "patrón psicológico o conductual clínicamente significativo" (DSM III 1987: 5-11).

La búsqueda de operatividad del DSM III se debe insertar en la dinámica que inaugura la Conferencia de Alma Ata en 1978 cuando lanza el lema "salud para todos en el año 2000". A partir de entonces los objetivos de salud se concretan y cuantifican, y se definen programas y políticas sanitarias específicas.

**Tabla 1: Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa a comienzos de la década 1970 según Russell (1970) y Feighner y cols. (1972)**

Russell (1970)	Feighner y cols. (1972)
<p>La paciente realiza una variedad de acciones con la intención de lograr la pérdida de peso (evitación del alimento, uso de técnicas como el vómito autoinducido o la toma de purgantes y realizar ejercicios extenuantes.</p> <p>Presencia de trastornos endocrinos (amenorrea en hembras e impotencia en los varones). La enfermedad afecta a la mujer durante la mayor parte de su vida reproductora.</p> <p>Características psicopatológicas consistentes en un marcado miedo a convertirse en obesas, junto a con un juicio distorsionado del cuerpo.</p> <p>Síntomas no específicos, depresivos, fóbicos, obsesivos o histéricos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad de inicio del cuadro antes de los 25 años.</li> <li>- La pérdida de apetito provoca una pérdida de peso superior al 25% de su peso ideal.</li> <li>- La persona enferma posee una conducta anómala en relación con el peso y la ingesta de alimentos.</li> <li>- Ausencia de enfermedad orgánica que justifique la anorexia y la pérdida de peso.</li> <li>- Ausencia de enfermedad psiquiátrica conocida</li> </ul>

Fuente: Perpiñá 1989

Para conseguir los objetivos de Alma Ata la medicina clínica y la salud pública se deben hacer operativas y cuantificables lo que origina transformaciones y cambios en: a) las aplicaciones médicas y en las orientaciones clínicas, b) la orientación de la salud pública, que se amplia y diversifica y c) el objetivo de la salud pública será "asegurar

la protección, promoción y restablecimiento de la salud a través de la acción comunitaria organizada". Con todo ello, se refuerza el interés por los grupos de pacientes, el mejor y mayor uso de los procedimientos estadísticos, y la promoción de la salud se entiende como una actividad que debe modificar el comportamiento (Jenicek 1996:3-16).

En el DSM III (primera edición 1980) aparecen los Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA) que se incluyen dentro de los Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (TINA) (DSM III: 1983:4).

Las clasificaciones diagnósticas de las enfermedades mentales de la APA se publican bajo el nombre de *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders* (DSM). Veremos como ahora el discurso médico de la anorexia sitúa el problema en el cuerpo de la mujer, son anoréxicas aquellas mujeres jóvenes que, con gran fuerza de voluntad, ayunan para conseguir una relación peso/talla que los expertos consideran patológica. El profesional de la medicina se está convirtiendo en un "empresario moral" de la sociedad que dicta lo que es normal o no y lo que hay que corregir para desempeñar las tareas y roles asignados socialmente (Rodríguez 1981: 100).

No obstante para que el discurso llegue a los clínicos es necesario un proceso de difusión de la tecnología diagnóstica<sup>33</sup>. Esto ocurre a partir de 1980 cuando se incluyen los TCA dentro del DSM III, con ello se marcará las bases para la divulgación y difusión de lo que se constituirá más tarde como el problema social de la anorexia. La difusión de los DSMs favorece el interés de los investigadores, clínicos y epidemiólogos, a la vez que centran las líneas terapéuticas y el núcleo de los TCA en: el peso, la figura y los “pensamientos alterados” (Turón 1997: 7) como veremos seguidamente.

Hay que tener presente que los procesos de difusión tecnológicos están vinculados a los cambios que deben recoger y simplificar las propuestas teóricas (Iañez Pareja y Sánchez Cazorla 2003). Los cambios en la tecnología diagnóstica de la anorexia se ven impulsados por dos procesos paralelos. El primero de ellos es el interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al promover la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de salud (CIE) con el objetivo de que todas las enfermedades tengan criterios de compatibilidad y con ello poder establecer correspondencias entre enfermedades. El segundo cambio se debe a la propuesta de criterios

---

<sup>33</sup> Utilizamos la palabra tecnología en la acepción que utiliza Bunge “la tecnología es la ciencia aplicada, es la plasmación material del conocimiento que se tiene de un determinado proceso” (Bunge 1983). Es decir, la existencia de artefactos y productos útiles en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación; la utilización de tecnología supone un revulsivo que compromete a la estructura organizativa y genera nuevas interacciones entre personas enfermas y profesionales de la sanidad, y entre las distintas ramas de estos mismos. En el caso que nos ocupa la tecnología de la anorexia son los instrumentos diagnósticos que utilizan los y las profesionales de la salud para categorizar a las personas dentro de los trastornos alimentarios.

diagnósticos operativos para las enfermedades mentales que elabora la APA (DSM III 1983: XII).

El impacto del DSM III fue considerable y poco después de su publicación fue ampliamente aceptado en los EEUU como lenguaje común entre los profesionales de la salud mental e investigadores. A pesar de que en un principio fue diseñado para su uso en EEUU ha tenido una notable repercusión a nivel internacional.

En el DSM III la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se incluyen dentro de los Trastornos de la Conducta Alimenticia junto a la Pica y a los Trastornos de Rumiación en la Infancia. Todos ellos agrupados dentro de los Trastornos de la Infancia, Niñez y Adolescencia (TINA). Se establecen como síntomas esenciales de la anorexia nerviosa el miedo intenso a la obesidad, la alteración de la imagen corporal y la pérdida significativa de peso así como amenorrea en las mujeres y el rechazo a mantener el peso corporal dentro de unos límites normales. La alteración no puede ser explicada por ningún trastorno somático conocido (DSM III 1987: 75). La edad de comienzo se sitúa en la adolescencia y aparece de forma predominante en las mujeres "entre los 12 y los 18 años (grupo de edad de alto riesgo), una de cada 250 mujeres pueden desarrollar este trastorno" (DSM III 1987: 76) (Ver tabla 2).

**Tabla 2: Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en DSM III (primera edición 1980)**

<p style="text-align: center;"><b>Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (TINA)</b> <b>Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA)</b> <b>Anorexia Nerviosa</b></p> <p>“1. Miedo intenso a engordar que no disminuye a medida que se pierde peso. 2. Alteración de la imagen corporal. 3. Pérdida de peso de al menos un 25 % del peso original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que correspondería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y comprobar si entre los dos alcanza ese 25 %. 4. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal según edad y talla. 5. Ausencia de enfermedades que justifiquen la pérdida de peso”.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (TINA)</b> <b>Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA)</b> <b>Bulimia Nerviosa</b></p> <p>“1. Episodios recurrentes de voracidad. 2. Al menos tres de los siguientes síntomas: a. Consumo fácil de alimentos hipercalóricos durante una comilona. b. Ingesta disimulada de alimentos durante una comilona. c. Finalización de los episodios de voracidad con dolor abdominal, sueño, interrupción de la vida social o vómito autoprovocados. d. Intentos repetidos de perder peso con dietas exageradamente estrictas, vómitos autoinducidos o empleo de laxantes y/o diuréticos. e. Frecuentes oscilaciones de peso, superiores a cinco kilos, debido a la alternancia de banquetes y ayuno. 3. Conciencia de que el patrón de ingesta es anormal y temor a no se capaz de parar de comer voluntariamente. 4. Estado de ánimo deprimido y pensamientos autodespreciativos después de cada episodio de voracidad. 5. Los episodios bulímicos no son debidos a anorexia nerviosa ni a otro trastorno somático conocido”.</p>

Fuente: DSM III 1987: 75-79.

En el DSM III se perfila a las mujeres jóvenes como grupo específico de riesgo. El peso corporal se constituye en un referente importante para el diagnóstico del trastorno, se fija en una pérdida del peso del 25% del peso original el límite para considerar que una persona sufre este trastorno. En esta misma clasificación se crea la bulimia como una entidad nosológica separada. Ver tabla 2

Siete años más tarde, en 1987, se edita la primera revisión del Manual con el nombre DSM III-Revisado en el que cambian los criterios diagnósticos. En esta revisión, los TCA se caracterizan por ser "grandes alteraciones" y la sintomatología esencial de la anorexia nerviosa consiste en el "rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla", que no se especifican (DSM III-R 1992: 80).

En esta nueva propuesta se producen modificaciones importantes: a) se refuerza la idea de voluntad de la persona que padece la enfermedad que no solo manifiesta "miedo", sino "rechazo contundente" a mantener el peso por encima de un valor mínimo y dan con ello la imagen de personas con gran fuerza de voluntad; b) se modifica el porcentaje de infrapeso que se requiere para el diagnóstico de la anorexia (si en el DSM III se precisaba bajar un 25% del "peso corporal", en el DSM III-R se baja el porcentaje de peso para el diagnóstico a un 15%). Respecto a la bulimia, muchos de los patrones de diagnósticos se pueden dar tanto en mujeres como en hombres con obesidad. Ver tabla 3.

**Tabla 3: Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en DSM III-R (primera edición 1987)**

<p style="text-align: center;"><b>Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (TINA)</b> <b>Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA)</b> <b>Anorexia Nerviosa</b></p> <p>“1. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal para la edad y talla, por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento, resultando un peso corporal de un 15% por debajo del peso teórico.</p> <p>2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>3. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal, por ejemplo, la persona se queja de que "se encuentra obesa" aun estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta "desproporcionada" incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>4. En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).”</p>
<p style="text-align: center;"><b>Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (TINA)</b> <b>Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA)</b> <b>Bulimia Nerviosa</b></p> <p>“1. Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo).</p> <p>2. Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.</p> <p>3. La persona se empeña regularmente o bien en provocarse el vómito, usar laxantes y diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos, o hacer mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso.</p> <p>4. Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses.</p> <p>5. Preocupación persistente por la silueta o el peso”.</p>

Fuente: DSM III-R 1992: 82 – 85

Siete años más tarde se modifican de nuevo los criterios diagnósticos y en 1994, se publica una nueva revisión de los DSMs, el DSM IV (1995 edición española). Lo primero que llama la atención es que los TCA adquieren entidad propia, es decir, a partir de ahora aparecen dos categorías diagnósticas relacionadas con los trastornos alimentarios, por un lado los *Trastornos de la Ingestión Alimentaria de la Infancia o de la Niñez* que están incluidos en los Trastornos de Inicio en la infancia, la Niñez o la Adolescencia (TINA) y, por otro lado, los *Trastornos de la Conducta Alimentaria* que se encuentran junto a los Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual y los Trastornos del Sueño (DSM IV 1995: 553-565).

En 2002 aparece una nueva edición, DSM IV-TR, pero esta vez ya no se modifican los criterios diagnósticos de los TCA. Tanto en el DSM IV como el DSM IV-TR se recogen dos tipos de anorexia nerviosa: la anorexia nerviosa de tipo restrictivo y la anorexia nerviosa de tipo compulsivo. En la bulimia nerviosa distinguen la bulimia de tipo purgativo y la bulimia no purgativa. Las características esenciales de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa se mantienen con respecto al DSM III-R. La anorexia se caracteriza por "rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal y miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo" (DSM IV 1995: 553). La bulimia se caracteriza por "atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso" (DSM IV 95: 559). Ver tabla 4.

**Tabla 4: Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en DSM IV (primera edición 1994)**

<p style="text-align: center;"><b>Trastornos de la Conducta Alimentaria</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Anorexia Nerviosa</b></p> <p>“1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.</p> <p>2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).</p> <p>Especificar el tipo:</p> <p><b>Tipo restrictivo:</b> durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)</p> <p><b>Tipo compulsivo/purgativo:</b> durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)”</p>
--

(Sigue)

(Continúa Tabla 4)

<p style="text-align: center;"><b>Trastornos de la Conducta Alimentaria</b> <b>Bulimia Nerviosa</b></p> <p>“ A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. ingesta de alimentación en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</li><li>b. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se esta ingiriendo)</li></ul> <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas y otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.</p> <p>D. La auto evaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar el tipo:</p> <p><b>Tipo purgativo:</b> durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p> <p><b>Tipo no purgativo:</b> durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.”</p>
--

Fuente: DSM IV 1995: 558-564 y DSM IV-TR 2002: 659-665

Como se puede observar en la tabla 4, el DSM IV aporta algunas novedades destacables: Primero, se incluyen los tipos restrictivos y

purgativos para cada una de las categorías. Segundo, el grupo de mujeres que está en riesgo de padecer anorexia nerviosa se amplía, si en el DSM III y DSM III-R estaban considerados trastornos de la infancia y de la adolescentes (mujeres entre los 12 y 18 años), en el DSM IV la población que puede ser afectada de trastornos alimentarios se amplía a todas las mujeres (DSM IV 95: 553).

Pero lo más significativo es que en esta clasificación aparece como novedad una nueva categoría diagnóstica: los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). Se trata, al parecer, de una enfermedad exclusivamente femenina, pues se da "en mujeres" que cumplen los criterios pero el peso "esta dentro de los límites de normalidad" y "las menstruaciones son regulares" (DSM IV 2002:665). Con estos criterios se pueden diagnosticar a personas que tienen un peso entre los límites "normales", que no tienen trastornos menstruales pero que han reducido su peso dentro de valores normales por procedimientos que se consideran inapropiados. Ver Tabla 5.

En este recorrido, podemos observar cómo los criterios diagnósticos de la APA, los más utilizados en medicina y psicología desde 1980 para diagnosticar los TCA han sufrido importantes variaciones en muy poco tiempo. Resumiendo destacamos que, en 1980 la APA ha consensuado unos criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa que siete años más tarde modifica. El porcentaje de infrapeso que se considera patológico

cambia, esto origina importantes repercusiones en la práctica clínica al permitir considerar a un mayor número de mujeres susceptibles de tener comportamientos patológicos. Posteriormente, en 1994, se amplía la categoría TCA al crear los "Trastornos del conducta alimentaria no especificado" (TCNE). Todos los cambios que apreciamos, en tan pequeño periodo de tiempo, tienen dos características comunes. A saber, amplían la posibilidad para diagnosticar anorexia y/o bulimia y focalizan la atención de los trastornos alimentarios en las mujeres; al principio en las adolescentes y jóvenes y, posteriormente, a mujeres de todas las edades.

**Tabla 5: Criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado DSM IV (primera edición 1994)**

<p style="text-align: center;"><b>Trastornos de la Conducta Alimentaria</b> <b>Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificado</b></p> <p>"En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa pero las menstruaciones son regulares.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.</li><li>2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.</li><li>3. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.</li><li>4. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.</li><li>5. Trastorno por atracón; se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia</li></ol>
---

nerviosa"

Fuente: DSM IV 1995: 558-564 y DSM IV-TR 2002: 659-665

Como podemos apreciar los criterios diagnósticos muestran una excesiva simplicidad en su formulación y en la definición de los cuadros clínicos. Parten de la creencia de que el diagnóstico de la anorexia y/o bulimia es un acto de conocimiento de una realidad objetiva y cognoscible que cambia demasiado en un corto periodo de tiempo. Las definiciones que se presentan son una apuesta biologicista, contraria a dos importantes corrientes de la psiquiatría, la psiquiatría psicoanalítica y la antipsiquiatría. En la descripción de las enfermedades mentales de los DSMs se eliminan conceptos y terminología propia de estas corrientes (Laurent 2004) y desaparecen conceptos psiquiátricos como psicosis, neurosis o perversión que son reemplazados por la "noción blanda" de *trastornos* (Rudinesco 2000: 41). La apuesta biologicista de la APA se olvida de la subjetividad de los y las pacientes y son reduccionistas en la valoración de los procesos mentales (Guimón, Mezzich y Berrios 1987).

Creemos con Galimberti (1996) y Wilson (1993) que la mirada clínica que proponen los DSMs se focaliza en el cuerpo; en él se encarnan los síntomas que no se ven como la expresión de un malestar o de un desequilibrio inscrito en la trayectoria biográfica, sino como signos patológicos. Sustraen, de esta manera al cuerpo del

significado simbólico y social que tiene y lo sitúan en una ambivalencia disyuntiva entre lo normal y lo patológico, separando al trastorno mental del marco social que lo produce. Los criterios diagnósticos de la APA se olvidan de que las conductas y actitudes que se constituyen en criterios diagnósticos son claramente factores psicosociales y, a veces constituyen principios morales (Martínez Hernáez 2000: 258)<sup>34</sup>.

#### **4.2. El inicio del proceso de difusión del discurso médico sobre la anorexia y la bulimia en España (1975 a 1989)**

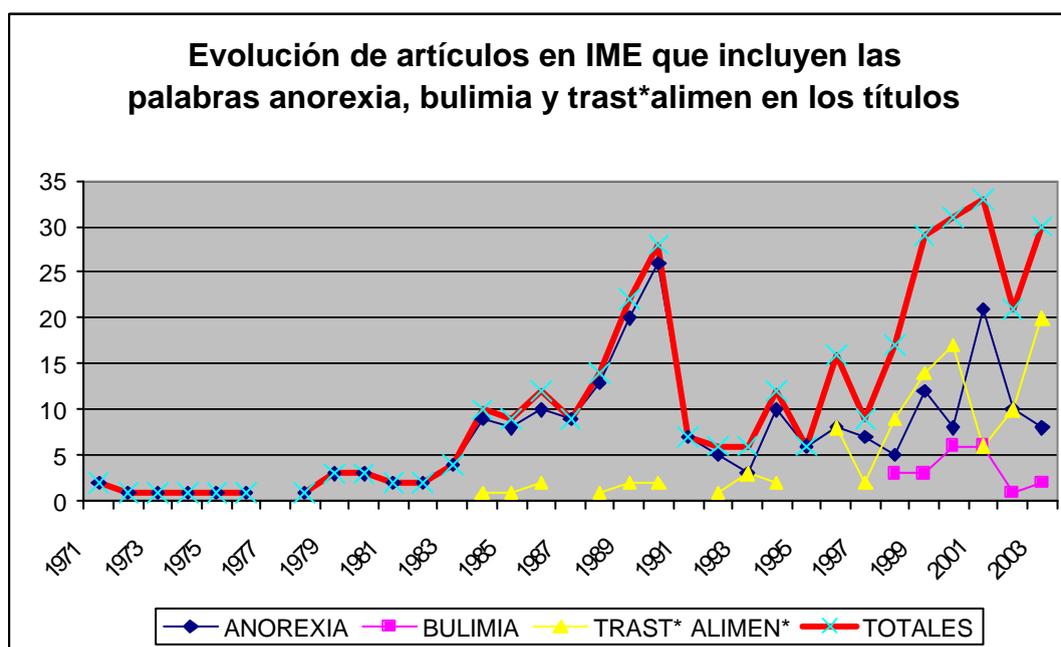
Nuestro propósito en este epígrafe es elaborar una breve historia del discurso científico médico de la anorexia en España a partir de la bibliografía y fuentes descritas en el capítulo 3. Como entendemos que el proceso es fruto de las consecuencias e interacciones sociales entre acontecimientos que están involucrados, analizaremos las condiciones en las que el problema social de la anorexia se origina, los determinantes históricos que la favorecen y los elementos que intervienen o, como dice Martín Criado, pondremos de relieve los elementos pertinentes y/o im-pertinentes de la definición (Martín Criado 1998) y de la difusión científica. Para llevarlo a cabo analizamos la evolución de la producción científica poniéndola en relación con los elementos que intervienen en el proceso.

---

<sup>34</sup> La clasificación produce un crecimiento de las categorías diagnósticas que pasan de 106 en el DSM-I (1952) a 357 en el DSM IV (1994) (Double 2002).

Al analizar el número de artículos recogidos en el IME observamos que desde el inicio existen artículos en esta base de datos en cuyo título aparece la palabra anorexia sin embargo, tendremos que esperar hasta 1985 para encontrar el primer artículo con el término “trastorno alimentario” y hasta 1998 para encontrar el primer artículo dedicado exclusivamente a la bulimia. Con respecto a la producción, observamos dos periodos de mayor producción, el primero en torno a los años 1990-1991 y el segundo en torno a los años 1999-2001 (Gráfico 4).

Gráfico 4



Fuente: Base de datos IME. Elaboración propia

En la evolución anual podemos distinguir una primera fase de baja producción científica que transcurre desde el año 1971 hasta 1983, se caracteriza por una literatura incipiente, que se mantiene

relativamente estable en cuanto al bajo número de publicaciones. Posteriormente, se inicia un incremento paulatino del número de artículos que incluye la palabra anorexia en el título desde el año 1983 a 1991. Este periodo coincide con la primera edición del DSM III en 1980 cuya traducción al castellano ve la luz en 1983.

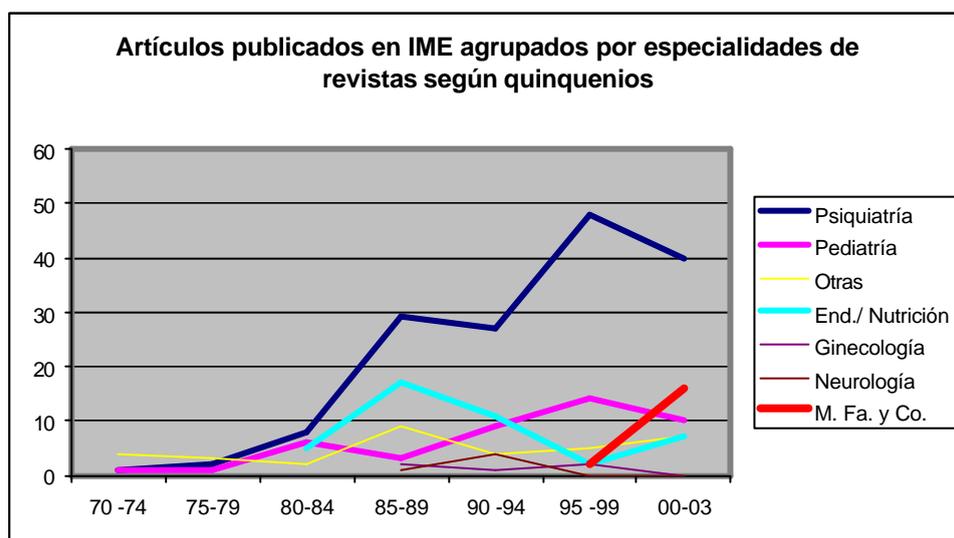
El incremento se acentúa a partir de 1987. En este año se publica la primera edición del DSM III-R que, como hemos visto, amplía los criterios diagnósticos al descender el porcentaje de infrapeso que considera patológico, la primera edición en castellano se publica en 1990.

A partir del año 1995 lo más característico es que aumenta el número de artículos dedicados a los trastornos alimentarios y a la bulimia como entidades separadas. Este periodo coincide con la primera edición del DSM IV (1994).

Si relacionamos los títulos recogidos en la base de datos del IME y los agrupamos por especialidades médicas observamos que las revistas que publican más artículos dedicados a los TCA son revistas especializadas en psiquiatría seguidas de pediatría, endocrinología y nutrición y medicina de familia (gráfico 5). La evolución que experimenta el número de artículos publicados en revistas de psiquiatría es creciente. Las revistas especializadas en endocrinología y nutrición experimentan un periodo de máxima publicación entre los

años 1985 al 1995, periodo que coincide con la primera edición del DSM III-R y la ampliación de los criterios diagnosticos. Sin embargo, tendremos que esperar hasta el año 1995 para que se publiquen los primeros artículos sobre trastornos alimentarios en revistas dirigidas a especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, un año antes se publicó la primera edición del DSM IV donde aparecía una nueva categoría diagnóstica: los TCANE.

Gráfico 5



Fuente: Base de datos IME. Elaboración propia

El primer artículo que aparece en nuestra revisión lo publica Juan José López Ibor en *Gaceta Médica Española* en 1971. Van apareciendo, poco a poco, los primeros artículos en revistas científicas y se van estableciendo los primeros enunciados que definen el conjunto de *rasgos definitorios de la enfermedad* y que van a marcar con el tiempo la construcción clínica y, por tanto, social de los TCA.

Como dice Latour "Por sí mismo, un enunciado no es ni un hecho ni una ficción; son otros enunciados posteriores los que los convierten en tal" (Latour 1992:25). El estatus de los enunciados dependerá de los enunciados posteriores que les concederán validez o la negaran.

Al repasar los títulos de los primeros artículos observamos como se va configurando la categoría anorexia nerviosa y los vaivenes que sufre la definición. Sin embargo, durante la década de los setenta hay pocos artículos que recojan la categoría Anorexia Nerviosa y la palabra anorexia se ve acompañada de otros calificativos como anorexia mental, infantil.... Se está conformando y adoptando el término. A finales de los setenta, 1979, se publica "Aproximaciones terapéuticas en la Anorexia Nerviosa: a propósito de dos observaciones" en *Gaceta Médica de Bilbao* (Gutiérrez, Villasana y Totorika 1979), un artículo en el que centran el objeto de interés pero aún recogen pocos casos.

El movimiento prodrómico se centra a principio de los ochenta, en 1981 aparece "Aspectos metabólicos y hormonales de la anorexia nerviosa" (Civeira, Morales, Serrat *et al.* 1981); en 1982 el título "Anorexia Nerviosa" (González Espinosa, Moya y Ortigosa *et al.* 1982); en 1983 se publica el artículo que lleva como título "Anorexia Nerviosa en la adolescencia" (Martínez Valverde y Bueno Sánchez 1983). En estos momentos, se celebran unas Jornadas de Patología Psiquiátrica del Adolescente en Madrid (1982). Una de las conferencias es una disertación de Enrique Acosta sobre la Anorexia. (Acosta 1982, cit. en

Morandé, Bayo, Carrera *et al.* 1991: 79) En nuestro país aún no se habían realizado estudios clínicos ni epidemiológicos de la población afectada pero ya se comienza a discutir, investigar y publicar con la terminología propuesta por el DSM en 1980.

La primera monografía sobre el tema la publican en 1987 en Barcelona José Toro y Enric Vilardell con el título *Anorexia Nerviosa*. Esta primera publicación se convertirá pronto en un libro de referencia obligada para los investigadores y clínicos. Los autores consideran la Anorexia y la Bulimia Nerviosa como trastornos psicopatológicos con poca incidencia pero con altas tasas de mortalidad (entre el 8 y el 18% de las enfermas diagnosticadas) y graves complicaciones médicas. La importancia del problema la sitúan en el hecho de que se produzca la muerte en un 10% de las personas afectadas y en la situación de cronicidad en casi un cuarto de los afectados (Toro y Vilardell 1997: 10-13).

El discurso médico va configurando los primeros trazos de la nueva enfermedad, construyendo lo que Latour denomina "*la caja negra*" o verdades incuestionables (Latour 1992: 13): es una enfermedad psicopatológica grave, que afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes, de poca incidencia pero con graves repercusiones.

"la anorexia nerviosa es una enfermedad de base psicógena que aparece generalmente en las jóvenes durante la

adolescencia, y que esta caracterizada por una serie de trastornos psíquicos y somáticos entre los que destacan una conducta mórbida de rechazo a los alimentos, amenorrea y adelgazamiento progresivo que termina en una verdadera caquexia (Silva 1984: 233).

El perfil de las personas que tienen riesgo de enfermedad queda así reflejado:

“ser adolescente, básicamente del sexo femenino, especialmente entre 14 y 19 años, sobre todo con pesos superiores a la media, tendiendo a proceder de niveles socioeconómicos medios y altos, más bien de ambientes urbanos y de cultura occidental u occidentalizada (Royo 1988: 117).

En la *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* José Toro reflexiona en la etiología adentrándose en los factores socioculturales implicados. Considera que los patrones estéticos relativos al cuerpo femenino constituyen un elemento esencial para la génesis del trastorno y resalta algunas características que van a constituir el núcleo de la construcción de la enfermedad y se irán consolidando: el aumento de la incidencia, la mayor frecuencia en las clases altas, la casi nula aparición en los países subdesarrollados, el

predominio femenino y la adolescencia como edad de inicio (Toro 1988).

“un trastorno grave con una tasa de mortalidad que oscila entre el 2% y el 10% (...) existe unanimidad en el creciente incremento de la incidencia de la anorexia en todo el mundo occidental (...) esencialmente en el sexo femenino” (Toro 1988: 99).

Estos enunciados pronto se convierten en modalidades positivas<sup>35</sup>, es decir, enunciados que aportan a una afirmación de sus condiciones de producción, haciéndolas suficientemente sólida para inducir a otras consecuencias necesarias (Latour 1992: 23). Sin embargo, otros enunciados son discutidos, sobre todo aquellos que hacen referencia a cuestiones terapéuticas y/o diagnósticas, los especialistas resaltan o acentúan distintos aspectos del problema.

José Toro y sus colaboradores resaltan la “*cultura de la delgadez*”, propia de la sociedad occidental, como el elemento etiológico central en la aparición del síndrome. El patrón estético y la presión de la publicidad comercial, al favorecer el uso y consumo de productos para el adelgazamiento, son responsables del incremento. El

---

<sup>35</sup> Latour define las modalidades negativas a aquellos enunciados que llevan a una afirmación en la dirección opuesta, es decir, hacia sus condiciones de producción y a explicar en detalle por que es sólida o débil, en vez de utilizarla para inducir otras consecuencias más necesarias” (Latour 1992: 23)

trastorno anoréxico y la disposición a padecerlo solo pueden entenderse en el seno de una *"cultura de la delgadez"* y de la condición femenina vigente (Toro y Vilardell 1987; Toro 1988). La comprensión del fenómeno requiere un enfoque multicausal donde adquieren importancia los estereotipos estéticos femeninos.

"la interiorización de una normativa sociocultural que lleva a la mujer, que empieza a serlo, a constituirse en esclava de su propio cuerpo objeto, creyéndose propietaria del mismo cuando, en realidad llega ser poseída por él" (Toro y Vilardell 1987: 14).

"Cada época, cada sociedad o grupo social, ha dispuesto de un modelo o estereotipo estético corporal referido a la mujer, lo que implica una presión colectiva ejercida por todos y sobre todos los miembros del conjunto femenino" (Toro 1988: 02).

Los y las profesionales de la psicología se acercaron a esta perspectiva. T. Royo (1988), de la Facultad de Psicología de la Autónoma de Barcelona resalta la importancia que adquieren los hábitos y valores socioculturales en la sociedad occidental y cómo estos contribuyen decisivamente al aumento de los trastornos de la alimentación. Los trastornos alimentarios están plurideterminados y son de origen bio-psico-social. En este sentido, recoge la propuesta de Crips (1977) al definir la enfermedad como una alteración biológica,

psicológica y social. Para la psicóloga, la causa de la enfermedad hay que buscarla en los hábitos y valores socioculturales que determinan y definen unos estereotipos estéticos que favorecen que la anorexia nerviosa pueda gestarse.

Por otro lado, en el Servicio de psiquiatría del Hospital de Bellvitge, Vicente Turón maneja el concepto de *imagen corporal* y su valor para el pronóstico y diagnóstico (Turón 1989). El concepto y la preocupación por la imagen corporal será una línea de investigación que utilizarán ampliamente los profesionales de la psicología. El autor mantiene, por tanto, un doble interés, por un lado se ocupa por el diagnóstico y el pronóstico, línea más cercana a la que mantendrá Morandé, por otro lado, en una línea más psicologicista del fenómeno se interesa por la imagen corporal.

Además de esta línea argumental, centrada en el modelo sociocultural y su influencia en las mujeres, aparece otra línea argumental que centra su interés en las manifestaciones clínicas de las mujeres diagnosticadas. En la revista *Psicopatología* el artículo "Trastornos alimentarios en la adolescencia" (1985) realizado por Ingelmo Fernández y Vaz Leal. Posteriormente Moreiras y colaboradores en la *Revista de Nutrición Clínica Dietética Hospitalaria* reflexionan sobre el modelo dietético de las pacientes insiste en los factores nutricionales y en los modelos dietéticos de las pacientes como elementos centrales en el origen, el desarrollo y el

mantenimiento de la enfermedad (Moreiras, Carvajal, Núñez *et al.* 1989). En 1990 Gonzalo Morandé publica su tesis doctoral con el nombre de "Trastorno del Comportamiento Alimentario en adolescentes: Anorexia Nerviosa, Bulimia y Bulimarexia".

Josep Toro y Gonzalo Morandé se convertirán en autores centrales de la investigación clínica y epidemiológica. El primero, más interesado en la investigación y comprensión del fenómeno. El segundo, más interesado en la sintomatología y el tratamiento.

La psicología, como disciplina académica, presta atención desde el comienzo a los trastornos alimentarios. En el Boletín de Psicología de la Universidad de Sevilla: *Infad. Psicología de la infancia y la adolescencia* se publica en 1989 un artículo donde se insiste en los síntomas y la etiología del síndrome sin olvidar los aspectos sociológicos y psicológicos. Se pone el acento en los patrones conductuales y en los rasgos de personalidad que suelen acompañar a los trastornos para concluir que es un trastorno más frecuente en la adolescencia y en el sexo femenino (Mesa, Rodríguez y Blanco 1989). La asociación entre personalidad, sexo y adolescencia toma fuerza. En el mismo sentido, en la *Revista de Psicología de la Infancia y la Adolescencia*, Aguirre insiste en la anorexia como enfermedad psicógena que aparece en el ámbito de la cultura occidental (Aguirre Baztán 1989).

En el departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos de la Facultad de Psicología de Valencia se lleva a cabo, en 1989, una primera revisión crítica de los principales sistemas de diagnósticos de la Anorexia Nerviosa (Perpiñá). La autora se centra en los problemas que plantean los criterios utilizados para el diagnóstico (principalmente, el peso y los patrones alimentarios) y concluye que estos no son capaces de explicar los límites confusos que existen entre los trastornos de anorexia, bulimia y obesidad. Tampoco los considera útiles para distinguir su frecuencia entre la población clínica y normal. Cree que existe un factor que aúna y explica la gran disparidad de los criterios clásicos utilizados: la idea sobrevalorada de adelgazar. Conxa Perpiñá propone la posibilidad de conceptualizar los trastornos alimentarios como un continuo de gravedad respecto a la preocupación por el peso y las conductas de dieta. Considera que la "patología" no radica en el peso en sí, sino en las actitudes y creencias que se tengan respecto a éste y en la "necesidad" que tienen los y las pacientes de reducirlo (Perpiñá 1989). De este modo esboza un nuevo modelo para conceptualizar los trastornos alimentarios. Esta línea constituirá, en principio, lo que Latour denomina *un artefacto* ya que no se inserta en el grupo de enunciados que constituyen la caja negra<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> "Un enunciado puede acercarse más a ser un hecho o un artefacto, en función de la forma en que se inserte en otros enunciados. Por sí mismo, un enunciado dado no es ni un hecho ni una ficción; son otros enunciados posteriores los que los convierten en tal" (Latour 1992: 25).

### **4.3. Tecnificación y búsqueda de la objetividad científica: la investigación clínica, el discurso nutricionista y la entrada de nuevas disciplinas (1990-1995)**

A principios de los años noventa, pues, podemos decir que existe lo que Latour denomina una *caja negra* de la anorexia y la bulimia donde se incluyen unos enunciados básicos que se constituyen como hechos que nadie discute. Estos enunciados se repiten en los artículos científicos: a) se está produciendo un incremento de los trastornos alimentarios, b) aumenta la incidencia y la prevalencia y c) el aumento se produce en un perfil social característico: mujer adolescente urbana de clase alta o media-alta.

Las controversias se sitúan en el origen del fenómeno. Algunos entienden que el origen de la enfermedad hay que buscarlo en el modelo dietético de las jóvenes (Gonzalo Morandé y personas expertas en nutrición) y otros autores y autoras entienden que es el "*anhelo de delgadez*" característico de la cultura occidental (Toro y la línea más psicologicista). Esta controversia genera la incorporación de instrumentos de análisis y una mayor tecnificación de la literatura médica especializada.

Latour define los instrumentos como "cualquier estructura, sea cual sea su tamaño, naturaleza o coste, que proporcione una exposición visual de cualquier tipo en un texto científico" (Latour 1992:

67). En este sentido, los grupos en controversia recurren a la estrategia de los números.

La cuantificación y la tecnificación de la literatura son recursos que se utilizan para darle mayor peso y fuerza a los argumentos y en este sentido podemos interpretar el aumento en el número de investigaciones clínicas y epidemiológicas que darán lugar a las publicaciones de artículos científicos. Como pone de manifiesto Rosa Medina "ningún texto es un contenedor vacío que se limita a transportar los hechos científicos, en realidad, es a través del texto, precisamente, como los hechos científicos toman forma" (Medina 1999: 111). A través del texto científico se sostienen los dogmas básicos de la ciencia, la inducción y la objetividad en la percepción. Por otra parte el mismo sistema de citación de unas y otras publicaciones cumple la función de apoyar a los grupos que se están conformando y de "convertir en enunciados los hechos científicos" (Latour 1992: 25).

En Barcelona los psiquiatras Josep Toro y Josefina Castro llevan a cabo la primera investigación para analizar la influencia de variables sociodemográficas asociadas a los trastornos alimentarios. La herramienta que utilizan es un cuestionario autoadministrado en el que se incluye una escala de actitud alimentaria, *Eating Attitudes Test* (EAT-40) diseñado por Garner y Garfinkel en 1979 para evaluar las conductas y actitudes respecto a la comida, peso y ejercicio consideradas propias de la anorexia nerviosa. En su primera versión

constaba de 40 items, que se vieron reducidos a 26 en una nueva versión (EAT-26). Cada item presenta seis posibilidades de respuesta entre las que se debe escoger solo una. El EAT-40 se utiliza como instrumento para realizar un estudio epidemiológico a partir de la hipótesis de que los factores que influyen en la anorexia son “pertenecer al sexo femenino, tener una edad entre 15 y 19 años, tener sobrepeso y/u obesidad, seguir dietas adelgazantes, poseer una autoimagen corporal negativa y el deseo de delgadez” (Toro, Castro, García *et al.* 1989).

El uso de las escalas de actitudes (como el EAT 40; EAT 26) para estudiar la conducta alimentaria y factores asociados en España se inaugura con este artículo. Se comienzan a utilizar las escalas de actitudes en las que se buscan factores asociados a los trastornos alimentarios para hablar de prevalencia de la enfermedad. La aplicación de estos test conlleva la creencia de que nos encontramos ante un trastorno donde la actitud que tiene la persona ante la alimentación contribuye a detectar el riesgo de padecerla. A pesar de que las escalas sólo hablan de la “actitud” ante la dieta de una persona, se utilizan ampliamente durante la década de 1990 para concluir acerca de la prevalencia de la enfermedad<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Prevalencia es una de las medidas que se utilizan para medir la frecuencia de una enfermedad. Se define como la proporción de individuos de una población que tiene una enfermedad en un momento determinado (Argimon Pallás y Jiménez Villa 2002).

En el departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica de la Universidad Autónoma de Barcelona se realiza un estudio en el que se administra el EAT 40 y un cuestionario sociodemográfico a una muestra de personas cuya actividad les exige poseer un cuerpo delgado (danza, gimnasia rítmica) y a otro grupo de estudiantes de igual sexo, edad y estatus (Ordeig 1989). Concluyen que realizar actividades que requieren un cuerpo delgado conlleva riesgo de padecer la enfermedad.

Aunque en un primer momento las investigaciones se centran en estudiar lo que denominan *grupos de riesgo*, o población más vulnerable a la patología por realizar unas determinadas actividades, poco a poco el concepto de grupo de riesgo se transforma y amplía hasta englobar a todas las mujeres adolescentes con deseos de estar delgadas. Para determinar la población que esta en riesgo de padecer anorexia y conocer el perfil de las personas diagnosticadas utilizan el EAT.

La buena práctica exige su validación. En la Facultad de Psicología de Barcelona un equipo dirigido por Rosa Raich se propone validar el EAT en la población adolescente. Realizan un trabajo de investigación en diversas ciudades catalanas utilizando una muestra estratificada por conglomerados entre la población adolescente de 1ª y 2ª de BUP o FP. El objetivo es relacionar las respuestas obtenidas en el EAT y el índice de peso relativo (porcentaje de peso real en relación

con el peso ideal). Concluyen que existen diferencias significativas en las puntuaciones medias obtenidas en el EAT entre mujeres y hombres, que se incrementan con la edad y que “el valor predictivo del EAT es aceptable y mayor para el sexo femenino” (Raich, Deus, Muñoz *et al.* 1991).

A principios de los noventa se inician también en España las investigaciones en el ámbito clínico. Castro y colaboradores validan la versión castellana del EAT- 40 en población diagnosticada. Administran el EAT- 40 a “78 pacientes de sexo femenino que cumplían criterios DSM – III para anorexia nerviosa y un grupo de comparación compuesto por 78 estudiantes también de sexo femenino, apareadas según edad y nivel socioeconómico” (Castro, Toro, Salmero *et al.* 1991:186). El estudio comparativo muestra que no existen correlaciones significativas en el grupo de pacientes entre el EAT, la edad, el peso ni la clase social. Sí encuentran correlación significativa entre altas puntuaciones del EAT y el inventario de Beck, una escala que mide la depresión (Bobes García, Portilla, Bascarán Fernández *et al.* 2002).

Una vez conseguido el instrumento validado para la población clínica y para la población adolescente, tenemos “la estructura que proporciona una exposición visual del texto científico” (Latour 1992: 67). Comienza un periodo de utilización creciente en el que se mide la prevalencia. El EAT se convierte en un cuestionario de uso común para

investigadores de la psiquiatría y de la salud pública. Se utiliza sin tener en cuenta que la noción de "actitud alimentaria" es equívoca y que los mismos autores de la escala reconocen que en el concepto de "actitud alimentaria" se engloban conceptos, prácticas e intereses tan diferentes como la restricción alimentaria, la actitud purgativa, la preocupación por la alimentación, el autocontrol con la comida y la preocupación por ganar peso (Garner, Olmstead, Polivy *et al.* 1982). Parten de que todas las personas entrevistadas tienen un vocabulario común, que todas atribuyen el mismo significado y olvidan que los resultados en los cuestionarios están en función de las preguntas y de las definiciones que se hayan introducido (Merllié 1993: 120).

Además de la duda acerca de las condiciones en que se recoge y analiza la información, hay que añadir un nuevo problema: se comparan poblaciones sin tener en cuenta la variabilidad de las muestras, lo que dará lugar, cuando menos, a un gran baile de cifras de prevalencia de los trastornos alimentarios que hemos resumido en el epígrafe 4.5. en el que analizamos los trabajos sobre la incidencia y la prevalencia de los TCA en España.

En este mismo periodo, en la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* aparece un artículo que diserta sobre la relación entre sintomatología depresiva y anorexia (Escobar Giraldo, Haro Abad y Castro *et al.* 1993) como ya había sido esbozada en el trabajo de Castro.

Otra investigación clínica en este caso coordinada en Barcelona por José Vicente Turón, revisa las características de pacientes con edades comprendidas entre 12 y 33 años que habían sido hospitalizadas en su el servicio, un total de 107 casos. Encuentran una proporción de un hombre por cada 25 mujeres hospitalizadas. La prevalencia del trastorno en edades de aparición tempranas (entre 12 - 15 años) la cifran en 45.5%; la clase social de las personas ingresadas era media-baja en el 88.4% de los casos; la residencia en zonas urbanas el 73%. Un 60% de las mujeres hospitalizadas mostraron un alto rendimiento escolar y presentaron obesidad premórbida en un 7.5% de los casos (Turón, Fernández y Vallejo 1992).

En las investigaciones clínicas se repite la asociación entre depresión y trastornos alimentarios, no aparecen correlaciones estadísticamente significativas con el peso ni con la edad ni con la clase social. Sin embargo, los autores se muestran más interesados en dibujar y concretar el perfil social y demográfico de la población de riesgo y de la población clínica. Se construye un discurso de la anorexia centrado en el peso y la depresión ocupa un lugar marginal. A este discurso lo denominamos el discurso nutricionista o disociativo de la anorexia.

El discurso nutricionista centra el interés de los trastornos alimentarios en tres elementos: el peso, sin tener en cuenta los

elementos que han favorecido la pérdida de peso, la recuperación ponderal y la normalización de los hábitos alimentarios. Desde esta óptica, se constituyen como elementos centrales, por una parte, la relación peso/talla del paciente, que se mide a través del índice de Quetelet<sup>38</sup> y, por otra, la familia como institución encargada de enseñar comportamientos alimentarios.

Autor central del discurso nutricionista es Gonzalo Morandé que, con su equipo en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, identifican dos aspectos, a su juicio centrales, en la etiología de la enfermedad: las características de la dieta de las pacientes y el peso. Los autores encuentran como elementos comunes en las pacientes anoréxicas la desnutrición, pero también la negativa de estas mujeres a alimentarse, negativa que califican como “comportamientos bizarros” y “exhibicionistas”.

“su negativa absoluta a alimentarse y ciertos comportamientos bizarros que iban desde un cierto exhibicionismo hasta una

---

<sup>38</sup> El Índice de Quetelet es una herramienta utilizada para valorar antropométricamente el estado nutricional, se obtiene dividiendo el peso en kgr por la talla en metros elevada al cuadrado (peso en kg / talla<sup>2</sup> en metros) fue creada Adolphe Quetelet matemático del S. XIX discípulo de Fourier y Laplace. Quételet fue el primero en utilizar la curva normal como distribución de errores. Sus estudios centrados en la consistencia numérica de los crímenes suscitaron un amplio debate entre libertad y determinismo social y una gran controversia entre los sociólogos del siglo XIX. En el libro *La antropometría, o medida de las diferentes facultades del hombre* (1871) presentó su concepto del hombre medio con un valor central y las medidas antropométricas se agrupan según la curva normal (Sánchez Carrión 2000).

cierta manipulación del personal" (...) "llamaba la atención el tipo de relación que establecían con las enfermeras, caracterizadas por una continua demanda, y con los médicos tratantes de los que esperaban, al menos aparentemente, que asumieran un control extensivo de toda su conducta diaria" (Morandé, Bayo, Carrera *et al.* 1991:80-1).

Para estos autores las anoréxicas son mujeres jóvenes caprichosas, con una fuerte voluntad, exhibicionistas, demandantes que reclaman atención continua. La pérdida acusada del peso y la negativa a mantener una dieta saludable provocan una alteración de la dinámica familiar. Para abordar el tratamiento con éxito entienden que es necesario "la reorganización familiar" y el establecimiento de "la relación terapéutica". De este modo encuentra justificado el aislamiento de la paciente como elemento clave para conseguir restablecer la relación terapéutica y la reorganización familiar.

"el aislamiento juega un importante papel en el establecimiento de la relación terapéutica y la reorganización familiar" (...) "la separación prolongada de la chica y su familia como elemento terapéutico" (Morandé, Bayo, Carrera *et al.* 1991: 80).

Junto al aislamiento, otra forma de tratamiento son las denominadas "*técnicas de condicionamiento operante*" o, lo que es lo

mismo, técnicas conductuales cuyo objetivo es mejorar la conducta alimentaria y, con ello, la recuperación nutricional.

“el paciente anoréxico pasa progresivamente a través de diferentes escalones, de lo psicosomático a lo cognitivo y de ahí a la introspección y retrospección” (...) “En un marco relacional favorecido por el aislamiento, se implementan las técnicas conductuales destinadas a mejorar la alimentación y la recuperación nutricional” (Morandé, Bayo, Carrera *et al.* 1991:79-80).

Estas técnicas se llevan a cabo durante el aislamiento de las pacientes que llevan un autorregistro de sus variables biológicas (temperatura, pulso, deposiciones y peso). En función de la “normalización” de estas variables consiguen romper el aislamiento. Este tratamiento será el primer esbozo de lo que, más tarde, se denominará *Privilegio Cero*. Estos autores consideran que el tratamiento de la anorexia “es un proceso lento que en algunos casos llevará años” y, a partir de la clínica, establecen un tiempo de duración de la enfermedad: “periodos de 4 años”

“sabemos que realizar un diagnóstico de anorexia nerviosa y tomar a nuestro cargo este paciente implica un trabajo de 4 o 5 años, ya que ni nutricional ni psíquicamente se recuperan antes” (Morandé, Bayo, Carrera *et al.* 1991: 82).

En esta misma línea se encuentran los artículos de Núñez y colaboradores en la *Revista Clínica Española* donde desarrollan pautas para el tratamiento dietético basadas en la evaluación del estado nutritivo de las pacientes (Núñez, Moreiras y Carbajal 1995). o el artículo de Casas y colaboradores en *Actualidad Nutricional* que se interesan por las "creencias y rituales" que realizan las pacientes durante las comidas (Casas, Cortés y Ceñal 1994).

"el tratamiento debe ir dirigido, en primer lugar a, a restablecer el peso y unos hábitos alimentarios adecuados" (Núñez, Moreiras y Carbajal *et al.* 1995: 227).

"Es importante, para poder rehabilitar nutricionalmente a la paciente, conocer exactamente las creencias y rituales que practica con la comida, para irlos corrigiendo progresivamente" (Casas, Cortés y Ceñal 1994).

En 1994 el discurso nutricionista se concreta en un monográfico de la revista *Actualidad Nutricional*. El interés de los autores especialistas en psiquiatría, nutrición y pediatría se centra en el tratamiento de los pacientes y en la reivindicación de unidades de tratamiento especializado. La doctora Diana Madruga reclama en el editorial el trabajo con las asociaciones de padres y la creación de unidades ambulatorias de tratamiento especializado.

“la promoción de las asociaciones de padres son de gran ayuda, siendo necesario LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADO con un personal de enfermería adecuado, así como centros a nivel ambulatorio para el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en relación estrecha con el hospital” (Madruga 1994:2).

Dentro de la misma revista, un artículo firmado por Madruga y Morandé centra la atención en la necesidad de recuperar el peso del paciente antes incluso de restablecer la recuperación depresiva o emocional, pues “la psicoterapia por si sola es ineficaz”. Los autores proponen como protocolo de actuación una terapia cognitiva-conductual, que tiene un triple objetivo: disminuir “el sufrimiento que aqueja a la paciente y a su familia”, la “recuperación nutricional” y “aprender nuevamente a alimentarse”. Para conseguir estos objetivos hospitalizan a las pacientes, la hospitalización se convierte en “la primera parte de un tratamiento que se extenderá como mínimo por cuatro años”. Con la hospitalización se pretende la “ruptura de la escalada anoréxica”, lo consideran un proceso que “debe romperse enérgicamente con todos los medios a disposición” (Madruga y Morandé 1994: 23-24).

El tratamiento denominado *Privilegio Cero*, consta de dos elementos fundamentales, la terapia nutricional y el aislamiento de la enferma con reposo absoluto en una habitación individual, donde no le

permiten levantarse e incluso llegan a utilizar medios mecánicos de sujeción. Por ello "todos los cuidados de enfermería deben realizarse en la cama", no pueden levantarse ni siquiera para lavarse. Las personas en tratamiento...

"carecen de todo privilegio, no puede leer, escuchar música, recibir llamadas, ver la televisión, si la evolución es positiva... pueden ducharse hacia el quinto día" (Madruga y Morandé 1994: 25).

La ampliación de actividades o "conquistas de privilegios" irán asociadas a la recuperación nutricional que se evaluará a partir del índice de masa corporal. Es un tratamiento de choque para jóvenes diagnosticados de anorexia aunque no se señala el criterio diagnóstico que utilizan (DSM III, DSM III-R o DSM IV).

Paralelamente a la construcción del discurso nutricionista el interés por los TCA se extiende a otras disciplinas. A partir de 1992 en el estudio de los TCA se interesan otras ciencias sociales como etnopsicología o las ciencias de la educación física y el deporte. Un ejemplo es la revisión sobre los trastornos de la alimentación que realiza Emma Llanos, en la *Revista de Etnosicología y Etnopsiquiatría* (Llanos 1992).

El Centro de Alto Rendimiento Deportivo de Sant Cugat, en Cataluña y el Instituto Dexeus de Barcelona realizan un estudio

comparativo de tres grupos de personas (deportistas de alto rendimiento, personas físicamente activas y personas sedentarias) con el objetivo de comparar relaciones entre las puntuaciones en dos pruebas psicométricas EAT y EDI. Concluyen que las mujeres de los tres grupos obtienen puntuaciones superiores a los hombres en ambos test y que el peso es la categoría central que determina las puntuaciones (Pérez Recio, Rodríguez Guisado y Esteve *et al.* 1992).

En síntesis, podemos decir que en la primera mitad de los noventa en España se realizan las primeras investigaciones epidemiológicas y clínicas. Los elementos que se acentúan son: la importancia de la alteración de la conducta alimentaria como síntoma de primer rango, la desestructuración familiar como elemento favorecedor, la cronificación del proceso y la aparición del trastorno en edad temprana. El discurso que se está construyendo de los trastornos alimentarios está basado en el uso de instrumentos estadísticos como el test de actitud alimentaria EAT, olvida que no se ha demostrado relación entre el peso de las personas entrevistadas y las puntuaciones del EAT. A pesar de ello dichas puntuaciones se convierten en un elemento central para hablar de "epidemia" (Morandé 1998, Toledo, Ferrero, Capote *et al.* 1999; Martínez Martínez, Menéndez Martínez, Sánchez Trapiello *et al.* 2000; Moraleda Barba, González Alonso, Casado Viñas *et al.* 2001) o hablar de la existencia de una población de mujeres en riesgo de padecer trastornos alimentarios de más del

10% de la población como veremos en el apartado siguiente y en la tabla 6.

Los resultados que se obtienen en las investigaciones llevadas a cabo sobre población adolescente femenina en las que se utiliza el EAT se difunden y van a favorecer la construcción del problema social de la anorexia. El análisis de este proceso lo realizamos en el siguiente epígrafe.

#### **4.4 La “epidemia” y el riesgo de las mujeres jóvenes: el discurso preventivista (1996-2003)**

Lo más destacado que se produce en la segunda mitad de los años 90 es el incremento de la literatura sobre el tema, como hemos visto en los gráficos 2 y 3. Aparecen nuevas monografías (Toro y Morgado 1996; Turón 1997; Buckroyd 1997; Cervera 1996) y se conforman grupos de investigación entre médicos de distintas especialidades<sup>39</sup>; comienzan a crearse grupos de investigación interuniversitarios y se publican los primeros protocolos y guías básicas de tratamiento (Madruga y Morandé 1994; Fernández y Turón 1998; Morandé, Casas, Calvo *et al.* 1995).

---

<sup>39</sup> En el servicio de psiquiatría del Hospital Bellvitge Principes de España y del Hospitalet de Llobregat en Barcelona se crea un equipo de investigación conjunto y se realiza una revisión de la literatura (Vidal Rubio, Fernández, Turón *et al.* 1996).

Podemos decir que, a partir de mediados de los noventa, comienza un nuevo periodo de los trastornos alimentarios caracterizado por el dominio del discurso preventivista y divulgación que no se limita a las revistas médicas sino también a los medios de comunicación, tanto escritos como visuales, que comienzan a hacerse eco de lo que consideran “una grave enfermedad” y una nueva “epidemia”<sup>40</sup>.

Sirvan de ejemplo algunas noticias que publica el diario *El Mundo* en 1998. El 15 de julio se publica una noticia titulada “La anorexia, de enfermedad a urgencia social”. El 24 de agosto de 1998 otro artículo lleva como título: “La cifra de enfermos de anorexia se dispara en la última década” y como subtítulo: “Los casos registrados anualmente en España han pasado de cuatro a un millar”. La noticia se hace eco del debate entre especialistas de la necesidad de recursos asistenciales. “Los médicos se encuentran divididos en cuanto a la necesidad de crear más unidades especializadas en trastornos de alimentación. Un miembro de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital de Navarra asegura: “No hay falta de camas. Además, no se puede ingresar indiscriminadamente a las pacientes, a veces es contraproducente”. Francisco Jimeno, presidente de Avalcab (Asociación contra la anorexia de Valencia), opina que las instalaciones

---

<sup>40</sup> Sobre este mismo proceso en la década de 1980 en los Estados Unidos ver Brumberg (1988).

actuales en España no son suficientes para atender la demanda que se producirá en el futuro.

El 29 de noviembre de 1998 El Mundo inserta la noticia que dice: "la anorexia y la bulimia se disparan". El día 22 de marzo de 1999 publica "Uno de cada tres jóvenes tiene un alto riesgo de padecer anorexia". La noticia está recogida de una encuesta realizada por la asociación ADANER (Asociación de Defensa a la Atención a la Anorexia y a la Bulimia), entre jóvenes de 13 a 21 años en Córdoba. En ella se destacan dos de los aspectos centrales en el discurso de la anorexia: es una enfermedad que afecta a todos los jóvenes de todas las Comunidades ("los datos son extrapolables a cualquier población española") y "las chicas están más en peligro".

La idea de que el deseo de adelgazar que muestran las mujeres jóvenes en las sociedades occidentales puede provocar una situación de riesgo para su salud, se ha constituido en un hecho del que nadie duda: las mujeres jóvenes están en riesgo, la mala alimentación y el deseo de adelgazar pueden provocar graves alteraciones fisiopatológicas.

El título de la monografía que publica Montserrat Cervera (1996) resulta muy significativo de la nueva orientación en el análisis de los TCA: *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*.

En esta línea la revista *Anales Españoles de Pediatría* publica un artículo con un título que resume muy bien el momento: "Trastornos de la conducta en adolescentes: ¿una enfermedad?, ¿una epidemia?" (Pedreira Massa 1998). Asociar el concepto de epidemia a una enfermedad tiene connotaciones importantes en el ámbito de la salud pública y conlleva definir las intervenciones preventivas y las conductas saludables.

Las intervenciones preventivas en las mujeres, que constituyen el grupo de riesgo quedan, pues, justificadas. Así la Dirección General de Salud Pública en la Comunidad Autónoma de Valencia y el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública inician en 1997 un programa de intervención preventiva de los trastornos alimentarios dirigido a mujeres adolescentes, con el sugestivo título "*Tal como eres*". Para conseguir los objetivos del programa, modificar actitudes y comportamientos de riesgo, proponen desarrollar la capacidad crítica, mejorar la autoestima y la asertividad y ofrecer conocimientos fisiológicos sobre la regulación del peso. Resulta, sin embargo, sorprendente constatar como los mismos autores recogen sus dudas acerca de la eficacia del proyecto y sobre el efecto perjudicial que puede tener divulgar conocimientos relacionados con los Trastornos alimentarios y con las dietas en las adolescentes (Villena Iniesta y Castillo Carballo 1999).

Un equipo de investigación del área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela realiza un estudio epidemiológico en la Coruña. La muestra se escoge sobre la población que consideran a riesgo: mujeres adolescentes urbanas. El objetivo que se proponen es “determinar la prevalencia de actitudes anoréxicas y Anorexia Nerviosa en adolescentes femeninas”. Utilizan como instrumento el EAT- 40 y un cuestionario sociodemográfico. Insisten en el crecimiento alarmante del trastorno sin tener en cuenta que los DSMIII-R (1. edición 1987) y DSM IV (1. edición 1995) han aumentado la posibilidad de diagnóstico. Entre los resultados destacan que el 60% de las chicas sienten temor a estar gordas, el 57% se autoevaluaban como gordas y...

“el 13% de las alumnas presentaba actitudes desordenadas en el comer (...) el 0,2% de Anorexia y el 13,9% de obesidad (...) Confirman la existencia de un grupo adolescente femenino con actitudes anoréxicas” (Loureiro Cachón, Domínguez Carmona y Gestal Otero 1996:243).

Más allá de los resultados y sus consideraciones, lo más interesante radica en cómo se incorpora el lenguaje epidemiológico centrado en la importancia creciente y la rapidez de la propagación:

“el interés del fenómeno radica en la rapidez de propagación: su comienzo en minorías y su acelerado contagio a una parte

importante de la población, difundiéndose de manera más homogénea que en épocas precedentes" (Loureiro Cachón, Domínguez Carmona y Gestal Otero 1996:246).

"Los trastornos alimentarios subclínicos y atípicos constituyen un problema de importancia creciente, al afectar a una población cada vez más numerosa" (Vaz Leal y Peñas Lledo 1999:359)

Hasta este momento los estudios comunitarios de Joseph Toro y Gonzalo Morandé se centraban en evaluar la insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes, pero a partir del estudio de La Coruña, las investigaciones centran el interés en determinar la prevalencia o probabilidad que tienen las jóvenes de padecer la enfermedad. No se duda de la enfermedad, ni de su etiología, ni de su sintomatología. Se estudia la prevalencia, la incidencia, la "rapidez de propagación" y el "acelerado contagio". Se afirma que en los últimos años se ha producido un incremento en el padecimiento de los desórdenes alimentarios en grupos socioeconómicos menos ricos, se ha extendido a grupos poblacionales más bajos y que el fenómeno se propaga, como la moda, de las clases sociales superiores a clases sociales bajas.

#### 4.4.1. Nuevas “pacientes”: síndromes parciales y los cuadros afines

Si el cuadro de la etiología y sintomatología está dibujado *grosso modo*, no ocurre igual con la población, los estudios insisten en el incremento de la incidencia<sup>41</sup>.

En la Universidad de Murcia, M. Carmen Rodríguez (1996) coordina una revisión de la literatura epidemiológica en la que se destaca que los estudios comunitarios “muestran una tendencia al aumento en la incidencia de los trastornos de la alimentación” y que “los estudios clínicos presentan como inconveniente que los criterios diagnósticos utilizados no están definidos con precisión”, continua afirmando que las investigaciones epidemiológicas

“deberían tener en cuenta los llamados síndromes parciales que aparecen cada vez con mayor frecuencia en todos los grupos de población” (Rodríguez, Riquelme y Buendía 1996: 268)

Insisten en la necesidad de aumentar el número de investigaciones epidemiológicas

“El aumento de los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia nerviosa, así como los cuadros subclínicos y los llamados

---

<sup>41</sup> Incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población de riesgo durante un periodo de tiempo (Argimon Pallás y Jiménez Villa 2002).

“síndromes parciales”) plantea la necesidad de realizar estudios epidemiológicos de cara a mejorar la comprensión de la etiología de dichos trastornos” (Rodríguez, Riquelme y Buendía 1996:262).

La población se va haciendo cada vez más extensa pero siempre con un mismo denominador: ser mujer. ¿En qué se basan para hablar del incremento de la incidencia y de la prevalencia entre las mujeres? Como ya hemos señalado los criterios diagnósticos para los trastornos alimentarios en 1995 incluyen los TCANE. En los artículos publicados en revistas científicas españolas se comienza a hablar de los “síndromes parciales” (Rodríguez, Riquelme y Buendía 1996), los “cuadros afines” (Morandé, Casas, Vergas *et al.* 1996), “disminución de la edad de inicio” (Loureiro Cachón, Domínguez Carmona y Gestal Otero 1996). En todos estos casos se insiste en el aumento de la incidencia y se barajan cifras de prevalencia, como veremos detenidamente.

El término de "Anorexia nerviosa subclínica o parcial" lo acuñan Garner y colaboradores en 1984 (citado en Rodríguez, Riquelme y Buendía 1996) para referirse a sujetos preocupados por el peso y la dieta que no reunían todos los criterios diagnósticos aunque presentaban muchos comportamientos afines. En unas Jornadas de Psicología Clínica celebradas en Murcia, Garfinkel y Kaplan presentan

una ponencia en la que hablan de los *síndromes parciales* de anorexia y bulimia para referirse a:

“aquellas mujeres que cumplen todos los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa a excepción de la amenorrea, y dentro del grupo de la bulimia nerviosa a aquellas enfermas que cumplen todos los criterios de dicho trastorno a excepción del criterio de frecuencia en el atracón” (Rodríguez, Riquelme y Buendía 1996: 263).

En la revista *Pediatría Integral* (Morandé, Casas, Vergas *et al.* 1996) y en *Anales de Psiquiatría* (Mazaira y García 1996) publican artículos que hacen referencia a los TCA en prepúberes y adolescentes jóvenes, nuevos segmentos de población a los que hay que “vigilar”. En este mismo sentido Labay publica un artículo en *Anales Españoles de Pediatría* que, tras alarmar sobre el incremento de la prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa, realizar un repaso por las causas sociales que favorecen los trastornos alimentarios. Encuentra tres causas fundamentales: “el trabajo simultáneo del padre y de la madre”; “la ausencia de los padres en la educación en la comida, en la adquisición de hábitos nutritivos racionales” y “la pérdida de autoridad de los padres” como los elementos centrales (Labay 2000: 77).

#### **4.4.2. Nuevos agentes: “la madre nutridora”, recursos asistenciales y la causa genética en la etiología del síndrome**

A partir de 1998 los discursos preventivista y nutricionista de la anorexia se van extendiendo a nuevas especialidades médicas como hemos visto anteriormente. La pediatría y la medicina serán las encargadas de vigilar y contener lo que se presenta como una extensión epidemiológica del problema. Aparecen numerosas publicaciones que abundan en la importancia de los TCA y la necesidad de la prevención.

Bras Marquilla, pediatra, en un artículo de la revista *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, define la “anorexia infantil” como un trastorno de la alimentación que, a diferencia de la anorexia nerviosa, tiene “mas incidencia pero menor benignidad” (Bras Marquilla 1996:633). Entiende la “anorexia infantil” como un proceso fisiológico y adaptativo caracterizado por la falta o reducción de las ganas de comer y cree que es necesario conocer los mecanismos de desarrollo y aprendizaje de la alimentación en la infancia para intervenir en la prevención. La inseguridad de la madre en su rol de nutridora aparece como un nuevo elemento que va a tomar fuerza.

“a menudo la perentoriedad de que el hijo coma es solo un indicador de inseguridad materna sobre su papel de nutridora... es el forzamiento o acoso alimentario que será

tan violento, primitivo y empobrecedor como lo sea la relación entre madre e hijo" (Bras Marquilla 1996: 636).

Más adelante añade que "los trastornos de la alimentación son rebeldes una vez que surgen. Por eso es importante la guía anticipatoria como método de prevención primaria" y para terminar con una frase que resume muy bien el *estilo de pensar*<sup>42</sup> del momento

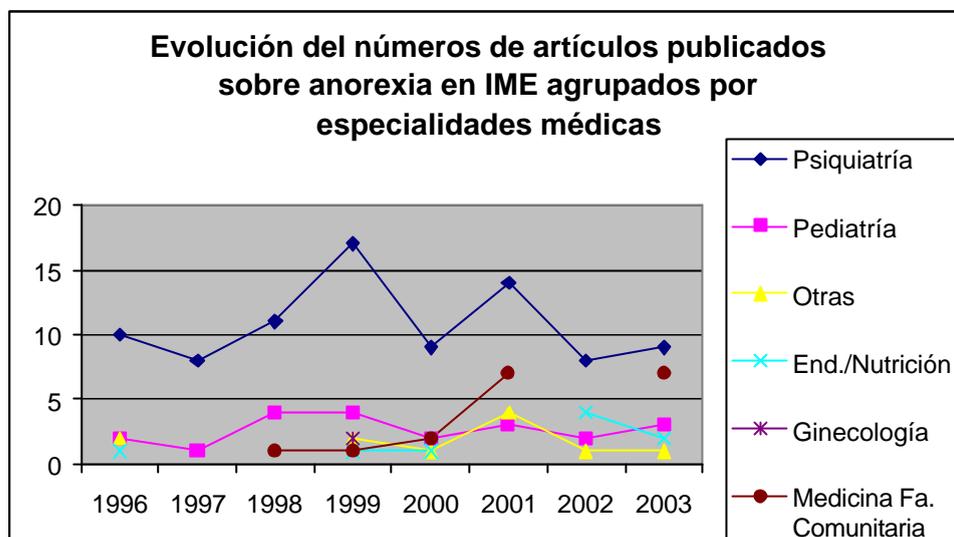
"los trastornos alimentarios se están haciendo cada vez más heterogéneos y de implantación más universal" (Bras Marquilla 1996: 639).

En el departamento de Psiquiatría y personalidad de la Universidad de Barcelona se lleva a cabo un estudio de la anorexia en la adolescencia (Callico 1996), sitúan a la familia en el centro de la preocupación clínica. La familia aparece como un elemento que favorece o predispone el trastorno (Cepeda Gómez 1996) o bien como el contexto dentro del cual las conductas y actitudes relacionadas con el peso, la apariencia física y la alimentación suelen gestarse (Vázquez y Raich 1997). Sea cual sea la orientación, lo cierto es que la familia y la madre como agente dinamizadora de la alimentación adquiere relevancia.

---

<sup>42</sup> utilizamos el concepto estilo del pensar como lo hace Mary Douglas que relaciona la forma de pensar con una determinada comunidad y la manera en que esta estandariza sus pensamientos (Douglas 1998: 15).

Gráfico 5



Fuente: Base de datos IME. Elaboración propia

La revista *Atención Primaria*, publica una investigación llevada a cabo en una Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. En los resultados se aportan cifras de prevalencia obtenidas a partir del EAT-26. En la discusión de resultados concluye que:

“la entrada de la mujer en el mundo laboral, y por extensión de las madres, las cuales desde siempre son las que han asumido el papel de la alimentación familiar, podría hacernos pensar que se hubiera convertido, hasta cierto punto, en un factor desestructurador del ritual familiar a la hora de la comida, determinando una mayor presencia de alteraciones alimentarias” (Martínez Martínez, Menéndez Martínez, Sánchez Trapiello *et al.* 2000: 317).

En esta misma línea argumental, se publica un *Protocolo de Atención a Pacientes con Trastornos del Comportamiento Alimentario dirigido a Médicos de Atención Primaria* (Cabranes, Gil y Gómez 2000), editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Destaca la importancia del cambio social impulsado por las mujeres y el efecto que este produce en la dinámica familiar y, por ende, en el origen de los trastornos alimentarios. El protocolo relata las etapas que debe cubrir la prevención de los TCA: el ámbito escolar y la concienciación social y familiar. Hace recaer en la desestructuración familiar el incremento de la incidencia de los trastornos y de forma explícita, en la incorporación de las mujeres al espacio público. Como medida preventiva recomienda aumentar la comunicación y ...

“al menos efectuar una comida al día en familia” (Cabranes, Gil y Gómez 2000: 8).

“fomentar el hábito de lectura en niños y adolescentes, estableciendo como parte reglada de la educación la lectura anual de varios libros, sin distinción entre los que se inclinan por la rama científica o la humanística”(Cabranes, Gil y Gómez 2000: 12).

Reclaman una mayor presencia de niños, niñas y adolescentes en la consulta como primer paso para detectar precozmente los

trastornos. Proponen que un control sobre el "niño sano" y que las revisiones anuales se amplíen (Cabranes, Gil y Gómez 2000: 12).

Tenemos, pues, el cuadro completo: una familia desestructurada como consecuencia de una madre incorporada al mundo laboral que no controla suficientemente la alimentación de las hijas, una sociedad que produce el deseo de estar delgada, unas jóvenes caprichosas y débiles psicológicamente, pero con gran fuerza de voluntad que comienzan una práctica (bien sea restrictiva o purgativa) que acaba convirtiéndose en una enfermedad y un sistema sanitario dispuesto a evitarlo recurriendo a estrategias de medicalización.

Las controversias anteriores se desdibujan y se crean alianzas para demandar recursos y autores relevantes que previamente habían publicado por separado en distintas líneas de trabajo firman en un número monográfico de la revista de divulgación médica *Jano* (1999) un primer trabajo conjunto donde muestran el consenso en la definición de la anorexia como enfermedad psicosomática, producto de las interacciones psicológicas y fisiológicas y "con grandes repercusiones de influencias sociales". Entienden el contexto social como un elemento externo que influye sobre las condiciones psicológicas de las pacientes y se concreta en el "anhelo de delgadez". Pero, para que la conducta anoréxica o restrictiva aparezca es necesario que el deseo se produzca en

"chicas débiles psicológicamente y fisiológicamente corpulentas" (Toro, Canto, Castro *et al.* 1999:37).

Los autores consideran que la importancia del problema estriba en que "nos ha cogido desprevenidos. Su estallido epidemiológico ha creado alarma social" y advierten de un nuevo peligro y "la novedad alarmante" que supone que el trastorno ha empezado "a cebarse en niñas de 6, 7 y 8 años" (Toro, Canto, Castro *et al.* 1999: 37).

Así mismo, hacen referencia a investigaciones que describen otras causas como origen del trastornos, entre ellas ...

"polimorfismo en la región premotora del gen 5-HT (genotipo -1438A/A)" que estaría alterado en los-as pacientes anoréxicos, hasta la consideración de un posible trastorno de la empatía como factor de riesgo o alteraciones de la colecistocinina provocadas por las conductas bulímicas" (Toro, Canto, Castro *et al.* 1999: 37).

Se incorporan, pues, dos nuevos elementos al debate. Por un lado el desafío que supone la demanda asistencial de la anorexia en la estructura pública sanitaria, que se ha visto desbordada ante lo que consideran "estallido epidemiológico" y por otro las alteraciones genéticas como una posible causa predisponente de los trastornos alimentarios.

A partir del año 2000, se amplía más el espectro de disciplinas sanitarias y comienzan a publicarse artículos en revistas de enfermería (Gil 2001; Martínez Olmos y Mitchell Rebolledo 2001), odontología (Jiménez Bernardo, Martínez Díaz, Esparza Gómez *et al.* 2001), cardiología (Cheng 2003; Mont y Castro 2003), medicina nuclear (Escobar, Freire, Espinosa *et al.* 2002) y cirugía pediátrica (García Aroca, Alonso Calderón, García Redondo *et al.* 2001).

#### **4.5. Los estudios de incidencia y prevalencia en España (1985-2001)**

Las investigaciones sobre los TCA se pueden dividir en dos grandes bloques: los estudios clínicos y las investigaciones epidemiológicas. Los primeros utilizan como herramientas la anamnesis, la exploración y pruebas complementarias. Las investigaciones epidemiológicas se realizan sobre una población, en principio no clínica, cuando el conocimiento que existe sobre el alcance de un problema de salud es escaso. Sus objetivos son contribuir a identificar casos y escoger y evaluar programas de intervención específicos (Jenicek 1996: 11). Se basan en la presuposición teórica de que los problemas que afectan a la salud tienen una distribución no aleatoria (Perea-Milla 1994:14) y se pretende averiguar cuál es el comportamiento de un problema que afecta a la salud.

Nos centraremos en las investigaciones epidemiológicas descriptivas y en las medidas de frecuencia que más utilizan: la incidencia y la prevalencia. La incidencia mide lo que está pasando durante un periodo de tiempo e informa sobre el flujo de nuevos casos de una enfermedad. La prevalencia, describe qué proporción de la población estudiada está afectada por el problema de salud en un momento concreto; se utiliza para conocer el impacto de los distintos problemas que afectan a la salud y, sobre todo, para poder identificar y predecir las necesidades de atención y asignación de recursos, priorizar intervenciones y asignar prestaciones preferenciales.

Las investigaciones epidemiológicas en los TCA se basan en la cuantificación de estas dos medidas, de tal manera que buscan datos de incidencia y prevalencia de los trastornos alimentarios en muestras poblacionales para extrapolar los resultados al conjunto de la población. Los artículos científicos y monografías revisadas que tratan de los TCA parten de la aceptación de un hecho que no se discute: la incidencia y la prevalencia de los trastornos alimentarios es alta y creciente (Toro 1987; Loureiro Cachón, Domínguez Carmona y Gestal Otero 1996; Lázaro 1999: 49; Chinchilla 1994; Turón 1997; Morandé 1998; Martínez Martínez, Menéndez Martínez y Sánchez Trapiello 2000).

Cuando en los diseños epidemiológicos descriptivos las muestras no son representativas, difícilmente se pueden hacer inferencias

estadísticas, es decir no se pueden extrapolar los resultados de la muestra a la población general (Sánchez Cantalejo 1994: 160). Se cometen errores sistemáticos cuando se produce un desplazamiento de los datos observados en el estudio y se exageran las conclusiones; se incurren en sesgos de selección cuando las personas incluidas en la muestra difieren en alguna característica relevante de la población a la que se pretende aplicar en las conclusiones; hay sesgos de información cuando las personas consultadas tienden a ocultar hábitos admitidos o a exagerar hábitos socialmente reconocidos (Perea-Milla 1994: 24-30).

Pues bien, algunas de las investigaciones epidemiológicas sobre los TCA presentan unos o varios de estos sesgos. Veámoslo detenidamente comenzando con los estudios que reflejan un incremento de la incidencia para continuar, después, con los estudios de prevalencia.

En los últimos años han aumentado los artículos que hablan de un incremento de la incidencia de los TCA. Los autores españoles se basan, fundamentalmente, en una serie de artículos y en ellos concentran la mayor parte de las citas: El artículo de Theander (1970) que describe una investigación llevada a cabo en el sur de Suecia, en la que da cuenta del incremento del flujo de pacientes hospitalizadas (citado en Toro 1987: 107; Turón 1997: 52; Lázaro 1999: 50); el artículo de Jones y colaboradores (1980) llevado a cabo en el condado de Monroe (Nueva York) que compara la incidencia de anorexia

nerviosa en la clínica durante dos periodos: 1960- 1969 y 1970-1976 (citado en Toro 1987, Turón 1997: 52; Lázaro 1999: 50); el artículo de Willi y Grossmann (1983) llevado a cabo en Suiza que estudia la incidencia en población hospitalizada de 1963 a 1965 (citado en Turón 1997: 52; Lázaro 1999: 50); el artículo de Lucas y colaboradores (1991) llevado a cabo en el condado de Rochester (Minesota) que compara la incidencia de anorexia nerviosa en dos años, 1935 y 1984 (citado en Lázaro 1999: 50; Rodríguez 1996: 67; Morandé 1999: 213; Guerra-Prado 2001: 73; Guerra Prado y Barjau Romero 2003:16); y el artículo de Hoek y colaboradores, llevado a cabo en Holanda (1991) que estudia la incidencia de anorexia en población general en los años 1985 y 1986 (citado en Lázaro 1999: 50; Rodríguez 1996: 67, Guerra-Prado 2001: 73; Turón 1997:52)<sup>43</sup>. En España, tan sólo existe un estudio que analiza la incidencia realizado por el INSALUD (1999) y que muestra el incremento del número de pacientes en tratamiento en los hospitales públicos durante el periodo 1990-1993.

La mayoría de los autores españoles extrapolan los resultados de estas investigaciones internacionales a la población española lo que conlleva sesgos de selección. Por otro lado, la contextualización de los datos permite matizar el incremento de pacientes ya que se ha producido un aumento de casi todas las patologías al aumentar la red

---

<sup>43</sup> Algunos autores han llevado a cabo investigaciones sobre los estudios de incidencia y ponen en cuestión el incremento. Van den Heuvel (1993) y Fombonne (1995) a partir de un análisis exhaustivo de los estudios retrospectivos ponen en entredicho el incremento de la anorexia.

asistencial y las herramientas diagnósticas. Hay que añadir que en la década de 1980 se operativizan y publican los criterios diagnósticos de la APA y se publica el DSM III. Este hecho produce una difusión de la información sobre los TCA entre profesionales de la medicina lo que puede incidir en el número de personas diagnosticadas. Debemos recordar que los cambios que se han producido en los criterios diagnósticos de los TCA siempre han ido en un mismo sentido: aumentar las probabilidades de diagnóstico.

Respecto a los estudios de prevalencia de los TCA realizados en España, hemos encontrado 15 artículos que recogemos en la tabla 6.

Como se puede observar en la tabla 6, para determinar la prevalencia de anorexia y/o bulimia nerviosa y de trastornos alimentarios en España se han realizado investigaciones epidemiológicas desde el año 1985 en diversos ámbitos geográficos. Algunas de ellas se han realizado en comunidades autónomas (Asturias, Valencia, Castilla y León, Madrid y Navarra), otras en capitales de provincia (Madrid, Barcelona, Sevilla, La Coruña, Toledo, Zaragoza) y otras en municipios de diversos tamaños (Reus, Móstoles, Mataró, Sant Cugat, Sant Feliu de Guixols, Calonge, Palamós, Palafrugell, Banyotes, Olot, Gijón, Carreño, Villaviciosa, Camas o Pilas). La edad de la población de estudio está comprendida entre los 12 a los 21 años y, en casi todas las investigaciones, la prevalencia de trastornos alimentarios, anorexia y bulimia se determina a partir de las

puntuaciones obtenidas en el EAT-40 con excepción de Ruiz Lázaro (1999) y Pérez Gaspar, Gual, de Irala Estévez (2000). En estos casos el diseño de la investigación consta de dos fases: primero se administra un cuestionario en el que incluyen el EAT-40 y, posteriormente, a las mujeres que obtienen una puntuación mayor de 30 se les realiza una entrevista clínica para determinar si cumplen los criterios diagnósticos DSM IV.

La diversidad en los procedimientos utilizados, los ámbitos geográficos en los que se realizan las investigaciones y la franja de edad de la muestra favorecen resultados dispares. Así Morandé (1989) encuentra una prevalencia de AN en mujeres de 15 años residentes en Madrid del 0,69% y Ruiz Lázaro una prevalencia de AN en mujeres de 12 a 18 años residentes en Zaragoza de 0,14%. Cuando los autores tratan de determinar la población de riesgo de TCA, el baile de cifras se mantiene: Carbajo, Canals y Fernández (1995) encuentran que el 12,4% de las mujeres de 13 a 15 años de Reus está en riesgo de TCA y Ruiz Lázaro (1999) que lo están 16,3% de las mujeres de 12 a 18 años de Zaragoza.

Independientemente de los resultados, el procedimiento que utilizan conlleva algunos sesgos metodológicos. Lo primero que debemos destacar es que no es apropiado utilizar como herramienta para determinar la prevalencia de enfermedad (anorexia, bulimia o trastornos alimentarios) una escala de actitud (EAT) ya que esto

favorece errores sistemáticos en la interpretación de los resultados. La actitud no siempre conlleva un comportamiento, ni el comportamiento conlleva enfermedad. Independientemente de las versiones utilizadas, el EAT es un cuestionario que mide la *actitud* ante la dieta, pero en ningún caso una *enfermedad*. Es como si dijéramos que la actitud de “querer fumar” tabaco conlleva siempre el comportamiento de fumar y el hecho de fumar, padecer cáncer de pulmón. En este mismo sentido los autores del EAT advertían de las precauciones que se debían tener al interpretar los resultados del EAT. Garner, Olmsted, Bhor *et al.* (1982) consideran que: “aunque el EAT puede indicar la presencia de síntomas comunes a la anorexia nerviosa (...) podría resultar inapropiado asumir que una puntuación alta en el EAT constituya un diagnóstico de anorexia nerviosa en grupos no clínicos”. En estos casos podemos hablar de sesgos sistemáticos en la interpretación de los resultados ya que se desplazan los resultados obtenidos mediante una escala de actitud, a resultados de enfermedad, lo que provoca una exageración de los datos. Este error afecta a la validez del diseño y a la credibilidad de las conclusiones<sup>44</sup>.

En segundo lugar, al analizar las muestras encontramos que no son muestras representativas de la población por lo que es difícil esperar que los resultados coincidan con lo que ocurre en la población

---

<sup>44</sup> Un análisis de la validez de la Escala EAT-26 lo realizan Gómez Bueno y cols (2004) donde ponen de manifiesto la confusión entre validez y la adecuada interpretación de los resultados.

general. Este error se aprecia en las investigaciones llevadas a cabo en Barcelona, La Coruña, Asturias, Toledo y Sevilla (ver tabla 6). Por otro lado, en aquellas investigaciones que incluyen en la muestra a estudiantes de más de 16 años olvidan que sus resultados no se pueden extrapolar a toda la población ya que no se han tenido en cuenta las personas trabajadoras de esta edad. La elección de la muestra para poder hacer inferencias estadísticas a toda la población debería contar con la población de más de 16 años que no está escolarizada. Lo mismo ocurre cuando las investigaciones se realizan en zonas urbanas y las conclusiones se extrapolan a toda la población.

Así mismo, encontramos sesgos de género en el sentido que lo definen Esteban (2001), Valls (2001) y Ruiz Cantero (2001), en la consideración como patológicas de determinadas prácticas y conductas que se asocian a las mujeres. Comportamientos como estar a dieta o preocuparse por el peso se convierten en conductas patológicas y, por tanto, medicalizables. Mientras, existen comportamientos que conllevan mayores riesgos, pero que realizan en mayor medida los varones y que no son medicalizados<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Proceso de medicalización que debemos insertarlo en el proceso de intervencionismo sanitario, como una estrategia de control, poder y dominación que se produce en las sociedades postindustriales mediante la cual los problemas sociales y políticos se convierten en enfermedades (Illich 1975) y que tiene su apogeo en los años setenta-ochenta (Rodríguez y de Miguel 1990:20). Una revisión actual le realiza Márquez y Meneu (2003).

En definitiva, podemos decir que nuestra objeción metodológica a la validez de los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los TAC se centra en: a) Insuficiente consistencia de la conexión causal y explicativa entre los estudios de actitud y los de comportamiento. b) Muestras no representativas que impiden extrapolar los resultados. d) Sesgo de género en la catalogación clínica de las conductas.

Si todos estos trabajos son la base epidemiológica sobre el aumento de la prevalencia de los TAC y, en algunos de ellos observamos los errores y sesgos metodológicos, tenemos que considerar que en el momento presente hay que ser prudentes al hablar de evidencia científica que demuestre el aumento significativo de los TCA. Creemos, como mantienen Livianos Aldana y Rojo Moreno (2001) que es difícil sacar conclusiones, ya que los datos disponibles se centran en poblaciones diferentes y habrá que considerar otros aspectos para hablar del incremento de los TCA, como el aumento de la sensibilidad social, la definición más acuitada del concepto de TCA, la medicalización de comportamientos, el aumento de los recursos sanitarios, la mayor atención del personal sanitario hacia estos trastornos y los sesgos de género implícitos.

**Tabla 6: Investigaciones epidemiológicas sobre trastornos alimentarios realizadas en España**

AUTORÍA	ÁMBITO GEOGRÁFICO	PROCEDIMIENTO MUESTRA	TAMAÑO MUESTRAL	EDAD (AÑOS)	TEST	RESULTADOS
Morandé (1989)	Madrid	No especifica	718 636 m; 82 v	15	EAT-40	AN: 0,31%; BN: 1,25%; EAT > 30: 6,3% m
Toro, Castro, García <i>et al.</i> (1989)	Barcelona	Estudiantes de ambos sexos de 3 centros escolares	1.554 706 m; 848 v	12-19	EAT-40	EAT>30: 1,2% 0 v; 7,3% m
Carbajo, Canals, Fernández <i>et al.</i> (1995)	Reus	No especifica	515 (no especifica sexo)	13-15	EAT-40	EAT>30: 8,3% 12,4% m
Raich, Deus, Muñoz <i>et al.</i> (1991)	Mataró, Sant Cugat, Sant Feliu de Guixols, Calonge, Palamós, Palfrugell, Banyotes, Olot	Aleatoria entre estudiantes de 1 y 2 de BUP y FP.	2.418 1263m; 1155 v	14-17	EAT EAV BSQ	EAT>34; 2,6% v; 7,3% m
Morandé, Celada y Casas (1999)	Móstoles (Madrid)	Estudiantes de secundaria de ambos sexos	1.314 731 m; 583 v	Media 15,05	EAT-64 + EDI	Población en riesgo: 12% v 31,2% m AN: 0,69% m, 0 v (DSM III) Síndromes parciales: 2,76% m y 0,54% v
Loureiro, Cachón, Domínguez Carmona y Gestal Otero (1996)	La Coruña	Muestra aleatoria en mujeres estudiantes de 3 de BUP	607 m	Alumnas de 3º BUP	EAT-40	0,2% AN 13% desórdenes alimentarios
Pérez Gaspar, Gual, de Irala <i>et al.</i> (2000)	Comunidad de Navarra	Procedimiento aleatorio trietápico.  Dos fases: 1. Cuest. autoad; 2. Entrev. clínica	2.862 m	12-21	EAT-40 Si EAT>30  Entrevista clínica	TCA: 4,1%; AN: 0,3%; BN: 0,8%; TCANE: 3,1%
Ruiz Lázaro (1999)	Zaragoza	Estudiantes de 7 y 8 de EGB y Enseñanzas Secundarias  Dos fases: 1. Cuest. autoad; 2. Entrev. clínica	4.047 2.193 m 1854 v.	12-18 años	EAT 40  Si EAT>30  Entrevista clínica	TCA: 4,5%  Tras entr clinic: AN: 0,14; BN: 0,55%; TCANE: 3,8% Población de riesgo EAT>30: 16,32% m; 3,3% v.

(Continúa tabla 6)

AUTORÍA (AÑO P.)	ÁMBITO GEOGRÁFICO	PROCEDIMIENTO MUESTRA	TAMAÑO MUESTRAL	EDAD (AÑOS)	TEST	RESULTADOS
Martínez Martínez, Menéndez Martínez; Sánchez Trapiello <i>et al.</i> (2000)	Asturias: ciudades de Gijón, Carreño y Villaviciosa	Alumnado de secundaria de 3 municipios	860 m y v	14 y 21	EAT-26	Prevalencia de actitudes anoréxicas: 12,8% m; 1,8% v
Toledo, Ferrero, Capote <i>et al.</i> (1999)	Comunidad de Valencia			14 -21	EAT ; BITE	Punto de corte EAT>26:  AN: 16,21% m; 3,3% v  BN: 2,93 m; 0,82% v
Vega y Rasillo (2002)	Comunidad de Castilla y León	Muestra polietápica por conglomerados de enseñanza secundaria	2.860 m y v	12-16	EAT-40	Población en riesgo: 7,8%  12,3% m; 3,2% v
Gandarillas, Febrel y Galán (2002)	Comunidad de Madrid	Muestra por conglomerados bietápico de adolescentes escolarizados	4.334 m y v	15-18	EDI, CHQ-28	Grupo de riesgo: 15,3% m; 2,2% v
Moraleda Barba, González Alonso, Casado Viñas <i>et al.</i> (2001)	3 centros de estudio de la ciudad de Toledo	Todo el alumnado de tres centros de enseñanza	520 m y v	13-16	EAT 40	Prevalencia de trastornos alimentarios:  14,7 m; 11,82 v
Díaz Benavente, Rodríguez Morilla, Martín leal <i>et al.</i> (2002)	Tres institutos de Sevilla capital.  Institutos de Camas y Pilas	Alumnado de 5 institutos de ESO	764 334 m; 430 v	12-15	EAT-40, CIMEC	Población de riesgo: 8,8%  TCA (DSM IV): 3,3%
Ballester (2002)	Girona		1.025 m y v	14-19	EAT, BSQ	EAT>30: riesgo potencial: 16,3% m; 0,4% v

m: mujeres; v: varones; AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; Cuest. autoad: cuestionario autoadministrado; Entrev.: entrevista.

#### **4.6. Conclusiones de los discursos médicos de los trastornos alimentarios**

En España se han producido dos discursos de la anorexia con elementos, en cada uno de ellos, que se entrecruzan. Un discurso que hemos denominado nutricionista y un discurso que hemos denominado preventivista.

El discurso nutricionista parte de la creencia de que las “mujeres anoréxicas” son mujeres caprichosas, con gran fuerza de voluntad y comportamientos alimentarios alterados que les provocan una importante pérdida de peso, que, a su vez, origina desnutrición y graves consecuencias orgánicas. Considera que la familia juega un papel central en la etiología y mantenimiento del síndrome al ser la institución encargada de establecer los hábitos alimentarios. En este discurso, a veces, de forma velada y otras de forma más explícita, se relaciona la desestructuración familiar con los comportamientos y hábitos alimentarios alterados y se responsabiliza de ellos a las mujeres en general, y a las madres en particular, por su incorporación al mundo laboral. En esta lógica, el interés terapéutico se centra en recuperar el peso y restablecer unos hábitos alimentarios supuestamente alterados. Ello requiere, por una parte que el tratamiento se realice fuera del ambiente familiar y se utilicen técnicas de condicionamiento operante que se concretan en: aislamiento de la persona enferma en el hospital y pérdida de contacto con el exterior,

reposo obligatorio utilizando técnicas de sujeción y alimentación forzada. A su vez se intenta modificar y establecer “nuevas” pautas de “reorganización familiar” que no son precisadas.

Por otro lado, el discurso que hemos denominado “preventivista” de la anorexia centra el interés en determinar la “población de riesgo” para prevenir la enfermedad. Parten de la creencia de que las mujeres jóvenes, influenciadas por la moda, tienen un deseo de delgadez que las hace proclives a conductas restrictivas o purgativas en la alimentación. Para legitimar el discurso se describe y aplica una nueva técnica: la Escala de Actitud Alimentaria. A partir de las cifras que proporcionan los resultados medibles de la EAT se determina la población en riesgo de padecer trastornos alimentarios y la necesidad de recursos asistenciales.

Si el discurso nutricionista centra su interés en el tratamiento dietético y en la reestructuración familiar, el discurso preventivista se interesa, fundamentalmente, por la dotación de nuevos recursos asistenciales. Tanto uno como otro están imbuidos de la idea de utilidad, operatividad y cuantificación que marcó en 1978 la Conferencia de Alma-Ata.

Analizar los discursos nutricionista y preventivista con la mirada que proporciona la perspectiva teórica feminista pone de manifiesto los sesgos de género implícitos tanto en la creación y difusión de la

tecnología diagnóstica (DSMs y EAT) como en la percepción de riesgo. Además de responsabilizar a las mujeres madres de los cambios sociales en cuyo origen se sitúa la enfermedad, el sesgo de género actúa favoreciendo la medicalización de comportamientos que habitualmente realizan mujeres en contraste con otros que realizan mayoritariamente varones y comportan más riesgo para la salud, por ejemplo el gusto por la velocidad o el riesgo que conlleva practicar determinados deportes de aventura que producen un mayor número de discapacidad y muerte.

Con los datos disponibles hay que ser prudentes a la hora de hablar de un incremento de anorexia y bulimia nerviosas y trastornos alimentarios en la población, aunque se haya producido un incremento de los casos hospitalarios. Habrá que contextualizar los datos y ponerlos en relación con los cambios en los criterios diagnósticos, con el incremento de la red asistencial y con la sensibilidad social.

## 5. RELATOS Y DISCURSOS DE MUJERES DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

"No se nace mujer, se llega a serlo"

(Simone de Beauvoir 1987)

En este capítulo presentamos en dos epígrafes los resultados del análisis de las entrevistas. En el primero realizamos un análisis descriptivo que consta de un resumen del relato de la entrevistada que da cuenta de su trayectoria vital y las vivencias del proceso anoréxico y/o bulímico. Para darle mayor consistencia y validez a los resultados presentamos literales, es decir fragmentos textuales obtenidos en los relatos de cada una de las entrevistas.

En el segundo epígrafe llevamos a cabo un análisis transversal, destacamos los elementos comunes y divergentes en las trayectorias vitales con el objetivo de comprender los aspectos sociales, culturales e ideológicos que favorecen y/o dificultan las prácticas anoréxicas y/o bulímicas. Tendremos en cuenta que las prácticas sociales se realizan en función de los significados que las personas les otorgan y que estos se interpretan, seleccionan, verifican y/o transforman a tenor de los contextos sociales. Los significados los pondremos en relación con los roles aprendidos y las competencias adquiridas durante el proceso de socialización. Tratamos de comprender por qué una práctica que realizan con mucha frecuencia mujeres jóvenes, la dieta, se convierte en ellas en prácticas adictivas. En definitiva, pretendemos conocer las relaciones de género y, en general de poder, que se producen dentro de los grupos sociales en los que ellas se socializan y, cómo estas relaciones favorecen o limitan las acciones restrictivas o purgativas.

En todo el proceso de análisis nos alejamos de la consideración de las mujeres como entes pasivos, arrastradas por fuerzas sociales y destacamos las intenciones y los motivos que les llevan a realizar determinadas prácticas. Entender las acciones como estrategias, más o menos útiles, para obtener ventajas comparativas en las situaciones de interacción en las que están inmersas y analizar los relatos e interpretar el discurso de las mujeres como agentes sociales activos que deciden sacar partido a la situación en la que se hallan, hace girar nuestra interpretación y la búsqueda de alternativas (Boudon 1981: 31).

Utilizamos la teoría feminista al destacar la importancia de la subjetividad de las mujeres para mostrar las contradicciones, discusiones y resistencias en sus experiencias (Esteban 2004: 43). Esta posición teórica implica reconocer y acentuar los contextos en los que tienen lugar los comportamientos. Implica, presuponer que las alteraciones del comportamiento alimentario no son una respuesta patológica que se produce ante circunstancias normales, sino que pueden reflejar una respuesta razonable ante condiciones anormales (Katzman 2003: 236).

## 5.1. LOS RELATOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS



### 5.1.1 BELÉN

En el momento de la entrevista, Belén es una mujer de 22 años, estudiante de Ciencias Ambientales, vive en un piso compartido con otras estudiantes en Granada. Estudia 4º de la licenciatura. Nació y vivió hasta los 12 años en un cortijo cerca de un pueblo de Córdoba. Es la menor y única hija de una familia monoparental compuesta por la madre y 4 hermanos. El padre trabajaba de carpintero y la madre se dedica a la gestión y cuidado de la casa, trabajo que compatibiliza con el de costurera.

#### 5.1.1 1. Vida familiar y social

La infancia de Belén transcurre en una casa de campo donde conviven el padre, la madre y hermanos. Tiene un mal recuerdo debido al miedo, las amenazas y los conflictos ocasionados por el padre como consecuencia de su dependencia alcohólica. Situaciones de tensión que terminan con el suicidio del padre cuando tiene 6 años.

*...mi madre estaba esperanzada porque decía que a la cárcel no le iban a mandar que lo mandarían seguramente a un centro donde se desintoxicara bien, pero luego no supo enfrentarse a eso y se ahorcó.*

Después de la muerte del padre el recuerdo de Belén se centra en la relación con la madre y los conflictos con el hermano mayor. Define a la madre como una mujer muy exigente, que no la apoya en

sus decisiones y por la que, a veces, no se siente querida. La madre la compara continuamente con el padre, hecho que provoca en Belén un sentimiento de tristeza y preocupación pero, sobre todo, desconfianza en sí misma y en su capacidad para resolver los conflictos.

*...ella (la madre) se fía muy poco de mi criterio, de mi forma de actuar, dice que yo soy como mi padre y que hago las cosas a tontas y a locas, que no pienso en el mañana que todo es para hoy..*

*... me comparaban mucho con mi papá y que me dolía mucho, era como sentenciarme..., diferenciarme de los otros, y..., así..., y sentirme así....., distinta.*

*... mi mamá siempre me ha dicho que me parezco mucho a mi padre, y eso siempre me ha matado, porque claro, mi papá era el monstruo de la casa, entonces yo siempre he creído que iba a acabar muy mal....,*

*... a mi me daba miedo también y me dolía mucho que dijera eso. Me decía eso, que yo era distinta que los demás....*

Las relaciones con el hermano mayor le han resultado siempre difíciles. El hermano padece distonía muscular, lo que ha favorecido un ritmo y horario doméstico bastante peculiar, duerme de día y ve la televisión de noche. Este comportamiento altera la dinámica de descanso del resto de la familia.

*...no podía dormir, también porque compartíamos la habitación mi mamá, M... y yo, y M... siempre ha sido muy..., por las noche se ponía a pegar voces, se ponía a..., y entonces yo siempre he sido muy nerviosa y eso,*

*tenía problemas para dormir. Mi madre decía que eso era todo que yo tenía ganas de dar por culillo y ya está.*

En el reparto de tareas domésticas se mantiene una división sexual estereotipada de roles que le genera sentimientos de desigualdad y soledad. Belén no puede quedarse sentada sin hacer nada como hacen sus hermanos. El rechazo de la desigualdad también lo siente su hermano D... , que a veces le presta su voz, la defiende y comparte las actividades.

*La verdad es que mi madre siempre tendía a diferenciar las actividades, pero cuando estaba allí J..., mi hermano, que es el segundo, mi D... es el que está aquí conmigo, bueno, conmigo no, bueno pues el segundo, el que tiene ahora 33 años, cuando estaba él allí, si mi mamá yo estaba sentada y me mandaba a fregar los platos, oye ¿por qué tienes que mandarla siempre a ella?, se ponía él a fregar, es la persona menos machista que conozco, de verdad, pero mi hermano D... si podía siempre librarse de algo pues le daba igual , y yo... pues sí, mi mamá siempre..., es que es la educación que recibes, creo yo, por propia inercia, es verdad que sí..., que con 7 años pues tienes que ponerte a barrer, a hacer esto, que no me pesaba tanto, pero que ¡jolinj, era una niña, y que lo mismo no te apetece. Y es verdad que yo soy más nerviosa que mis hermanos, y que hemos tenido muchas más peleas mi mamá y yo, pero que simplemente que ella me tenía que mandar a mi ya era un punto de roce, el no tener que hacerlo con los demás pues lo mismo no surge la chispa con los otros.*

La madre educa a los hijos y a la hija con el objetivo de estudiar una carrera universitaria para conseguir movilidad social ascendente. Pero la carrera universitaria de Belén no debía ser "muy dura".

*Mi madre quería que yo estudiara, pero tampoco una cosa muy dura, así..., no se , es que expectativas de mi madre para mí..., a mi madre no le gustaba mi novio, porque mi novio no estaba estudiando, en aquel entonces, ahora ya sí....., es que yo no soy nada clasista, y mi madre sí lo es bastante, porque ella nos inculcó a nosotros que estudiáramos mucho.*

A pesar de las dificultades económicas de la familia, Belén consigue estudiar con becas. La trayectoria académica es muy buena, los profesores la consideran la mejor de la clase, situación le genera un sentimiento de rechazo entre sus compañeros.

*...tenía mi propia pubertad, mis propios problemas, en mi casa por ejemplo, mis problemas de insomnio, que no podía dormir.... luego yo era la mejor de la clase, y eso también genera envidia en la gente.*

En cuanto a la alimentación Belén no recuerda tener preferencias, pero sí se recuerda como una niña delicada para comer y dice estar preocupada por la comida desde los 11 años. Define su relación con la comida como una relación "amor- odio". Se preocupa y ocupa por los alimentos, conoce sus propiedades y características, rechaza algunos. Se siente atraída por la comida pero, a la vez, considera que la debe controlar.

La idea de control en diversos aspectos de su vida aparece como una constante en la entrevista.

*¿Desde cuando te acuerdas de esa preocupación, a partir de cuando, en qué momento lo situas?...Muy pronto....., con 10, 11 años, incluso antes.*

*.. a los fritos había que tenerles mucho respeto, a los dulces lo mismo, había épocas que no tanto, luego en cuanto me decían..., es como que no tienes medida, yo cuando tenía ya 12 años, yo no tenía medida, me habían dicho que estaba gorda, pues yo tenía que adelgazar, y restringí mucho, ya me decía todo el mundo que estaba muy seca, muy seca, pues lo mismo te da por relajarte, y un día recuerdo que iba a comer y me dijo, ¿todo eso te vas a comer? Y fue mi madre decir, sí, ya se le ve que está un poquillo mejor, ... pues ya otra vez a lo mismo.*

En las relaciones de amistad se define como “un bicho raro”, de pequeña no se relacionaba con las niñas ni niños de su edad, continuamente se sentía obligada a cumplir un objetivo: “tenía que estudiar mucho”. Su infancia y adolescencia transcurre aislada y nunca tuvo confianza con las chicas de su clase. Lo que le interesaba a las chicas a Belén no. A pesar de ello, hace todo lo posible para mantener relaciones con personas de su edad.

*...yo tenía unas amigas allí en el campo pero tampoco las veía mucho, en el campo estas lejos y demás, en el colegio era como un bichito raro porque no me relacionaba con la gente como las demás... porque... no era como las demás, yo...estaba acostumbrada a que tenía que estudiar mucho...*

*...vivía en el campo, porque yo no... tenía relaciones así con las demás, y la gente se espabilaba muy pronto, empezaban a hablar de los niños muy pronto, se maquillaban para ir a clase, vaya, cosas que no me encajaban a mí.*

Cuando cursa 8º de EGB, aproximadamente a los 13 años de edad, se apunta a una catequesis con el propósito de “conocer a

gente" y allí conoce al que será su novio, la única persona con la que ella entabla confianza. En él encuentra a un chico con quien compartir su tiempo, lugares y ocupaciones. Destaca en su relato el valor y la fortaleza de carácter del novio pero sobre todo, la posibilidad de comunicarse. Recuerda el inicio de la relación como "una época feliz", en la que no manifiesta ninguna preocupación por la comida ni por el cuerpo.

*...al único que le lloraba y le decía lo que me pasaba era a mi novio (...) Lo valoro mucho como persona, por las cosas que hace, por el valor que tiene, por el esfuerzo, por...., porque él está trabajando y está estudiando, se ha sacado su bachiller, ahora está estudiando oposiciones, todo eso ha salido de él, él dice que ha salido de él pero porque me ha visto a mi estudiar y..., pues le ha entrado, pero.... ahora él tiene más ilusión que yo..., son cosas que valoran la gente....*

*...cuando yo empecé a salir con mi novio estaba muy feliz, la cosa es que no me preocupaba entonces por mi cuerpo, comía lo que tenía que comer, si es que he tenido épocas, he tenido altibajos...., he tenido por ejemplo una 42 de pantalón, además tenía pretendientes, por aquella época estaba muy feliz y muy contenta.*

En el relato de Belén no aparece la preocupación-ocupación por la moda ni por la moda, pero sí por ser aceptada y reconocida. El proceso de socialización y las condiciones en las que se desarrolla su infancia han favorecido que se sienta aislada, vulnerable, desprotegida y sin recursos ante el grupo de iguales al que tratará de acercarse buscando su integración y aceptación.

*... yo todo lo que he tenido siempre lo he compartido, pero yo qué se, yo como siempre me he criado aislada de lo que es las relaciones interpersonales sobre todo entre las niñas... muchas veces peco de tonta....nos han educado de una manera que somos demasiado tontos muchas veces, no tenemos mala idea.*

En cuanto a la forma de afrontar los conflictos, Belén procura que estos no surjan y cuando surgen adopta una actitud pacificadora, busca no provocar tensiones “apagarlos cuanto antes”. Ella es “capaz de aguantarse”, aún sin estar de acuerdo, con tal de que no aparezca el problema.

*... ponerme del lado de las otras para que esta no se enfaden, si se enfadan las otras intento ponerme..., no ponerme del lado de las otras, sino suavizar. Yo no quiero problemas, y a mi me molestan cosas a veces, me pegan bofetadas, pero yo por no discutir, por no tener problemas, yo..., soy capaz de aguantarme...*

Cuando Belén tiene 13 años conoce a la novia de su hermano, María es querida y respetada en su familia, le gusta mucho a su madre y se convierte en su referente.

*... era así muy guapa, muy alta y muy delgada, y mi mamá me decía que le gustaría tener una niña como ella porque María era muy buena persona, y lo es, muy buena persona...*

*... quería parecerme a María, quería parecer.... más delgada, quería obtener el éxito así. Entonces eso es un pensamiento automático que yo ya tenía, lo que pasa es que lo reprimía.*

Realiza deporte desde los 12 años “da vueltas alrededor de la piscina, realiza flexiones y abdominales”. En el domicilio familiar no dispone de un espacio propio, del dormitorio nos dice que “no está decorado”, con ello nos da a entender que no es ella la que decide la decoración sino la madre, con quien la comparte. Sin embargo, la habitación que tiene en Granada, donde vive durante el curso, está decorada y la describe con muchos detalles.

*...he puesto papel alrededor de la cama porque me gusta a mi que tenga un papel..., como el papel de plata pero de colores, con alguna margarita en las esquinas, los posters, que sean alegres, tengo unos posters de perritos, otro de pinturas que me gustan a mí, uno de girasoles así al aire, luego tengo un espejo y alrededor del espejo le he puesto papel rojo, y he puesto fotos, que hace mucho tiempo que no sacamos fotos, de distintas épocas de mi vida, más gorda y más delgada, las he puesto por ahí. Tengo la mini cadena que me regaló mi novio el año pasado allí puesta, y luego una mesa grande de ordenador que me tuve que comprar el año pasado para el proyecto, que ni hice el proyecto ni nada, pero la mesa sí la tengo. Y una estantería, dentro de las posibilidades no está mal, está bien, me gusta.*

En su tiempo libre le gusta sobre todo pasear, hablar, practicar deportes e ir al cine. Le gustan las películas que desarrollan bien un tema y no le llaman la atención las películas de efectos especiales. En este caso sus preferencias en el cine se parecen a sus preferencias como lectora

*Me gusta es pasear... pasear por Granada y aunque haga frío, tu sientes el frío pero te abrigas bien. Y hablar, hablar mucho, hablamos mucho y no esto*

*sino de muchas cosas..., eso me gusta mucho... Me suelen gustar mucho las películas así de..., igual que los libros, de la vida cotidiana, de las relaciones, de la gente...., no se..., de eso...*

Es muy aficionada a la lectura, le gusta la literatura de todos los géneros y temática, desde lo que denomina "fantasía épica" como *El señor de los Anillos* hasta lectura que desarrolla temas cotidianos.

*... a mi prácticamente me ha gustado todo..., yo le doy una oportunidad a todo...*

Le gusta todo tipo de música aunque prefiere la música melódica, de la que entienda la letra, que desarrolle "un tema" y diga algo.

*... música melódica y triste y... siempre, pero vaya, que me gusta todo tipo de música, me gusta mucho la música con letra... de..., con letras profundas, aunque el lenguaje sea vulgar, que termines de escuchar la canción y digas, esta gente ha vivido lo suyo, o por lo menos ha visto cosas y dan puntos de vista, de la vida...*

En la actualidad, Belén es una mujer que dice no tener aficiones especiales, le produce satisfacción cumplir sus objetivos.

*... yo muy pocas veces me he parado a pensar lo que me gusta. A mi me gustaba, me daba igual lo que fuera, me gustaba salir con sobresaliente... es que me daba igual los gustos...., es lo mismo que por lo que escogí esta carrera, no lo se, pues porque no sabía lo que estudiar y tenía que estudiar algo, eso no había que discutirlo.*

*... que me quedaran asignaturas para septiembre, para mi eso era...., y me han quedado, he tenido que...., y eso es lo que me ha bajado la autoestima mucho.*

#### **5.1.1.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia**

Belén sitúa el comienzo de su preocupación por la dieta a los 12 años. El comienzo de la adolescencia y, sobre todo, a partir de la menarquia coincide con su preocupación por el cuerpo.

En esta época Belén conoce a su cuñada que será para ella un referente. En ella aprecia las características de la mujer que le gustaría ser: alta, simpática, atractiva, delgada y buena persona. En este periodo tiene dos figuras de mujeres contradictorias. Por un lado la madre, que se dedica a cuidar de la familia, que ha soportado la carga y los malos tratos de un marido alcohólico. Por otro lado, la cuñada, una mujer joven en la que visualiza las cualidades de autonomía e independencia que Belén anhela. Entre estos dos polos trata de construir una identidad, no exenta de conflictos y contradicciones. Cada una le propone una forma de percibir, actuar y de valorar y, también, una forma distinta de abordar el cuerpo.

A los 12 años Belén tiene la primera menstruación, hecho que ella "vive traumáticamente" y la asocia a dos creencias: el fin del crecimiento físico y a la deformación del cuerpo.

*me vino la regla y parece como si ya..., yo no quería, yo no quería ser grande, ¿sabes lo que quiero decir?, y además me había metido en la cabeza que cuando me viniera la regla iba a dejar de crecer, lo que es mentira, porque luego seguí creciendo, que ya se deformaba el cuerpo...*

La preocupación por las consecuencias de la menstruación, los problemas de insomnio provocados por compartir el dormitorio con la madre y el hermano y la incorporación a su vida de un nuevo referente de mujer (M...) coinciden en el tiempo con el inicio de una dieta restrictiva y la práctica de deporte.

*Y luego me acuerdo que me dio por adelgazar, por..., no se, supongo que me quería parecer a M..., ó, simplemente pues, ser mejor, así... siempre tenía problemas en la clase, y yo pensaba que si adelgazaba y estaba más mona, pues que al año siguiente iba a ser mejor, eso siempre lo he tenido en la cabeza. Entonces empecé a ser lo que... ya sabes, que si a tirar la comida, que si a escabullirte, no quiero esto, no quiero lo otro, a correr todos los días, a hacer todos los días abdominales...*

Un año más tarde se trasladan al pueblo, el cambio de residencia le permite establecer nuevas amistades y la preocupación por la comida "se me fue de la cabeza". El cambio del colegio al instituto le ayuda a que la dieta y el ejercicio no ocupen un lugar central entre sus preocupaciones. Comienza a tener amigos y amigas y, aunque ella seguía restringiendo en la alimentación y haciendo deporte, esto no le afecta a su vida cotidiana. Así transcurren unos cuantos años.

*...el cambio de aire, que se me fue de la cabeza, y ya empecé a conocer gente, empecé..., y se me pasó eso. Me volvió a venir la regla, y ya estaba mejor, seguía estando delgadita, pero ya iba engordando, llego 1º de BUP, llego 2º, conocí a mucha gente, empecé a flaquear en las notas.*

En este periodo, la madre escucha en un programa de radio el problema de la anorexia y asocia la restricción de la dieta y el ejercicio que realiza su hija con la enfermedad. Madre e hija mantienen una charla en la que Belén toma conciencia de la existencia de una enfermedad que a ella comienza a serle atractiva y a su madre le preocupa.

*...ya mi madre escuchó en un programa lo de la anorexia, y al final del verano me dieron una charla enorme.*

*Es lo que yo digo, la enfermedad es atractiva, no se por qué, a mi me resultaba atractiva....., sabes que estas mal, al mismo tiempo es malo y es atractivo, para mi lo era...*

La preocupación por los estudios, el gusto por la comida, y la incomodidad que le generaban los kilos de más, las resuelve mediante el vómito y el ejercicio. A los 17 años, el vómito se constituye en una nueva estrategia eficaz y eficiente para conseguir su propósito de adelgazar.

*...sobre todo en COU, mucho agobio con los estudios, y que engordé bastante porque además, supongo que me viene por naturaleza, yo soy glotona, y soy así. Y fue terminar COU, la selectividad, bueno yo ya me había echado novio desde 2º de BUP, empecé a salir con un muchacho muy*

*lindo, y... muy bien, pero..., eso, como había engordado mucho me sentía incómoda...*

*...en un programa escuché que podía vomitar, y me pareció el chollo mundial, porque claro, así nadie se daba cuenta: tú comes y ya está, y entonces empecé a vomitar, iba 3 horas al día al gimnasio, adelgacé bastante..., tampoco...pero bastante,*

Esta estrategia deja de tener sentido cuando se viene a Granada a estudiar en la Universidad. El cambio que supone llegar a la ciudad hace que su preocupación por la dieta y el adelgazamiento se olvide. La acción de restringir en la dieta no se convierte en conducta adictiva “se me volvió a ir de la cabeza, no se si por las compañeras, por el cambio de aires, por lo que fuera”. Sin embargo, cuando aumenta de peso se siente mal con su cuerpo “me avergonzaba” y de nuevo comenzaba a restringir.

*Y aunque yo estuviera a lo mejor más gordita, por ejemplo cuando yo pesaba los 68 kilos, yo estaba más gordita, pero yo sabía, yo seguía contando lo que comía, y me sentía mal, por el cuerpo, y me avergonzaba, según qué ropa, me sentía mal. Pero en cambio yo veía a otras, a mis compañeras por ejemplo, pesaban lo mismo que yo, y las veía estupendas, es que es distinto el criterio que tú tienes contigo que el que tienes con las demás.*

Belén percibe que tiene dos obligaciones que debe cumplir: sacar buenas notas y con ello, cumplir las expectativas de su madre y ser aceptada y reconocida en su grupo de iguales. Como estrategias

para conseguir sus objetivos opta por estudiar y adelgazar. La delgadez se convierte en signo de reconocimiento y de aceptación. El éxito para ella es estar delgada lo que significa reconocimiento, aceptación, autonomía y libertad y, por tanto, seguridad y autoestima. Los fracasos por el contrario, se concretan en no conseguir sus propósitos, suspender los exámenes y engordar. Cuando cursa tercer año de la carrera se produce una situación de estrés ocasionado por los exámenes. Su reacción ante lo que considera un fracaso es asumir el reto: sacar buenas notas y adelgazar.

*me agobié mucho, me vinieron todos los exámenes de golpe, yo lo había dejado también mucho para el final, no podía dormir, me mandaron tranquilizantes, estaba siempre muy nerviosa, y me quedaron no se si 2 o 3 asignaturas.*

*...la cuestión es que fue un fracaso también, y me tomé el 2º cuatrimestre muy en serio, muy..., perfeccionista, saqué muchos sobresalientes, muchas cosas. Pero me quedaba una cosa pendiente que era el cuerpo, que seguía estando gordita. Y, entonces empecé otra vez a vomitar, empecé a ponerme a dieta, me puse a dieta, con la dieta de una revista, fui a casa para el verano y allí me puse a dieta. Me apunté al gimnasio porque con el gimnasio solo no adelgazaba entonces me tuve que poner a dieta también, y llegó un momento en que yo era capaz de vomitar hasta una cacho de sandía que me hubiera comido.*

La dieta y el ejercicio se convierten en estrategias acordes con el signo de los tiempos. Estrategia racional que persigue un fin, conseguir un cuerpo que le satisfaga y, sobre todo, un cuerpo que le proporcione

autoestima. El cuerpo delgado se convierte en signo de éxito y en símbolo de autonomía. Vomitar es una estrategia racional, eficaz e íntima, que le sirve para ocultar su preocupación por la dieta y le permite comer lo que quiere. Sin embargo, esta estrategia no está libre de costes. A corto plazo le genera sentimientos de culpabilidad, tristeza y aislamiento y, a largo plazo, le origina debilidad y falta de ánimos para continuar con su proyecto vital.

*yo sabía que eso estaba mal, y entonces me empecé a dar cuenta de que me sentía triste...*

*...me había apuntado al carné, no tenía ánimos, no fuerza, es que no tenía ánimos para estudiar nada, para hacer el proyecto, para nada...*

La culpabilidad le genera más aislamiento y obsesión que trata de compensar comiendo y posteriormente vomitando. Entra en lo que se denomina "el círculo vicioso de la anorexia", en el proceso adictivo, donde cada vez se aparta más de la normalidad le impide ver o querer otra cosa. La sensación que experimenta la muestra con una expresiva metáfora: "se habían montado en un tren y yo me había quedado fuera".

*... vomitaba en el almuerzo, luego lo mismo comía algo a media tarde y seguía vomitando, por la noche, una dieta bastante estricta, todo light, todo desnatado, todo con muy poquito pan, vaya, adelgazando mucho, tampoco..., la cosa es que hay gente que ha adelgazado más, lo que pasa es que yo desde siempre he sabido que eso estaba mal....yo tenía una*

*comunicación con él y que ya era un poquito más mayor y ya había pasado por eso, yo sabía que eso estaba mal, y entonces...*

*(...) pues que se habían montado en un tren y que yo me había quedado fuera, que no..., que algo había que yo no estaba en la misma onda que los demás.*

En esta situación, encuentra en los pasillos de la Facultad un folleto de ADANER y decide ponerse en tratamiento. La psicóloga de ADANER la diagnostica, le da nombre al proceso. Comienza su periplo por el sistema sanitario. Belén comienza a pensarse en función de la anorexia. El diagnóstico le sirve para darle sentido a los síntomas e iniciar su trayectoria asistencial por recomendación de su novio.

*... (en ADANER) me atendió una sicóloga, me dijo lo que me pasaba, me dijo que necesitaba ayuda, pero, yo salí de allí llorando embarracada, pues yo no voy a vomitar más ni un solo día, vaya, que me duró hasta el otro día el arrebató, vaya, que tampoco..., luego, yo me propuse eso para no vomitar,*

*... entonces te empezabas a acordar de las veces que te habían dicho que estaba muy gorda, de las veces que..., y las culpas..., y al mismo tiempo te preocupas por ella porque no vaya a sufrir.*

*...mi novio me dijo que fuera al médico de cabecera, que eso no era nada del otro mundo, y que lo hablara con él, y llegué allí llorando como una magdalena, le dije lo que me pasaba, y me mandó a endocrino y a psiquiatría, y allí conocí a Lola, la sicóloga, y bueno, me hicieron una entrevista y me metieron en los grupos de terapia.*

*yo me sentía muy rara, porque allí estaba todo el mundo prácticamente obligado, ellos estaban en sus trece, allí los padres los obligaban a ir. Y digo: yo vengo aquí por propia voluntad, a mí no me pasa nada, era lo que yo pensaba. Digo, si una de las características de la enfermedad es negarlo.*

A partir de ahora, Belén reconstruye su historia con el prisma que le proporciona la idea de enfermedad y sus manifestaciones. Se abandona a la enfermedad y cumple con sus condiciones, expectativas y etapas. La primera es reconocer la enfermedad y hacerla pública lo que le trae consecuencias negativas. La consideración de enfermedad, común en algunos sectores sociales como “tonterías que entran a las niñas” incide negativamente en el proceso, ahonda en el malestar y en el sentimiento de culpa.

*Lo que pasa es que ahora miro para detrás y lo veo más..., aunque yo estuviera sola, vaya, que yo estaba cayendo... y el ir a la terapia no impidió que cayera..., me mantuvo un poco en contacto con la realidad, pero..., si tenía que caer, caí. Estas es que son cosas lentas, la caída es lenta y la recuperación más todavía. Entonces pues fui a peor, fui vomitando más, fui restringiendo más (...) se enteraron mis compañeras de piso que tampoco lo sabían, y bueno..., tengo una amiga de L... que también estaba siempre en el piso, que tampoco lo sabía, y a raíz de eso, ella se enteró un poquito de todo esto porque pensaba que todo esto eran tonterías que le entran a las niñas y demás..., un poco trágico para mí,...*

Belén dibuja la enfermedad como un pozo en el que la actuación del sistema sanitario la ayudó a no caer. Aunque, a pesar del proceso sanitario, entra en el “círculo vicioso” de la adicción anoréxica.

*Te vas viendo que los vas dejando, entonces fogas por ahí, es un círculo vicioso que no se corta de ninguna manera*

Cada vez se siente peor y entra en lo que denomina “la etapa de negación”, niega estar enferma, considera que no le pasa nada aunque mantiene los vómitos y el control de la alimentación. El psiquiatra le prescribe un fuerte tratamiento farmacológico.

*...fui cada vez a peor, entré en una etapa de estas de negación, a mi no me pasaba nada y yo podía estar así toda la vida. Yo me desahogaba en el grupo, porque es lo que pasa en los grupos, que la gente está igual que tu y te sacan lo que hay, pero yo salía de allí, y yo, era la más payasa de todas, se ve que yo era la que mejor me lo pasaba, si había que estar..., pero siempre los vómitos estaban ahí, y el asegurarte estar delgada, mucho, mucho miedo a engordar siempre, y mucha medicación, mucha medicación...*

Consumir psicofármacos le genera malestar y temor, lo asocia al alcoholismo de su padre, que tenía medicación psiquiátrica. Se producen dos hechos que ahondan en su malestar: el consumo de psicofármacos y el hacer pública su enfermedad. Ambos casos repercuten negativamente en el proceso.

*He tenido mis recaídas, he tenido mis épocas, no se..., la medicación una cosa que vivo muy mal, porque a mi no me gusta tomar pastillas, antidepresivos no tomo, porque no..., pero los tranquilizantes por la noche y eso, una cosa que veo muy mal, porque yo, de pequeña siempre me habían inculcado mucho miedo a los medicamentos, sobre todo a los psiquiátricos*

*Era importante que nadie lo supiera sobre todo..., porque te avergüenzas, te avergüenzas de estar en esto, y la vergüenza es lo peor de todo...*

El primer y único ingreso hospitalario coincide con un momento de conflictos con su novio. Él se percató de que el vómito era una estrategia habitual, se pone en contacto con la psicóloga y le proponen la posibilidad de hospitalización.

*...llegué a tener problemas con mi novio porque él lo sabía, y para mi era un agobio estar con una persona que lo supiera cuando yo no quería admitirlo, lo quería negar y demás, él se puso en contacto con (la psicóloga), estuvieron hablando, (ella) le dijo que me podían ingresar si eso..., para ver cómo andaba y demás. Entonces vomitaba casi todos los días. Si no podía vomitar en casa para que no me escucharan las compañeras, me iba fuera..., muy mal, además te hundes más porque vas dejando los estudios, tú te vas viendo que los vas dejando, entonces fogas por ahí. Es un círculo vicioso que no se corta de ninguna manera, hasta que un día me llamaron para ingresarme y estuve un mes ingresada y hubo muchos problemas durante mi ingreso.*

Durante el mes de estancia hospitalaria, Belén deja de ver atractiva la enfermedad y sale reforzada en cuanto al comportamiento alimentario. Este periodo lo define "como si estuvieras en una nube", pero cuando vuelve a la cotidianidad y a enfrentarse de nuevo con la situación recae.

*...en el ingreso dejé de verlo atractivo, así que vi a otras gentes de... muchas cosas.... allí tienes tiempo para pensar en ti, para darte cuenta..., y salí muy reforzada, salí muy bien..... pero hasta que un día vomité otra vez,*

*...en la sala parece que estás en una nube, estás muy bien cuidado, y..., y ahí puedes aguantar lo que te echen, fuera no lo se.*

*...yo no salí curada, yo salí pues con una dieta, en el momento en que me pasaba esa dieta estaba nerviosa, en el momento en que me pasaba la dieta y estaba sola vomité, yo no salí bien.*

Actualmente, Belén se encuentra algo mejor. Cree estar en el proceso de salida de la anorexia, un proceso lento que considera muy lento...

*Me ha costado una mala leche, mala leche de controlar tu propia ansiedad, de..., lo pasas muy mal cuando estás saliendo, y hay que estar cuando lo necesitas y cuando más miedo tienes. Y sigues teniendo los agobios de que has comido mucho, de que si estarás engordando, de si vas corriendo a pesarte a ver si engordas mucho, a ver si..., pero supongo que es lento y como lento que es, pues...*

### **5.1.2. ANTONIA**

En el momento de la entrevista Antonia tiene 23 años, es licenciada, está realizando el Curso de Adaptación Pedagógica con la intención de presentarse a oposiciones de Instituto. Nació y vivió hasta los 17 años en una casa en el campo. Es la menor de una familia compuesta por dos hijas, de poca diferencia de edad. Sus padres son pequeños agricultores y ganaderos que cuidan sus animales, elaboran y venden productos del campo. En la actualidad vive en un piso

compartido con su hermana y otras estudiantes en la ciudad de Granada.

### 5.1.2.1. Vida familiar y social

La infancia de Antonia transcurre en el campo, se recuerda como una niña tranquila, que le gustaban los juegos típicos de su edad y sexo.

*...de sentarme y ponerme a jugar con una muñequita...*

Al padre lo recuerda siempre atento, vigilando sus actos. A la madre, de quien hace pocas referencias en el relato, la define como una mujer que siempre apoya las decisiones del padre.

*Mi madre se callaba, mi madre...., si mi padre decía corre, te lo dice por tu bien, porque tu padre te quiere mucho*

*...mi padre .... estaba pendiente, porque él estaba allí trabajando, ordeñando a los animales... y me estaba vigilando.*

Durante su infancia y adolescencia estudiar se convierte en un lugar de refugio donde puede escapar al control del padre, salir del aburrimiento y construir su identidad.

*...recuerdo estar en mi casa, recuerdo estar viendo un poco la tele, a lo mejor me había pasado toda la mañana estudiando porque yo soy una persona muy estudiosa, siempre, en aquella época yo recuerdo que me refugiaba mucho en los estudios, por eso... porque a lo mejor me tiraba toda*

*la mañana estudiando y... llegaba mi padre y yo no quería que me viese viendo la tele, porque si me veía viendo la tele, me la liaba..., porque decía... bueno, viendo la tele, estás amorcillada en el sofá... entonces me levantaba y me metía a estudiar otra vez, y me tiraba a lo mejor hasta las 3 de la tarde que venía mi padre de vender la leche, ... yo veía que él se sentía por lo menos orgulloso de eso, y yo... pues a estudiar, me dediqué a estudiar, y toda mi infancia la recuerdo estudiando, llevándome los libros aunque nos fuéramos de campo, nos íbamos con mis tíos de campo y yo me llevaba los libros, y me ponía allí a estudiar.*

Durante las vacaciones de verano el padre ejerce un mayor control sobre las hijas que participan en la dinámica familiar ayudando al trabajo.

*...mi padre se levantaba temprano, eso cuando era chiquitilla, iba a ordeñar, iba a llevar la leche, y nosotras si teníamos colegio íbamos al colegio, si no teníamos colegio ayudábamos un poquillo a mi madre, o si no teníamos colegio y él estaba vendiendo leche nos íbamos con él, a vender la leche... mientras nosotras si estábamos en época de colegio pues a estudiar, y ya en el verano pues... lo típico, a jugar o algo con mis primos y ya si estábamos en el verano era cuando mi padre estaba mucho más encima*

El reparto de tareas domésticas se produce una división de roles entre el padre y la madre, y también entre las hermanas. Antonia responde al estereotipo femenino y lo mismo ocurre en cuanto al desempeño de roles domésticos.

*Mis obligaciones es que yo era.... bueno, lo típico, hacer la cama o cosas así... y ayudarle a mi madre a fregar los platos, poner la mesa, quitarla,*

*sobre todo eso, además eso, mi padre a mí... no se, quizás por la posición en que nos sentábamos en la mesa, que de mi hermana y yo, yo soy la que más cerca está de la cocina... y era... y todavía lo hace, ve a por esto por lo otro, a lo mejor estoy yo comiendo y estoy para arriba para abajo, y muchas veces le decía yo, ¡joder que es que no me dejas comer! ... aunque mi hermana necesitase una cuchara, mi hermana no se levantaba, era yo, yo me acuerdo que necesitaba mi hermana algo y mi padre me miraba, ....yo le decía.... ¡no lo digas!, ya...*

Las comidas son lugares de encuentro de la familia, momentos en los que se comparte espacio, se paran otras actividades, se sienta la familia a la mesa y se come en abundancia.

*las comidas de mi familia son enormes, son las típicas comidas de que te sientas y... come,... no es que yo sea exagerada, mi padre come, tiene prohibido comer tanto, pero en mi casa se llega y mi madre tiene preparado un plato de potaje de algo, de estos que metes la cuchara y te rebosa, de segundo siempre tiene que haber algo, si no es... fríe mi madre pescada o lo que sea, pero también.... luego tu postre, pero allí no se come una pieza de fruta, no... es 20.... se come exagerado, en mi casa las comidas son exageradas.*

En el relato de Antonia aparece continuamente la hermana, con ella se siente comparada y menospreciada.

*...mi hermana era mucho más activa, de coger un balón de fútbol, irse a jugar al fútbol con mis primos, que siempre eran mis primos los que iban, y claro, yo me iba con ellos a jugar, pero yo soy más apacible, más tranquila, y mi padre sobre todo, siempre estaba conmigo liado porque no hacía gimnasia, porque si me veía sentada o algo... siempre estaba con ese tema,*

*y a mí, la verdad es que eso siempre me ha dolido bastante, porque.... había momentos en que.... aunque él no se diera cuenta, yo me sentía menospreciada.*

El padre mantiene unas altas expectativas con respecto a los estudios de sus hijas. Él hubiera preferido que estudiaran Medicina o Derecho pero no se opone a otros estudios.

*Él siempre quería que estudiáramos medicina o derecho, ¡uy.. médico o abogado!...pero nada... dijo, lo que vosotras queráis, que luego no me digáis a mí que si yo he impuesto que si no se qué...*

La trayectoria académica de Antonia está marcada por su buen rendimiento escolar. Siempre ha sido una buena estudiante lo que ha favorecido, según ella, sentimientos de rechazo y de "envidia" de los y las compañeros, sobre todo entre las chicas que llegaron a convertirse en "auténticas enemigas".

*Muchos enfrentamientos en la clase, muchos enemigos, sobre todo de las niñas, que no se por qué había muchas envidias, tuve amigas que habían sido muy, muy buenas amigas mías, y llegaron a ser auténticas enemigas, porque... les cabreaba no se ... que sacara siempre sobresalientes...*

Ser la mejor de la clase tiene consecuencias en el grupo de iguales y favorece una relación de complicidad con algunos y algunas profesores. Con quienes comparte algunas actividades. Durante el tiempo de recreo se dedica a ayudar y se siente valorada y apoyada por ellos.

*..... mis profesores eran un encanto... y claro, me iba con ellos en los recreos, me iba con mi profesora, a lo mejor tenía ella hora de biblioteca o lo que sea, y me iba con ella, me llevaba los libros, los arreglaba, si se habían destrozado o algo, les hacía sus tapaderas, recuerdo que compraba cartulinas... los forraba todo con cartulina, luego le ponía alguna foto que estuviera relacionado con el libro, lo forraba con lo otro transparente, me dedicaba un poco a eso, a ordenar la biblioteca, a irme con mi tía que era la cocinera a ayudarle a poner las mesas, o irme con el director, que era el padre de una amiga mía (...) me relacionaba ya poco con los de mi clase.*

Siendo una magnífica estudiante consigue, también, el orgullo y el respeto del padre.

*...me veía estudiando le decía, es que tengo que estudiar, entonces ya mi padre no me decía nada, qué responsable...*

Durante la adolescencia se recuerda como una persona muy estudiosa, le gustaban todas las asignaturas, especialmente las matemáticas. Estudiar se convierte en un refugio y en una forma de combatir el tiempo libre que no sabe utilizar de otra forma.

*...le pedía a la profesora que me mandara problemas de esos difíciles para razonarlos...*

*....si teníamos que hacer un trabajo de grupo, yo hacía el trabajo de todo el grupo, yo recuerdo que la profesora me regañaba...yo estaba aburrida y ya lo hice...*

*... tengo poco tiempo libre, pero cuando tengo... es que.... no se*

*...en invierno me refugiaba en estudiar...*

Quiere relacionarse con el grupo de iguales y considera que adelgazar es una buena estrategia. Sin embargo, lo que consigue es que sus profesores en el comedor estén aun más pendientes de ella y le controlen la alimentación.

Al cumplir los 14 años se marcha al instituto del pueblo. A pesar de estar en la misma localidad espera ilusionada el cambio, con él se abren nuevas perspectivas. Sin embargo, la ilusión pronto se desvanece pues "no era tan perfecto como imaginaba". En estos años se produce su primera relación sentimental, a este primer novio lo define como "el típico cabroncillo". Fueron relaciones tumultosas y muy difíciles que duraron 6 años, con muchos altibajos que le generan sentimientos de frustración, vulnerabilidad y culpa.

*...el primer año empecé a salir con un muchacho, que..... la verdad... me vino bastante mal, porque... era el típico..... cabroncillo, por decirlo mal... un poquillo..... que estaba con unas y con otras... a mi me había pillado novata..... me fue muy mal, porque a mi me quedó muchísimas secuelas, en el sentido de que estuvimos 6 años saliendo y cortando.... salíamos a lo mejor 7 meses, se cansaba, me ponía los cuernos... otra vez... así, y 6 años.... y para mi fue, decir, yo no puedo estar con otro muchacho porque soy horrible, llegué a esa conclusión, que la única salida era él, que yo no merecía otra cosa... que era lo que yo me merecía, pero es que cuantos más palos me daba, más me merecía.....*

Se establece una relación de menosprecio y de infidelidad por parte de él y sin recursos para enfrentarse a la situación por parte de ella, "a mi me había pillado novata" "no había salido con nadie", "no había salido nunca", dice en distintos momentos de la entrevista. El ideal de amor romántico y la falta de recursos que tiene para abordar la relación le provoca un fuerte sentimiento de dependencia "yo no merecía otra cosa" y la consideración de "que la única salida era él".

*...maltratada psicológicamente, eso de... que me decía vamos a quedar, y luego me tenía todo el día esperando, no me llamaba, y luego me ponía verde.... como si encima yo tuviera la culpa, me echaba la bronca, y... claro, yo me sentía totalmente culpable de todo lo que hacía, si algo salía mal era mi culpa.*

La hermana se constituye en su referente, la mujer que admira. Las cualidades y características que resalta en ella son la belleza física, la inteligencia y la delgadez y, como cualidades morales, su capacidad creativa y la seguridad en sí misma.

*Mi hermana era perfecta, yo era la imperfección total, porque... claro, mi hermana en mi casa estaba muy idolatrada por lo guapa que era, lo delgadita, lo que corría, lo que no se qué no se cuantos...., lo inteligente... y claro, yo era todo lo contrario.*

Con la hermana siempre estuvo muy unida. Cuando la hermana se va a la ciudad para comenzar sus estudios universitarios se queda sin su referente y sin el apoyo. Debe comenzar a relacionarse sola y, sobre todo, a construir su propia identidad. Antonia quiere mostrarse

como una persona de carácter fuerte y resolutiva, con ideas claras, sin embargo conforme avanza el relato aparece la vulnerabilidad.

*¿de conflictos con mis amigos?, uy... yo es que soy muy clara, es que si no... no se si era pero yo.... soy muy clara, si digo que no, es que no, y digo, es que no quiero salir y es que no, no me digáis misa, y a veces un poquillo dura, dura en el sentido de cómo intento protegerme, mucho, pues no me doy cuenta de que le hago daño a los demás, y... no se , aunque soy fácil de convencer, porque.... soy una persona que.... a mi me llegan y de momento me derrumbo, porque... soy muy frágil, intento ponerme dura que eso... pero en cuanto que ahondas un poquito, la malla se me cae, totalmente, pero... no se ... intento tener las ideas lo suficientemente claras, no las tengo.*

Desde hace un año, Antonia sale con un chico al que considera su novio. Es un chico del pueblo que conocía hace mucho tiempo pero "sus complejos" hacían que no lo viera. Las características que resalta es la personalidad pero, sobre todo, "como te valora, te quiere y no busca otra cosa". Lo peor de la relación son las relaciones sexuales y reclama una consideración como persona y no como "objeto sexual".

*el tema del sexo.... lo llevamos regular.... porque él es bastante.... con ese tema.... no se ... quizás, yo que se, yo es que como nunca había estado con nadie pues.... no se .... y él.... está siempre.... a mi me da mucho coraje que le de un abrazo y ya está... y le digo, joder!!!!, que no soy un objeto sexual, que soy tu novia, y me tienes que ver como lo que soy, tu novia, que se compone de muchas cosas, no solamente de un cuerpo ni del físico ni de nada, y... eso lo llevo muy mal...*

La forma que tiene de afrontar los conflictos es, en una primera fase, con dureza pero, posteriormente, se derrumba con facilidad. Se considera una persona frágil y vulnerable.

*yo es que soy muy clara, es que si no... no se si era pero yo.... soy muy clara, si digo que no, es que no, y digo, es que no quiero salir y es que no, no me digáis misa, y a veces un poquillo dura, dura en el sentido de cómo intento protegerme, mucho, pues no me doy cuenta de que le hago daño a los demás, y... no se , aunque soy fácil de convencer, porque.... soy una persona que.... a mi me llegan y de momento me derrumbo, porque... soy muy frágil, intento ponerme dura que eso... pero en cuanto que ahondas un poquito, la malla se me cae, totalmente, pero... no se ... intento tener las ideas lo suficientemente claras, no las tengo.*

Antonia no practica, ni ha practicado, deporte de forma reglada fuera del horario escolar. Cuando vivía en el pueblo con la familia, el padre la obligaba a correr alrededor de la piscina.

Le gusta la música tranquila y el cine de todo tipo pero prefiere cine negro y las comedias, sobre todo las películas de Walt Disney.

*...me gusta la música más tranquila, más suave, suelo tener tendencia por la música española más que la extranjera, me gusta entender las letras.*

*...me gusta, las películas de miedo, las de suspense y eso me encantan, me gustan mucho las películas de amor, pero es que no voy a verlas, porque es que lo paso fatal, todas las que sean así melodramáticas, lo paso fatal, antes no lo pasaba así, pero ahora, me meto mucho en el papel como haya algún problema en la película o cualquier cosa, vaya, me meto mucho, entonces*

*las comedias o las de miedo, cosas así, pero no hay manera no puedo ver las de amor y eso..., las de dibujos me encantan, las de Walt Disney.*

### **5.1.2.2. La experiencia de la anorexia y/o bulimia**

El proceso de anorexia de Antonia no tiene un comienzo claro, ella lo sitúa entre los 13 y 14 años. En su historia narra distintas etapas: en unas come poco y en otras come en exceso, pero ninguna de ellas desarrolla síntomas de enfermedad, ni tampoco visitas al sistema sanitario.

El problema de la alimentación se origina cuando cursa 1º y 2º de BUP, entre los 16 y 17 años. Antonia coge mucho peso, se siente mal con su cuerpo. En esta época restringe el círculo de amistades, "me refugiaba en los estudios". No podemos establecer claramente la causa y la consecuencia. Estudiar y comer se convierten en la actividad diaria y fundamental, el exceso de alimentación y la falta de ejercicio producen a su vez un incremento del peso, que ella trata de solventar con dietas y ejercicio.

*...llegué a alcanzar mucho peso, yo me creía que estaba horrible, yo era horrible y yo no podía salir, no salí, ni un día, recuerdo que mis padres, que salgas, que salgas, y yo, que no salgo, y yo me refugié en los estudios como siempre, venga a estudiar y venga a comer, a escondidas, comer y estudiar, y no quería ver a nadie, si mis tíos iban... que yo estaba estudiando... que no me molestasen..... no*

*vayan a estar entrando y saliendo... y no me vieron, y... Así me tiré mucho tiempo*

En estos años se producen dos acontecimientos que favorecen el proceso de aislamiento y falta de autoestima. Por un lado, la hermana mayor se marcha a estudiar a la universidad y ella comienza a mantener relaciones con un chico de su edad, que no marchan como ella quiere, pero que no encuentra fuerzas para dejarlas.

*se fue y claro..., me quedé fatal..., empezó a dolerme mucho el estómago, los nervios se me metían, estaba muy triste, no quería salir..., encima el muchacho estaba por ahí dándome por saquillo también, ya no tenía a mi hermana que me aconsejaba, que mi hermana estaba siempre diciéndome que déjalo, que no se qué no se cuantos.....*

Comienza a sufrir dolores de estómago, vómitos y otros síntomas digestivos que no se corresponden con una patología concreta. Comienza un periplo por el sistema sanitario hasta que la diagnostican de depresión. Los padres, conscientes de los problemas digestivos, reaccionan controlándole la comida, y apuntándola a un gimnasio, tratando de compensar el aumento del peso.

*... me llevaron a un montón de médicos mis padres, porque no sabían lo que tenía, y ya... hasta que un médico me diagnosticó depresión porque no estaba mi hermana....., yo cogí peso, porque mis padres se pusieron muy serios con lo del peso, ya te dije que estaba siempre vomitando por eso.... y mis padres ya se pusieron muy serios por eso..., cogí peso, bastante peso, muchísimo peso, y entonces cuando cogí peso ya mi padre*

*siguió con la tarea de..... hacer gimnasia....., me apuntó a un gimnasio....*

Continúa con el tratamiento de depresión hasta que comienza en la universidad y se marcha a Granada. En esta ciudad comparte piso con su hermana y otra estudiante, una mujer joven diagnosticada de bulimia. Antonia asume el rol de cuidadora de la compañera de piso hasta que "me fui dando cuenta de que tenía los mismos síntomas". A partir de entonces, reconoce los síntomas, le pone nombre a la enfermedad y comienza a verse de otra manera.

*...hubo una compañera de piso, compañera mía, que tenía bulimia... la estuve tratando, bueno, la estuve ayudando a ella para que saliera, porque los padres así.... como que no... y un poco me responsabilicé de ella más de la cuenta... porque... era todo, ya llevarla yo al siquiatra, todo, todo (.....) y ya a raíz de que se fue, yo ya me fui dando cuenta de que tenía lo mismo, aparte de que un poco la psicóloga se lo dijo, a A..., que se llama, se lo comentó, que yo que... que tuviera no, que estaba comenzando lo mismo.*

La primera acción que realiza para atajar la enfermedad es buscar "ayuda" y un tratamiento especializado. Se pone en contacto con la asociación ADANER. Una vez diagnosticada va a contárselo a sus padres que no le dan demasiada importancia y que no pueden hacerse cargo de los gastos que supone un tratamiento psicológico privado como el que le ofrecen en la asociación.

*¿Cómo llegaste al psiquiatra?*

*... Porque yo me moví mucho, ya llegué a un momento en que dije, aquí se ha acabado, y... me fui a Jaén, empecé a llamar a un montón de sitios, me puse en contacto con Adaner...*

*Yo lo he reconocido desde el principio, yo no... en mi caso no hubo el conflicto ese de que empiezan los padres... no, no, fue al revés, yo fui a mi casa, diciendo que tenía la enfermedad, y en mi casa, que tu no estas enferma que son tonterías tuyas, y bueno, vale, son tonterías mías, pero ya llegó un momento que dije.... mira... que yo ya no puedo más, que tengo esta enfermedad, que yo lo he visto en A..., y se lo que es, y estoy viéndome peor que ella, y ya cogí, y me puse en contacto con Adaner, estuve en Adaner 3 o 4 veces, conseguí que mis padres fueran a J... una vez, pero sobre todo mi padre... imposible, y... vine una vez a Adaner aquí en Granada también, y... aquí en Granada pues era todo de pago, y en Jaén también lo que pasa es que en Jaén estaba todo cubierto, eso de que al principio te lo ponen más bonito, y claro mis padres eso de que encima tuvieran que pagar... pues... imposible, si ya no reconocían la posible enfermedad encima algo que ellos no entendían les costase un dinero.... y entonces ya empecé a moverme por la Seguridad Social y ya..., pero eso vamos, yo me levanté un día, me voy a ver si en la Seguridad Social*

Con gran insistencia y fuerza de voluntad, Antonia continúa con su recorrido asistencial, pero ahora busca tratamiento en el sistema sanitario público donde un especialista en medicina familiar le recomienda que vaya a la consulta de endocrinología. Desde aquí a la psicóloga clínica que le recomienda la incorporación a los grupos de terapia. Comienza un tratamiento con psicofármacos antidepresivos y ansiolíticos.

*...me fui, me fui a Gran Capitán, me fui a La Caleta, y... hasta que no conseguí que un médico me atendiese y me escuchase... no paré, me dieron las 4 de la tarde, me acuerdo yo... que me encontré con L... en el (hospital), porque me fui al endocrino, el médico este me mandó a endocrino, y en el (hospital) me encontré con L... y ya le dije que por favor, que me metiese en los grupos y ya L... me vio muy mal y me metió rápidamente....(,,,) desde el primer día me pusieron el tratamiento.... porque me vio muy mal y.... me dijo que tenía una depresión muy grande y que tenían que cortarlo.... y me pusieron ¿A.....?, un tratamiento bastante elevado, y... para controlar también la ansiedad, para que no vomitara, y la verdad es que me surtió efecto, lo de la ansiedad, y lo que es el vómito y eso, lo corté, es lo que la gente se extraña, dicen, no has vuelto a caer..., y no, no he vuelto... y... lo corté, hasta ahora...*

Durante las navidades del año 2001 la llaman del hospital para ingresarla en la Unidad de TCA. Un cambio en los planes organizativos del hospital hicieron que pospusiera el ingreso y que le diera tiempo a reflexionar. Ella, que sintió miedo ante la posibilidad de la hospitalización, decide no realizar el ingreso y marcharse a su casa con la familia durante las vacaciones.

*....me llamaron en navidad para ingresarme, porque yo puse la condición de que si ingresaba tenía que ser... en una época que no tuviera clase, y dijeron que en navidad, y estaba superdispuesta porque yo no quería ir a mi casa porque yo sabía que me iban a obligar a comer, y dije que sí, me llamaron, y me iba a ingresar, me llamaron por la mañana, y me dijeron, te ingresamos esta tarde, y dije, vale, y luego me llamaron otra vez, y me dijeron, mira, mejor que esta tarde, mañana por la mañana, que está la doctora no se qué, y fui, y ya me dijeron, no se , me.... vino mi novio, vino aquí a Granada esa*

*tarde, y... mira que él quería que me ingresaran, pero.... me dio... miedo, no se ... y dije que me iba a mi casa, no se .... pen se , joder es que es navidad, mis padres.... y un poco el calor familiar... pen se ... y me fui, y la verdad es que me ha ido muy bien en mi casa, he comido bastante, he engordado, evidentemente, si comes... se pasa de comer muy poquito a comer más... pero no se .... me encuentro mejor, muy animada, quizás porque ahora no tengo clases, tengo las prácticas, que es algo que te he dicho que me llena muchísimo, y entonces no tengo que estar todo el día ahí... con los profesores... me cuesta un trabajo enorme, ir a clases, afrontar el día a día... muy mal...*

Actualmente, piensa que no ingresar en el hospital fue una buena decisión que le permitió estar con la familia y levantar el estado de ánimo. Considera que existen tres elementos que han favorecido la salida del proceso: el apoyo y la comprensión del novio, ver que el esfuerzo realizado durante la carrera ha merecido la pena y, por último, que su proyecto de vida adquiere sentido. Así nos lo dice:

*... quizás ha sido darme cuenta de lo que quiero a mi novio, de lo que tengo al lado... en la navidad me he dado cuenta de eso... y ha hecho que diga... sanseacabó, y... un poco he reaccionado, aparte de que el hecho de hacer las prácticas me ha ayudado muchísimo, porque yo ya había olvidado... porque he estado estudiando matemáticas, y me he dado cuenta ahora, yo ya había llegado a decir, que vaya leches que me estoy haciendo, no merece la pena un esfuerzo tan grande, es que esta carrera es que es... es muy desmoralizadora, y ahora que estoy dando las prácticas digo... joder.... ¿por qué estaba estudiando yo matemáticas?, por esto, y*

*estoy muy contenta porque digo, ha merecido la pena todo, aunque haya caído en lo que haya caído, digo... me da igual, era lo que a mi me gustaba... y quizás eso mezclado con lo otro ha sido lo que ha hecho que reaccione un poco, porque... no se ... estoy enamorada de la enseñanza, me encantan las clases, relacionarme con los niños, estar ahí... ayudando....*

En los momentos en que se lleva a cabo la entrevista Antonia dice que se encuentra muy bien, "muy animada", ha terminado sus estudios de Licenciatura y está realizando las prácticas del Curso de Adaptación Pedagógica en un instituto. Dar clase de matemáticas le satisface mucho, está encantada con el alumnado y recuerda el proceso de la anorexia y bulimia "como una pesadilla".

*...estoy bastante animada, muy contenta, y... ahora mismo estoy muy... me da la sensación como si fuera una pesadilla... y que estoy despertando... me lo he pasado en la clase la mar de bien dando la clase... encantada...*

### **5.1.3. MANUELA**

En el momento de la entrevista Manuela tiene 30 años, es médica especialista y trabaja como investigadora. Vive en la ciudad de Granada con dos hijos que tiene de una primera relación sentimental. Hasta los 17 años vivió con sus padres en una ciudad pequeña. La infancia transcurre en una familia compuesta por el padre, la madre y tres hijas. El padre trabaja en una agencia de servicios y la madre es oficinista. Ella es la mayor de las hermanas.

### 5.1.3.1. Vida familiar y social

La infancia transcurre en una pequeña ciudad. Mantiene estrechas relaciones con la familia paterna. Al padre lo recuerda "siempre marcando, siempre enfadándose", a la madre como una mujer supeditada a las decisiones del marido pero, que a su vez, es capaz de reaccionar y provocar lo que Manuela denomina "sus pequeñas rebeliones".

*(el padre)...siempre marcando, siempre enfadándose, luego cuando ya fui adolescente, ya rompí con él, entonces ya.... no lo he superado todavía, sigo teniendo una mala relación con él.*

*...era lo que me gustaba de mi madre, a partir de los 13 o de los 12, eso fue lo que me empezó a gustar de mi madre, el que ella se había impuesto a lo que ella había querido hacer, y que mi padre fuera un facha, ella sin embargo decía que era socialista, y era capaz de mantener una discusión de política en la mesa en contra, si no estaba de acuerdo con él, sus pequeñas rebeliones, que le gustaba mucho leer, pequeñas rebeliones eran lo que me gustaba de ella.*

Vive en un sistema familiar con una fuerte división de roles. El padre ejerce el poder de decisión sobre todas las actividades que realizan los miembros de familia, es el encargado de organizar y decidir las relaciones familiares y el tiempo de ocio. Mantenía buenas relaciones con las hermanas

*... mi padre era demasiado rígido con nosotros y entonces siempre estaba marcando las cosas, y mi madre haciéndole de tapadera, sólo recuerdo eso...*

*Entonces siempre había alguna actividad que hacer, que la programaba siempre mi padre, con su familia, con sus hermanos, con sus hermanas, entonces él siempre decidía dónde había que ir a comer, a pasar el día, quien iba...*

La madre desempeña el rol de mantenedora del equilibrio de la estructura familiar y se ocupa de la organización familiar diaria.

*Pues mi madre ayudaba a que las cosas no fueran tan... tensas con mi padre que siempre era el que se enfadaba, el que decía por donde sí, por donde no, qué sí, qué no, cuando sí, cuando no.*

*Mi madre nos gestionó muy bien el tema de los deberes, mi madre era cuando... ella era la que nos cuidaba, desde chicas, ella era la que nos gestionaba el tiempo que teníamos que estudiar, tiempo de estudios, tiempo de ver la tele, tiempo de jugar, y luego ya casi de adolescente, cada una empezamos a gestionarlo, pero ella nos gestionaba el tiempo. No recuerdo cuando pa se a gestionarlo yo.*

En este ambiente familiar, vive una infancia que define como "tonta y aburrida". Sus preocupaciones y sus juegos responden a los roles y comportamientos del estereotipo femenino. Durante la entrevista se refiere a ellos con menosprecio.

*...Como éramos nosotras..., muy tontas, preocupadas por muy pocas cosas...*

*¿Por qué cosas?*

*Que... por las cositas de peinar, que si las muñecas... que si... tres o cuatro cosas, y muy... incapaces de generar juegos con nada, o que... de improvisar, de crear... muy poco creativas, como me veo a mi cuando tenía su edad. En ese momento no me veía así, me veo ahora así, y digo, qué tontas que éramos.*

La relación con el grupo de iguales se circunscribe al ámbito académico. El colegio era su lugar de relación y expansión, fuera del colegio mantenía muy pocas relaciones.

*...Tenía amigas en el colegio, pero yo no... fuera del colegio tenía muy poca relación con mis amigas, mis amigas no iban a mi casa, yo no iba a casa de amigas, no lo recuerdo nunca, tenía una prima que era de mi edad, y con ella sí que recuerdo que hacíamos cosas fuera del colegio, y luego ya cuando ya fuimos adolescentes salía con ella, pero recuerdo pocas personas fuera del círculo de mi familia, de mi edad...*

Del colegio le gustaba todo, le gustaba aprender y encontrar un espacio de relación. Le interesaban todas las asignaturas, no se planteaba preferencias, dividía las asignaturas según el esfuerzo que debía dedicarles para conseguir buenos rendimientos académicos. Le gustaban tanto las matemáticas como la literatura.

*Me gustaba mucho el colegio, me gustaba todo, me gustaban mucho las matemáticas y me gustaba mucho la literatura, pero todo lo demás también, y estaba tu grupo de amigas.*

*...las asignaturas no se dividían en las que me gustan y las que no me gustan para mí, si no las más difíciles que ocupan más tiempo y las menos difíciles,*

*habían unas más difíciles y otras menos... no habían asignaturas que me gustaran más o menos.*

Entre los 14 y 15 años comienza un nuevo periodo en la vida de Manuela marcado por la rebeldía. Este periodo lo define como "una batalla de conquista, de espacio, tiempo y de libertad". Se rebela contra un padre severo, que no la dejaba salir y, sobre todo, contra lo que consideraba decisiones arbitrarias e injustas. Las discusiones y las batallas a veces terminaban con la impotencia y la frustración por no poder conseguir lo que ella se proponía y terminaban "en la habitación ....llorando".

*La adolescencia como ... ya no, esto no puede... el rebelarte contra todo, contra tu familia... que yo no quería tantas normas, estar tan marcada, quería poder elegir un poco yo, fue una batalla, la adolescencia para mi fue una batalla de conquista, de espacio, tiempo, de libertad. Conseguí que si se iban de fin de semana al campo yo me pudiera quedar en (ciudad) para poder salir con mis amigos,...de batalla...*

*Tremendo, era tremendo, yo ya no me acuerdo, pero sí recuerdo... me recuerdo a mi de llorar después porque no me dejaban... me recuerdo a mi cuando no conseguía lo que quería...*

*¿Cómo te recuerdas?*

*Fatal... pues nada... en la habitación... llorando....*

Le gusta estudiar, aprender y decidir. Frente al rol de niña buena y obediente desarrolla un gusto por la independencia y la autonomía,

por la capacidad de decisión sobre su vida. Cuando era adolescente rechaza la situación familiar en la que vive y pone todo su empeño en cambiarla.

*... estoy convencida de que yo estudié medicina porque mi padre quería que yo fuera médico...*

*Cambiar, salir, yo... todo era salir de mi historia familiar que no me gustaba, yo quería otra cosa.*

Para conseguir espacios de decisión libra batallas "tremendas" con el padre, desarrolla estrategias para cumplir sus expectativas. Decide lo que quiere hacer con su vida, trata de cumplir sus objetivos y se enfrenta a situaciones externas que no le gustan. Quiere, demanda libertad y espacio de autonomía que su padre le niega. Encuentra como salida para aunar los deseos del padre, y los suyos propios, marcharse a estudiar a otra ciudad la carrera universitaria que su padre quería.

*¿Y tú por qué querías estudiar medicina?*

*Yo, porque quería irme a (otra ciudad)...., pero creo que en el fondo lo estudié porque era lo que mi padre quería que estudiara.*

La lectura siempre ha ocupado un lugar destacado, le interesa todo tipo de lectura. No le gusta el deporte, ni nunca ha practicado más allá que el obligatorio durante la etapa escolar. Es muy aficionada a la música.

*...estábamos muy intelectualoides, mucho libro, leyendo.... mucho, mucho..., la lectura, eso ha sido mi.... en eso he invertido el tiempo libre, eso es lo que me gustaba hacer, desde que era muy pequeña ...(...)...leía todos, leía un montón de cosas, leíamos muchísimo.*

*...un paseillo que nos dábamos todos los días, eso era todo el ejercicio que hacía, no hacía deporte, no me interesaba nada de eso. (...)... No existía para mí el deporte*

*...me gustaban cantautores, a mí me gusta mucho cantar, entonces el tipo de música de cantautores eran las canciones que me gustaba cantar, eran las canciones que tenía en casa y luego la música de discoteca que era la que me gustaba bailar.*

### **5.1.3.2. La experiencia de la anorexia**

El proceso de anorexia de Manuela se produce en un año concreto y se ve favorecido por unas circunstancias muy determinadas. El año que comienza a restringir la dieta coincide con el tercer año de la licenciatura, tenía, aproximadamente, 20 años.

Durante los dos primeros cursos de la licenciatura había vivido en una residencia universitaria de religiosas. Llevaba una vida muy organizada y estructurada que le permitía estudiar. En la residencia había encontrado un grupo de amigas con las que estudiar y compartir sus actividades de ocio. Al finalizar el segundo curso de medicina marcha a su casa para pasar el verano y durante el verano pone fin a su primera relación sentimental.

Cuando vuelve del verano el grupo de amigas decide vivir en un piso en la ciudad: "parecía que iba ser la bomba". Sin embargo, la convivencia resultó muy difícil. La desorganización de la casa, los ruidos, el continuo ir y venir, hacen que ella no se encuentre a gusto. La reacción ante una situación que no le gusta y que no controla, es encerrarse en su mundo, el mundo físico de la habitación y el mundo de ocupación y preocupación que constituyen los estudios y la alimentación. Así nos lo relata:

*...Y el tercer año nos fuimos a un piso. Ya no me acuerdo si fue el año este de la anorexia, no me acuerdo si fue en 3º o en 4º, no me acuerdo.... yo creo que nos fuimos en 3º, hay algo ahí que no me acuerdo, porque eso coincidió con el piso, el irse a B..., porque yo los dos primeros años vivía en el pueblo, en S... irse a B.... con tres personas más que eran como mis... era un grupito de la residencia que eran las más amigas, la más divertidas, las más... parecía que iba a ser la bomba, y no sabes bien... pero luego la convivencia no fue como..., no fue como parecía que iba a ser, fue superdifícil.... tenía que estudiar porque venían las otras y traían gente, traían música, no se podía estudiar, se oía la música, se oía la tele, se oía a la gente, yo encerrada en el cuarto quería estudiar, no podía estudiar.... había tenido una historieta con un chico allí en B... , no había salido bien...fue un contexto de estrés, muchos cambios en mi vida, de no controlar los cambios que se habían producido en tu vida, estas ni van a la compra nunca, ni limpian la casa nunca, entonces en la cocina todos los platos estaban sucios, era eso, lo de irse a vivir, pero no era eso lo que habíamos soñado...*

El comienzo de la preocupación por la dieta y la restricción alimentaria coincide con estos momentos de cambios y descontrol. La preocupación por la comida no está determinada por el objetivo de adelgazar, ni tampoco de gustar a los chicos. La restricción sobre la dieta es el medio que encuentra para poder mostrarse a ella misma que podía controlar algo.

*...yo no tenía control sobre nada de la casa, de lo que pasaba en la casa, pero lo tenía sobre mi alimentación, era... lo que yo podía controlar... yo podía controlar eso, pero fíjate que en esa época de mi vida, en esos años, son los años que menos me importaban los chicos, que me habían importado mucho durante muchos años, porque ya había empezado a salir, a los 13 a los 14 todo lo que me preocupaba eran los chicos, este me gusta, este no me gusta... en cambio ese año... o sea que no era para ligar mejor, para ligar más o ligar menos, ese año los chicos me... tuve muy pocas... recuerdo que rompí con mi historia de M... y no... no tuve historias ese año, no me preocupaban los chicos, me preocupaba el curso, estudiar, y lo que comía.*

La frustración que le genera su nueva vida en común y para la que no es capaz de articular la posibilidad de un cambio, favorece que desarrolle estrategias de afrontamiento interno de los conflictos. Si cuando era pequeña la frustración de no cumplir sus expectativas las resuelve llorando ahora controla su cuerpo. Las dos son formas de gestionar y articular un conflicto, de buscarle salida. De esta forma entra en el proceso anoréxico, recuerda su esfuerzo por no comer nada que engordara. Es más que una estrategia dietética una aspiración ascética de autocontrol y dominio de sí misma.

*¿Y entonces, por qué empiezas a no comer, o cómo empieza a manifestarse el tema?*

*Yo no me acuerdo de eso, pero me acuerdo de que cada cosa que comía..., que no comía nada que fuera a engordar.*

*¿Y la obsesión por engordar por donde te venía?*

*No tenía nada que ver con estar delgada, o sea, sí, el estar delgada, el estar cada vez más delgada era como una... era como un premio para mí, yo cada vez estaba más delgada, pero... eso no era un proyecto de estar delgado, pero yo cada vez, sí, tenía la satisfacción de que estaba más delgada, pero yo no perseguía... yo me acuerdo lo que comía... comía poquísimos alimentos, combinados de tres o cuatro formas y nada más... un filete con patatas fritas no lo comía, yo no me compraba un filete para nada, comía combinaciones de frutas, verduras.... totalmente cambié... frutas, verduras, queso... ya está.*

La preocupación por la comida se incorpora a su horizonte de preocupación no como una estrategia que busca un fin sino como un fin en sí misma. La satisfacción residía en sentir su cuerpo delgado, en notárselo ella misma. Durante el proceso restrictivo se producen los mecanismos biológicos que provoca la desnutrición, desaparece la regla y comienza a tener insomnio.

*...me notaba los huesos y me daba placer eso...me daba placer sentir mi cuerpo*

Para entender la lógica que subyace en el proceso anoréxico nos remitimos al siguiente párrafo donde Manuela explica los elementos

más importantes para entender el contexto en el que se produce la situación:

*...yo quería independencia, yo quería ser independiente, y crearme, construirme una vida que me gustara, con las cosas que me gustaban. En esos años de la carrera me faltaba la independencia económica, eso me pesaba mucho, ahí estaba... ahí ha estado buena parte del sufrimiento, mis padres estaban pagando porque yo hiciera una cosa, por tanto yo eso tenía que hacerlo, yo tenía que aprobar, porque en mi casa se estaban sacrificando porque yo estuviera ahí, eso se lo debía a mis padres, yo debía a mis padres el aprobar, y luego terminar la carrera, pero luego acabé la carrera y no volví a .....(la ciudad en la que vivían sus padres) como se esperaban, si no que ya tuve ahí... todo era aprobar el MIR para quedarme, seguir fuera de casa y ser independiente económicamente, era la independencia, eso era lo más importante para poder luego construir mi vida.*

El cuerpo, en el caso de Manuela no busca la mirada del otro, sino el lugar de encuentro con ella misma. Así nos lo dice:

*La mirada del otro te importa un pito. En ese momento tú solo vives hacia el interior, solo vives hacia dentro de ti. Fíjate que luego, más tarde estuve haciendo yoga, me hice vegetariana, ese año, pero era vegetariana estricta.*

Ante la falta de proyectos de futuro Manuela se encierra en el presente y en su cuerpo. Como no puede cambiar la realidad trata de cambiar el cuerpo.

*Y en esa época en que te encontrabas mal, ¿cómo veías tu futuro?*

*No veía mi futuro. Ese año viví volcada en mi presente, que no me gustaba, y dentro de mí. A mis amigas de la residencia, ese año casi no las vi, porque muchas de ellas casi no las vi, yo como no salía.*

El proceso de salida de la etapa restrictiva comienza cuando el contexto desaparece. Al finalizar el curso Manuela vuelve a su ciudad y comienza a desvanecerse su preocupación por la alimentación. No ha situado el problema en la alimentación.

*¿Y cuando empiezas ya a dejar toda esa historia?*

*Cuando se acaba el curso, iba el verano a Mallorca a pasar el verano con mi familia, de repente se me pasó, se me suavizó, y empecé a comer más y más cosas, recuperé un poquito de peso, recuperé la regla...*

*¿Cuánto tiempo estuviste sin regla?*

*7 ú 8 meses, prácticamente, casi desde el principio, yo ya no me acuerdo... no sería tanto, quizás 6 meses, durante todo el curso yo no tenía la regla... pero a mi no se me ocurrió que eso era un problema. No me acuerdo de que era un problema pero sí que lo relacionaba con el peso.... claro, peso demasiado poco para tener la regla, bueno, pero si estoy bien... me sienta mejor la ropa, estoy mejor...*

Cuando termina el curso se deshace la convivencia entre las chicas y el contexto de conflicto cotidiano desaparece. Con el nuevo curso comienza una nueva etapa en la vida de Manuela. Si el año en el que se desarrolla el proceso anoréxico está marcado por el conflicto en la convivencia y, sobre todo, por una situación en la que ella no se

siente respetada ni libre, este nuevo año comienza una nueva etapa en la que comienza a sentir que controla su vida.

*¿Y qué te ayudó a tirar para adelante?*

*Me ayudó el acabar el curso, acabar, aprobar, volver a mi casa, cerrar el piso con estas, buscarnos otro piso para el año siguiente y ya nosotras..., esa decisión de... bueno, cuando se acabe este curso..., eso fue el principio de estar bien. Y aprobar, y ya medio buscamos el piso en junio, o sea, en junio ya buscamos el piso para el año siguiente, antes de irnos de vacaciones, ese momento.*

Se van a vivir juntas dos amigas, que comparten aficiones, preocupaciones y, sobre todo, formas de organizar el tiempo y el espacio. A partir del cambio de residencia, comienza una nueva situación en la convivencia, una etapa respetuosa y en este contexto se produce la salida paulatina del proceso anoréxico.

*... al año siguiente todo ya cambió... de repente el bienestar... porque estaba solo con mi compañera, ya no había problemas en mi casa, salí más empecé a conocer chicos fuera, que no eran compañeros de la facultad... creo que tuve un novio al año siguiente de la facultad, que además era un chico que estaba en un curso superior al mío, era un chico supermajo y tal, que me abrió también a gente de otros cursos y había una revista en el hospital yo escribí en la revista, en crónicas de obras de teatro que veía y tal, o sea al año siguiente todo cambió y eso ya desapareció, a pesar de que... seguíamos controlando lo que comíamos, pero menos, o sea que la salida fue progresiva, pero fue también porque las cosas del entorno cambiaron...*

El cambio de residencia y de compañera de piso favoreció una cotidianidad tranquila, una relación equilibrada en la que no se producía el conflicto entre lo que deseaba hacer y lo que realmente podía. Manuela toma las riendas de su realidad y de su destino, comienza de esta forma abrirse a la posibilidad de nuevas relaciones exteriores y el proceso anoréxico se diluye.

#### **5. 4. 1. TERESA**

Teresa es la más joven de todas las mujeres entrevistadas. En el momento de la entrevista tiene 15 años y reside con la familia en un pueblo cercano a la ciudad de Granada. Su padre es albañil y la madre trabaja como limpiadora, su infancia transcurre en el campo donde vivió en un cortijo con la familia nuclear. Tiene otras dos hermanas y ella ocupa el segundo lugar.

La juventud e inexperiencia se aprecian en la forma de construir y articular el relato. A diferencia de otras entrevistadas, que necesitan muy pocas intervenciones de la entrevistadora para elaborar su biografía, en este caso son casi constantes y las respuestas son muy concisas. Teresa recurre con insistencia a los monosílabos y la situación de entrevista resulta complicada. El recurso al silencio no da los frutos deseados y, la mayoría de las veces, no son silencios productivos.

#### 5.1.4.1. Vida familiar y social

En la primera frase que pronuncia, el comienzo, hace referencia al alcoholismo del padre y a las dificultades familiares en su infancia. Sin embargo, rápidamente contradice y termina el párrafo diciendo que no lo pasaba tan mal. La forma dubitativa de construir y abordar la entrevista será una constante en el relato de Teresa.

*Mi infancia.... digo yo que.... porque mi padre antes... pues... era una persona alcohólica y antes lo pasábamos... de chicas mi hermana y yo lo pasamos muy mal... pero.... hombre... yo a él lo tenía... era... lo... era algo muy grande para mi mi padre y era eso... lo veíamos como lo veíamos y lo pasábamos mal, pero que... no es una de las... no lo pasábamos tampoco tan mal....*

Cuando vivía en un cortijo en el campo, el alcoholismo del padre provocaba situaciones de miedo y angustia entre las hermanas. Sin embargo, esto cambia cuando se trasladan al pueblo en el que actualmente viven y su padre comienza un tratamiento de deshabitación.

La familia se compone de padre, madre e hijas. La abuela aunque no vive con ellos ocupa un lugar destacado en la dinámica familiar. Con los progenitores dice tener una relación de comprensión y ayuda, son muy permisivos y mantiene con ellos vínculos de confianza (antes de comenzar la entrevista el padre le proporciona tabaco).

*No, mis padres para mi más bien no son padres, sino, son como amigos, les puedo contar cosas con toda libertad, y me escuchan y me ayudan.*

De la madre dice además, que es algo miedosa, le asusta que sus hijas salgan, que crezcan, ve peligros por todos lados.

Sin que haya transcurrido mucho tiempo de entrevista, Teresa aborda lo que para ella es "su problema": la relación con un chico desde hace dos años. Para hablarnos de él utiliza una excusa, en este caso su rendimiento académico que marcha mal desde que mantiene la relación con él.

*¿Y los estudios y tal, cómo te van?*

*Ufff.... desde que conocí a un muchacho... pues... no me van nada bien....*

Sin embargo, después dirá que nunca ha sido una buena estudiante. El chico es una excusa, una defensa y la entrevista, gira continuamente en torno a la relación que establece y mantiene con él.

En la familia mantienen una distribución sexista del reparto de las tareas domésticas. Ellas son las encargadas de limpiar y mantener el orden del espacio doméstico. Teresa reconoce la injusticia que supone no coparticipar, pero no adopta una actitud de resistencia sino de colaboración y aceptación de la desigualdad.

*Yo lo veo muy mal, porque a lo mejor cuando mi madre libra... pues... ella hace todo, todo lo que hay aquí, y cuando mi padre libra... pues hace lo más*

*eso... a veces eso... fregar los platos y a veces las camas, y hay veces que hasta no las hace, a mi eso... no lo veo bien, porque lo mismo es... hombre, lo deberían de hacer los dos, tanto la mujer como el hombre, deberían de colaborar en las casas, y no lo hacen.*

*No lo veo muy bien.... porque lo lleva todo para delante, lleva la casa, lleva su trabajo, nos lleva a nosotras, y estará la pobre, que un día de estos.... le va a dar algo como siga así.... no me gusta mucho que esté pendiente de todo ella.... la casa, cuando estoy yo, le puedo ayudar... por las mañanas, pero cuando no estoy la tiene que hacer ella.*

Ellas, por ser mujeres, tienen más actividades que desarrollar, incluso en vacaciones.

*¿Y un día que tienes de vacaciones, cómo te lo montas?*

*Pues por la mañana estoy limpiando, y luego por la tarde pues salgo un rato.*

Le gustaría parecerse a su hermana mayor a la que define como "abierta, simpática y agradable", destacando los componentes relacionales. De la misma forma, cuando expresa la dificultad de ser mujer en el momento actual, destaca este aspecto. Para ella, la opinión y valoración de "los otros" tiene una gran importancia.

*...una persona muy abierta, muy simpática, es muy agradable, y... tampoco la veo como una hermana, la veo como una amiga, le puedo contar mis cosas, y... me ha ayudado mucho mi hermana, es una persona... muy diferente a mí.... tiene un carácter muy.... como el que me gustaría tener a mí, es una persona muy agradable...*

*¿Es difícil ser niña, ser chica hoy?*

*Para mi sí, porque haces unas cosas que no sabes si a la gente les va a agradar, o no les va a gustar nada, y al final acabas decepcionando a muchas personas...*

En cuanto a la forma de afrontar los conflictos, Teresa dice que cuando tiene un problema “el único consuelo que tengo es llorar”. El llanto se convierte en una forma de expresión de su malestar, la interiorización del conflicto le provoca dolores de cabeza que mitiga con analgésicos y sin pensar en la causa u origen del problema.

*Al rato.... grande, y cuando ya no puedo llorar más.... que me duele la cabeza mucho, me tomo una pastilla, que no lo hago mucho, me empieza a doler mucho la cabeza, pues me tomo una pastilla y ya está, o me acuesto, o me vengo aquí al sofá y me pongo a ver la tele...*

Teresa nunca ha sido buena estudiante, la asignatura que más le gustaba era la lengua, en los momentos de la entrevista está repitiendo tercero de ESO. En cuanto a las preferencias alimentarias le gusta la pasta y la comida fría, las verduras y las legumbres no son de su agrado.

*Las legumbres y las verduras no me agradan mucho, lo demás pues sí... me lo como...*

Le gusta, fundamentalmente, salir con las amigas para hablar e ir a las discotecas, leer historias de miedo y en cuanto a la música que prefiere depende del estado de ánimo con que se encuentre.

*Irme con mis amigas... yo si me siento a gusto es con ellas.... me gusta salir, divertirme... y estar un rato con mis amigas... me siento muy a gusto con ellas...*

*Pues la música que pongo yo en mi cuarto... más bien triste, es la que suelo poner cuando me cabreo...*

En cuanto al deporte nunca ha hecho más que el obligatorio en el colegio.

#### **5.1.4.2. La experiencia de la anorexia**

El proceso restrictivo comienza aproximadamente hace un año y coincide con la primera ruptura sentimental con un chico.

*Yo es que he estado varias veces con él, y la última vez que me dejó... pues me lo tomé muy mal, y me dio por no comer y por encerrarme en mi cuarto.... y una vez pues.... intenté... no se si lo sabe usted... intenté quitarme la vida.... pero me pilló mi hermana y una amiga...*

*... Yo que se.... venía de la calle....venía de haber estado con él, me había cabreado y... ya está, y no tenía ganas de comer...*

*... pero me sentía como una mierda..... me sentía muy mal... por que yo a él, él me importaba a mi mucho y yo... no ha sido el primero pero.... que he sentido algo muy fuerte por él...*

La relación con el novio siempre fue una relación complicada, en la que ella se siente menospreciada y minusvalorada. Le genera muchos enfados y una consecuencia de ellos es dejar de comer. Restringir la dieta no tiene el objetivo de buscar un cuerpo delgado, tampoco controlarse, es una expresión de furia que se acentúa cuando la madre la obligaba a comer. Así nos lo dice:

*¿Y por qué dejabas de comer?*

*Pues eso, porque me cabreaba con el muchacho este y... al principio era por eso, porque me cabreaba con el muchacho y no quería comer por el mismo cabreo, y luego ya... por cualquier cosa, me cabreaba... por ejemplo mi madre empezaba, venga come, que si esto y lo otro, y ya nada más que por insistir tanto pues no comía, aunque tuviera hambre pero... no... no quería comer, porque no me gusta tampoco que me estén agobiando mucho... y eso... dejaba de comer más bien por los cabreos, porque me cabreaba mucho y... no me apetecía, o porque alguna vez me hacía el muchacho este algo y me entraba... me entraba ganas de estar sola, nada más que de llorar y... no me apetecía...*

Ella no entiende por qué la han diagnosticado de anorexia. Tiene la creencia de que la enfermedad pasa por fases sucesivas y que está en la primera fase. Considera que el proceso se está alargando.

*Yo es que no lo veía... no lo veo tampoco como si fuera anorexia, que yo no... me han cogido en la primera fase, no es que la haya llegado a tener... pero yo al principio lo veía como una cosa... no normal si no que no me lo tomaba muy... que veía que eso tenía solución muy rápido, si comía y todo*

*eso pues a lo mejor pues... yendo a los médicos pues ya está... pero... se ha alargado la cosa...*

El diagnóstico de anorexia le ha servido para excusarse de unos comportamientos que considera consecuencia de la enfermedad, como contestar mal a sus padres o emborracharse.

*No me gusta mucho, porque salto muy mal a las personas... aunque no lo sienta, pero salto muy mal a las personas que más me importan, o hago cosas de las que luego me arrepiento mucho...*

*Por ejemplo, la semana pasada... pues no se por qué lo hice, puede que por una amiga... porque empezó, venga vamos a beber vino.... y... me dio un coma etílico..... y yo se que a mis padres les hice mucho daño... pero es que no se por qué lo hice..... (llora).*

El diagnóstico y la enfermedad le sirven a Teresa para eludir la responsabilidad de unos comportamientos, por otro lado, propios de la edad. Estar delgada no aparece en su discurso como un elemento central, no parece que sea importante.

*..... no....., antes sí lo era, porque me veía más... me veía de diferente manera a como me veo ahora, ahora me gustaría... quiero conseguir engordar una mijilla..... pero parece que no puedo, no se cómo pero... no.... no engordo....*

El problema con el novio no lo centra en la forma de ser, ni en el tipo de relación discriminatoria que establecen, sino que es una consecuencia de "las drogas" que el novio toma. Si el comportamiento

del novio lo justifica con las drogas, su comportamiento lo justifica con la anorexia.

*Se ha reído mucho de mí... se ha... por ejemplo estaba con su primo, porque mis primos también están a echar mistos... y a costa mía pues se han reído mucho y... es que no se como decirlo... para usted no es tampoco muy eso, pero para mí pues... eran cosas que me afectaban mucho porque...se iban con unas con otras, me lo restregaban mucho, que si... habían estado por ahí con dos o tres, que si habían hecho esto... yo que se... les decía yo algo y me mandaban a la mierda... me ha tratado... a él no le he importado nada, a él le ha dado igual... cuando él ha querido me ha cogido, cuando no, me ha soltado... como sabía que me tenía ahí pues él ha estado jugando conmigo el tiempo que a él le ha dado la gana...*

El proceso de anorexia de Teresa no es, pues, fruto del deseo de delgadez. Ni la comida, ni la dieta, ni el cuerpo, ni la figura... nada de eso se establece como elemento prioritario en su historia, ni en su vida ni en su trayectoria, ni en su preocupación. La dinámica de entrada en el proceso de anorexia se debe comprender como la consecuencia que le provoca el menosprecio y la minusvaloración, como una reacción ante el dolor y la frustración de sus expectativas.

*¿Y te llevaron al médico, por qué?*

*Por el intento ese que le he comentado antes...*

La forma que Teresa encuentra de expresar su malestar es mediante el afrontamiento interno de los conflictos. Reacciona dentro del marco de reacción estereotipado como femenino: dejando de

comer, llorando, encerrándose en su habitación e incluso con un intento de suicidio.

*Llorar, es el único consuelo que tengo.*

Como consecuencia del intento de suicidio, la madre la lleva al Centro de Salud del pueblo y así comienza el periplo por el sistema sanitario. El diagnóstico actúa como acicate de preocupación en la familia y a partir de entonces le controlan la comida.

Lo que en principio era una reacción ante la insatisfacción, se convierte en el centro de preocupación de la dinámica familiar. Ella, que dejaba de comer como consecuencia de los enfados, se encuentra ahora en la obligación de comer, lo que le provoca más rechazo.

*...por ejemplo mi madre empezaba, venga come, que si esto y lo otro, y ya nada más que por insistir tanto, pues no comía, aunque tuviera hambre pero... no... no quería comer, porque no me gusta tampoco que me estén agobiando mucho....*

La comida se convierte así en un centro de preocupación-ocupación familiar, le sirve a Teresa para darle nombre a su malestar y a sus padres para la atención y su actuación. Todos los miembros de la familia, incluida su abuela, tienen algo que hacer por Teresa: prepararle la comida, preocuparse porque coma y controlarla.

### 5.1.5. HORTENSIA

En el momento de la entrevista tiene 30 años, vive sola en un piso de su propiedad. Trabaja como traductora, actividad que realiza en su domicilio. Nació en una familia en la que el padre es militar y la madre maestra. Tiene tres hermanas y un hermano, ella ocupa el tercer lugar.

#### 5.1.5.1. Vida social y familiar

La infancia de Hortensia transcurre en diversas ciudades. Al padre, por motivos laborales, lo trasladan con frecuencia. Vive con sus hermanos y hermanas con los que mantiene una buena relación. Al padre lo define como una persona de carácter débil, vulnerable y dependiente del alcohol. A la madre la define como “doña perfecta”, una mujer exigente que ejerce una gran influencia en la educación de las hijas y del hijo, es el eje de la dinámica familiar.

*... con una madre un poquito exigente, un poquito bastante, mi madre... siendo mi padre militar y tal, a lo mejor pues ha sido una figura menos importante...mi madre el eje de la familia y el casi todo, una mujer bastante exigente, y con una personalidad arrolladora, y entonces, sí recuerdo mi infancia con cierto temor hacia mi madre, ha sido maestra, una mujer super... para la disciplina, una cosa exagerada, a lo mejor suspendías una y no pasaba... pero si te habían llamado la atención, una expulsión... una cosa así... era... y eso, un poco de miedo porque tenía la mano larga,*

La madre ejerce como maestra. Del cuidado de la casa se dedica una mujer que trabaja como interna. La madre no acepta el reparto estereotipado de roles, exige el reparto de las tareas domésticas que el padre asume sin problemas.

*Mi madre en eso... como trabajaba fuera siempre ha tenido una chica que la ha ayudado. En C... incluso era una interna, entonces de comidas y tal nunca nos ha hecho responsables, pero cada una hacía su cama, ayudábamos a poner la mesa, recogíamos la mesa, y lo mismo mis hermanas que mis hermanos, siempre se nota un pelín que... pero bueno, mi madre por lo menos ha intentado, en mi casa hasta mi padre recoge la mesa, siendo un hombre conservador, ya te digo que mi madre pone allí a trabajar al que sea.*

Hortensia, de pequeña se recuerda como una niña estudiosa, responsable, cariñosa y sociable. Nunca dio problemas y mantiene una buena relación con sus iguales. Cursó primaria en un colegio privado donde se reúne con la clase alta de la ciudad.

*...Obediente, de pequeña muy obediente por ese temor, y buena, y de más mayor he sido de las que me han dicho una hora y he sido capaz un día de llegar tarde, pero dentro de lo normal, he hecho alguna pero no era... he sido bastante obediente y mucho miedo a mi madre.*

A los 14 – 15 años se produce un cambio en la vida de Hortensia que tiene que ver con el cambio de amistades al pasar del colegio privado a un instituto público. Este cambio le ocasionó lo que ella

denomina "una crisis de amistades" que le originó una "pequeña depresión".

*... un choque muy fuerte, por un lado iba con unas chicas que tenían todo tipo de caprichos que llevaban pantalones de marca y todo tal, y yo era un quiero y no puedo, estaba metida en ese círculo pero no, entonces al final me uno al enemigo, y al final lo que hago es una repulsión a ese consumismo y a esas marcas, y de repente mis amigas me dejan de gustar todas, veo que no hay sinceridad y no se ... me entra una tristeza horrible.....yo notaba que no todas éramos tratadas igual por parte de mis compañeras y por parte de las propias monjas, aunque no se quisiera hacer la diferencia, la diferencia las ponían ellas mismas, yo ahora analizo las cosas y digo, ¡madre mía! había la alumna que iba con el uniforme remendadillo y no se la trataba igual, es que hoy lo digo y es que es así. Entonces sí que tuve una crisis de amistades, mi primera gran crisis fue en el colegio de monjas.*

A pesar de todo, sigue los cursos sin problemas académicos.

*...en la EGB nunca me ha quedado ninguna asignatura, nunca he repetido curso, en algunas asignaturas tenía matrícula, en otras, no era una estudiante superdotada, pero mis notables, alguna se me atrancaba, pero bueno, sobresaliente, algún notable. Durante el bachiller no tuve ningún problema, aprobé la selectividad.*

Hortensia se recuerda como una niña gordita, su familia le apoda cariñosamente "gordi". Coincidiendo con el cambio del colegio privado al instituto público, a los 14 años la madre la lleva al especialista en endocrinología para que la pongan a dieta para disminuir el peso.

*...complejos de gordura, que me dicen gorda, sí, mi madre me llevó a un endocrino con 14 años para hacer un régimen, porque... no se si fue tanto petición mía o... otra vez decir, a mi madre le gustaría que estuviera delgada a mi también, porque te empiezan los complejos, dices, ¡ay! pues si adelgazara, pues igual me cambiaba la vida.*

A los 17 años tiene un periodo de rebeldía que muestra con un cambio de aspecto físico y rompe la imagen de niña buena.

*En el instituto yo ya rompí, me puse los pelos de punta, tenía muchas ganas de rebeldía, mi hermana además me lo había también inculcado en cierta forma, y entonces era muy chica como para... pero ya con 17 ya te crees una mujercita, y me corté los pelos de punta, y era la de los pelos de punta del instituto y a mi aquello me encantaba.*

Las relaciones con sus hermanas y hermano son buenas. De pequeña mantenía relaciones muy estrechas con la hermana menor, pero se rompen cuando esta comienza un periodo de drogadicción y Hortensia decide contárselo a sus padres.

*....con P... me llevé muy bien, éramos uña y carne, éramos Zipi y Zape, a pesar de los 5 años también, de salir juntas, de... pero luego empezamos a distanciarnos y problema a problema, que acabó enganchada con un problema serio de drogadicción. Yo aquello lo veía venir y eso también a mi me ha afectado mucho en mi vida...*

La persona referente de Hortensia es la hermana mayor, a quien le gustaría parecerse. Admira su valentía, haber sido capaz de optar

por una vida "hippy" a pesar de la incomprensión y el rechazo de la madre.

*...mi hermana M... fue mi ídolo cuando era pequeña. Pero por el hecho de ¡que valiente!, que se fue de casa, fijate mi hermana hippie, por ahí con mesas vendiendo artesanía...a mi aquello me parecía..., yo creo que a la que he idealizado un poco ha sido a mi hermana M...*

*Su valentía, el haber sido capaz de irse de casa, con ese miedo que te digo que le teníamos a mi madre, decir, ¡jolin, yo sería incapaz!, aunque esté fatal, yo no me veía yéndome de mi casa jamás, yo me fui de una forma más sutil, me fui a estudiar, pero nunca habría sido capaz de desaparecer así...*

Ante las situaciones de conflicto, Hortensia opta por el silencio, disimula, aguanta y calla.

*Mis complejos y mis historias, eso iba por dentro. Nadie podría decir que yo estaba aquejada de esa enfermedad, en los primeros años porque lo disimulaba muy bien.*

*... yo nunca dije nada, yo aguanté allí...*

Cuando hablamos de sus gustos y preferencias dice que, sobre todo, le gusta relacionarse con las personas. Se define como una persona "marchosa" divertida, le gusta salir, bailar, estar con los amigos y amigas.

*Bailar, me encanta bailar, soy bastante marchosa, salgo... no en mis épocas peores que ahí no salía, pero cuando yo me encuentro bien, salgo, soy muy*

*bailonga, muy payasa, de la broma esta fácil y rápida y... que la gente se ríe conmigo, la verdad.*

No le gusta el deporte, nunca lo ha practicado. Le gusta caminar.

*No, no soy muy deportista, camino mucho, me gusta mucho caminar, rara vez cojo un autobús, a todos los lados voy andando, tengo amigas en el Sacromonte, además me obligo, si veo que estoy entumecida y me obligo y me doy un paseo largo. Algunas veces he pensado en natación, una piscina cubierta, ya que somos treintonas, que las carnes empiezan a tal y cual, pero no lo hago, lo digo pero no lo hago, la verdad es que el deporte...*

Le gusta estar en casa, ve mucho la televisión, los programas preferidos son los documentales, "crónicas marcianas" y las películas. No le gusta el cine. Le encanta la música, todos los estilos. No es aficionada a la lectura.

*En música igual oigo música estridente, punki, que me gusta, que oigo a Silvio Rodríguez que es un cantautor que me encanta y me las se todas, y me gusta la música muchísimo y desde la tecno que se lleva ahora, toda la vida me ha gustado, y con mi primer sueldo me compré un cassette, la música me gusta, la lectura, no soy una... a lo mejor me leo, no te voy a engañar, 2 libros al año, 3 libros...*

#### **5.1.5.2. La experiencia de la bulimia**

La primera vez que se preocupa del peso y de la dieta es a los 14 años cuando la madre la lleva al especialista en endocrinología con el objetivo de disminuir el peso corporal. En este mismo año abandona

el colegio monjas y va a comenzar una nueva etapa en el instituto público.

*...mi madre me llevó a un endocrino con 14 años para hacer un régimen, porque... no se si fue tanto petición mía ó... otra vez decir, a mi madre le gustaría que estuviera delgada a mi también, porque te empiezan los complejos, dices, ¡ay! pues si adelgazara pues igual me cambiaba la vida.*

La dieta supone un rito de transición entre la niñez y la juventud. Pero además, estar delgada es un deseo de la madre que ella quiere cumplir. Siempre buscó la aprobación y la seguridad en la madre

*...esa seguridad que una madre te tiene que dar o aprender a que tú te valores a tí misma, o que tengas seguridad en ti misma, pues eso igual a mi me ha faltado.*

La dieta le hace perder 5 kilos y se encuentra "muy bien", comienza a centrar la autoestima y la seguridad en el cuerpo. En el verano de ese mismo año se marcha a Inglaterra. Cuando llega, la madre la recibe con un reproche porque había engordado de nuevo. Esta situación le provoca sentimientos de culpabilidad.

*...como... de bajarme del autobús y mi madre, ¡gorda, te mato!,... en vez de... ¿cómo puede...?, seguro que me daría el beso y tal, pero a mi lo que me quedó es aquel, "gorda, te mato", ¡madre mía!, y después una culpabilidad...., hay que ver que se han gastado un dinero, que me han llevado a un endocrino y que la jorobo en un mes que me vengo a Inglaterra por zampabollos.*

El nuevo curso comienza en un Instituto público donde trata de forjarse una nueva identidad, comienza a relacionarse con “los chicos problemáticos”. Trata de romper la imagen de niña buena. Hortensia utiliza el cambio de imagen para mostrar su pertenencia al nuevo grupo. En esta época se lleva mejor con los chicos y con ellos establece buenas relaciones de amistad.

*¿Qué te gustaba de los problemáticos?*

*Es que los veía un poco líderes, para mi me llamaba más la atención la persona fuera de lo normal, pues porque fumaban porros... no se ... por falta de personalidad puede ser, no se , como venía tan escaldada, tenía complejo de hija de, además yo llegué al instituto y era la de la Compañía de María, y aquella imagen yo la tenía que limpiar, siempre ha habido un choque entre instituto, monjas, pues yo tenía que ser igual de choriza que los demás, de aspecto.*

Coincidiendo con este periodo comienza a provocarse el vómito que utiliza, de forma “controlada”, como estrategia para minimizar las consecuencias que tiene haber ingerido más calorías de las necesarias. Lo aprende de dos fuentes cercanas, una compañera del colegio y por la hermana que se lo comenta después de escucharlo en los medios de comunicación. En todo el año vomita 3 o 4 veces y no tiene mayores repercusiones en su vida diaria.

*...mis conductas bulímicas hasta ahora son muy controladas, una cosa que empieza escupiendo un polvorón, porque me acuerdo que fue esa navidad de 16 años que empecé con polvorones, hasta que de repente, un día te pegas*

*una tripotera de comer, te sientes muy mal, con este sentimiento de culpabilidad que tienes de normal, pues si encima esa sensación que tienes de sentirte pesada, pues igual vomitaba una vez al mes. Y a lo mejor luego 3 meses que ni... yo durante los primeros años, había... no fui en picado, fue una cosa muy pausada, por eso no era consciente ni de enfermedad ni de nada, para mi era, bueno, si es como que te sienta mal, como ya empiezan tus justificaciones mentales, te sienta mal pues yo, lo único que pretendía con los vómitos era no engordar, yo pesaba más 58 kilitos, nunca gorda.*

Ocho años más tarde la relación con la comida cambia. El vómito pasara a ser una estrategia "premeditada" que trata de compensar las consecuencias de comer de forma compulsiva.

*Pues a ponerme morada de comer y a irme a vomitar, unas veces sin premeditación, después por un sentimiento de culpa, ¡ay madre mía cómo me voy a poner!... y otra vez..., eso ha sido posterior, el ya ir con premeditación, decir, me compro una bolsa de magdalenas y luego la vomito, eso ha sido más tarde, eso fue una fase... yo era sobre todo por eso, después de una comida por no sentirme mal. ¡ay tengo que adelgazar!, o sea, no puedo permitirme engordar y con lo que he comido ahora seguro que engordo, ahí empiezan mis...*

Pero ¿qué ocurre en la trayectoria vital de Hortensia que le produce la necesidad de comer compulsivamente? Para comprenderlo tenemos que avanzar en la vida de Hortensia. Cuando tiene 25 años conoce a un chico alemán del que se enamora "perdidamente". Por él y con él se marcha a Alemania, deja los estudios y se dedica a cuidar niños y a trabajar en una peluquería.

*...estoy con mi novio, porque yo soy capaz de irme al Kilimanjaro, yo enamorada, el amor, a mí me mueve.... hay gente mucho más cerebral, yo soy... impulsiva.... entonces lo planteé en mi casa, que me voy a Alemania, yo mentí, yo no dije que iba a vivir con mi novio.*

*...yo empecé a trabajar cuidando niños, los niños siempre me han encantado, crié unos gemelos desde pequeñitos hasta que cumplieron 6 meses los estuve cuidando, trabajé en una peluquería lavando cabezas, porque yo de peluquera no tengo ni idea, una peluquería así muy montada, de esas que te lavan la cabeza y te dan una revista, un café y tal, limpiando casas, y mi madre, figúrate, trinaba, ¿qué necesidad tienes tú de estar en Alemania limpiando....?, y yo le decía, que no se me caen los anillos que yo quiero aprender alemán y si no hay un trabajo mejor, pues este, yo con mi amor hubiera limpiado el culo a viejos, me hubiera dado lo mismo.*

El novio era consumidor de heroína, le hace la promesa de que va abandonar el hábito. Sin embargo, no lo cumple. Hortensia "trata de ayudarlo" pero sus esfuerzos no tienen recompensa y la relación comienza a deteriorarse.

La valoración que Hortensia hace de la situación es que ella no ha sido capaz de cumplir su objetivo. Afloran sentimientos de frustración, de fracaso y es, precisamente coincidiendo con este momento, cuando las conductas bulímicas aumentan de frecuencia.

*Pues con 25 años, con mi cara de bollo me voy para Alemania y quizás ese año vomité más de lo habitual pero es que mira el percal, yo llego, enamoradísima, con un desconocimiento del tema este de la drogadicción....*

Comienza a sentir lo que denomina "una pequeña depresión, no paraba de llorar", y un fuerte sentimiento de culpabilidad y de frustración "el hecho de no poder enamorar a C..., yo no valía nada, me consideraba la última...". La autoestima la centra en el aspecto físico.

*...hubo épocas que decía, no puedo más te dejo, pero había un intento de tal y yo estaba allí otra vez, y lo sufría, unas lloreras y una cosa... y ahí recuerdo que vomitaba a menudo.... claro, como me sentía culpable, decía, claro, ya no le gusto, claro si es que estoy gorda, a lo mejor si adelgazo... yo pensaba que se había enganchado porque había perdido interés por mí, y eso me creó a mi una... y no era así en ningún caso, pero bueno... entonces estuve allí 7 meses, me vine de A...*

Este periodo se termina cuando ella decide dejar el país, volverse a España y matricularse de nuevo en la Facultad. Al poco tiempo conoce a otro chico, con el que comienza una nueva relación, pasan 6 meses sin demasiados conflictos y, al poco tiempo, se da cuenta de que esta conviviendo con otra persona adicta a la heroína que, además, la maltrata físicamente.

*...era un tío muy delgado, muy espigado y en verano que no teníamos muchas ganas de marcha, nos quedábamos mucho en casa... ¿compramos una tarta de no se qué?... es que eran situaciones que yo decía, me cago en la mar si este supiera... ¿compramos una tarta helada?... y de estos que come lo que sea, que come... vamos, y no engorda un ápice, pues yo no iba a ser menos, ¿que nos comemos media tarta?, pues media tu y media yo, y luego yo me iba al water, y así empiezo con él a una marcha... que empiezo*

*a perder peso, yo lo conocí con 52 kilos y me quedé en 44, y a todo esto, maltrato físico, me da un día un guantazo, yo se lo devuelvo, pasa el tiempo y de un guantazo pues un día una serie de patadas que me deja las piernas moradas, pero luego el perdón y no se qué, y yo con una mala leche increíble, yo perdía los nervios muchísimo, te estoy hablando ya de una vomitona diaria y muchas veces al día, yo creo que te falta oxígeno en el cerebro, yo no se , pero yo no me aguantaba ni yo, y yo digo, ¿lo cuento?, maltrato y tal... pero que... no lo quiero justificar, jamás en la vida está justificado un guantazo a una persona débil con 44 kilos que yo tenía, pero que lo sacaba de su casillas también lo digo, porque era muy... provocaba la situación, era necesidad de esa adrenalina y ese malestar que tenía conmigo misma, necesitaba liarla.*

De nuevo el malestar, los conflictos de pareja, la falta de autoestima y la misma estrategia de afrontamiento: el recurso al vómito. Ella calma la tristeza y la ansiedad comiendo y posteriormente vomitando.

*En un momento de depresión ¿qué hago?, pues me adapto a comer y luego a vomitar, hacer otra cosa que no sea pensar en eso... no se...*

*... empiezo a verme delgada y como todo lo demás me falla, los estudios y tal pues me agarro a esto y por lo menos mi cuerpo lo controlo yo y por lo menos mientras esté delgada voy a estar feliz, eso es lo que crees...*

Al diagnóstico de bulimia llega a partir de ver un programa de televisión sobre los trastornos alimentarios. Reconoce los síntomas y la enfermedad.

*¿Quién te diagnostica?*

*Yo misma, yo misma un día digo..., como me culpo de todo, un día digo, a lo mejor si a J... y a mi nos va tan mal es por mi culpa, esta enfermedad están diciendo en todos los sitios que es un carácter agrio que tal, pues igual yo soy una provocadora de todo esto... y entonces un día viendo un programa que sale el tema, yo rompo a llorar y le digo, J... yo tengo esta enfermedad la llevo arrastrando entre pitos y flautas desde los 16 años, pero es que llevo un año y pico metida ya hasta las cejas y ya sí que soy consciente de que estoy enferma y no lo puedo controlar, hubo un tiempo que lo controlaba y ya no lo puedo controlar.*

El reconocimiento de la enfermedad hace que, en un primer momento, los conflictos de la pareja se suavicen. Tienen un lugar donde centrar la atención y responsabilizar el fracaso de la relación. Tienen una preocupación-ocupación común. Sin embargo, la relación se termina cuando Hortensia se da cuenta de la personalidad del novio y de sus actitudes.

*Ya me doy cuenta de que no era yo la única culpable, que él tiene un verdadero problema, luego ya hablando con su madre, un tío que le pegaba a su madre, una persona de estas acomplexadas, un acomplexado, un resentido, y me quise yo culpar cuando el problema es suyo.*

Tras la ruptura de esta última relación decide hacer pública su enfermedad. Se reconoce en la enfermedad, da cuenta de sus fases y su trayectoria. Habla con el padre y la madre y deciden visitar a un médico amigo de la familia que le recomienda un psiquiatra. El psiquiatra sitúa el problema en la dieta.

*...el tratamiento consistía en, primero en apuntar en un papel todas las comidas que hacía y el tiempo que invertía en ellas, la siguiente pues decía, bueno pues ahora tienes que cambiar la dieta porque igual me has comido mucho pescado y poca tal, que fuera más variada y que fruta pues que no comiera siempre plátano y naranja...*

El psiquiatra se centra en determinar la causa y los síntomas que la producen. Encuentra el origen de la enfermedad en el comportamiento alimentario alterado tanto en la cantidad de comida ingerida como en la forma de comerla. Trata de controlar la ansiedad que le provoca comer compulsivamente con psicofármacos. Hortensia considera que no es la forma más adecuada de abordar el problema. Es consciente de la relación entre las conductas purgativas y el contexto que las favorece. Así nos lo cuenta:

*...yo misma la que le facilitaba datos porque yo decía, bueno, a un siquiatra le será de utilidad saber que tengo un novio que me está breando, que tiene problemas... no se , todo se lo contaba yo pero él no mostraba interés en esas cosas, se centraba demasiado en la dieta y en... pues tienes que comer más despacio y la comida le tienes que dar importancia y te tienes que sentar a la mesa y que sea algo..., pero eso fue todo, y pasaban los días y de ahí no pasábamos y entonces como además me vi bien y tal, no es que me negara, dije, me estoy ayudando yo este hombre no me está ayudando para nada, me recetaron pildorazos lo primero, ansiolíticos, yo soy muy contraria a tomar esas cosas, no quería tomarlos, pero me decía, es que es mucho mejor que te tomes un ansiolítico un día que te de un ataque de eso de lo que tu me hablas, el día que tu estas más nerviosa por lo que sea...., entonces un día hice uso de ellos, jamás me tomé dos días seguidos, pero sí*

*me tomé alguno y vi la peligrosidad del asunto, vi que con una pastillita de una caja que vale 150 pesetas a mi se me iban todas las tonterías.*

En los momentos de la entrevista ha llegado a un pacto con una amiga y han decidido "inventarse el tratamiento". Consiste en apuntar en un papel las veces que vomita y relacionar el acto con la situación que la produce y con los sentimientos que la genera.

### **5. 1.6. NOEMÍ**

En el momento de la entrevista tiene 22 años. Nace y vive en la ciudad de Granada en una familia compuesta por el padre, la madre, tres chicos y dos chicas, entre los que hay una gran diferencia de edad. Noemí es la más pequeña. En el momento de la entrevista es la única hija que vive en la casa familiar. Estudia en la universidad, le gustaría especializarse en arquitectura bioclimática. El padre está jubilado y la madre se dedica a cuidar de la familia.

#### **5.1.6.1. Vida familiar y social**

La vida familiar de Noemí siempre ha estado marcada por una estrecha relación con el padre y con la madre y poca con sus hermanos y hermana.

*...mi infancia siempre ha sido muy apegada a mis padres, porque como me llevaba tanta diferencia con mis hermanos, pues mis hermanos entre ellos... digamos que formaban pandilla, son 3 chicos y una chica y siempre estaban más juntos, yo era de la que tenían que arrastrar, ¡venga, saca a la niña!,*

*entonces siempre, yo todos mis recuerdos de la más tierna infancia, prácticamente todos los recuerdos son con mis padres.*

La madre se dedica a la gestión, organización y cuidado de la vida familiar. El padre antes de jubilarse trabajaba en una empresa de sonido. De la madre nos dice que, cuando era joven, trabajó en distintos lugares pero que con su maternidad optó por dedicarse al cuidado de los cinco hijos. Respecto al padre resalta la infancia, marcada por dos acontecimientos: el abandono de la madre y la enfermedad del padre. Estas dos circunstancias hacen que el padre de Noemí se incorpore a la actividad productiva con tan solo 14 años y se encargue de cuidar a su padre.

Esta situación explica, según la entrevistada, el comportamiento sobreprotector de este hombre con sus hijos e hijas. En especial para ella que es la más pequeña y mujer.

*Mi madre era ama de casa, aunque también... es ama de casa porque al final con tanto crío no podía... pero era una mujer muy inteligente en su época, ejerció de enfermera y también de profesora, hizo unas oposiciones ... esa vida tan difícil que él ha tenido, porque su madre lo abandonó un par de veces y lo dejó solo con su padre, su padre estaba enfermo cuando él era un crío, con 14 años o así, pues siempre ha tenido más afán de proteccionismo con todos nosotros .... esa vida tan difícil que él ha tenido, porque su madre lo abandonó un par de veces y lo dejó solo con su padre, su padre estaba enfermo cuando él era un crío, con 14 años o así, pues siempre ha tenido más afán de proteccionismo con todos nosotros, pero claro como yo siempre he sido la*

*pequeña, mis hermanos se iban de marcha y yo me quedaba en casa, pues siempre ha sido bastante más proteccionista conmigo.*

Noemí estudia en un colegio privado de religiosas hasta los 17 años que empieza en la universidad. De la infancia destaca la dificultad que tenía para relacionarse con las chicas de su edad.

*...recuerdo las veces que la profesora llamaba a mi madre, le decía, mira tu niña cuando llega el recreo siempre se queda aislada en una esquinita, y no... hasta que ya en 5º no encontré digamos así a alguien que... pero fue una relación más ligera, fue la 1ª vez que me relacioné con una compañera de clase, a partir de 6º sí fue cuando ya encontré amigas que... muy pocas .... Nunca me he relacionado con gente de mi edad, siempre era o con gente bastante mayor que yo, o con gente... con bebés, con los niños.*

Esta dificultad se ve favorecida por la sobreprotección del padre que no la deja salir de casa. Se recuerda por las tardes, viendo sola la televisión.

*...recuerdo que mis tardes eran tele, y que si te metías tu con los bollos, que ahora es cuando me doy cuenta de que el vacío ese de gente que tenía lo intentaba llenar con dulces, con comidas, con cositas así, que nunca he llegado a estar gorda ni nada, de hecho lo más que llegué a pesar una vez son 61 kilos y pico, estando ya con la altura que tengo ahora mismo, que es 1 metro 70, que tampoco es mucho.*

En la familia de Noemí se produce una fuerte división de roles y espacios. El padre ejerce un fuerte control sobre ella. La madre es una persona que está "a la sombra" del padre, un hombre autoritario que

la calla, la deja en ridículo, que no la tiene en cuenta y que le impide tomar ningún tipo de decisiones.

*(el padre) te controla todo, de lo que comes lo que no comes, lo que escuchas lo que no escuchas, lo que está bien, lo que está mal.*

*Mi madre... está... en la sombra, mi padre tiene mucho carácter, es una persona que siempre ha tenido las ideas muy claras, muy fijas, es una persona a la que no le puedes discutir, y con él no podemos tener una discusión, ya no una discusión, si no hablar de cualquier tema, aunque tu hayas estudiado sobre ese tema y él no tenga ni idea.... mi madre... digamos que la ha anulado, no porque yo lo diga, sino porque todo el mundo lo dice, a lo mejor va a una reunión, y está mi padre hablando, y a lo mejor intenta mi madre decir algo y la calla, o la deja en ridículo, que no lo hace con intención, supongo yo, pero que...nunca la ha tenido en cuenta.*

Ella no tiene un referente de mujer al que le gustaría parecerse, pero sí tiene claro que no le gustaría ser ni estar como su madre "porque la veo que está anulada", sin expectativas.

*... mi madre nunca le dio un disgusto a mi padre, nunca le...dio una voz más alta...., mi madre es un cielo de mujer, es tierna, inteligente, agradable, aguanta los problemas de todos, aguanta lo mío, lo de todos mis hermanos, es el oído, el hombro de todos, yo creo que... quien aguanta más en mi casa es ella, aunque mi padre esté así, es más mi madre que mi padre, si no fuera por mi madre las cosas serían muy diferentes, pero.... por lo que le he dicho que yo en el futuro no me gustaría verme como ella es porque la veo que está anulada totalmente, yo veo a una mujer con 60 años que tiene todavía mucha fuerza y mucha vitalidad y que no tiene expectativas ninguna.*

La trayectoria académica de Noemí tiene un redimiendo desigual. Se define como "inteligente pero vaga", es una niña que no encuentra mucha dificultad en el aprendizaje pero que tampoco se esfuerza demasiado. Posteriormente el rendimiento mejora. En el discurso se aprecia una continua referencia a la división dicotomía de espacios y roles que se acompaña de una sobrevaloración del rol masculino con el que ella se identifica. En todo el relato se muestra muy sensible a los comportamientos sexistas que aparecen en su entorno familiar.

*... era la niña inteligente vaga, sí, era muy dejada, a diferencia de ahora, era muy dejada.*

*... un detalle por ejemplo, poner la mesa, mirar a ver si faltaba algo, y así corriendo, ¡Nuria tráeme no se qué!, como no se lo traieras pues... o que alguien se tenía que levantar de la mesa pues tenía que ser yo porque... por ser la pequeña y por ser mujer, por las dos cosas.*

En cuanto a las relaciones de amistad Noemí se recuerda de pequeña como una niña aislada, introvertida, que se pasa el recreo sola, que aprende pocos recursos para la relación con el grupo de iguales. Esta situación cambia, aproximadamente, a los 12 años cuando conoce a sus primeras amigas.

*con gente de mi edad hasta bastante tarde no comencé a relacionarme...*

Las relaciones entre iguales son siempre con su mismo sexo. Se siente muy desprotegida y vulnerable. En la universidad comienza a

sufrir la falta de recursos para relacionarse con los chicos. Este hecho se acentúa al elegir una diplomatura técnica con un porcentaje muy superior de varones. En la escuela de arquitectura técnica entra con mucha ilusión pero con pocos recursos para relacionarse con los chicos.

*... cuando llegué a la facultad me quedó un poco grande, porque en una clase de ciento y pico personas estábamos 15 chicas, y fue cuando empecé a relacionarme más con chicos. Entonces es cuando ya te empiezas a dar cuenta... todas las chicas con las que me relacionaba todas venían de un colegio mixto, todas se sabían los truquillos, las cosillas, para relacionarte con unos, con otros, yo no tenía ni idea, yo iba en plan inocentona, en plan novata.*

El primer novio es un compañero de la escuela, con él mantiene una relación difícil, la separa de sus pocos amigos y amigas, de las cosas que le gustan. Define la relación como "una experiencia desagradable", el chico le manifiesta continuamente desprecio y le aminora la autoestima. Frente al menosprecio le da la razón, calla y trata de utilizar el recurso del aspecto físico, cree que siendo atractiva será más valorada.

*...el chaval este me fue, poco a poco, apartando de mi familia, de mis amigos, apartándome de las cosas que me gustan.*

*....si a lo mejor le hacía una pregunta de... ¡tu estás tonta!, pero bueno (...)  
pero o sea que tu propio novio te.(insulta).. y encima de todo yo lo disculpaba a él, yo lo.... yo decía, ¡hostia! tiene razón mira que soy tonta*

*mira que soy torpe, mira que...., entonces ya llegó un... poco a poco fui... comiendo menos... pero.... por un lado por eso, por intentar sentirme más atractiva.*

En el momento de la entrevista Noemí mantiene una relación con otro chico. Admira de él su carácter y el respeto que tiene hacia ella. Lo que menos le gusta es que es muy callado.

*...tiene fuerza y personalidad, un carácter... que por un lado es un buenazo... muy buena persona, muy callado, pero lo que me encanta es que... si vas en su coche y sabe que no te gusta su música no te obliga a que escuches su música.*

La forma de afrontar los conflictos es "callando", "tragando", sin exteriorizar los sentimientos, sonriendo.

*...yo siempre he sido una niña que sonreía, que todas las penas que tenía las tenía por dentro, no las exteriorizaba, yo mis problemas y los problemas de la otra persona siempre me los he guardado, yo siempre he tragado mucho.*

Dice que no tiene ninguna persona que constituya un referente ideal con la que identificarse. Sin embargo, sí destaca las características personales que le gustaría tener: divertida, inteligente, guapa, con carácter, decidida, fuerte e independiente.

*...los de la chica divertida, la chica guapa, inteligente... que la gente se fija en ellas que no tienes que levantar la voz ni nada para que... por un lado no me ha gustado llamar la atención, por otro lado por el hecho ese de que la gente te tenga... cariño y aprecio pero que te admire, admiración,*

*simplemente por el hecho de ser tú, la gente también que defiende sus creencias,... siempre admiré a la gente independiente. Como... idea de futuro, con ilusiones, con fuerza, la gente con fuerza.*

En cuanto al deporte, durante la adolescencia no practicó ninguno. En el momento de la entrevista practica yoga y taichi, con el objetivo de relajarse. Nos dice que, aunque le dan miedo, le gustan los deportes de riesgo, como el paracaidismo, y el rafting.

Se define como una mujer "de perfil masculino", ella establece una dicotomía entre las preferencias masculinas y femeninas. Le gustan los deportes y las asignaturas que ella define como masculinas: geología, física y dibujo técnico.

*...me gustan, física, química, dibujo me encanta, matemáticas un poquito menos, las matemáticas de ahora son... quizás porque ahora le dedico más tiempo, pero siempre han sido... la geología me gusta mucho, la biología.*

En cuanto a la música le gusta todo tipo de estilo, aunque prefiere la música moderna. Nos habla de la pintura y de la arquitectura, esta desarrollando gustos muy específicos.

*...en mis gustos de pintura no soy nada... el realismo está muy bien, pero a poca gente le gusta Gustav Klimt que es bastante raro, ó... Dalí en la época que mezclaba temas muy raros con sueños, esos cuadros me atraen más que los cuadros más realistas, no se , cosas así, la arquitectura, antes sabía quien me gustaba pero ahora he descubierto... pero lo que más, más, siempre me ha gustado ha sido la naturaleza.*

Se interesa por la arquitectura bioclimática. Le gusta leer poesía y novelas a los que “le pueda sacar una moraleja, cosas que te puedan enseñar”. De cine le gusta casi todo menos las películas de guerra. Su película preferida es *El club de los poetas muertos*.

De su dormitorio dice que no está decorado, vive en la casa familiar y no se encuentra con la libertad de ponerlo a su gusto. Como le ocurre con otras actividades y situaciones supedita sus preferencias a las y los otros.

*Mi habitación, la verdad es que no está a mi gusto, porque no puedo actuar mucho sobre ella, vale, es mi habitación pero está en la casa de mis padres pero si por mi fuera a mi me encantaría hacer un montón de cosas en ella, la decoración me encanta, soy de las que me gusta mucho comprar las revistas de decoración, en las que se mezclan la arquitectura y la decoración de interiores, poner una especie de biombo... además me gusta hacer las cosas yo, además me gusta el hecho de trabajar con las manos, pero quizás sea por eso que soy más dejada con mi cuarto, no me siento con plena libertad para actuar en él y hacer lo que a mi me gusta, cuando a lo mejor voy a ver a una amiga, un amigo, veo su cuarto, digo, ¡tío me da envidia!, porque veo que en el cuarto se refleja su personalidad, se refleja que son ellos, y yo entro en mi cuarto y no lo veo, porque supongo que será por lo mismo que el resto de las cosas que me ocurren, supedito mucho ya... todo lo que hago no lo hago ya bajo mi punto de vista, he llegado a no tener opinión propia, sino que... ya no solamente a los demás sino a mis padres, es que mi padre pensaría esto, es que mi padre o mi madre pensaría esto o lo otro, he supeditado tanto mi forma de actuar, todo lo que hago a cómo piensan ellos.*

En cuanto a la ropa le pasa algo poco parecido y debe pasar por la aprobación del padre. A ella le gusta la ropa sencilla y elegante pero también le gusta la ropa "más alternativa", diferente o extraña que, sin embargo, no logra comprarse porque su padre no lo aprueba.

*...a mi me gusta la ropa, soy muy sencilla, desde las joyas hasta... no me gusta llamar la atención, pero me gustaría llevar una ropa diferente a la que visto, porque ya te he comentado antes que cuando me compro algo es... ¡mira papá!, y siempre te compras algo que le va a gustar, pero a mi me gusta la ropa un poquito más.... no soy muy clásica, dentro de lo clásico, por ejemplo, Katherine Hepburn, me encanta esa mujer, la vi muy elegante, pero también me gusta la ropa más alternativa, hombre, las hippies estas que van medio guarras perdidas, no, pero dentro de lo hippie, hay cosas que están... de lo alternativo... no se , me gusta la ropa un poco más extraña de lo que... a lo mejor en mi casa pues... consideran que es algo... y esa es la tarea que tengo, porque lo que compro, cada vez que compro o me pongo algo de ropa, siempre estoy pensando si pasa la aprobación...*

#### **5.1.6.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia**

El proceso de anorexia en Noemí no tiene tampoco un comienzo claro. Ella no sabe situarlo pero cree, como dice la psicóloga con la que está en tratamiento, que su preocupación por la comida comienza en la infancia. Recuerda que trataba de compensar la soledad de las tardes comiendo.

*¿Cuándo empieza eso?*

*Bueno, yo siempre he tenido.... tengo una prima mía que es médico, con la que tuve una conversación la primera vez que fui a S (psicóloga clínica), y ella me decía, tú no tienes este problema de ahora, tú siempre has tenido este problema, siempre lo has tenido con el tema de la comida, y luego te fijas y es verdad.*

*...en las tardes que todos los chavales están por ahí por las calles... y están... pues yo comía un bollo y.... el vaso de leche, o estas sentada en la tele y comiendo....trataba de llenar el vacío con eso.*

Haya tenido o no haya tenido preocupación por la alimentación durante la infancia, lo que sí recuerda es que al entrar en la universidad comienza un periodo de restricción alimentaria con el objetivo de conseguir mayor seguridad en las relaciones con los chicos. La delgadez la entiende y la utiliza como un valor en la presentación de la persona.

*A mi me influenció mucho, porque mis padres nunca habían querido que estuviera en un colegio mixto, siempre he estado en colegios de monjas, hasta COU, y pasar de un colegio en el que todas eran chicas y que yo, prácticamente nunca me había relacionado.*

La incorporación a la escuela de arquitectura técnica le produce un "choque", le faltan recursos para relacionarse con los chicos en una clase en la que tan solo el 10 % eran mujeres.

*..., fue un choque bastante grande, también.... no se , supongo yo que el hecho de que nunca... enfrentarme al mundo de los chicos, porque era una cosa que, sí, vale, cuando sales con las amigas de cachondeo del instituto,*

*pues sí, este chico y tal... pero nunca.... yo salía con mis amigas, y a mi me gustaba estar con mis amigas, bailar con mis amigas, yo, los chicos me daban igual, siempre he sido muy niña en ese sentido, nunca me ha ido lo del rollo de la noche, para eso sí, soy muy tradicionalista, yo pienso que una persona... que primero la conozcas, te guste y...., y cuando llegué a la facultad me quedó un poco grande, porque en una clase de ciento y pico personas estábamos 15 chicas, y fue cuando empecé a relacionarme más con chicos.*

Al comienzo, las restricciones alimentarias no le generan ningún problema. Pero, ¿qué ocurre en la trayectoria vital de Noemí para que la preocupación por la comida ocupe un lugar central? Para comprender el cambio hay que recurrir al tipo de relación que establece con su primer novio. Al poco tiempo de iniciar la carrera universitaria comienza a salir con un chico de la clase que, poco a poco, la aparta de la familia, de las amigas, de sus responsabilidades y comienza a despreciarla.

*la cosa iba bien... pero yo no me di cuenta, pero el chaval este me fue, poco a poco, apartando de mi familia, de mis amigos, apartándome de las cosas que me gustan.*

Es una relación basada en el dominio y la obediencia, que provoca un alejamiento de sus redes de apoyo y un abandono de sus proyectos. En esta situación comienzan los insultos del novio y las disculpas de ella, lo que repercute en su autoestima.

*yo era novata... había cosas que yo no sabía, era normal, era la primera vez que yo me meto en ese tema, yo no sabía muchas cosas sobre asignaturas específicas de... si a lo mejor le hacía una pregunta de... ¡tú estas tonta!, pero bueno, tú estas...¡, yo le decía, pero bueno, hay que ver es que yo estoy a gusto en la vida, o sea que tu propio novio te... y encima de todo yo lo disculpaba a él, yo lo.... yo decía, hostia tiene razón mira que soy tonta míra que soy torpe.*

La pérdida de confianza en sí misma trata de compensarla mostrando un cuerpo que agradara al chico en un contexto de minusvaloración personal que trata de compensar con el recurso del cuerpo. Poco a poco, va restringiendo alimentos a la par que va restringiendo en amistades. Noemí deja de comer muchos alimentos y comienza a hacer ejercicio con la intención de quemar calorías. La selección de los alimentos la hacía en función de lo que él decía.

*Yo decía me apetece ahora mismo que hace mucho tiempo que no me lo he tomado un helado de Mac Donald, ¡pero tú estas loca! y seguro que hace un rato que seguro que has comido algo, anda, vamos, ¡vamos!, y empezaba a darme paseos por Granada como si me hubiera comido algo y tuviera que quemar las calorías, pero sin comerme el helado. Luego yo por otro lado, aunque iba al gimnasio pero era comodona, iba a todos lados en coche, en autobús, ahora no porque me relaja y ya me he acostumbrado... pero decía, ¡pero deja el autobús, muévete un poco y vete andando!,... eran cositas así. Luego era un niño que igual no comía nada durante un día, y luego un día se atiborraba, a lo mejor se comía una caja de donuts en un segundo (...)* seleccionaba ya bastante la comida...

*¿En función de qué?*

*En función de lo que él me había dicho, por ejemplo los dulces, comía muy pocos dulces...*

Consigue perder 12 kilos y, sobre todo, cambia de humor. La pérdida de peso, pero sobre todo la situación de dominio que ejerce su novio sobre ella, hace que Noemí cambie y se convierta en una chica reservada que se refugia en los estudios.

*... pa se a perder todo, perdí la sonrisa, perdí la alegría, perdí...., me tiraba todo el día estudiando, remonté el curso, pa se de suspenderlas todas dejarme una asignatura, porque decidí yo dejármela para septiembre, y aprobar todas las demás. Este chico suspendió todas menos una, me echó la culpa a mí, dijo que había pasado mucho tiempo conmigo, porque todas las mañanas nos veníamos a estudiar juntos a la facultad y... ya nada más que corté con él, fue una cosa que comenté, ¿pero cómo fuiste capaz de echarme la culpa cuando tú y yo pasamos juntos las mismas horas y yo he aprobado todas las asignaturas y tú no has aprobado las tuyas?*

La relación con la comida mejora cuando decide terminar la relación con el muchacho. Empieza a establecer nuevas relaciones con chicos pero tiene un nuevo fracaso. En esos momentos Noemí no había sido diagnosticada ni había ido a ningún especialista sanitario. En segundo de carrera comienza a comer y coge bastantes kilos, lo que le hace sentirse mal con su cuerpo y recurre al vómito.

*...en esa época es que la autoestima ya... bajo cero, nula, completamente, y es una forma... te crees que tus problemas se van a solucionar así, y dices... es como si te desplomaras, tratas de comer y eso es como si llenaras el vacío, porque sientes un vacío tremendo, tremendo, y la comida intentaba*

*llenar ese vacío, te llenas de comer y te sientes muy, muy culpable, te das cuenta de que lo que acabas de hacer es una salvajada, terminas de comer y tienes el estómago tan sumamente hinchado, que es que... además mezclas dulces con salado, te llegas a meter una cantidad de comida, que la gente, incluso gente que come mucho, se sorprenderían, y de las mezclas que haces, igual te has comido un bocadillo de salchichón que al momento siguiente te comes un helado, al momento siguiente te estas tomando patatas fritas, que te tomas un vaso de leche con galletas, pero todo eso uno detrás de otro, es cuando empiezas a tener cargo de conciencia y dices una vez, ¡hostia, pues voy a vomitar!, a mi siempre me ha costado mucho vomitar, era terrible, pero como lo pienses una sola vez y lo hagas una sola vez, ya te has perdido, entonces pues lo hice una vez, y piensas ¡qué guay!, me he hartado de comer y fijate lo fácil que lo vomito todo, y siempre, siempre que terminas de vomitar te prometes que no lo vas a volver a hacer, que no vas a... que vas a encauzar tu vida, que mañana será diferente, que mañana verás como no... pero no, se te cae el mundo encima, te sientes fatal, te sientes vacía, te sientes...terminas de comer y te da asco, ya no solamente tu físico, sino tu forma de ser.*

Este periodo bulímico, coincide con un año de fuertes conflictos familiares. Trata de que el padre la deje ir al viaje de estudios con los compañeros y compañeras de clase. Es una mujer que, en el momento de la entrevista, tiene que someterse aún a la censura del padre para elegir la ropa y para ir de vacaciones.

*en 3º de carrera seguí con el tema de la bulimia y me fui a Grecia de viaje de estudios, me costó más de 1 año de decir, papá a ese viaje de estudios me voy, que me voy, que me voy, porque todas mis amigas en 3º de BUP se habían ido, y yo fui la única que no se fue.*

En este mismo año comienza a salir con otro chico, en este caso depresivo y con tendencias suicidas. En esta situación de "contexto difícil" Noemí recurre a la comida para calmar la ansiedad y al vómito para minimizar los efectos de la comida compulsiva. El curso académico de tercero lo pasa tratando de controlar los atracones, sin obtener mucho éxito. Al fin consigue ir de viaje de fin de curso, se da cuenta de que tiene trastornos alimentarios y decide buscar ayuda profesional.

*Al principio, el curso ese de 3º, desde que estuve con mi amiga en la playa hasta que me fui a G....., pasó prácticamente casi 1 año, intenté curarme yo sola, y sí, como lo controlé un poco pero... lo único que hice fue disminuir los atracones, disminuir la pauta... pero tampoco... y me fui a G..., y... te vas y te quitas muchos pesos que tienes encima, te quitas muchas cargas, te quitas... te sientes suelta, te sientes.... relajada, y allí en G... dije, ¿esto no puede ser, tienes que salir adelante!, y cuando volví empecé primero con mi hermana, bajamos un día a la playa en coche, con mi sobrinillo, y empecé a hablar...*

Les cuenta al padre y a la madre el hábito bulímico. Deciden buscar un tratamiento y optan por el tratamiento psicológico. A pesar de ello, la familia no termina de entender el proceso de enfermedad y consideran que el tratamiento psicológico le puede ocasionar una mayor dependencia. Cuando se siente mejor decide abandonar el tratamiento.

*...en mi casa no lo terminaban de entender tanto mi padre como mis hermanos y eso de ir a una psicóloga me venía muy mal, me venía enorme, todos estaban, ¡que te vas a crear una dependencia, que eso no está bien, que no vas a saber llevar tu vida si cada vez que tengas un problema vas a ir a un psicólogo!.... cosas así.*

Los mejores momentos en la vida de Noemí son cuando comienza a sentirse más fuerte, con mayor autoestima; cuando es capaz de enfrentarse a los problemas, hacer lo que le gusta, no anteponer las preferencias de los otros y enfrentarse al padre. En los momentos de la entrevista Noemí continúa con el tratamiento psicológico.

*...me vi un poquito fuerte, vi que mi vida iba.... que me iba enfrentando a los problemas, que iba haciendo las cosas que realmente me gustaban, que iba enfrentándome un poco a mi padre.*

#### **5.1.7. LAURA**

En el momento de la entrevista tiene 24 años, vive con el padre, la madre y el hermano en una gran casa en un pueblo cercano a la ciudad. Entre los hermanos hay una gran diferencia de edad lo que hace que muchas veces se ocupe del cuidado del hermano menor. Una hermana mayor que ella 11 años, María murió con 27 años después de una larga y penosa enfermedad. El padre es empresario y la madre se dedica al cuidado de la familia. Laura estudia Esteticien y entre sus

aspiraciones, a corto plazo, está gestionar y dirigir un centro de belleza.

#### **5.1.7.1. Vida familiar y social**

La infancia y la juventud de Laura se desarrollan en un pueblo cercano a la ciudad de Granada. El padre es un empresario prospero. La madre es una mujer que se dedica al ámbito doméstico y, sobre todo, al cuidado de la salud de su hermana enferma y de sus abuelos.

*...ha estado toda su vida cuidando enfermos, desde que era chiquitilla, tenía 11 años, y eso la ha dejado a la pobre... ahora que no tiene a nadie a quien cuidar, nada más que ella, pues la ha dejado un poco hecha polvo, porque no encuentra su sitio. Yo creo que el problema que tiene es que no encuentra el sitio donde estar, no se siente colocada en ningún lado.*

Laura se recuerda como una niña traviesa, que tiene un primer gesto de rebeldía a los 6 años al escaparse de casa por que no quería oír las discusiones entre sus padres y pasa todo el día perdida.

*Yo con 6 años me intenté irme de mi casa, me acuerdo yo, mi madre me lo dice muchas veces, porque mis padres se peleaban mucho y yo no aguantaba, estaban siempre de broncas. Y me acuerdo que metí en una bolsa una muda, dice mi madre que cogí 4 o 5 barras de pan y que me perdí, se tiraron buscándome como un día entero, luego me encontraron por la noche.*

La construcción del relato de Laura se centra en la independencia. Durante toda la entrevista Laura repite una y otra vez

que es una chica muy independiente, se enorgullece de ello y relata los rechazos y las peleas que tiene cuando quieren imponerle cosas que no comparte.

*...nunca he contado con nadie y si he tenido que hacer algo... desde chica, yo con 7 años ya me iba a campamentos con los scouts, nunca me ha hecho falta nada ni de llorar por los padres ni nada.*

La relación familiar esta marcada por el largo proceso de enfermedad de su hermana mayor, María diagnosticada con 22 años de una enfermedad grave por la que sufre 17 intervenciones quirúrgicas y que acaba con su vida algunos años más tarde. Con María mantenía una estrecha y fuerte relación.

*...a la que le he contado las cosas ha sido a ella, o a la que le he dejado de contar, pero desde que se puso mala aquello ya se cortó, a raíz de que se puso mala ya había mucha distancia, yo como también he sido siempre muy independiente.*

Toda su familia se dedica a la atención y cuidado de María, esto favorece que ella, con 11 años, adopte el rol de cuidadora de un hermano con 9 años. Laura percibe poco cariño familiar. El padre y la madre son conscientes y tratan de compensar la falta de dedicación a Laura con lo que ella considera "caprichos".

*...mis padres también tienen una cosa, de cariño nada, yo... mira que yo soy empalagosa de cariñosa, y no se de donde lo he sacado, porque yo he tenido una carencia pero....vamos, yo he deseado toda mi vida que mi padre me de*

*un abrazo y un beso sin que haya una razón por la que hacerlo, porque sea tu cumpleaños o algo, no, no, porque le salga, nunca, nunca, y a mi eso yo que se, siempre..., luego ya te daban todo por capricho, ¿qué quieres, un chándal de marca? pues te lo compro, ¿qué quieres una bicicleta de no se qué? pues te la compro.*

De la madre refiere una profunda depresión en la que entra a partir de la muerte de la hermana y cómo afecta a la dinámica familiar.

En la familia se produce una división de roles que ella no cuestiona.

*...ella como está con tanta depresión no está con ganas de hacer nada, y hay veces... ahora menos, pero hubo días en que no hacía nada, nada, tumbada en el sofá, se encerraba en sí misma, y a mi no me daba la gana de hacer nada, tú haz lo que tú veas, que yo no quiero, y de comer porque mi padre tiene que comer, y mi hermano, que si no, no hace ni de comer... yo se que... hombre... ella se lleva la mayor parte de las cosas, porque ni yo estoy aquí...*

Coincidiendo en el tiempo con el diagnóstico y la primera intervención quirúrgica de María, Laura cambia de colegio deja el pueblo y se va a estudiar a un colegio privado y religioso en la ciudad. En principio, el cambio origina una fuerte rechazo. No quería perder a las amigas del pueblo pero, sobre todo, le molestaba que no le hubieran consultado.

*...de buenas a primeras te llevan a una capital, con 11 años, pues lo que yo más me asusté es, mis amigas, lo primero que piensas es que ya, es que desconectas, a esa edad, porque la gente de verdad que te haces amigas es*

*con la gente del colegio, yo no quería irme, bueno, me tiré un verano, además fueron mis padres, a mi no se me consultó, yo no quería, para comprarme el uniforme, la que les lié, yo no quería que me compraran uniforme.*

En el colegio religioso se integra bien y al poco tiempo tiene un nuevo grupo de amigas.

*....porque lo típico, ¡la catetilla, no se qué! pero yo la verdad es que me integré super bien en el colegio con las monjas. Y al principio lo típico, las pijas en un lado, nosotras en otro, pero al final... yo la verdad es que mis mejores amigas las tengo allí, más que aquí.*

Laura no tiene problemas en las relaciones con el grupo de iguales, ni con los chicos ni con las chicas. Siempre ha tenido muchas amigas aunque se encuentra mejor entre ellos, los considera "más legales".

*Amigos, siempre, yo siempre me he llevado mejor con los amigos, la verdad creo que son más legales que las amigas, de mis amigos, ninguno me ha gastado ninguna putada nunca, al contrario son los que siempre han estado más a mi lado, en cambio las amigas, sí, me han puesto la zancadilla.*

La trayectoria académica siempre le ha ido bien. Nunca ha tenido problemas, aprobaba y sacaba buenas notas hasta que comienza la enfermedad.

*Y los estudios siempre más o menos bien, los he llevado bien, no he tenido problema con los estudios,*

En cuanto a los gustos alimentarios se define como una mujer a la que le gusta comer bien y de todo.

*...Yo es que tengo muy buena boca, así de comidas preferidas no tengo ninguna, desde chica han sido las lentejas, siempre me han gustado mucho, pero que.... me gusta mucho, soy muy frutera, muy verdulera, de siempre, y de comer caliente, de cocido y todo eso, yo me lo como menos las habichuelas y el estofado, todo me lo como.*

La ropa la prefiere clásica y elegante.

*Soy un poco clásica, moderna pero que guardando un poco... no las cosas estrafalarias, dentro de la elegancia un poquito... siempre metiendo las cosas modernas, siempre un poquito de... lo que nos ha enseñado mi madre, mi madre siempre nos ha enseñado a ser muy elegantes, a vestir siempre muy bien.*

La persona que Laura tiene como referente es la hermana que murió. Las características que destaca de ella son una combinación de amabilidad, capacidad de generar respeto y al mismo tiempo ser una mujer luchadora.

*Una persona que sea un ídolo, un referente importante para ti.*

*Mi hermana.*

*¿Qué te gustaba de ella?*

*Todo, la forma que tenía de... y de eso me fui dando cuenta después... yo que se... que nunca ha sido capaz de darle una mala cara a nadie, que siempre ha estado mal y ha estado siempre sonriendo a la gente, ha estado*

*siempre... es que es una persona que nadie habla mal de ella, es que nunca ha hecho nada malo, siempre ha hecho todo lo que ha podido por los demás, y siempre ha sido una luchadora, ha luchado, el tiempo que ha estado aquí ha sido luchando...*

El deporte le gusta mucho, sobre todo el fútbol y el atletismo. Para practicar fútbol tuvo que enfrentarse al padre que no quería y se la llevaba a trabajar. Logra convencerlo y se apunta a una liga de femenina de futbito.

*..nos íbamos al futbito a entrenar, yo estaba siempre con los niños, porque en mi casa mi padre y mi hermano les encanta el fútbol y desde chica me lo han metido, porque en mi casa ya jugaba con mi hermano, y me ha gustado mucho, que mi padre me iba a matar al principio, al final tuvo que aceptarlo, me llevaba hasta al horno los sábados para que no pudiese ir a jugar.*

Podremos definir a Laura como una chica optimista y curiosa. Le gustan muchas cosas pero, sobre todo, divertirse. Sus actividades preferidas giran en torno a la relación con las amigas, con ellas le gusta compartir las tardes.

*Me gusta mucho reírme con mis amigas, me gusta mucho... disfrutar el momento agradable, a lo mejor es una tontería, algo que te haya pasado en ese momento y que te sientas a gusto, el cerrar los ojos y sentir que estás feliz, sentir la felicidad, aunque sea momentánea...*

También le gusta leer especialmente novelas románticas.

*Siempre alguna tarde me gusta irme con mis amigas a tomar café, no todas, algún día a la semana, y leer, me encanta leer.*

*La que me caiga, me gusta mucho la novela rosa, ahora me estoy leyendo a Espido Freire, Rosamund Pilcher, me parece que se llama... Los buscadores de conchas, me leí hace poco una novela. Me gusta mucho la filosofía, Paulo Coelho, alguno que me he leído, pero no soy muy delicada, suelo leer todo lo que cae en mis manos, soy muy curiosa por eso me lo leo todo. Eso sí, yo siempre quiero saberlo todo, ¡soy más curiosa!, lo de quedarme con dudas, me da mucho coraje, si eso... me bajo la enciclopedia y me quito la duda, soy muy preguntona.*

Sus gustos musicales giran en torno a la salsa, pop y flamenco.

Toda la música que le permita expresarse bailando.

#### **5.1.7.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia**

El proceso anoréxico y bulímico de Laura discurre en paralelo con la grave enfermedad de la hermana. Cuando Laura tiene aproximadamente 12 años, comienza a realizar una dieta alimentaria. La madre la lleva a la consulta de Salud Mental. En ese momento Laura había perdido 5 kilos y pesaba 56 Kilos, el médico que la atiende no cree que tenga una enfermedad, pero su madre insiste.

*Entonces hice una dieta, mi madre enseguida me llevó al médico, me llevó a Salud Mental, que eso fue lo gracioso, me llevó a Salud Mental la de los niños chicos, que estaba en Maternidad, que estaba un tal don Pablo que era tonto, que me peleaba con él lo más grande, ¡que yo no estoy mala!, claro, me llevan ahí, y yo decía, ¡yo no estoy loca!, mi madre está tonta*

*perdida...que yo estaba muy bien, que no se que, yo decía que yo estaba bien, él tampoco me veía mal...*

La madre desempeña en el ámbito familiar el rol de cuidadora y nutridora, se aferra a su pequeña parcela de poder doméstico y se muestra remisa a permitir que su hija adolescente empiece a comer "a su modo". Laura intuye que en la desobediencia de ese mandato se esconde una poderosa arma de rebelión contra la estructura familiar. La preocupación por la alimentación de Laura provoca un mayor control, que ella lo compensa haciendo ejercicio. El atletismo es su deporte preferido, llega a correr dos horas diarias para quemar calorías.

*¿Y por qué hacías tanto deporte?*

*Era la forma más fácil de quemar, como me obligaban a comer, pues la forma más fácil de quemar era esa, hasta que empecé a vomitar, pero hasta ese momento la forma más fácil de adelgazar era esa, y de hecho lo conseguía, porque entre que hacía mucho deporte... es que me puse dura, dura. Luego en las analíticas yo no perdía nada, yo perdía nada más que masa muscular porque es que no tenía nada que perder, en aquel tiempo es que no tenía ni una gota de grasa, de hacer tanto deporte. En aquel tiempo ya empezó mi padre con las charlas, lo típico,... ¿has terminado?... yo me acuesto, por aquí me entraba por aquí me salía, es que yo no lo veía peligroso, yo decía, ¿pero a mi cómo me va a pasar eso?, yo seguía, yo estaba en mi mundo con mis cosas, yo pasaba de todo, me iba con mis amigas de marcha, yo estaba muy a gusto.*

Laura tiene una prima C.... que está diagnosticada de anorexia y la enfermedad comienza a resultarle atractiva.

*...no lo veía como algo peligroso, y ya empezamos, y yo digo, ¡pues yo quiero ser anoréxica!,.... una gilipollez.*

Pronto Laura aprende a vomitar, la práctica se la enseña una amiga y tiene como objetivo mantener un peso estable.

*...yo la veía que se escondía y venía con todos los ojos hinchados, claro, al vomitar se te ponen los ojos... y yo ya me iba y la espiaba y la vi vomitar, y ella fue la que me enseñó cómo vomitaba, cómo lo hacía y tal...*

Un acontecimiento le provoca una angustia inesperada; la muerte de una compañera cuando tenía, aproximadamente, 14 años y cursa primero de BUP. En ese momento lo que era una situación de equilibrio entre comida, vómito y ejercicio se rompe. La tristeza que le ocasiona la muerte de su amiga hace que se quede una semana sin comer y precipita su primer ingreso hospitalario.

El padre y la madre recurren a un centro privado especializado para el tratamiento de los trastornos alimentarios, el Hospital Niño Jesús de Madrid. Allí, nos dice, aprende "de todo", a esconder las comidas, a técnicas depuradas para vomitar, a robar comidas, y a beber alcohol. Antes del ingreso Laura dice que no bebía alcohol y tras el ingreso, con 16 años, "pa se de nada al todo".

*...aprendiste ¿a qué?*

*En las terapias. A esconder las comidas, a vomitar, a esconder comida, a robar comidas, empecé a beber alcohol, bueno, alcohol por litros, pa se de nada al todo.*

*...porque yo los engañaba como quería, no tenía control ninguno, yo tenía mi baño abierto, todo abierto, y encima estaba con niños chicos pues era fácil todo, no podía salir a la calle, a mi que los niños chicos me gustan más que nada pues estaba en mi salsa, lo que pasa es que estaba en un hospital y siempre... pues molesta. La semana que estuve, estuve 10 días... estudiando, me llevé mis libros para los exámenes y me puse a estudiar, si me tenía que comer la comida, la echaba, y si no, no me la comía.*

El ingreso hospitalario lo vive traumáticamente, se siente traicionada y engañada por la madre y reacciona no dejándola que vaya a verla.

*...lo que sí recuerdo en el primer ingreso me peleé con mi madre, le dije que no se le ocurriera aparecer por el hospital, y la tuve una semana sin hablar con ella y sin aparecer por el hospital, no la dejaba, porque me ingresó, y pobretica la que le monté...*

En la familia el ambiente cada vez se enrarecía más. Las horas de la comida se convertían en auténticas peleas que, el padre resolvía con castigos físicos.

*A todas horas, me encerraba en el cuarto, me encerraba. Bueno, y mi padre bajándome arrastrándome hasta abajo, los 3 pisos, por la escalera arrastrándome, y... porque mi padre tenía mucha gracia, empezaba: me ponía de malas a comer, ¡no, quítame eso del plato que no me lo como!, la mitad, eso ya estando yo en (tratamiento) cuando me empezaron a poner*

*las dietas, y mi padre decía, bueno cómetelo, y yo digo, quítame que me has echado mucho, decía, no, y yo, pues ya no me como nada me voy al cuarto, ¿no quieres que me coma menos? pues no como nada, ni tu ni yo, nada. Y claro mi padre, yo entiendo que eso desespera, ahora entiendo que una persona que no quiera comer, desespera, porque ¿cómo le metes tu la comida en la boca a esa niña?, ya con 15 o 16 años que tenía?, no puedes hacerlo... me venía para arriba...*

Con 16 años, Laura había encontrado el lugar donde situar el conflicto familiar en un momento de rebeldía, pero también había encontrado un lugar para llamar la atención de la familia tan preocupada y ocupada por la enfermedad de la hermana mayor que muere un año más tarde. Ante el mandato del padre que la obligaba a comer ella se defiende con no comer. Así nos lo cuenta:

*Tú me has pegado, y me has hecho bajar abajo, pues ahora van a mandar mis cojones, era la fuerza, era a ver quien podía más, pues yo podía más que él, ni contestarle, nada más que con la actitud... claro, yo no me estaba dando cuenta de que lo que estaba haciendo era machacarme yo, porque para mí eso era una victoria, era lo que yo quería, y en ese forcejeo siempre ganaba yo, sin insultarle y sin nada, pero ganaba yo porque hacía lo que yo quería.*

Tras el ingreso hospitalario continúa con un programa ambulatorio

*...el día que me tocara, iba esos días a Madrid y venía, yo iba como el que va a una terapia a Granada, ambulatorio, pero yo lo que hacía allí era en las terapias con las otras niñas, pues ya te estoy contando... allí aprendía todo.*

*Y allí, loca, había gente que llevaba tantísimos años, yo cuando llegué allí llevaba 2 años y pico en la enfermedad, o 3 años, y claro, la gente que llevaba 8 te llevaba a ti, te decían... no te lo decían como enseñándote, porque la gente que llevaba ese tiempo ya reconocía lo que tenían, tu todavía no eras capaz de reconocer lo que tienes en ese momento.*

Una vez que comienza el proceso de curación “comienzan los bajones” y la depresión. Laura, que hasta entonces era una chica fuerte y contestona, se convierte en una chica depresiva y llorona.

*...yo quería verme sola, el no tener ganas de nada y nada más que aquí y llorar y llorar y llorar, y nada más que ganas de morirme, y no le veía sentido a nada, dejé de estudiar, me saltaba las clases del instituto.*

Entra, de esta forma, en un proceso adictivo donde el vómito y la preocupación por la comida es la forma que encuentra para focalizar su rebeldía e identidad. El proceso de anorexia-bulimia se convierte en un hábito.

*...yo ya me había acostumbrado a un hábito de vida, yo no podía cambiar eso, a mi me decían... ya cuando me empecé a dar cuenta de que tenía una enfermedad... cuando yo ya veía cosas... y más que todo porque ya empecé a verme a mí, es que estaba ya encerrada, yo ya me veía sola, pero porque yo quería verme sola, el no tener ganas de nada y nada más que aquí y llorar y llorar y llorar, y nada más que ganas de morirme, y no le veía sentido a nada, dejé de estudiar, me saltaba las clases del instituto, las profesoras decían, ¿pero cómo ha podido dar ese cambio?, yo no faltaba a clase nunca, y yo no quería mirar, porque cada vez que abría los ojos y miraba un poquillo, era horrible, porque yo veía lo que estaba dejando y yo*

*decía, ¡esto no puede ser!, era más fácil encerrarte en donde estaba y seguir con mis atracones, con mi bulimia, y ya es que era un círculo vicioso, tu te pegas tu atracón, vomitas, te sientes mal, angustia, ansiedad, otro atracón, luego, sobre todo cuando no podía vomitar eso era mortal, porque a veces no podía vomitar, y eso era volverme loca, era encerrarme en el cuarto... bueno, locura... yo cuando no podía vomitar era insoportable...*

El reconocimiento de la enfermedad, la culpabilización que le genera y la tristeza por la vida que deja escapar hace que entre en lo que el discurso médico denomina el "círculo vicioso de la anorexia" o en lo que desde la perspectiva de la acción, nosotras denominamos el proceso adictivo que más adelante definimos.

*...era horrible, porque yo veía lo que estaba dejando y yo decía, ¡esto no puede ser!, era más fácil encerrarte en donde estaba y seguir con mis atracones, con mi bulimia, y ya es que era un círculo vicioso, tú te pegas tu atracón, vomitas, te sientes mal, angustia, ansiedad, otro atracón, luego, sobre todo cuando no podía vomitar eso era mortal, porque a veces no podía vomitar, y eso era volverme loca, era encerrarme en el cuarto... bueno, locura... yo cuando no podía vomitar era insoportable, no se podía hablar conmigo, pero durante, durante el atracón yo era un monstruo, me pillaban dándome un atracón y la gente corría, en mi casa corrían, porque era capaz de pegarle a mi padre con tal de que a mi no me apartaran de la comida, hasta a mi tío le he llegado a pegar, mi tío ha intentado cogerme.... ya ves, que es un armario empotrado.... no podía conmigo...*

Laura reconoce la "locura" del proceso anoréxico. Pero no justifica los medios que utilizan para combatirla y critica que el

tratamiento se centre en la comida: "siempre lo mismo lo que comes, lo que no comes".

*...yo no tenía ganas de hacer nada, no quería luchar, no tenía fuerzas para luchar, porque eso era luchar, y si no tienes fuerza ni tienes aliciente pues te da igual.*

A Laura le faltaban recursos para afrontar que su hermana se estaba muriendo. En este sentido, la forma de abordar el problema del malestar en el entorno familiar podía estar influyendo en el agravamiento de la crisis restrictiva y/o bulímica en Laura.

*...me sentía frustrada porque ni estaba estudiando, porque no podía, ni estaba haciendo lo que quería, no tenía prácticamente... mi familia estaba partida... que si mi hermana... yo que se, no tenía apoyo de mi familia... siempre estaban peleándose, si no era una pelea era otra, cada uno hacía su vida, era como hacerse daño aquí dentro, ver a mi hermana tan mal... mi hermana de ser un angelillo pues... claro, con la enfermedad ha pasado mucho, mucho... y que le ha cambiado mucho el carácter, porque claro, porque ella decía, ¿a mi por qué me ha tenido que venir esto con 22 años?, y es muy duro aceptar eso, a ella también le cambió mucho el carácter, no lo entendía, por supuesto que no lo entendía, ella decía, pero vamos a ver ¿tu cómo puedes estar haciendo eso y yo con lo que tengo encima...?, yo tampoco lo veía, no me ponía en su lugar, peleábamos y peleábamos, eso era el pan nuestro de cada día, esa era la pelea más grande que había, con ella, porque ella no me entendía a mí, ella me decía que yo hacía lo que quería,*

La forma que el sistema médico le proporciona para afrontar el problema es la medicación que ella, en principio rechaza.

*...las medicinas al principio no me las quería tomar, luego ya empecé a tomármelas cuando me las mandó Morandé, tuve que empezar a tomármelas, es que ya era por huevos, cuando empecé con el Prozac, que me he tirado cinco años con Prozac, la famosa pastilla. Es que era un círculo, mi vida era, el cuarto, comer, y vomitar, me quité de los scout... mira, con la bebida... unos desmanes...*

Frente a su grito de autonomía, encuentra fármacos y responde con más demanda de autonomía. En sus palabras Laura lo expresa así:

*...es que en vez de ayudarte solo te echan la bulla... ¡mira que es mi vida, que con ella hago yo lo que me da la gana!, si me quiero matar pues me mato, eso es lo que yo les decía siempre, si me quiero matar pues me mato y si no pues me voy... es que era menor de edad, efectivamente era menor de edad, mis padres mandaban en mí, ahí enfocaron todo lo de los ingresos, a mí... claro, ya empecé con los intentos de suicidios, es que he tenido por lo menos 20..."*

*¿Y te querías matar?*

*No siempre, yo reconozco que no siempre, yo quería asustar a mis padres para que me dejaran tranquila, asustar a mis padres, a los médicos... como decir... ¡estoy aquí!... era un grito, era gritar, eso es lo que hacía...*

*¿Un grito de qué?*

*De auxilio. Inconsciente, pero era un grito de auxilio....cada vez que me intentaba suicidar me pillaban, nunca me moría...*

*¿.... te encargabas tú?*

*Sí, vaya... anda que yo era tonta, pues no me dejaba yo caer bien, y les decía ¡cuidado que yo no lo hacía a caso hecho!, y hasta lo avisaba, los avisaba antes.*

Laura fue una y otra vez internada en distintos hospitales. Sus recuerdos de las hospitalizaciones están muy vivos, son muy expresivos y se centran en criticar la limitación de autonomía que lleva implícita la hospitalización y que ella no llegaba a comprender. Considera que lejos de contribuir a su relajación, la privación de libertad incrementaba su malestar y, con ello, el rechazo y la protesta.

*...te cortaban la libertad para todo, porque en los ingresos no podías hacer nada, tenías un régimen de vida, te ponían un planning. A tal hora te levantas, a tal hora comes, a tal hora sales, esta hora para hacer los deberes, esta hora para estar con las amigas y a esta hora tienes que estar acostada. Y yo tenía 16 o 17 años, decía, pero vamos a ver, todo el mundo de marcha, todo el mundo por ahí y yo aquí puteada, ¿por qué?, más me amargaba*

Los psiquiatras que la trataban valoran la resistencia y el rechazo que manifiesta como signo de la gravedad del proceso, llegando a considerar que el proceso anoréxico-bulímico de Laura puede cronificarse.

*...a mis padres le dijeron que yo era crónica, que no contaran conmigo, pero aquí, en Madrid, en los 3 hospitales de Madrid les dijeron que no contaran conmigo y aquí en Granada lo mismo, les dijeron que yo era crónica, bueno*

*con Morandé tuve unas peleas grandísimas, y todavía estamos de pelea, bueno yo ya paso, ya no tengo más, porque Morandé se porta mal conmigo, pues porque no me gustaba la forma que tenía...*

*...me llevaron al hospital Doctor León, a Madrid, casi a rastras, fatal, aquello fue horroroso. Mi ingreso allí.... una historia de miedo no tiene nada que ver, yo creo que el peor ingreso que he tenido ha sido ese, del que peor he salido, porque yo para todo el mundo estaba perfecta, yo estaba muy bien, pero yo creo que en toda mi vida he sido tan actriz como aquella vez, del miedo que tenía a lo que me iban a hacer, de verme atada de pies y manos a una cama, de verme sin poder hablar con mi madre, porque le dije a mi madre que me sacara de allí, porque yo empecé a ver cosas muy raras, yo no sabía por qué nos tenían tan controladas, por qué teníamos que tener a alguien al lado cuando hablábamos por teléfono, no se .... es que aquello lo vi.... la gente que tenía alrededor eran, por una parte era geriatría, había toxicómanos, nosotras estábamos en una parte de la planta aisladas, había también muchachos, en los jardines estábamos todos juntos, a mi llegaron a pasarme porros por la ventanilla de la puerta, era una cárcel, una ventanilla en la puerta, la puerta cerrada, y allí no entraba nadie, nada más que la cama y el escritorio, eso es lo que tenía. Al principio yo me tiré 3 días metida allí (en la habitación), después empecé a dar paseos por la tarde, hasta que ya sales con todo el grupo, y vas súper controlada, el tabaco ninguno, supercontrolado, pero el miedo que tienen que tú hablaras algo con tus padres de que me quiero ir, le comían la cabeza a los padres de tal forma de que nosotras éramos las culpables, que me acuerdo que hablé con mi madre y me tiré tres días, me acuerdo que me pincharon dos inyecciones que me dejaron grogui, de pies y manos a la cama, atada, y me empezaron a soltar una mano, luego un pie...*

Esta situación hace que Laura se sintiese "como una presa" y el tratamiento lo considere como un castigo ante su mal comportamiento. El tratamiento y la hospitalización lejos de mitigar el conflicto provocan en ella reacciones más agudas y continúa con sus intentos de suicidios.

*Una presa, como si estuvieras haciendo algo malo, te hacían sentir... es que ya no era que te hicieran reconocer la enfermedad, era como si yo estuviera haciendo algo malo, era como si fuese mala, me sentía mala, yo soy alguien malo por eso me están haciendo esto, era como un castigo, a mi me estaban castigando por tener la enfermedad.*

En este caso el psiquiatra recurre a otro tratamiento, separarla de su grupo y de las cosas que a ella le interesan. El tratamiento en este momento pasa por abandonar los estudios e irse a trabajar con el padre en horario de noche.

*...yo salí en julio, y en septiembre me tuvieron que ingresar en el Niño Jesús, por otro intento de suicidio. Estuve un mes y Morandé me dijo que no me dejaba matricularme en el instituto, decía, este año no. Claro yo había perdido 2 años de ingresos, y yo empecé a hacer 4º de ESO porque ya el 2º de Bachiller, de BUP no lo podía coger, y me dijo, tú no te matriculas en la ESO, y digo, ¿por qué?, y me dice, porque no, porque se que la vas a liar, y le dije, ¿entonces qué quieres que haga que me quede tumbada?, dice, no, te vas a ir a trabajar con tu padre ...., y digo, no, yo quiero estudiar, dice, no tu te vas con tu padre a trabajar .....*

En el momento de la entrevista Laura se siente muy bien, han pasado algunos años y ha conseguido salir del proceso anoréxico -

bulímico. Lo recuerda como una pesadilla y lo único que considera positivo son las técnicas de relajación aprendidas con la psicóloga.

#### **5.1.8. BLANCA**

En el momento de la entrevista Blanca es una mujer de 24 años, tiene trabajo cualificado y vive con una pareja estable en un piso de la ciudad de Granada. Es hija única, y sus padres se separan cuando ella tenía 2 años. La infancia transcurre en una ciudad pequeña en la que vive con la madre. El padre vive en otra ciudad con otra familia. La madre es enfermera.

#### **5.8.2. Vida familiar y social**

El núcleo familiar de Blanca está compuesto por ella y su madre. Siempre ha mantenido una buena relación con el padre, aunque limitada a periodos vacacionales.

*...estoy enamorada de mi padre desde.... pero contacto, 2 veces al año, en vacaciones de verano y navidad, lo quiero mucho, pero tampoco hemos tenido una relación así.... tan diaria, no creo que me conozca tanto, y yo a él tampoco.*

La madre trabaja como enfermera y su vida profesional se ha desarrollado en distintas ciudades. Blanca y su madre siempre han mantenido una relación muy estrecha con la familia materna.

*...la playa, la familia, muchos hermanos de mi madre vivían en (...) y éramos muchos primos, tenía un hermano por parte de padre, mucho menos que yo, pero apenas hemos tenido contacto, y recuerdo a los primos que éramos como hermanos, estábamos todo el día juntos, de la infancia sí tengo muy buenos momentos.*

De la madre resalta su preocupación y exigencia con la alimentación y los estudios.

*...me acuerdo del colegio que yo veía a mis compañeros que llevaban bocadillos, que compraban Bollycao y cosas de esas, y yo siempre llevaba el sandwich integral y la manzana, y aquello me frustraba... (risas), porque me gustaría haber comido como todos los niños (mi madre) a de las que llegabas con 3 sobresalientes y 5 notables y te decía que se podía mejorar. Tenía un primo que era 1 año más pequeño que yo, nos hemos criado juntos prácticamente porque vivía en (...) conmigo, luego cuando nos vinimos ellos también se vinieron, y mi primo era de todo sobresaliente y de vez en cuando lo pasaba mal porque me comparaba un poco con él, y ya te digo, ¿Qué problemas?... suspensos yo nunca había llevado un suspenso a mi casa, pero siempre era.... ¡puedes más!... y puedes más.*

Algunas tareas domésticas se reparten: la madre cocinaba y se preocupaba por llevar una dieta equilibrada, Blanca pone, quita la mesa y friega los platos.

*Yo ayudaba en casa, como ella trabajaba pues yo ayudaba de bien pequeña tenía que cocinar y que ayudar en casa, además vivíamos ella y yo, y era un poco eso, que había que compartir.*

De la infancia recuerda muchos momentos agradables siempre relacionados con la familia. Siempre fue una buena estudiante y prefiere las asignaturas de letras.

*Muy bien, siempre, mi madre dice que soy una perfeccionista, eso sí... cuando llego a la Universidad es un poco diferente, pero por lo demás, ningún problema.*

*La verdad es que nunca me lo he planteado... los idiomas, de hecho he hecho la carrera de Interpretación y Traducción, supongo que sí, los idiomas, siempre de letras más que de ciencias, y de ciencias la que más me gustaba fue química, pero tampoco las matemáticas.... no me gustaban, más de letras.*

Afronta los retos y las nuevas situaciones mediante la angustia y afán de perfección "tengo que hacer esto, tengo que hacer lo otro...y todo tiene que ser perfecto" nos dice. Está continuamente obligándose, lo que favorece un estado continuo de ansiedad. Quiere hacerlo todo, quiere responder a todo y quiere hacerlo bien.

*Creo que soy yo misma.... tengo que hacer esto, tengo que hacer lo otro y... soy demasiado perfeccionista y es como... todo tiene que ser perfecto, y me ha pasado con mis estudios y me ha pasado con mi cuerpo y me ha pasado con mi relación, con mis amigos, es como siempre das demasiado y a veces te.... acabas agotada, y yo creo que en esa etapa así, de bajón que te entra... pues... es como etapas, de euforia y de repente pues te da el bajón, pero yo creo que es por eso, porque das demasiado, a lo mejor... no debería... dar tanto...*

*Que intentas... eso... ir por encima de tus posibilidades, como que nunca estas contenta con lo que tienes, quería acabar la carrera y ahora que he acabado la carrera y tengo un trabajo y me gusta, pues ya estoy pensando, no... tengo que encontrar traducciones porque esto no es así, porque tengo que seguir estudiando y... como que nunca estas relajada, nunca te permites... es decir... sí, lo hago de vez en cuando... pero no es sincero porque luego sin embargo sigo... y no, y tengo que hacer esto y tengo que hacer lo otro, que sí, no termino una cosa y ya tengo otra en la cabeza...*

En cuanto a los gustos alimentarios le gusta de todo, come de todo menos cuando está a régimen que restringe el arroz, las pastas y las legumbres. Aunque reconoce que hay pocas cosas que no le gusten, rechaza las comidas grasientas.

*Hay pocas cosas que no me gusten. Las cosas demasiado grasientas, y ahora ya las como, pero en mi casa nunca se han comido callos ni cosas de ese tipo, y con (mi novio) sí empecé a probarlo, y por ejemplo hoy he comido callos, y sí me gustan, pero tampoco demasiado las comidas demasiado grasas.*

Mantiene buenas relaciones con el grupo de amigos y amigas, prefiere las relaciones con los chicos.

*¿Y con quien te llevabas mejor con las chicas o con lo chicos?*

*Yo no he tenido problemas de amigos, he tenido amigas pero mis mejores amigos han sido chicos, casi siempre... por poder contarles más cosas..., pero también tengo buenas amigas.*

No está, ni ha estado nunca, preocupada por la ropa ni por la moda, actualmente le gusta la ropa informal.

*Antes era más clásica, ahora cada vez me gusta más la ropa informal.*

Cuando era pequeña admiraba a su padre y su ídolo femenino era Mafalda, de este personaje nos dice que tenía "todo lo que se puede tener". De adolescente, no admiraba a nadie.

*Mafalda, ella fue mi ídolo durante mucho tiempo, además de hecho tengo todo lo que se puede tener de Mafalda.*

El deporte siempre le ha gustado mucho y desde pequeña lo ha practicado.

*... he estado en contacto con... he hecho taekwondo, baloncesto, también jugábamos al fútbol, de todo un poco, menos voleibol que nunca he jugado...(...) y patinábamos y nos íbamos con las bicicletas y siempre estaba haciendo deporte.*

Le gusta mucho la música, la lectura, y el cine. Rechaza las películas que tratan temas de drogas, sus directores preferidos Woody Allen y Almodóvar.

*Hombres G, todo lo que sale así... las Spice Girls, yo me acuerdo por ejemplo en la adolescencia pues eso, lo que sonaba. Pero ahora me gusta todo, menos el heavy metal y esas músicas raras, también depende del momento, pero no soy maniática de una música, me suele gustar casi todo.*

*Me gusta el deporte, me gusta leer, de lectura me encanta la novela histórica, y me gusta estar con mis amigos, tener tiempo para disfrutar de (mi novio) ..., de mi gato, también tengo un gato.... (risas)*

*Me gusta mucho ahora la música brasileña, y tengo un amigo que mezcla música un poco tecno.... jazz... un poco de todo.*

*De pequeña la que más me impactó fue La Historia Interminable, me encantó, y negativamente todas las películas que tienen que ver algo con la droga, no las puedo ver...*

*Me gustan mucho las películas de dibujos animados todavía, me ha encantado Walt Disney, además son las películas que más he visto, de eso que me las se de memoria, La Bella y la Bestia la habré visto no se cuantas veces... ahora me gusta más el cine independiente, pa se una época que veía las americanadas y ahora cada vez me gustan menos, ahora me encanta Woody Allen, me gusta Almodóvar también.*

#### **5.1.8.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia**

El proceso anoréxico de Blanca comienza cuando tiene entre 12 y 13 años. Coincide con el cambio de residencia. La madre y ella dejan la ciudad donde viven y vienen a Andalucía a vivir con la abuela, un hermano y una hermana de la madre. Se producen unas circunstancias que define como "un poco extrañas". Recuerda que en este periodo la madre estaba siempre trabajando y ella se pasaba todo el día con la abuela, el tío y la tía, estos últimos estaban "enganchados a la heroína".

*...volvimos al pueblo del que es mi madre, a ... , y entonces allí fue un poco donde comenzó.... a ver, es que yo lo cuento por cursos, yo estaba en 7º de EGB, que ya no me acuerdo cuantos años se solía tener.... son 12, ¿no?, o menos. Pues eso, 7º ya lo hice allí, y en 8º de EGB, más o menos, fue cuando empezó... bueno, tampoco sabría decir, empezó en tal momento, sí se que por ejemplo, las circunstancias eran un poco extrañas, porque mi madre y yo volvíamos de ...., mi madre tenía que encontrar una casa donde vivir las dos, entonces durante un tiempo tuvimos que vivir en casa de mi abuela, mi madre trabajaba durante la mayor parte del tiempo y no nos veíamos, y mis tíos vivían en casa de mi abuela y se engancharon a la heroína, entonces fue como una época muy extraña.*

Sin saber porqué Blanca comienza a restringir la dieta alimentaria y a hacer mucho ejercicio, llegó a perder 15 kilos en 3 meses. Recuerda que le gustaba retar sus posibilidades y llegar al límite, no comía hasta que le faltaban las fuerzas. Llega a pesar 40 kilos. Un día la madre la ve desnuda y se da cuenta de que tiene un problema de salud. La madre aborda el problema poniendoles límites en el ejercicio pero no la obliga a comer.

*Me pesaba 1 vez a la semana, además perdí 15 kilos en cuestión de 3 meses o cosa así, fue súper rápido, empecé a hacer deporte y por ejemplo no comía hasta que notaba que no podía más, que me flaqueaban las fuerzas totalmente, y empecé a adelgazar hasta que llegué a los 40 kilos que ya fue cuando mi madre se dio cuenta, yo llevaba ropa ancha, todo el mundo pensó que era un poco por la adolescencia que estaba perdiendo peso, hasta que un día mi madre me vio duchándome, entonces ya me prohibió hacer deporte, me dijo que si no comía que... no es que me prohibiera hacer deporte, me dijo que si no comía que no podía hacer deporte.*

En el deporte Blanca busca calmar la ansiedad y el malestar que le provocaba una situación familiar conflictiva. Cuando no puede hacer deporte busca un nuevo recurso para calmar la ansiedad y lo encuentra en la comida. Comienza el periodo bulímico. Entre los 15 y 16 años comienza los atracones de comida y en un año engorda 20 kilos. Combina los periodos restrictivos con los periodos bulímicos y sin saber por qué ni cómo pasa de no comer y pasar hambre, a no poder parar de comer.

*...como te tiras un montón de tiempo pasando hambre y después un día, no sabes por qué empiezas a comer y no puedes parar y además te sientes fatal porque no quieres comer pero no puedes parar de comer, y te comes cosas que dices, ¡dios mío cómo puedo estar comiendo esto! de los 15 a los 16, fue a base de atracones, de tirarme 1 semana sin comer dulces, sin... en mi casa había que comer, si ella estaba, pero si no estaba, pues no comiendo o haciendo dieta, o comprando... ahorrando como podía... comprando hierbas, historias de estas en las herboristerías ó... muy mal, esa época fue peor incluso que la que adelgacé porque era... como te tiras un montón de tiempo pasando hambre y después un día, no sabes por qué empiezas a comer y no puedes parar y además te sientes fatal porque no quieres comer pero no puedes parar de comer, y te comes cosas que dices, ¡dios mío cómo puedo estar comiendo esto!... desde... ayer lo estuve hablando con una amiga, de decir, es que me da vergüenza y de hecho es que todavía me pasa!*

En ambos periodos, restrictivo o bulímico, la alimentación pasa a ocupar un primer lugar en las preocupaciones de Blanca, en un momento en el que vive una realidad que no le gusta y que no entiende.

Cuando Blanca analiza el por qué del proceso anoréxico-bulímico considera que la explicación hay que buscarla en la forma que ella encuentra de escaparse de una situación que no le gusta. La forma que tiene de crear un mundo en el que solo está ella y sus preocupaciones sin pensar en nada más.

*A veces creo que por ese.... el querer tener todo bajo control, tus estudios, tu vida, tu... todo... como lo que te rodea está tan fuera de control, mis tíos, mi madre por ejemplo, también ha tenido y tiene, problemas con el alcohol... no problemas serios pero también ha tenido algún que otro problema, y eran situaciones como que yo no podía controlar, me veía un poco así a veces, perdida, y yo pienso que intentaba crear un cierto control y orden con lo que yo podía hacer, mis estudios, mi cuerpo, las relaciones con mis amigos....*

Ante una situación cotidiana que no entiende y que no puede controlar, se refugia en su mundo interior que gira en torno a su cuerpo y los estudios. Conseguir las metas que ella se propone exige esfuerzo personal, pero tiene recompensas visibles y controlables. Consigue un cuerpo delgado y consigue obtener buenos rendimientos académicos para acceder a la carrera universitaria que ella decide. Los momentos más duros del trastorno alimentario coincide con los problemas familiares y con su relación una compañera de instituto a la que llaman "la reina de las anoréxicas". En ella veía a la mujer perfecta, sacaba las mejores notas, era la más guapa y tenía un cuerpo perfecto. Provocaba admiración, respeto y envidia.

*... con las mejores notas, la más guapa, y ella fue un poco... ella y yo hablábamos de esos temas, y ella fue la que me dijo que vomitaba y tal, y yo decía, pues mira a lo mejor lo que tengo que hacer es vomitar, pero que me alegro de no haber podido vomitar... (risas)*

*Dices, la reina de las anoréxicas, ¿por qué dices eso?*

*Porque ella era.... a lo mejor lo que todas queríamos... el cuerpo perfecto... la llamaron porque... las notas mejores, ha hecho aeronáutica en Madrid y no se si está trabajando en la NASA... era la envidia, era la.... mujer perfecta, era guapa, era alta, estaba delgada, tenía un expediente increíble, era la envidia..*

A los 17 años la restricción alimentaria y el estrés por los exámenes de la selectividad le provocan alopecia. Visita al médico que la diagnostica de trastornos alimentarios. La analítica habla de deficiencia de hierro y el tratamiento consiste en una dieta rica en hierro.

Aprueba la selectividad, consigue entrar en la carrera elegida y se va a vivir a otra ciudad. El primer año del cambio es un tira y afloja entre dietas restrictivas y bulímicas pero, poco a poco, Blanca va creciendo y madurando. Viaja a otros países para completar sus estudios y empieza a quitarle importancia al tema y, sobre todo, a llenar su vida de otras ocupaciones, preocupaciones y proyectos.

*El primer año... regular, porque estaba todavía en la fase esa de no como, ahora como mucho, pero ya no se , después empecé a viajar, me fui 1 año a Estados Unidos, después he estado en Alemania medio año... no se ...*

*empiezas a darle menos importancia, empiezas a llenar tu vida de otras cosas... desde amigos, vivir 1 año fuera de tu país, fuera, lejos de tu familia, conocer a gente nueva, tener familia, como quien dice, en otros países que son amigos, con los que has pasado tanto, a los que has querido tanto, no se , que empiezas a ver que hay cosas más importantes y más bonitas de qué preocuparse... empiezas a pasar un poco más del tema el peso... pero siempre está ahí, siempre sigue..*

En el momento de la entrevista Blanca vive con su pareja y, aunque dice no haber salido totalmente del proceso, no le ocasiona graves problemas en su vida diaria.

*¿Cómo empezaste a escaparte de eso?*

*Bueno, de hecho no me he escapado del todo, pero... un poco cuando pasas la adolescencia y empiezas a madurar un poco y empiezas a darte cuenta que la gente que te quiere te quiere tal y como eres y tienes una pareja que te quiere y te dice que eres estupenda y que eres guapísima y que no te tienes que preocupar tanto por tu físico y entonces empiezas a relajarte un poco más, y dices, bueno, me voy a dar un respiro, pero siempre está ahí, quiero decir, siempre tienes algo que... supongo que cualquier mujer...*

### **5.9.1 ROCÍO**

Rocío en el momento de la entrevista tiene 26 años, trabaja como educadora de niñas y niños discapacitados. Nació y vive en Granada. El padre trabaja en la construcción, la madre es costurera. Tiene un hermano tres años menor que ella con problemas de salud. En el momento de la entrevista vive con su novio.

### 5.9.2. Vida familiar y social

La infancia de Rocío transcurre en la ciudad de Granada donde vive con el padre, la madre y el hermano. Cuando tiene siete años hospitalizan al padre para desintoxicarlo del alcohol, aunque este recuerdo no aparece especialmente reseñado en su relato.

En la familia de Rocío se produce una división de roles. El ejercicio de autoridad lo realiza siempre el padre. Rocío contribuye a la dinámica familiar de forma muy activa:

*mi madre siempre ha dicho que yo era sus pies y sus manos, parecía una viejecilla chica, sí, porque para la edad que tenía era demasiado dispuesta....*

*¿A ti te creaba eso algún problema, eso de que tú fueras la que...?.*

*No, al revés, me gustaba, y me acuerdo yo, los sábados que ella trabajaba por las mañanas y yo me ponía... le dejaba toda la casa recogida, le limpiaba..., siempre me ha gustado...*

*¿Y eso cómo te lo valoraban tu familia?*

*Bien, yo veía que mi madre siempre me lo estaba agradeciendo y mi padre mucho*

Desde pequeña asume el desempeño de los roles femeninos: cuidar del espacio doméstico y del hermano pequeño. Labores que le proporcionan satisfacción y reconocimiento. Se recuerda como una niña buena y responsable.

*..., mi madre era la que estaba en la casa, pero cuando ella empezó a trabajar en la tienda... nosotros salíamos del colegio, me acuerdo, a las 12 y media de la tarde, y entrábamos a las 3, y en ese hueco, ella salía de trabajar a las 2 y media, cuando llegaba a la casa, nosotros ya habíamos vuelto del colegio, ella siempre me dejaba la comida a medio hacer para que la calentara, siempre, y yo como siempre he sido muy maruja me ponía a limpiar, le hacía las cosas... a mi me ha gustado mucho todo eso. Y casi siempre lo hacía yo, hasta que ella dejó de trabajar...*

*¿Y tú hermano?*

*Mi hermano... pues que se las pusieran todas... él llegaba y ¡niña y la comida!, la niña le tenía que poner la comida.*

La división sexista de roles no le produce ningún problema. Le gusta desempeñar actividades de cuidado, de pequeña quería ser enfermera, posteriormente se forma como educadora de Disminuidos Psíquicos y, más tarde, como auxiliar de geriatría. Rocío nunca ha sentido que el hecho de ser mujer le haya influido. No percibe situaciones de discriminación por sexo.

*No, no se si habrá sido el hecho de que he escogido una carrera y una forma de vida que hay más mujeres que hombres, pero no, nunca, incluso en el deporte que yo practico también hay más hombres que mujeres, si yo digo que yo practico escalada o que hago descenso de barranco, me dicen... ¿cómo?, pues haciéndolo, y .... ellos me conocen, en verano siempre voy con pantalones porque como me ponga una falda... llevo las rodillas siempre moradas, y las piernas hechas un cristo, pero.... me gusta, es una forma de vida, y por ser mujer.... nunca lo he visto como una barrera, de hecho*

*también he querido meterme en el ejército, ser soldado profesional, y no me metí por la talla, porque no daba la talla, pero eso también me gustaba, y no lo veía como un impedimento ser mujer, si no que yo veía como impedimento el que era muy chica, y ya está, la estatura.*

Durante la infancia y la adolescencia Rocío no tiene problemas académicos, fue una buena estudiante y obtiene buenos rendimientos académicos. No tiene problemas para relacionarse con el grupo de iguales.

*...tenía 4 o 5 amigas, amigas, que yo quedaba con ellas, porque nosotros vivíamos en una urbanización que estaba cerrada, ellas siempre se venían a mi casa, a mi placeta, porque en mi casa siempre había alguien, porque a mi madre también le ha gustado, ella ha preferido que se vinieran a mi casa a que yo estuviera por ahí, ella nos preparaba cualquier cosa, o a ver una película o lo que fuera, y siempre he tenido así 4 o 5 amigas.*

A partir de los 17 años la situación cambia. Cursa COU y los estudios dejan de interesarle, suspende muchas asignaturas y decide reorientar su trayectoria académica.

*EGB y el bachiller bastante bien, después del bachillerato me fui a FP, porque quería hacer Educación Especial, hice COU pero me fue fatal, era una niña a la que nunca le quedaron asignaturas, llegué a COU y me quedaron las 7.*

*...fue la época en que me eché novio, mis amigas también cambiaron, casi todas se fueron a letras yo me quedé en ciencias, no se ...*

Las relaciones de amistad se diluyen. En este mismo año conoce a un chico que pronto se convierte en su novio y todo, menos él, pierde interés: "me encerré mucho en él".

*...hasta que me eché novio, con 17 años, en un principio yo salía con sus amigos, y él con mi gente pues como que.... entonces yo por que él no se enfadara empecé a poner excusas y excusas... hasta que se distanciaron de mí, mis amigas claro, yo tampoco me sentía bien, porque yo ponía la excusa.... ¡no, es que hoy no salgo por tal, o es que me ha dicho que tenemos que ir a este sitio, o es que vamos a ir con esta gente!... entonces pues.... empezaron a distanciarse, y a mi también me daba miedo, pensaba, me voy a quedar sin amigas... me encerré mucho en él... fue así...*

Con respecto a la alimentación siempre ha comido bien y le gusta todo, sobre todo alimentos de gran aportación calórica y proteica.

*Las patatas fritas, y el arroz....Me gusta mucho el pescado, la carne asada, las salsas, pero los potajes no me hacen mucha gracia, siguen sin gustarme.*

No se ha preocupado nunca por la moda ni por la ropa.

*Ropa informal, casi siempre voy en chandal, ropa deportiva, o en vaqueros, lo que es ropa femenina la verdad es que no.*

No admira a ninguna persona, siempre ha querido ser ella misma pero más delgada

*No, no he tenido ningún ídolo, era yo misma, delgada, que yo hiciera así y yo me pudiera meter los dedos aquí.*

Le gusta el deporte de aventuras y el atletismo que practica cuando sus otras actividades se lo permiten.

A Rocío le gusta todo tipo de música salsa, merengue... música para bailar y también cantautores españoles. Lee sobre todo novelas de intriga, de aventuras y le gustan las películas románticas y de intriga.

*Me gustaba la música... la salsa, el merengue, todo eso me gustaba, y era escuchar música... Música española, Malú, Manolo García, el del Último de la Fila, Joaquín Sabina, Presuntos Implicados...*

*Me gustaban los libros de miedo, de misterios y cosas de esas, y después me dio por los de aventuras.*

Lo mejor de su relación de pareja es que compartía el gusto por la escalada y las actividades al aire libre. Lo que menos le gusta de su pareja es que

*...siempre estaba con el miedo, porque yo a él no lo podía localizar nunca, y él se presentaba aquí cuando quería, y yo siempre estaba con la casa... ¿y si viene?, porque tiene esa cosa, que no avisa, entonces siempre estaba con el miedo, ¿y si viene?, si no me ve ahora va a decir que no se que... y siempre he estado yo más encerrada por ese tema*

### 5.1 9.2. La experiencia de la anorexia y la bulimia

El proceso anoréxico-bulímico de Rocío comienza, aproximadamente, a los 15 años. Estudia Bachillerato, obtiene muy buenos resultados académicos, pero recuerda este tiempo como una época triste en la que ella se encuentra cargada de complejos. Su aspecto físico no le gusta. Tiene complejo de ser "gorda", "morena" y "con vellos", complejos que le generan inseguridad.

*... yo pienso que estaba gorda, es verdad, estaba.... a mi aquello me causaba mucha.... muchos complejos, eso y ser tan morena de piel, mis padres no son tan morenos, y mi hermano tampoco, y yo salí a un abuelo de no se qué... y eso... y el vello, ser tan velluda.... que no, que no podía, y....eso era, sobre todo el vello y la gordura, mis complejos favoritos, y me encerraba en mi casa.*

*... cuando llegaba el verano, aquello me mataba a mi, porque a lo mejor decían de ir a la piscina, o a cualquier sitio, y yo.... ¿cómo iba a ir, cómo me iba a poner en bañador, dios mío?*

*...no me sentía segura, porque me creía que todo el mundo se estaba riendo de mi, entonces no.... yo salía a la calle e iba... si alguien me miraba, se estaba riendo de mí...*

Decide cambiar aquello que puede: el peso. Se encierra, su vida transcurre de casa al instituto, sin tener muchas relaciones y estudiar se convierte en su única ocupación. Obtener un cuerpo delgado es un instrumento para conseguir seguridad en sí misma y gustar a los demás.

*¿Era importante para tí tu cuerpo?*

*Mucho, porque sí.... yo verme.... que estuviera esto más gordito que esto o... me daba mucha angustia, no podía... me daba vergüenza...*

*¿Y cuando te metías los dedos .....*

*Yo me sentía mejor, me gustaba la sensación de yo hacer así (no tener grasa para coger en el abdomen), entonces me buscaba otro sitio en el que pillara algo, eran objetivos, iba buscando objetivos, poquito a poco hasta que... una noche, era domingo, fuimos a casa de mi abuela, esa noche comí más o menos... y me puse muy mala, me puse a vomitar...*

Adelgazar se convierte en su objetivo y para conseguirlo no escatima esfuerzo: sigue una dieta estricta, toma laxantes, envuelve el cuerpo en plásticos, corre.... Conseguir un cuerpo delgado se convierte en un reto, en su signo de conquista.

*yo me acuerdo que me ponía... me da hasta vergüenza decirlo, me ponía una faja, forro de los libros, el plástico ese, me forraba el cuerpo, y un sujetador de cuerpo, así, que ya no llevan siquiera, para adelgazar, y me iba a correr, por la tarde un ratico, con una amiga, ella estaba muy delgada, practicaba balonmano, esta me ayudó, cuando se dio cuenta se portó muy bien, para mí que se viniera a correr me venía fenomenal, ella tenía que entrenar y yo me iba con ella.*

*Yo estaba a gusto con no comer, para mí un día tirármelo sin comer, eso era un reto, eso era una alegría para mi cuerpo, otras veces me daba por comer, yo que se , melocotón en la leche, pues todo el día con melocotón y leche, otro día plátano en la leche, al pollo cocido, al pollo asado...*

Poco a poco adelgaza sin muchos problemas. Ella era la encargada de servir la comida al hermano pequeño. Que el padre y la madre no esten en la casa a la hora de almorzar ayuda a que realice su objetivo.

*Las comidas las organizaba yo, claro... porque mi madre trabajaba y como yo al mediodía estaba sola en la casa, las organizaba yo, mi madre me decía, ¡mira nena, hay lentejas, te dejo las patatas para que las cuezas, nada más, entonces yo le echaba la comida a mi hermano, después llegaba mi padre, le echaba la comida a mi padre, y yo ya recogía los cacharros, limpiaba...*

*... él (el hermano) siempre se quedaba en el comedor, viendo la tele, y entonces yo, cuando llegaba... ¿tú no comes?, y yo, ¡ya he comido!, no comía.... en esa época no comía y punto, pero por la noche estaba mi madre, entonces tenía que comer algo, comía un poquito, tardaba en comer lo más grande, y...*

La información sobre las dietas y las estrategias para disminuir el peso las obtiene mediante las conversaciones con las amigas y en las revistas dedicadas a jóvenes.

*La Superpop, la Ragazza, todas esas cosas, y dietas, y le quitaba parte de lo que decía, porque si ponía que eran 500 calorías pues yo me tomaba 250, quitándole a todo una parte... y no me sentía mal, al revés, me sentía bien.*

Consigue disminuir el peso y comienza a sentir los primeros síntomas de desnutrición. Una noche se desvanece en el cuarto de baño, la familia se asusta. La madre decide llevarla al médico que la

diagnostica de "principios de anorexia". A partir de entonces comienzan los conflictos familiares y el control sobre la alimentación. En el centro del conflicto la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos. El control de la alimentación le genera contradicciones

*"yo me veía que estaba otra vez... como que no.... como que yo no me veía a mí....".*

A los 17 años conoce a un chico que pronto se convierte en su novio. En este mismo año cambia la residencia familiar, se separa de las amigas y pierde el interés por estudiar.

*...en esa época me mudé también, me fui a (.....) a vivir al pueblo, aquello me mató.*

*Mis amigas también cambiaron, casi todas se fueron a letras yo me quedé en ciencias, no se ... fue una cosa ahí... muy rara, yo es que no me lo explico, porque no.... le perdí el gusto a estudiar*

El control sobre su alimentación lo ejercen su madre y su novio, a ella le genera contradicciones. Por un lado comer era hacer lo que ellos querían, sin embargo percibe que

*yo no me estaba viendo bien... yo no me quería a mi misma*

Consigue recuperar peso pero al poco tiempo, coincidiendo con una nueva etapa de problemas familiares comienza de nuevo a restringir en la dieta.

*...empecé a engordar y llegué a los 50.... y empecé otra vez a privarme, ese año fue también cuando se juntaron los problemas en mi casa yo no me veía bien a mi y entre que en mi casa tampoco se podía estar, yo empecé a quedarme en su casa a dormir, en casa de mi novio, yo decía, me quedo allí porque me pillan cerca del instituto, estaba también en mi roalillo, y yo decía, yo me siento mejor allí, mi madre por tal de que yo estuviera bien, me dejaba.... (...) me encerré en la familia de él...*

La dinámica de salida coincide con dos momentos importantes, sentirse más segura, con menos sentimiento de vergüenza, madurar y comenzar una nueva etapa en su profesión. Salir de la preocupación de sí misma, ser capaz de mirar y enfrentarse con los retos del espacio público siendo consciente de que existen otras personas con menos posibilidades lo hacen.

*...empecé a ver a gente que tenían muchos más problemas que yo y que sin embargo se aceptaban a ellos mismos, para mi eso era muy difícil..., Yo siempre he dicho que mi trabajo a mi me ha ayudado a eso, el estar con este tipo de personas.*

En la actualidad se encuentra bien, ha conseguido salir del proceso anoréxico-bulímico. Está pasando unos malos momentos en su relación de pareja, está "muy volcada en su trabajo" y en el deporte: practica senderismo y escalada en Sierra Nevada.

*Ahora me gusta salir. Ahora estoy en una época que estoy muy volcada con mis niños y mi trabajo, y con la Sierra.*

### 5.1.10. PILAR

En el momento de la entrevista Pilar tiene 25 años, es estudiante de doctorado y vive con la familia una casa adosada en una urbanización de los alrededores de Granada. El padre es profesor de universidad y la madre enfermera. Tiene una hermana menor con la mantiene muy buenas relaciones y comparte aficiones.

#### 5.1.10.1. Vida familiar y social

La infancia transcurre en Granada, donde vive con sus padres y hermana, estudia en un colegio concertado Educación General Básica y posteriormente pasa a un instituto público. La infancia de Pilar es muy activa, por la mañana va al colegio y, por la tarde, realiza actividades extraescolares.

En la familia se produce una división de roles, la madre se ocupa del ámbito doméstico y el padre del control del gasto y de la organización de las actividades de ocio. Las relaciones entre los miembros de la familia son buenas, cada uno desempeña roles complementarios sin demasiados conflictos. Define al padre como "autoritario" y a la madre como una persona encargada de suavizar las relaciones familiares.

*Viene una muchacha 2 días por semana que limpia en general y luego pues... yo hago bastantes cosas porque como estoy en el turno de tarde pues por la mañana hago bastantes cosas en la casa, y mi madre, mi*

*hermana también ayuda un poco, y mi padre.... es lo típico, que mi padre hace lo del jardín, la fontanería no se qué... y las mujeres pues limpian la casa..*

*¿Quién controla en tu casa?*

*En la paga, mi padre, porque él quería cuentas en la casa, y en el tema de horarios yo creo que entre los dos, lo que pasa es que yo creo que mi padre era el que más... chillaba, si llegabas tarde o decías que no, que querías más horas, o algo, mi madre siempre estaba así, detrás, a lo mejor intentando suavizar la cosa... pero siempre mandaba un poco más, en ese sentido, mi padre.*

*De la infancia recuerda las excursiones, las visitas a la biblioteca o los viajes, siempre en familia.*

*... Pues nos llevamos bien, porque además en mi casa los fines de semana hacemos bastantes cosas con mis padres, nos llevaban de excursión, a pasear por la ciudad y a enseñárnosla, mi padre nos llevaba muchas veces a la biblioteca y allí leíamos por la mañana... que yo eso sí lo he visto bien en mis padres, que estaban con nosotras que nos llevaban a hacer cosas... pues culturales y entretenidas... no como ahora que no... y bien.*

La trayectoria académica siempre ha sido buena. Le gustan las asignaturas relacionadas con el arte y la literatura, también las relacionadas con las ciencias de la naturaleza. Desde pequeña ha interiorizado la importancia que adquiere la preparación física e intelectual en el desarrollo personal.

En cuanto a los hábitos alimentarios, Pilar dice que en su familia se ha cuidado mucho la alimentación, se come bien y muy variado.

*En mi casa se come de todo, comemos bastante bien, en el sentido de que comemos de todo y variado, verduras, carne, pescado.*

*Me gustan las pastas, supongo que como a todo el mundo, y las verduras me gustan bastante, pero así como acelgas y cosas así, lo que no me gustan mucho son las legumbres, y bueno las patatas, las tortillas, la ensaladilla rusa, la carne, el pescado también me gusta, pero me gusta más la carne, es que me gusta todo, menos lo que son legumbres y algún tipo de pescado.*

En cuanto a las relaciones de amistad nunca ha tenido problemas para relacionarse con los chicos y chicas de su edad a pesar de considerarse “melancólica y reservada”.

*... recuerdo que siempre he sido un poco melancólica, no triste, si no un poco... tampoco era muy abierta, hombre, tenía amigos, no era de las que tienen una pandilla así, pero que hacía amigos bien, pero eso, que siempre era más reservada, hombre, no reservada de estas niñas que no se relacionan en clase ni nada... pero que bien.*

No tiene ninguna preocupación por la moda, ni por la ropa. En cuanto a la forma que tiene Pilar de afrontar los conflictos es seguir lo que ella denomina la “táctica de Gandhi” callando, callando, sin peleas pero sin hacer nada que no desee.

Siempre ha practicado mucho deporte, de pequeña estaba en un equipo de gimnasia rítmica, que abandona cuando se hace

incompatible con las horas que debe dedicar a los estudios. Comienza a practicar otros deportes como voleibol y aeróbic.

*Me gusta la gimnasia, porque antes estuve en gimnasia rítmica, luego estuve en un equipo de voleibol, luego ya he estado en mantenimiento y aeróbic, antes de ponerme enferma y eso, hacía aeróbic, que llevo ya 6 ó 8 años. Eso es lo que me ha gustado más siempre, hombre, a mi me han gustado cosas como más expresivas, ballet, gimnasia rítmica, pero bueno, como eso tienes que empezar desde pequeña. Y luego es muy sacrificado, pues ya dices...*

Le gusta mucho la música y destaca su afición por el grupo *Héroes del Silencio*, afición que comparte con la hermana. Juntas procuran no perderse sus actuaciones y una bandera del grupo decora su dormitorio. Nos llama la atención la especial predilección que tiene por "vampiros".

*Los vampiros sí, las películas de vampiros, desde las de Christopher Lee del año... hasta la última... es que últimamente el cine está... pero sí, me gusta bastante, por eso de la noche y... ese estado así entre vida o muerte... todo tenebroso... me gusta bastante, a mi me gusta bastante... es que hay un género de música que se llama black-metal, que va de vampiros, me gusta, no todos los grupos, porque es una música así... que te puede cansar, no la oigo mucho porque es un poco densa pero está bien.... Y tengo 4 estanterías llenas de libros...*

Le gusta la poesía aunque prefiere la novela de personajes de profundidad compleja y bien trazada.

*A mi me gusta la literatura del siglo XIX, romanticismo y realismo, sobre todo la literatura rusa, Gorky, Tolstoy, Dostoyevsky, es lo último, me estoy leyendo Ana Karenina, que tiene 1040 páginas, voy por la 800, me gusta porque no son así, libros morbosos de estos que hay ahora, son libros que indagan en la personalidad y en la sociedad de la época, además que son libros históricos directos, porque las novelas históricas son un rollo, y me gustan por eso, no me gusta leer mucha historia en mi tiempo libre, pero como te refleja la sociedad y... estos autores reflejan el ambiente, la atmósfera... pues por eso, a lo mejor por mi carácter melancólico, a lo mejor por eso me gusta mucho Bécquer que tiene así también novelas muy tenebrosas...*

#### **5.10.1.2 La experiencia de la anorexia**

La restricción alimentaria comienza cuando cursa COU y tiene aproximadamente 17 años. Coincide en el tiempo con un periodo de tristeza relacionado con una situación de conflicto familiar que comienza cuando ella empieza a salir con un chico trabajador que a sus padres no les gusta. Toma la iniciativa y decide romper la relación con él. En el recuerdo de Pilar parece clara la relación entre la tristeza ocasionada por la ruptura con este chico y la des gana de comer. Estaba triste, no tiene ganas de nada y deja de comer.

*¿Triste por qué, a qué le achacabas tú la tristeza?*

*...con el chico este, nos llevábamos bien y eso, pero a mis padres no les gustaba y... había problemas, porque me decían que no salía con él y yo sí quería salir con él.*

*Yo creo que me empieza por una depresión, siempre he sido así un poco triste, pero luego ya cuando dejé al chico este... estaba en COU... ya tenía muchas ganas de llorar, y... lloraba mucho, pero sin motivo, y por ahí... si es que yo creo que lo mio tampoco ha sido así, el caso típico... lo mío ha sido más bien... depresión, de la depresión caí, no al revés, como suele ser normalmente.*

*Estaba triste, normal porque lo dejé yo, y fue durillo, y luego... estaba la Selectividad, que me estre se mucho... y también estaba un poco así... al entrar en la universidad, qué iba sin conocer a nadie... un poco nerviosa... luego me fue bien, pero tenía ese estado de tristeza.*

La ruptura con el novio, la oposición de sus padres, la selectividad, el cambio a la facultad y las dificultades en las relaciones con sus compañeros y compañeras. En definitiva, una serie de circunstancias la hacen sentirse vulnerable y con falta los recursos, situación que le genera tristeza. Dejar de comer es una consecuencia de la tristeza, no es la búsqueda de un objetivo.

*... era como si no tuviera ganas así de... no de vivir, tampoco era eso, pero... como tenía tanta desgana, también empecé a dejar de comer... y ... bueno también hay que tener en cuenta que yo siempre he tenido problemas con la anemia, también hay un factor biológico, porque claro, cuando se tiene anemia uno se deprime mucho, que quizás si llegamos a coger eso antes.... pero sí, dejé de comer, ya empecé a fijarme un poco en el físico... pero tampoco he estado yo nunca muy preocupada por eso...*

Ella no buscaba tener un cuerpo delgado. Situar la preocupación en la comida cumple la función de tener un objetivo para pensar y preocuparse, para entretenerse. Así nos lo dice:

*Yo que se ... es que no tenía ganas, tampoco es que yo pensara.... no quiero engordar... no, es que yo que se ... era como... que me sentía mejor, hombre, me sentía mejor, es que teniendo la cabeza pensando en la comida, en que no comía, a lo mejor no pensaba en otras cosas que realmente son las que te duelen... las tienes ahí... escondidas, detrás de la comida... entonces, con eso estás... entretenida, con el tema de la comida te entretienes...*

El "problema de la comida" se convierte en un refugio, en una tapadera, pero a la vez en el lugar donde focalizar y situar sus conflictos, le sirve para ponerle nombre a su insatisfacción. El control del cuerpo es el recurso que Pilar maneja cuando no puede o no sabe manejar las emociones.

*Pues... no se, porque lo puedes controlar tú, porque a lo mejor, las cosas emocionales y eso, se te escapan, y el cuerpo pues tu lo manejas, si quieres comes, si no quieres no comes, si quieres estás más gorda o más delgada, es más fácil manejar lo físico que lo psíquico. Por eso te digo que es como... un entretenimiento, para no enfrentarte a lo otro. No se cómo se verá desde fuera, pero...*

La depresión y la desgana de vivir le provocan una pérdida de peso paulatina y llega a los 45 kilos. El padre y la madre comienzan a

preocuparse por el proceso y deciden llevarla al especialista que la ingresa en el hospital.

Su experiencia hospitalaria la recuerda muy traumática y cree que el tratamiento le ahonda en su tristeza. Del hospital no sale mejor, al contrario, ella considera que se produce un agravamiento. A partir del ingreso la depresión se acentúa y comienza a medicarse bajo prescripción facultativa.

*Horrible, fatal, porque en esa época tampoco estaba muy mal de depresión ni nada, tenía más días, pero... normal, pero después del ingreso, fatal, con una depresión horrible, porque yo hasta entonces no había tomado antidepresivos ni nada, pero a partir de eso, me dieron tratamiento psiquiátrico y eso, porque... estaba fatal, salí muy mal, muy deprimida, porque el tratamiento que llevan allí es en plan que no puedes ver a nadie, que te meten allí y no puedes recibir visitas ni nada de nada...*

El ingreso supone situar el origen y la causa del problema en la alimentación y en el cuerpo, en el índice de masa corporal. El tratamiento consiste en su aislamiento y en la técnica del llamado "privilegio cero". que Pilar valora así:

*Ellos te hacen como un contrato, y entonces, es que es una absoluta barbaridad, porque te ponen que... ellos te hacen unos cálculos, porque está el índice de masa corporal, que es un índice que en relación a tu estatura... es una cuenta aritmética, que se divide y se multiplica no se qué, el peso con la estatura, total, que a lo mejor el índice de masa corporal de una persona pues son 19 o 20, que resulta de su peso con su estatura, y ellos te*

*hacen un cálculo así, que te dicen, pues con 18 de masa corporal te damos el alta, que para mi eran unos 49 kilos. Y te ponían, con 46 puedes recibir más llamadas, con 47 visitas, con 48 puedes hacer salidas a la calle y con 49 te damos el alta... era así.*

La anorexia está considerada una enfermedad mental, renunciar al tratamiento puede conllevar la pérdida de los derechos del paciente y una orden judicial obligándola a restablecerlo. Ella lo sabe cuando ingresa, por ello, a pesar de la valoración negativa que le merece, decide aceptarlo.

*Si tú no quieres ingresarte, se puede conseguir una orden judicial... que yo sí quería ingresarme porque sabía que estaba mal y tal, la persona que no se quiere ingresar pues, cuando ya estas mal, cuando su vida corre peligro, en un tribunal, en un juicio, con juez, te declaran que tú no eres responsable de tu vida y tal, y entonces tienen tus padres..., claro, eso es cuando eres mayor de edad, cuando eres menor, te ingresan automáticamente, pues eso, el juez le da poderes a tus padres y le dan la orden de que te ingresan, y te ingresan.*

*Pues sí, te tienen una comida y te lo tienes que comer todo, lo que pasa es que allí no está bien.... bueno, te la ponen y te la tienes que comer, y si no te la comes pues bueno, yo que se .... no te la comes, si ya llega el momento en que no comes y no comes, pues te ponen una sonda.*

Pilar no experimentaba entonces una percepción alterada de su imagen. Ella se ve delgada. Siente una profunda tristeza e insatisfacción que se agrava con el aislamiento hospitalario y con la estigmatización de la enfermedad.

*No, no... es que lo que te digo, no me veía gorda, me veía como estaba de delgada, pero no... estaba conforme, era como eso de la insatisfacción que estaba insatisfecha, claro, estaba insatisfecha porque no estaba bien conmigo ni con los demás, pero yo lo plasmaba ahí... pues eso... una situación... que estaba enfermo y estas solo, y al lado otros enfermos que van las familias a verlos y tu allí sola todo el día, y encima si te llegaban y te preguntaban que qué tenías, y le decías anorexia, bueno, ya... el apestado de la planta, porque eso está muy mal visto todavía hoy, porque te catalogan de loca, o yo que se ... poco más o menos... en plan siglo XIX allí... con las cargas eléctricas en el psiquiátrico...*

El tratamiento hospitalario dura un mes, Pilar aumenta cuatro kilos de peso, pero se siente peor que antes del ingreso.

*Peor, porque yo ingre se con 45 kilos, salí con 49, pero peor, y luego seguí ese tratamiento...*

*¿Peor a qué te refieres?*

*Peor anímicamente, lo que es la enfermedad psicológica, iba a eso, pero que no me servía para nada, otra vez me puse peor, otra vez perdí más peso, otra vez me ingresaron, me ingresaron 3 veces, en el mismo sitio. Y luego ya, la 3ª que estaba tan mal, tan hecha polvo, que ya no tenía ni el peso ese que te ponen y tal, y me echaron, me dieron el alta...*

Al tratamiento hospitalario le sigue un tratamiento ambulatorio que consiste en ir a la unidad de psiquiatría del hospital a comer con el fin de controlar la alimentación de Pilar. Ella valora muy mal este nuevo tratamiento.

*Y luego estuve un tiempo yendo a comer con... es que este psiquiatra quería hacer una especie de hospital de día, no se ... que quiere hacer muchas cosas pero no puede, porque ni le dan dinero ni allí hay instalaciones ni nada... el del Ruiz de Alda. Pues se le ocurrió que para que estuviéramos controladas y tal pues que fuéramos a comer.... como desayunaba aquí con mis padres y cenaba aquí pero la comida a lo mejor había problemas y tal... bueno, yo que se... que se le ocurrió que fuera a comer allí a la planta de psiquiatría, y eso ya el remate total, porque allí comiendo con los locos, pues peor todavía, porque ten en cuenta que no somos gente... no es una enfermedad como anorexia o bulimia, que es psicológica pero no es esquizofrenia, psicosis... y allí son agudos.... horrible, espantoso, allí con los locos, no tengo nada contra ellos, se que son enfermos, pero es muy violento tratar con ellos...*

Si bien el control de la alimentación durante el proceso hospitalario favorece que aumente de peso, la recuperación no se mantiene, al poco tiempo vuelve a perder el peso recuperado. En los momentos más duros de la enfermedad ingresa tres veces en el hospital y tiene varios seguimientos ambulatorios. Entre todos han focalizado el conflicto, el malestar y la desgana en la comida y ella a veces se defiende. Su forma de respuesta ante la obligación es no comer.

*...sin peleas... sí, sí, tu dices que comas, sí, sí... tu habla que yo haré lo que me de la gana, pues así, yo decía, pues voy... pero.... ya está, hacía lo que quería...*

Comer y no comer le sirve a Pilar para situar sus conflictos, cuando está preocupada por la dieta se olvida y no piensa en las dificultades de la vida.

*Porque te da miedo... a lo mejor... te da miedo decir.... si ahora se me quita el problema de la comida... ¿dónde me refugio?, porque es... como tapar un problema, es como los alcohólicos, los drogadictos...*

Actualmente, tiene 25 años y se encuentra en proceso de recuperación que comenzó cuando sus padres la llevaron a un centro de tratamiento específico en TCA. Abordan el problema de la alimentación más allá de la recuperación del peso, aunque sin olvidarse de él. En el centro le controlan la comida, pero sobre todo, le organizan la vida desde la nueve de la mañana a las seis de la tarde. Durante todo ese tiempo Pilar esta entretenida en actividades manuales.

*Así que allí fenomenal, yo iba bien, mal porque es muy duro el tratamiento, el hospital de día es que estas allí desde las 9 hasta las 6 de la tarde, vas por la mañana te pesan todos los días, desayunas, luego... depende del día, hay terapia ocupacional, talleres de pintar escayola, de arcilla, de paneles, de cosas de hacer cuadros, de pintar carboncillo, de manualidades, pero tú haces lo que te digan, eso estás allí en los talleres y hay un terapeuta ocupacional y no es que tú elijas, haces de todo, tu llegas y el terapeuta te dice ¡tú como eres nueva te toca el carboncillo! y luego ya él te va diciendo, conforme te vas mejorando, te va dejando que elijas... conforme vas mejorando te dice, bueno, ¿qué quieres hacer ahora? y luego, los talleres son todos los días...*

*Entonces conforme mejoras te van dando...*

*Sí, te van dando así, rienda suelta, lo que pasa es que los talleres pues siempre más o menos haces lo mismo.... luego hubo una época que se empezaron a hacer marionetas, un guiñol, luego un belén, estábamos pintando figuras de escayolas para el belén...*

La infantilización y la minoría de edad son los recursos que este centro utiliza y con los que ella se siente cómoda. El control de las comidas lo transfiere a otras personas, la institución u otros miembros de su familia como la madre o el novio.

*...el problema de la comida lo dejas en manos de ellos, tu no puedes entrar a la cocina, el acceso a la cocina está vetado, no puedes traspasar la puerta, y la comida la hace tu madre, allí te la ponen, o sea, tu la comida no haces nada, no tocas nada, yo no puedo manejar alimentos, el desayuno me lo hace mi padre, las comidas me las hace mi madre, meriendo aquí... luego, poco a poco te van dejando que comas fuera, pero si meriendo fuera es mi novio el que me pide la merienda, o la comida, o sea, yo no manejo comida...*

#### **5.1.11. CARMEN**

En el momento de la entrevista Carmen tiene 24 años, nace en una ciudad al norte de la península en la que vive hasta los 16 años. El padre trabaja en una empresa automovilística y la madre es limpiadora. Tiene una hermana mayor. En el momento de la entrevista vive con su familia en la ciudad de Granada. Está preparando unas oposiciones de Magisterio.

### 5.1.11.1. Vida familiar y social

Carmen recuerda su infancia como feliz y tranquila, tiene muchos amigos y amigas, se lleva bien con todos, juega mucho y a juegos muy diversos desde las muñecas, al fútbol o a los paseos en bicicleta.

*Desde pequeña era muy feliz, porque como todos los niños son felices, pasan de todo, no tienen ningún tipo de problemas, pero conforme iban pasando los años... mis padres son muy estrictos, en concreto mi padre, demasiado... muy machista, excesivamente machista...*

*Me gustaba mucho la calle, me gustaba jugar, que no es que me gustaba irme... bajar a la puerta de la calle y ponerme ahí a hablar con los niños, jugar a las casitas, y eso, me gustaba mucho, y el verano me encantaba porque íbamos allí y nos bañábamos en la piscina, eso es una cosa que yo tengo metida, me encanta nadar, la piscina, me encanta..... me gustaba mucho las muñecas y me siguen gustando, pero me gusta mucho lo del fútbol, y las bicis y todo eso...*

*... cogíamos la bicicleta, como era todo campo, todo lleno de pinares, cogíamos las bicicletas y te tirabas todo el día con la bicicleta, te ibas al río, o a los cerros, es que no paraba...*

En la familia se observa una fuerte división de roles en el reparto de tareas domésticas. Define al padre como "un machista" que domina y a su madre como una mujer sumisa que "por no montar el escándalo se lo traga". Esta configuración familiar marcará la adolescencia y la juventud de Carmen. Frente a una infancia feliz, la adolescencia está

marcada por la frustración y la impotencia. La desigualdad de género se constituye en el topoi, en el lugar central de su relato.

*...hasta por lo menos la comunión, que tenía 9 o 10 años, no me acuerdo, yo... como si no pasara nada, yo era.... feliz, bueno como todo el mundo... comparada con ahora....*

Los cursos de Educación General Básica los realiza en un colegio privado religioso en el que percibe un trato desigual del profesorado, sobre todo de las religiosas, con respecto a otras niñas con familias con mayor capacidad adquisitiva. Del colegio recibe una buena base académica que le permitirá avanzar, sin grandes dificultades, en el instituto. Pasa de ser una niña "malilla" en los estudios a una buena estudiante.

*...ellos se sacrificaban y no ganaban un sueldo... que digamos que sean gente de dinero, al contrario, mi madre estaba limpiando en una oficina, son gente normal y corriente, ellos se pensaban que por hacerlo mejor nos metieron en un colegio de monjas que era... increíble, total, una educación bueno.... eso sí que es verdad, nos daban caña, y eso, a la larga, se notaba cuando pasamos al instituto, y eso sí lo agradecía, pero había mucho clasismo, allí había... las propias monjas te... como allí te pedían... vamos.... poco más y la renta y hasta la casa... pues sabían todo de ti, y aunque no te quieras dar cuenta te trataban de diferente manera que a otras niñas, pero totalmente.... eso te marca mucho.*

De la infancia feliz, en la que no tiene problemas de relación con el grupo de iguales, Carmen pasa a una adolescencia en la que no puede salir.

*... no salía ni a la puerta de la calle, y es que mi vida era eso, estudiar, ir al instituto, que estuve hasta segundo allí (en la otra ciudad), luego, tercero (de BUP) ya lo hice aquí (en Granada).*

Deja de salir porque el padre no quiere que sus hijas salgan. Esta actitud paterna merma las relaciones de Carmen con los chicos y chicas de su edad, tan solo puede relacionarse con la familia, con los primos y las primas. Los hermanos pasan los días festivos con los padres en el campo, durante la semana se dedican a estudiar.

*...mis padres se hicieron ellos mismos un chalet, bueno, una casita en el campo, y nos íbamos los fines de semana, así es que yo apenas salía, absolutamente nada, era... de mi casa al colegio, y los fines de semana nos íbamos el viernes por la noche allí hasta el domingo, entonces pues me relacionaba con mis primos y poco más...*

Carmen, para reforzar la argumentación sobre el sexismo del padre utiliza deícticos personales<sup>46</sup>. Con ellos intenta reforzar la verdad de lo que expresa, pretende que su verdad aparezca con más fuerza, sea mas creíble y para ello le aporta secuencia histórica.

---

<sup>46</sup> Expresiones deícticas son aquellas palabras que identifican y localizan sus referentes en el espacio y tiempo tomando como punto de partida el aquí y ahora del hablante. Es la persona hablante quien organiza el discurso desde su campo de referencia (Martínez Ruiz 00:243).

*...todos los hombres siguen siendo machistas, pero él tiene un punto que no es normal, ¿cómo lo voy a ver?, si lo estoy viviendo, en mis propias carnes.... de ver lo de mi madre, y luego que me afecte a mí... si es que.... no lo aguanto, ¿cómo lo voy a por debajo de una persona, y que siempre te estén mandando y que siempre tengas algo, porque como soy mujer.... se cree que soy... él tiene que tener el poder sobre nosotras y eso es lo que él tiene, él necesita tener el poder tanto económico como no se qué no se cuanto, y el hecho de que tu le vayas a pedir dinero, porque yo por ejemplo si no trabajo... pues... pues el hecho de pedirle para él es una satisfacción no por darme el dinero sino, porque sabe que tiene el poder... y por ejemplo, mi hermana tiene ahora mismo, va a hacer 28 años, y yo voy a hacer 24 (...), pues tenemos que venir las dos, eso sí, se ve que los 4 años de diferencia para él... no se ... a las 12, sea verano, sea invierno, lo que sea, sea tu cumpleaños, o sea la boda de tu mejor amiga, le trae sin cuidado, a las 12... y no te pases un minuto porque te cierra la puerta y te quedas en la calle, a mi hermana se lo ha hecho una vez porque llegó 10 minutos tarde...., eso ya no es machismo, es otra palabra, no la encuentro... dominio puro, diría yo.*

A Carmen le gusta todo tipo de comida, especialmente los dulces. No está preocupada por la ropa ni por la moda. Prefiere la ropa un poco clásica, con la que se encuentre cómoda.

*Prefiero comida antes que dulces por ejemplo, pero las chucherías me pierden, las gominolas, llevo 2 meses sin comer gominolas....*

*Ahora no puedo usar un vaquero porque me aprietan y me pongo de los nervios..., necesito cosas de tela, tela, tejidos que no opriman ni... cosas.... y a lo mejor me pongo pantalones, pero como es de tela pues yo no me siento oprimida, me encantan las camisas, siempre visto con camisas.*

No ha practicado nunca ningún deporte, tan solo el obligatorio durante el periodo académico. En verano le gusta mucho nadar.

*Nadar, ya te digo que estoy loca porque llegue el verano para zambullirme...*

Le gusta el cine, la última película que ha visto y le ha gustado mucho, es *Una mente maravillosa*. Respecto a la música le gusta especialmente la clásica y aquella que le permita bailar.

*La clásica me encanta, me gusta mucho bailar, aunque ya sabes que no salgo, pero me encanta bailar, y la música para bailar me gusta también. Me gusta muchos tipos de música, menos esa que te pone la cabeza como un bombo, no la aguanto, la clásica me gusta mucho.*

También le gusta la lectura pero dice que actualmente no lee.

*Pues antes leía mucho, ahora me he vuelto muy vaga, no tengo ganas de leer, y empiezo los libros y no los acabo, es que de verdad, estoy vaga, ¡con lo que me gusta a mi leer!...*

#### **5.1.11.2. La experiencia bulímica**

El proceso de bulimia en Carmen comienza entre los 14 y 15 años. Ella lo relaciona con tres acontecimientos: la menstruación, el cambio de actitud del padre al pasar de la infancia a la adolescencia y el aumento del peso corporal, que le genera muchos complejos.

*... a los 14 o 15, y a los 14 me vino la regla, y a los 15, en 1 año pe se 20 kilos más, en 1 año..., me transformé totalmente..., era la edad de salir..., y*

*yo no tenía ganas de salir, me encontraba mal, lo único que quería era estudiar, y mis padres, con tal de que llevara mis cosas bien, ellos para mí no echaban en cuenta eso, ni lo siguen echando en cuenta, no se dan cuenta de nada... o no se quieren dar cuenta, también....*

*...en 1º y en 2º, bien, hice buenos amigos, pero fue la época en que empecé a acomplejarme, como había engordado 20 kilos, pues... el cambio... de no pensar ni siquiera en el cuerpo, ni se me pasaba por la cabeza, pasar de todo... a... ya empezó a afectarme....*

Para comprender el proceso que lleva a Carmen a comer compulsivamente hay que contextualizar el momento en el que se produce el cambio. Entre los 14 y 15 años tiene la menarquia, a partir de entonces el padre cambia de actitud hacia ella y no la deja salir.

*No me dejaban. Si quería ir un día a un cumpleaños, y te decían, a las 10 de la noche...*

*... era no, no, no, llegaba un momento que estabas tan harta y ya te acostumbras y te quedas en tu casa.... y al no salir, te daba por comer, y al no eso, se me hacía un mundo.*

La insatisfacción y la frustración las compensa comiendo, lo que genera un incremento del peso corporal y con ello complejos de gordura que, a su vez, repercuten y favorecen el aislamiento social. Carmen que, en un principio, no sale porque su padre no la deja, llega a adaptarse a una situación que, sin embargo, le genera tensión y una profunda insatisfacción que calma comiendo.

*estaba mal conmigo misma, entre mis padres en mi casa... pues... mi manera de desahogarme era comer, comía como el que le da por beber, por fumar, como un vicio, igual..., yo no bebo nada de alcohol, no fumo, y sin embargo mira, yo creo que cada uno tiene su vicio y yo pues mira, me ha dado por comer.*

Entra en una especie de "círculo vicioso": la insatisfacción le ocasiona ansiedad que calma comiendo, lo que favorece un aumento de peso que, a su vez, genera más insatisfacción.

*Tu estas en tu casa, y una persona normal pues, cuando venía del colegio o del instituto, pues a lo mejor por la tarde un día, no digo que todos los días, te pones a estudiar y luego te das un paseo con tus amigas, o yo que se..., lo que sea, si es que yo no hacía nada, ponerme a estudiar y ponerme a ver la tele, me ponía a ver la tele y me daba por comer, tu puedes decir, eso le puede pasar a cualquiera, pero yo comía, comía, comía, si ya no tenía hambre, yo seguía comiendo, y seguía y seguía, seguía... eso repercute al peso, entonces me calentaba la cabeza, cuando me calentaba la cabeza me acomplejaba, ya me entró complejo, entonces cuando más gorda me veía menos quería salir, es un círculo vicioso.*

*Decían ¡es que tienes un complejo de estar gorda!, y yo decía, ¡pues sí!... y me desentendía, pero claro, ya conforme van pasando los años ya te das cuenta que no es... normal, de que dejes de hacer cosas por eso, de que no quieras salir, los cambios de humor,*

Considera que la dependencia a la comida va más allá que la preocupación por el peso.

*necesito quitarme esa dependencia de la comida que decir, es que me siento gorda y voy a adelgazar... no eso no era...*

La entrada en el sistema sanitario se produce gracias a una amiga N..., que esta diagnosticada de anorexia y en tratamiento, ella le recomienda ir a la psicóloga que la diagnostica de bulimia nerviosa no purgativa. Carmen no ha utilizado nunca al vómito como estrategia para compensar el aumento de peso.

*y ya N..., fue por N..... me dijo ¡vete! (a la consulta de la psicóloga), y ya... digo, voy o me da algo...., mira, ahora estoy empezando un poco a salir...*

*...yo no vomito, nada, que me ha dado por ahí, lo único que hago es que cuando como, luego me siento fatal, no quiero hacer nada....*

*Bulimia nerviosa no purgativa, purgativa significa que te produces vómitos o te da por... que hay gente que yo lo he visto, por ejemplo les da por comer y comer y comer, lo que yo, y luego cuando ya ha comido o le da por hacer ejercicio como una desesperada y se ponen hasta malas, y se hacen esguinces, porque se caen, sobre todo después de comer eso es malísimo y ya se producen hasta lesiones de espalda o les dan por vomitar, o por otras cosas.... a mi me da por calentarme la cabeza, simplemente...*

Actualmente el proceso bulímico esta remitiendo, se encuentra mejor. Considera que ha sido importante para la remisión sentirse más segura con ella misma, conocer a su novio y comprender que el conflicto con la comida es producto de una situación familiar que le genera insatisfacción y opresión.

*Salgo de la puerta de mi casa, soy una persona, entro por la puerta de mi casa, soy otra persona.*

*Porque cuando salgo fuera tengo los mismos problemas, pero por lo menos tengo tranquilidad, aunque sepa que tengo que venir a las 12, aunque sepa que no puedo hacer ciertas cosas.... tranquilidad... pero el entrar, me cambia, empiezo a agobiarme, empiezo con la ansiedad, porque... es que no se qué...*

*Porque como mi obsesión era largarme de mi casa al mismo tiempo que mi hermana, pues ahora.... como me he aguantado, mi cabeza todavía me da para aguantar un poquillo más... ahora tengo que hacer las cosas día a día, lo que tengo que hacer, y ahora mismo me estoy dando un tiempo de relax para curarme, porque se que si no me curo no voy a ser capaz de hacer nada...*

#### **5.1.12 PEPA**

En el momento de la entrevista tiene 21 años, nació en un pueblo grande de la provincia de Jaén, donde vive hasta los 17 años. Es la más pequeña de 4 hermanos. Es estudiante universitaria y vive en una habitación alquilada en la ciudad de Granada. El padre está desempleado y la madre se dedica al cuidado familiar.

##### **5.1. 12.1 Vida familiar y social**

Su infancia transcurre en una ciudad de la provincia de Jaén donde vive con los padres y hermanos. El padre está en situación de

desempleo desde que Pepa tenía ocho años. La madre se dedica al cuidado de la familia.

*Mi padre era impresor, estaba trabajando allí en una imprenta, al lado de donde vivíamos, desde chiquitito, hasta hará unos 8 años que se fue toda la imprenta y... se quedó en el paro, tenía una edad muy mala, tenía cincuenta y... largo, tenía, ya con esa edad pues no... ni buscó trabajo ni lo intentó. Y a partir de eso está en el paro, y ahora... y mi madre, pues ama de casa.*

Tiene tres hermanos mayores. Con los dos mayores mantiene una gran diferencia de edad, con ellos ha compartido pocas experiencias. Dentro del entorno familiar se lleva mejor con el hermano menor, se lleva tan sólo dos años de edad. Se recuerda como una niña buena, que no daba problemas y a veces se sentía “un poco ignorada”.

*... me sentía un poco ignorada porque a mi nunca me preguntaban, a mi lo daban por hecho, todo me iba bien, entonces yo me sentía un poco... ignorada, yo decía, ¡jé... parece que quieren a mi hermano más que a mí... ¡... que no era una sensación general pero que a veces lo pensaba, claro, el hecho de no dar problemas pues ellos pensaban que eso, que todo me iba bien y no se preocupaban ni de preguntarme.*

Al padre lo define como autoritario y la madre se muestra sumisa. Recuerda la insistencia de la madre para que ella estudie. La madre le hizo ver la importancia de estudiar en las mujeres como una manera de escapar de la dependencia económica.

*... quien lleva los pantalones es mi padre.... mi madre siempre me ha dicho que estudie y que salga fuera para que pueda ser independiente y no tenga que depender de nadie porque antiguamente te casabas y tenías que depender de tu marido, y ahora con tu independencia económica...*

Mantiene buena relación con los hermanos y con la madre. Sin embargo, con el padre la relación se ha ido deteriorando poco a poco. En el momento de la entrevista mantiene con el padre una relación muy difícil y conflictiva debido, dice, al fuerte carácter del padre y a sus reacciones: "cuando se siente impotente va a por ti, a hacerte daño, a machacarte".

*Con mi padre.... bastante mal, pero.... pues es que llegó... me parece que la pubertad... yo antes era muy cariñosa con mi padre, pero llegó la pubertad y... no se ... se me transformó su imagen, quiero decir que, no se ... lo veía de otra manera, ya no.... me volví más arisca... en general...no solo con él... y no se ... cómo definirlo... no es que su imagen pasara de buena a mala, sino, otra, que ya... no se ... ya no me acercaba tanto, ya no era tan cariñosa con él, eso no significa que era ya ni peor ni mejor... bueno, y cuando empecé con la universidad, a partir de ahí la relación ha caído en picado, en picado totalmente.*

Estudió en un colegio religioso concertado mixto en el que nunca tuvo problemas en el ámbito académico. Se recuerda como una niña tímida. Siempre ha sido una magnífica estudiante, "la empollona de la clase". Sacar buenas notas y mantener las expectativas del profesorado le genera aislamiento entre el grupo de iguales.

*...sacaba muy buenas notas, los profesores tenían muy buena idea de mi, eso es otra cosa que a mi me fastidiaba bastante porque... mis compañeros me trataban como si no fuera humana, como si fuera una extraterrestre que tenía una cabeza como un ordenador, y... en fin, yo no podía tener fallos, yo era perfecta... y a mi eso me.... no se.*

*... tenía que cubrir las expectativas, yo estaba en 4º de ESO y los profesores hablaban entre sí, hablaban de mi de que si tal y cual, entonces yo tuve que cubrir las expectativas de todos los profesores, eso me creaba bastante ansiedad, por que es que... si no cubría esas expectativas pues no se sí... no se qué me traumatizaba más, si porque no les respondía a ellos, porque no les daba lo que esperaban...*

*...el hecho de ser la empollona me creó problemas, me ha creado rivalidad y que me pongan una etiqueta, a mi y a las que me acompañaban. Hace un par de años.*

Le gustan todas las asignaturas pero sobre todo las lenguas extranjeras y las asignaturas de ciencias.

*Menos teóricas vamos, más de problemas, física, químicas, matemáticas, problemas, no tanta teoría, bueno, siempre se me ha dado bien todo y... en el colegio me ha gustado todo lo que he dado, pero quizás más las ciencias y los idiomas.*

En cuanto a la alimentación dice que siempre ha sido "mala para comer". Rechazaba muchos alimentos, pero el motivo del rechazo no era no engordar sino los sabores, para matizar el sabor comía pan. A medida que comienza a incorporar nuevos elementos a su dieta,

nuevos sabores, nuevas texturas y variedad, comienza a tener cuidado con lo que come.

*Yo siempre he sido muy mala para comer. Yo... pues siempre, de pequeña me inflaba de pan, bueno, de pequeña he sido muy mala para comer porque no me gustaba nada, ni potajes ni verduras, nada, y yo me acuerdo que siempre me inflaba de pan, porque si me ponía mi madre unas lentejas, para borrar en sabor de las lentejas, me inflaba de pan.*

Nunca le ha interesado la moda, la ropa le gusta cómoda e informal, no se arregla especialmente, tampoco se maquilla, no se considera coqueta. Se define como "antifemenina".

*Ropa cómoda... eso es otra cosa.... en fin, yo es que soy un poquito.... no es que sea descuidada.... maquillarme me gusta maquillarme cuando salgo, pero que no soy muy coqueta.... que a mi me gusta sobre todo ir cómoda... y.... vamos, se entera mi madre que algunos día voy en chandal a la facultad, y me mata.... porque... no soy coqueta.... soy un poco antifemenina digamos.... no me gusta mirarme en el espejo nunca me ha gustado, es que no me miro, y sobre todo ropa cómoda, si me pongo unos pantalones que me estén estrechos, elásticos, pero unos que me aprieten, no.*

Se lleva mejor con los chicos y mantiene la teoría que entre mujeres las relaciones son muy críticas.

*siempre he sido una chiquilla bastante tímida, pero bueno en el colegio no tenía tantos amigos como...., de pequeña sí tenía amigas, pero ya de mayor, en los últimos años, el hecho de ser la empollona me creó problemas.*

*las mujeres consigo mismas son muy.... que son muy... criticonas... no se , una mujer con una mujer... no se .... la verdad es que no lo se, pero a lo mejor como los hombres ven las cosas de otra manera... pues, no es que me guste más relacionarme con ellos que con ellas.*

Pepa afronta los conflictos con decisión, cuando considera que tiene razón pelea y protesta, "yo no me callo", dice "las cosas a la cara". Esta forma de ser le ha generado muchos enfrentamientos con el padre y conflictos en las relaciones familiares.

*... si me pinchan un poco, yo no me callo, yo no voy a machacar a la gente cuando está mal...*

Durante la etapa escolar el deporte que hacía era el obligatorio. En un momento determinado comienza a hacer gimnasia y, poco a poco, la práctica se convierte en una obsesión. De esto hablaremos más adelante ya que coincide con el proceso anoréxico.

En cuanto a sus preferencias de pequeña recuerda que lo que más le gustaba era estudiar y estar en familia. Este deseo solo se cumple durante las vacaciones de verano o de navidad ya que los hermanos estudiaban fuera.

*... no me acuerdo de qué me gustaba....bueno, siempre estudiar, siempre digamos que al estudio le he dado una importancia muy significativa, me he volcado bastante siempre en los estudios... demasiado...., y de pequeña me gustaba pues... siempre me ha gustado mucho estar con mi familia... todos*

*juntos pues no se ... estar en mi casa.... como nunca... como es raro que estemos todos juntos pues.... estar en mi casa con mi familia.*

Le gusta la música, la literatura y el cine. Tiene gustos variados y se define como "un poquito culta, un poquito inquieta". Le gusta especialmente la mitología griega y las novelas de misterio.

*ser un poquito culta, un poquito inquieta, me gusta ir mucho al cine, me gusta mucho el cine, Amelie me ha gustado mucho.*

*...los libros de mitología griega, me gustan muchísimo, yo siempre leo novelas así un poco de intriga o de misterio...*

Actualmente, se define como una mujer independiente y seria que le cuesta relacionarse con los chicos y chicas de su edad.

*que no me gusta rendirle cuentas a nadie, que yo soy independiente y yo hago.... yo no soy como un joven de mi edad, un joven de mi edad lo típico que va a hacer es que le guste el botellón, que le guste salir los sábados... pues yo soy lo contrario, no me gusta el botellón, si no salgo no me pasa absolutamente nada, en fin, que no, a mi me gustan otras cosas.*

*yo soy bastante seria, yo soy una persona que a lo mejor me cuesta relacionarme con los demás, soy tímida, yo no cojo la confianza así como así.*

#### **5.1.12.2. La experiencia anoréxica**

El proceso de anorexia, como ocurre en los otros relatos, no tiene un comienzo claro. Ella lo sitúa durante las vacaciones de verano

de segundo de BUP, cuando tiene aproximadamente 16 años. El verano transcurre con la familia en un pueblecito de la costa. No quería ir al pueblo porque siente un fuerte control y tiene pocas cosas que hacer "yo me aburría mucho por las tardes". Para compensar el aburrimiento comienza a hacer gimnasia, primero durante 20 minutos y, poco a poco, va aumentando el tiempo hasta llegar a las dos horas. El objetivo principal de hacer gimnasia no es adelgazar, sino evadirse y compensar las horas de aburrimiento. Se siente sola, se encontraba "hastada", tenía conflictos con el grupo de amigos y de amigas.

*....lo que pasa es que en el pueblo se me limitaban las posibilidades.... empecé a hacer deporte un poco a lo bestia, pero que yo no tenía ningún objetivo de adelgazar, a mi el deporte siempre me ha gustado y no se , quizás también era una forma de evadirme... no se ... evadirme de las relaciones no muy buenas que tenía con los amigos, por la mañana me iba a la piscina y estaba en el agua, por las tardes a lo mejor me iba a correr, pero por la comida... yo no dejé de comer nunca, lo que pasa es que en relación al deporte que yo hacía...*

*.... había tenido más problemas con la gente del pueblo, con mi pandilla, estaba del pueblo, hastada totalmente.*

No se planteaba conseguir un cuerpo delgado. Sin embargo, adelgaza unos cuantos kilos y recibe la aprobación de amigos y amigas. Esto le da ánimos para mantener la relación peso/talla que había conseguido.

*Entonces que no.... no se ... que lo hice porque lo hice.... porque siempre me ha gustado... yo quería... es que cuando fui me dijeron... yo cuando fui llevaba un par de kilos menos, entonces me decían que estaba bien, que siguiera así que estaba bien, entonces quizás yo me obsesioné con esa idea, y me obsesioné y pensé, pues yo tengo que quedarme así.*

Cuando termina el verano, el hermano con el que mantiene mejores vínculos de relación, se va a estudiar a Granada; es "la gota que colma el vaso" y se siente sola, triste y deprimida. Su forma de salir de la situación es hacer ejercicio y preocuparse por la dieta.

*...cuando volví a mi casa, se fue mi hermano a estudiar, y yo me quedé sola. Yo con mi hermano siempre habíamos estado muy unidos, pero es que aquello fue el colmo, la gota que colmó el vaso... y ya pues... allí, al principio era, darse mi madre la vuelta y empezar a hacer flexiones... cualquier cosa, gimnasia.... y muy deprimida, mucho, muy deprimida... con la comida me restringía mucho... y ya pues ahí empezaron los problemas...*

En estos momentos no hay elementos suficientes para designar que el comportamiento de Pepa es patológico ha adquirido un hábito que, en principio, no es perjudicial. Hace deporte y ha perdido en dos meses 5 kilos. En este periodo pierde la regla y la madre la lleva al ginecólogo. La medicación ginecológica no surte el efecto deseado y el médico cambia el diagnóstico por el de anorexia. A partir de ahora, el problema de Pepa son los kilos que debe engordar para restablecer la menstruación. Pepa, en una reivindicación de autonomía, nos dice:

*.. se me fue la regla, el caso es que tampoco perdí tanto peso, perdería en 2 meses a lo mejor 5 kilos, pero es que tan de golpe que perdí la regla, mi madre estaba tan alarmada que al final me llevaron a un ginecólogo de pago, privado, y me mandó unas pastillas para que me bajara, no me bajó... entonces él dijo que era por la anorexia, eso fue en octubre o por ahí, que tenía que engordar un par de kilos para que me bajara, y yo por ahí no.... yo por ahí .... no...*

Ella no quiere engordar, su negativa es considerada un síntoma de la enfermedad.

*..... no lo se .... no lo se .... porque yo me veía como estaba y no quería, yo me veía bien y yo decía.... ¿por qué tengo que engordar?... yo nunca me he visto gorda, pero.... es que yo me veo igual, tenga el peso que tenga, siempre me he visto igual, y eso... porque mis padres me decían, ¡eso es porque tienes que ganar peso, porque has perdido peso a lo bestia, muy pronto y tienes que ganar peso!, y yo decía, ¿y por qué tiene que ser por el peso, no puede ser por otras cosas?*

A partir de ahora Pepa y la familia sitúan el conflicto en la comida. La hora de comer se convierte en un "calvario". Ante la insistencia del padre y de la madre para que coma, ella reacciona llorando. No contesta, no pelea, pero no actúa como ellos dicen, hace lo que ella quiere: no come. Se siente mal, no se considera enferma, no entiende por qué su actitud se convierte en un problema en el entorno familiar. La reacción de Pepa ante el conflicto la expresa así:

*... es que era.... agachar la cabeza... y bueno, estar conmigo...*

Pepa demanda continuamente respeto para sus decisiones, no le gusta que no la tengan en cuenta, pero tampoco que estén continuamente encima.

*.... estaban encima mía, y eso era... pues a mí... pues no me gustaba, no me gustaba por mi forma de ser y no me gustaba porque no, no me gustaba.... que estén.... continuamente encima mía, no me gusta ni que pasen de mí, ni que estén continuamente encima mía.*

Poco a poco, va entrando en un círculo donde la tristeza, depresión y la desgana de comer generan conflictos familiares que, a su vez, favorecen su reacción. Llega un momento en que nos dice: "me resigné a mi enfermedad"... "la adopté como un defecto"... "me enclavé"... "me sentía a gusto como estaba, así, con lo que hacía, con lo que no hacía".

*... te enclavaste en la enfermedad, ¿qué significa eso?*

*Pues resignarte, como si... es que llega un momento en que tú te sientes bien dentro de la enfermedad, que la adopté como.... mi mundo eran dos cosas, los libros y no engordar, y de ahí no me sacaban, ese era mi mundo y.... que me adapté, que la adopté como un defecto, que para mi era algo normal lo que yo hacía.*

Lo único que le permite salir del círculo es estudiar, era "mi reposo", nos dice. El psiquiatra le dijo que llegaría un momento en que bajaría el rendimiento pero no es así. Cuando se siente mal se pone a estudiar, "los estudios son el motor de mi vida".

*El psiquiatra me dijo que llegaría un momento en que... bajaría el rendimiento de los estudios, pero yo... 1º y 2º de bachillerato, muy bien... es que era mi reposo, y lo sigue siendo... si me sentía mal.... pues a estudiar... es que me volqué en ellos, es que los estudios ha sido el motor para que yo... si en algún momento decido reaccionar un poquito... los estudios son el motor de mi vida, aunque suene un poco triste decirlo... pero es así...*

Un año antes de la entrevista fue hospitalizada, la decisión del ingreso nos la cuenta:

*... era la 1ª vez que yo iba a los grupos, cuando me vio L... y P... pues.... me dijeron de ingresarme, no porque estuviera especialmente mal... pero estaba tan mal de ánimos, de todo, que me dijeron, mira, hay una cama libre, tenemos la oportunidad de meterte, si quieres, no te obligamos, si quieres, tienes la oportunidad de meterte y.... ya ahora que llevas más tiempo... porque yo al principio... a mí....yo pensaba en mis estudios, decía.... hostias, perder clases.... después me convencieron de que era lo mejor que podía hacer, que me podía ayudar mucho en el futuro... total, que me hospitalizaron, esa misma tarde pues.... me ingresaron en el hospital, y el primer día pues se me hizo.... fatal, fatal... es que para mi era un fracaso estar allí en el hospital, era ya lo último, era.... un fracaso, y para mi padre también, era lo que siempre había querido evitar, entrar en el hospital, todo el día llorando....*

*¿Era un fracaso, por qué?.*

*Porque era lo último que yo quería, era ya... la última opción, porque sí, porque ir a un hospital era porque ya estaba muy, muy mal... yo que se .... porque sí, porque yo había logrado medio mantenerme, medio ya... mi*

*vida... más que menos... y estar allí en el hospital era como una derrota, era ya decir, ya no puedo más...*

Está hospitalizada durante 15 días, recupera peso, sale muy reforzada durante la primera semana y "reeducada", la enseñan a comer pero en seguida ante situaciones que le generan estrés, como los exámenes o la vuelta a los conflictos familiares vuelven los problemas con la comida.

*... estoy 2 meses y estoy bien, y luego voy a mi casa un fin de semana y... estoy mal...se me cruzan los cables y es que no, en la época de exámenes pues... me pongo muy susceptible, me dan muchas ganas de llorar, en fin, por la tensión que me crea.*

Las tensiones y los conflictos familiares se deben fundamentalmente a la forma que tiene el padre de abordar el conflicto, le echa en cara la situación, su actitud, la insulta, la desprecia, la considera caprichosa....

*Y este fin de semana pasado terminé los exámenes e iba yo sobrecargada, iba... necesitaba desahogarme y.... descargué con la comida, y este fin de semana estuve allí y ha sido un infierno... porque claro, estás bien, y ese fin de semana estás mal pues mi padre.... ¡hay que ver, llevamos 4 años ya estoy harto, hay que ver la niña, que no hace más que fastidiar, los comentarios de mi padre, que no hago más que fastidiar, que ya está harto, que ya está bien, que tengo 20 años, que hay que ver el regalito que soy, que ellos no merecen eso, que me tengo que ir al infierno por lo que estoy haciendo, luego insultos.... que soy una mierda, que soy un monstruo, que soy una desgraciada... y este fin de semana, eso sí que me dolió... que me*

*dijo que si iba a estar así la próxima vez que fuera a mi casa que me quedara aquí en Granada... me lo dijo 3 veces, que allí solo fuera cuando estuviera bien.*

Ella cree que la actitud que adopta la familia agrava el problema. Cuando está sola come lo que le apetece y los resultados de la analítica se mantienen en los mismos parámetros.

*...pienso que comer más no es necesario para mí, si encima estoy todo el día estudiando pues llevo una vida muy sedentaria... porque sí... porque me siento mal.... porque tengo que comerme esto... y es que me cuesta, me cuesta..., y sola, me apaño infinitamente mejor que acompañada, porque yo estoy aquí en la residencia, yo como lo que quiero, y aquí digamos que no tengo medida, aquí no hay nadie que me diga, que me de un indicio de que he comido bien o mal, aquí como y como lo que quiero, lo que quiero.*

Ella quiere decidir sobre su vida, también sobre su peso y su alimentación, ha decidido cuánto quiere pesar, sabe cuanto debe comer, se gestiona la dieta y decide no engordar. En el momento de la entrevista Pepa sigue en tratamiento psiquiátrico y asiste a grupos de autoayuda, toma medicación ansiolítica y antidepresiva.

#### **5.1.13. LOLA**

En el momento de la entrevista Lola tiene 26 años. Nace y vive hasta los 16 años en un pueblo pequeño. Tiene cuatro hermanas y un hermano, ella ocupa el tercer lugar. El padre trabajaba como jornalero y emigrante durante la vendimia francesa. La madre cuida a la familia

y trabaja como jornalera de forma temporal. En el momento de la entrevista ha terminado sus estudios de Magisterio, está preparando unas oposiciones y vive en la ciudad de Granada con la madre, dos hermanas y un hermano. El padre falleció hace dos años.

#### **5.1.13.1. Vida familiar y social**

La infancia de Lola transcurre con su familia en su pueblo. En la familia se produce una división dicotómica de roles que no provoca demasiados conflictos en las relaciones familiares.

*Mi padre no hacía nada, la que se encargaba de la casa, era mi madre, mi padre siempre estaba trabajando en el campo o luego por el pueblo en el bar, pero que así de ayudar en la casa no.... pero que fregado no, porque hasta estando en la aceituna trabajan los dos y es el mismo trabajo y él llegaba, se sentaba , se duchaba , comía y se ponía a la lumbre y mi madre fregaba, hacía de comer...que él no ha hecho nada.*

Estudia Educación General Básica en el colegio público del pueblo. La madre, a pesar de los problemas económicos propios de una familia de jornaleros con 5 hijos e hijas, siempre quiso que todos y todas estudiaran.

*Y tus padres ¿en qué trabajan?*

*En el campo.*

*¿Los dos?*

*Si, bueno mi madre más bien en la casa, pues por ejemplo, cuando había temporada de aceitunas, pues ella también trabajaba*

*Y ustedes también ayudabais?*

*No, nunca han querido que trabajáramos. Yo me acuerdo cuando era chiquitilla que teníamos que ir a la guardería, cuando ellos se iban a M... o a la aceituna...*

Lola nunca fue una buena estudiante. Su asignatura preferida era las matemáticas, pero no le gusta estudiar.

*Que siempre he sido una mala estudiante, que no me ha gustado, me aburría el hecho de sentarme a estudiar...*

Mantiene buena relación con los chicos y chicas de edad, especialmente con las mujeres, con ellas comparte aficiones y juegos. Se recuerda como una niña dinámica juguetona y, sobre todo, con mucho carácter.

*... mi madre ha sido muy positiva en el sentido de ...y ni nos ha cuidado mucho en el sentido de no hagas, no hagas, teníamos nuestros amiguillos, que tampoco tenía yo mucho amigos de salir así ... porque como estaban mi hermano y mi hermana, pues salía con ellos y me encanta jugar.*

*... yo soy muy rara, en el sentido que dicen que yo tengo muchos cojones, hablando muy malamente, y que todo tiene que hacerse cuando yo diga y como yo diga.*

Cuando comienza BUP, aproximadamente a los 16 años, se viene a vivir a la ciudad. Comparte un piso con la hermana mayor y un hermano. Comienza a relacionarse con un grupo de compañeras que define como "salidas", dando a entender que era el grupo de chicas más conflictivo del instituto. Se saltaban las clases, "iban a su bola", eran "las cabecillas de la clase y yo me quedé con ellas". La hermana con la que convive, ocho años mayor que ella, asume el papel de control que el padre y la madre no pueden desempeñar. Con ella se producen situaciones muy conflictivas.

*Porque estaba aquí en Granada y me había juntado con unas niñas que eran muy "salidas", a ver si me explico. Yo siempre he estado muy atontada en el sentido de que yo, la gente de mi edad, ya había salido a lo mejor de fiestas, habían tenido sus novios y yo no.. yo como siempre había estado con mis hermanos, con mis hermanos jugando y tampoco le había dado yo importancia a decir, quieras que no.*

*...entonces me vine aquí con ellas y ellas estaban más como las cabecillas de la clase y yo me quedé con ellas, se saltaban sus clases, se iban por ahí todo el día. Y como estaba mi hermana y mi hermana tiene el mismo carácter, me pegaba y eso era todo un infierno y todos los mediodías, era pero palizas, que casi una vez, me iba a tirar al suelo a matarme...*

*Se suponía que ella tenía que hacer como mi madre... y ella tenía carácter fuerte y yo más fuerte...nos enfrentábamos y nos matábamos...*

El primer año de residencia en Granada transcurre en una continua disputa. Situación que empeora en el segundo año y cada vez

los enfrentamientos con la hermana son más continuos. Ella reclama libertad y confianza, la hermana le responde con gritos, amenazas y, en muchas ocasiones los conflictos terminan en "auténticas palizas".

*Ya estaba en 2º de BUP, lo mismo, pero no como el primero, me acuerdo que no te puedes hacer una idea, todos los días, todos los días era una paliza, todos los días, pero palizas fuertes.*

*¿Y tú eso como lo sentías, qué sensación?*

*Mucha pena*

*¿Por qué?*

*Porque me veía, no tonta, sino que... me daba coraje de que ella me pegara y que no comprendiera de que si me saltaba las clases, a lo mejor había sido una, o que me hubiera saltado las que fuera, pero me dolía más de que hubiera sido esa hermana, porque yo con ella siempre me lo había comentado todo, cuando ella estaba en el instituto, de que si le gustaba éste, de que si se había saltado las clases, de que si ahora estaba con el otro, y le había yo tapado a mis padres, y me dolía más el hecho de que fuera ella la que me delatara y me pegara que en vez de hablarme... era lo que más me dolía.*

Lola nunca fue buena estudiante, le aburría ponerse a estudiar, tenía siempre cosas mejores que hacer, pero a pesar de los malos resultados académicos continuó estudiando.

*Que siempre he sido una mala estudiante, que no me ha gustado, me aburría el hecho de sentarme a estudiar, me aburría y en COU me acuerdo*

*que estaba saliendo con un niño y no hice nada, pero nada, nada y un trimestre es que me quedaron las 7 y digo voy a repetir, otra vez, digo ya , ya era por mí, ya no era por ...digo ya como repita, ya 2 años perdidos, esto ya ... pero luego lo saqué todo, la selectividad en Junio, que nadie se creía que la iba a sacar, claro de verme 7, ésta no lo puede sacar a la primera,.... pero muy bien*

*Era importante para tu madre que estudiaras....*

*Uh...Si por ella fuera sí, mucho, además... , yo sólo repetí una vez, pero mi hermana repitió varios, lo menos 3 o 4....(...) yo se que (estudiar) eso es lo más importante para ella (para la madre).*

En la familia de Lola estudiar es una estrategia de movilidad social ascendente. Es el único recurso que tienen para conseguir un trabajo con mejores condiciones laborales y dejar de ser jornaleros.

*Para mí era importante tener, no estar trabajando en el campo como estaba mi madre, o también por ejemplo a mí me dijeran vas a trabajar en una tienda fija para siempre para toda la vida, que nunca te va a faltar tu paga.*

La división de roles que se aprecia en la familia de Lola no parece ocasionarle demasiados conflictos, trata de comprenderlo dentro del contexto de la cultura sexista que vive en el pueblo, entiende que su padre tenga esa actitud.

*Mi padre no hacía nada, la que se encargaba de la casa, era mi madre. Mi padre siempre estaba trabajando en el campo o luego por el pueblo en el bar, pero que así de ayudar en la casa no.*

Y tú eso ¿como lo veías?

*Pues mira yo ahora lo veo bien, lo veo bien que el hombre ayude no? porque ahora mi hermano está y hace su cama -cuando estábamos antes-, pero si era como padre, yo lo tenía..., era de pueblo, de esos antiguos, tenía 56 años, si lo tuviera acá me resultaría raro... aunque muchas veces la comida la hacía él, pero la comida que él quería, por ejemplo, hacía migas, podía ser que a él le salían más buenas.... pero que fregado no, porque hasta estando en la aceituna trabajan los dos y es el mismo trabajo y él llegaba, se sentaba, se duchaba, comía y se ponía la lumbre y mi madre fregaba, hacía de comer...que él no ha hecho nada.*

A pesar de que acepta sin muchos problemas esta dinámica familiar, es consciente de la discriminación que supone la diferente valoración social de los mismos actos en función del sexo en el entorno social. Es muy sensible a la discriminación y valoración social en función del sexo y a las consideraciones que recibe de los habitantes del pueblo, una valoración cargada de prejuicios machistas. De ella dicen que es "machurra", "salía" y "chancletosa".

*Yo por ejemplo soy mujer, mi hermano es hombre, es una tontería, pero por lo del tabaco, él puede fumar, yo no, o lo de salir , él sale el va fines de semana por ahí y mira el niño que independiente, que va a su bola que va no se qué, y yo salgo un sábado y salgo un domingo, los dos días seguidos y la tía asquerosa, y la tía viciosa y la tía no se qué... así o vamos al campo a nuestro campo, y él puede hacer , los hombres tienen más fuerza, pero él a lo mejor puede hacer cosas y yo no las puedo hacer, no eso no, espérate eso no, él no quiere ir al campo a trabajar, no le gusta y a mi no es que me guste, pero yo ahí veo que podemos sacar algo, porque mi mama quiere*

*mantenerlo, que no se lo coma la hierba, ni nada, pues yo voy y a lo mejor si está, es llevar la máquina para cortar la hierba, ésta que es así una desbrozadora, y yo no la puedo coger, o él tiene que hacer esto, siempre por lo menos en mi casa, siempre está marcado por ser mujer y él por ser hombre.*

A pesar de estas valoraciones, el pueblo es un lugar de encuentro, de salidas y esparcimiento. Prefiere las relaciones con chicas y considera que lo más difícil de ser mujer es la relación que debe establecer con los hombres. Percibe que la relación con los hombres esta mediatizada por el control que ellos tratan de ejercer.

*¿Lo más difícil?, convivir con los hombres (risas)*

*¿qué es lo que has dicho?*

*Tener que convivir con los hombres, porque ellos también te marcan, siempre*

En el momento de la entrevista Lola nos dice que le gustaría "cambiar de mente". Con esta expresión nos da a entender que le gustaría ser independiente, ser capaz de decidir y actuar por sí misma sin estar continuamente pendiente de los deseos, de las valoraciones y de las críticas de los demás.

*¿Cambiar de mente...?*

*Si porque yo siempre estoy, yo creo que si yo hiciera lo que yo quiero, si yo mis pensamientos se que son buenos y se que son claros y no estoy haciendo nada malo, yo no me tengo que dejar influenciar por nadie, ni en el*

*hecho de que tú me has dicho esto, ni que tú me has dicho lo otro, a mi me gustaría ser independiente, no independiente en el sentido de yo vivir sola, porque eso no me gustaría, me gustaría llevármelos a todos, a mi madre y a mis dos hermanos, pero me gustaría por ejemplo, tener la decisión de decir, que yo quiero esto que yo no estoy haciendo nada malo y que yo lo voy a hacer, te guste o no te guste y que si yo un día me tengo que ir por ahí, voy a ir, porque me tengo yo que sacrificar en el sentido de... porque tú lo hagas, luego ¿alguien se sacrifica por ti?, no, no, pues yo lo mismo, es lo que me gustaría (risas).*

Lola siempre fue una niña fuerte y "recia" y aunque no le gustaba desayunar, las demás comidas las hacía sin problemas. Le gustaban mucho los bocadillos y la comida casera.

*De chiquitilla yo siempre he sido muy gordita, me gustaba mucho la comida, además dicen que cuando el biberón era tragar y tragar, hasta lo que tú quieras (risas), y de siempre (risas) y de bocadillos y de todo muy natural y en abundancia (risas) y luego...no me ha preocupado a mi nunca.*

Nunca ha practicado deporte más allá del obligatorio en el colegio o en el instituto.

*¿qué deporte practicas, cuál te gusta?*

*Ninguno*

En su tiempo libre le gusta estar con sus amigas, "estar a su bola". En el piso de Granada su dormitorio es compartido con su madre, no lo considera un espacio propio pero no hace de ello un problema.

*... en mi tiempo de ocio, pues me gustaría estar con mis amigas por ahí, así, todo el día, o en el campo, o... libre, pero sabiendo que no me va a costar una pelea con mi mamá, eso me gustaría mucho, estar todo el día por ahí, con mis amistades y a mi bola...*

Le gusta la música tranquila y la ropa cómoda, le gusta "ir a la moda, pero sin exageración". El cine no le gusta sobre todo porque prefiere los espacios abiertos y los cerrados le "agobian". Entre sus libros preferidos destaca *La isla de la fortuna* de Isabel Allende.

Ha tenido relaciones de pareja pero en su discurso estas relaciones no ocupan un lugar destacado, dice que lo que más aprecia de una relación es que la sepan escuchar y comprender y lo que menos que se crean que "la tienen dominada".

*El que me sepa escuchar, no escuchar así por escucharte, sino que yo sepa que me está escuchando, que me está creyendo, no que me está creyendo sino que... me está comprendiendo... es lo que más me gusta.*

*¿Y lo que menos?*

*Lo que menos a lo mejor de que se la crea de que yo voy detrás de él en plan vacilón, ¿sabes lo que te digo? De que me tiene dominada o de que... tú haces lo que yo diga o... en ese plan.*

### **5.1.13.2. La experiencia bulímica**

El proceso bulímico de Lola comienza entre segundo y tercero de BUP, cuando tenía aproximadamente 17 años. Esta etapa coincide con

una situación de fuertes conflictos familiares ocasionados por el embarazo de la hermana mayor.

*No se ... porque había tenido novio, llevaba poco tiempo con el otro con el que está ahora, mi mamá siempre nos ha tenido, que no critiquen demasiado, que no hablen, como muy señoritas, ¿no? en el sentido de que no nos hemos salido nunca de las reglas y eso para ella fue, no te puedes tú hacer una idea pero gordo, gordo, gordo, mi (nombre de la hermana) no... se fue de mi casa, pero estuvo sin ir al pueblo, tela de tiempo, al más mínimo comentario que mi mamá escuchara de la gente del pueblo, aunque no fuera directamente, se tiraba.*

La madre rompe las relaciones con la hermana mayor, que hasta entonces era la persona en la que había depositado la confianza y la encargada de llevar el control del hermano y hermanas que, recordemos, residían en un piso de estudiantes en la ciudad. Lola trata de equilibrar las tensiones, de amortiguar los conflictos. Se encuentra en medio de dos formas de mirar y de entender la vida, quiere a la madre, la respeta pero no entiende la brusquedad y agudeza del conflicto. Coincidiendo con este periodo comienza su proceso bulímico.

*...mi madre tiene mucho orgullo y decía que ni la llamáramos, ni tenía que volver ni nada, que para ella estaba muerta. La quitó hasta de la cartilla del médico y yo era la que la llamaba...*

*En 3º de BUP, que yo vamos a ver en 3º de BUP, era cuando empecé, creo ¿eh? A lo mejor empecé antes, esto no es seguro, y ya en COU es cuando yo ya estaba en mi pleno apogeo, el verano de COU eso ya era la bomba.*

La primera vez que se provoca el vómito es para amortiguar los efectos de la mala digestión que le está provocando una intoxicación etílica. Posteriormente lo utiliza como estrategia para minimizar los efectos de una ingesta compulsiva de alimentos. Pero ¿qué origina la ingesta compulsiva? Comer de forma abundante le calma la ansiedad en un contexto de estrés y conflictos familiares. Para evitar las consecuencias del sobrepeso recurre al vómito. La clave del proceso hay que buscarla en la siguiente frase “más nervios me daba y más lo hacía”, o lo que es lo mismo, el vómito se lo provocaba cuando se encontraba con una situación de estrés o de conflicto que le produce nerviosismo que, a su vez, calmaba comiendo y posteriormente vomita para amortiguar los efectos.

*...me daba muchos nervios y pensaba mañana me voy a comer esto, y esto todo lo que yo veía que engordaba.*

Pero ¿qué le produce a Lola la ansiedad que le genera la búsqueda de la comida para saciársela? Existen dos elementos que aparecen en su discurso. Por un lado el conflicto. En la pelea entre la madre y la hermana se ponen de manifiesto dos formas de entender los roles que deben asumir las mujeres y, por otro lado, la impotencia que siente Lola ante la situación

*...se peleaban y se ponía nerviosa, pues me daba a mi una cosa de verlo (...) que no podía hacer nada.*

La opinión de los otros, la desconfianza en sí misma, ser

consciente del sufrimiento que ocasionaba la situación a la madre y al padre... Cuando llega al pueblo se disparan los vómitos, en el pueblo encuentra las circunstancias que le generan la ansiedad.

*... siempre me ha influenciado mucho lo que hayan dicho de mí, mi gente, o que hayas follones, o que mi mamá piense que yo he hecho esto, que he hecho lo otro, que yo no lo he hecho.*

*... verle siempre muy suelta y muy cojonuda, con mucha soberbia, así, y que la veía yo caída, y luego veía yo a mi papá llorando.*

*...era llegar al pueblo y era como una necesidad, pero necesidad, necesidad, de decir lo tengo que hacer.*

La ingesta se convierte en una reacción adictiva cuando comienza a notar los efectos que tiene al calmar la ansiedad. Poco a poco la práctica de comer abundantemente pasa a ser habitual y posteriormente en una acción repetitiva que le ayuda a olvidarse de la situación que le produce la ansiedad.

*¿Tú lo asociabas a algo cuando te daba?*

*No, pues mira pues por ejemplo yo creo pero yo creo que también fue un poco por calmarme yo, por lo que sea, que a lo mejor tenía algún problema o si me peleaba, a mí siempre me ha influenciado mucho lo que hayan dicho de mí, mi gente, o que hayas follones, o que mi mamá piense que yo he hecho esto, que he hecho lo otro, que yo no lo he hecho.*

A los 18 años, Lola repetía tercero de BUP, continuaban los conflictos familiares y la conducta bulímica se hace muy repetitiva;

baja de peso aproximadamente 15 Kgr. El peso mínimo que llega a tener es 58 Kgr. Está dos años sin regla. La madre la lleva al ginecólogo que le manda unas pastillas para que le baje la regla y, en este periodo, la llevan al hospital donde es diagnosticada de anorexia nerviosa.

*... y así... y ya era una constante, una constante que me metía los dedos y ya no echaba nada, de tener la garganta tan dolorida, no echaba nada y decía, y si los dedos no puedo, me meto algo, el cepillo de dientes, no, es que ya no me salía, no era porque yo no quisiera, nada, la muchacha ésta también me dijo que tomando café con sal vomitas, yo ni café con sal ni nada, ya llegaba un punto que yo no podía echar nada, nada, bueno pues luego, ya ese verano, adelgacé muchísimo, muchísimo, estuve así 2 años sin tener regla.*

*Con 58 Kg.*

*Si*

*Y sin regla*

*2 años, casi 3 sin regla, pues me llevaron al médico y el médico dijo que si, muy bien, que tenía anorexia nerviosa, no se cómo se llama...*

El facultativo la remite a la consulta de psicología con la recomendación de que le controlen la conducta alimentaria.

*... les dijo que me vigilaran las comidas que comiera, que siguiera comiendo, y que no... a mi él no me dijo ni hagas esto ni lo otro, me mandó a la psicóloga.*

*A la psicóloga de allí del (hospital).*

*Si y ya está, pero que hacerme así de decirme... me ha puesto esto para que coma, vitaminas, nada, nada, claro si yo te digo que yo no me mareo que lo único es que no tengo la regla, que estoy comiendo y que peso 58 k, es que es lo natural.*

*...con 58 Kg. que es un peso muy normal, lo que allí me dijeron, claro yo ahí apoyé, en que yo tenía un peso muy normal, y que yo no podía subir, ni subir ni bajar, me tenía que mantener, que yo no podía subir, ni subir ni bajar.*

A partir del diagnóstico toda la familia tiene una nueva preocupación: la conducta alimentaria de Lola. Unos se ocupan para que coma y no vomite, ella se ocupa de saltarse el control familiar.

*...a lo mejor, me pesaba, que hasta había subido de peso, a lo mejor 61 k, a lo mejor no se qué, y yo ya a ellos les decía, no, que yo ya paso, que yo y me gustaría mantenerme, así para que a mi ellos me dejaran retirar, que me aburrían, que ya eso, ya era una cosa despampanante...*

*¿Cómo que te aburrieron?*

*Porque yo por ejemplo, si yo decía de comer, se iban todos a la cocina*

*Quien ¿tú familia?*

*Si, que yo iba a comer, chun! Todos a la cocina, que voy a ir a no se dónde, todos a la cocina, claro, yo con lo de vomitar y eso y el cuarto de baño, cuando decía que me duchaba, claro yo si me levantaba y me duchaba por la mañana, al mediodía tenía yo ahí un espacio que no podía ir al cuarto de*

*baño, bueno, pues entonces dije voy a dejar la ducha para después de comer, y entraba a duchar y me pegaban a las puertas, para escucharme a ver si vomitaba o no vomitaba, a veces había manchas por el water, claro yo puedo esconder, pero me pillaban, bueno pues decía, pues lo del water lo voy a dejar, me voy a duchar por la mañana que ellos vean que yo como que no voy al baño, y así no hay problemas, claro que no iba al baño pero me iba arriba del todo y vomitaba en una bolsa y lo guardaba (risas) y como era para sacarla, que era lo peor, entonces mi casa en el pueblo tiene tejado que es de escayola y luego el tejado que hay un hueco y yo lo echaba ahí o en la cama entre el colchón y la colchoneta ahí las metía, ahí no me pueden pillar, pero luego eso olía mucha peste y me pillaron, yo creo que si escondí 4, 3 me pillaron y la que no pillaron es que fueron tontos, porque no buscaron, todas me las pillaban claro yo lo que quería es hacerles ver a ellos que yo no vomitaba, que yo comía, pero que yo no vomitaba.*

La psicóloga que está tratandola considera que las reacciones bulímicas están relacionadas con las tensiones familiares producidas por el conflicto con la hermana.

*...cuando estuve en la psicóloga, me dijeron que era todo por lo de mi hermana, al haberse ido de casa y fue yo la que me lo tragué todo, pero yo creo que no, porque a mi nunca me han afectado las cosas, yo creo que fue por mi mismo, no porque ahora... era una manera, cuando yo se lo dije a ella cuando estaba en 3º que fue todo lo de mi hermana, entonces todo eso te duele, si tú hablas con alguien y te está escuchando siempre sacas el tema porque lo que quieres es echarlo para fuera entonces ella se fue a que era por lo de mi hermana, pero yo creo que no porque...*

Sin embargo, Lola no lo entiende así, considera que la conducta bulímica busca fundamentalmente calmar la ansiedad que le ocasiona la pérdida de confianza de la madre y de las personas que ella quería .

*... pues mira pues por ejemplo, yo creo pero yo creo que también fue un poco por calmarme yo, por lo que sea, que a lo mejor tenía algún problema o si me peleaba, a mi siempre me ha influenciado mucho lo que hayan dicho de mi, mi gente, o que hayas follones, o que mi mama piense que yo he hecho esto, que he hecho lo otro, que yo no lo he hecho...*

*...a lo mejor los dulces o lo que sea aprovechaba, me daban ganas de comérmelo, como si por ejemplo me pongo muy nerviosa y me da por fumar ahora, antes de daba por comer.*

*... vomitar lo que comía a comer para vomitarlo ya era una necesidad, pero no necesidad de vomitar lo del mediodía era necesidad de comer a media mañana, a media tarde, o aunque hubiera cenado por ejemplo, a las 12 es que no era ni siquiera que estuviera nerviosa es que no se lo que me daba, tenía que hartarme de comer lo que sea y vomitar...*

El fuerte control familiar de la conducta alimentaria empeora la situación.

*...agobiada pero agobiada*

*¿Y tú crees que eso benefició o perjudicó?*

*Perjudicó*

*¿Por qué?*

*Porque sí, porque a mi me hicieron hasta pensar como pienso porque como ellos mismos me daban a entender que no se lo creían, por eso me vigilaban y estaban encima mía pues yo en mi momento de cabreo, pensaba, pues os vais a enterar ahora que es que ahora no voy a comer y ahora me voy a comer lo que yo quiero y ahora si tú me has puesto un plato de comida y tú te has puesto ahí para que yo coma, y tú me veas pues te lo voy a dejar y cuando tú no estés voy a comer, mi mamá en cambio, me dio más libertad...*

*¿Tu madre?*

*Sí, a lo mejor era la hora de comer y yo notaba que ella... aunque le costara trabajo porque eso siempre, sin saber si iba a comer o no iba a comer, pero que la veía yo que me dejaba más... mi espacio y mi tiempo... yo creo que mi madre lo hizo mejor, creo...*

*Y ¿quien lo hizo peor?*

*Mi hermana (...), la mayor, uy, una cosa exagerada, a las 9 de la noche estaba en mi casa. Si ya había comido antes tú has comido antes para que yo no te viera, y ya as comido y ya no se qué y ya no se cuántos... pues ya no salía en toda la tarde, vete, que te espero para comer, que no me voy, que luego no comes, me agobiaba... yo creo, hombre, tienes que estar encima, pero así uf, yo creo que muchas veces no comía o hacía así que no comía, aunque luego comiera, pero era para decirle, ¿no estás dudando? Ahí lo tienes, la duda, ahora déjame tranquila porque sabes que no he comido, es que era todos los días y a todas horas, que subía arriba, todos para ti, que entraba en la cocina, es que me hacía gracia, que era entrar en la cocina, y todos, todos, tenían cosas que hacer, que si fregar o arreglar (risas), todos aquí, ya estamos todos (risas).*

En los momentos de la entrevista se encuentra bastante bien, la situación familiar se ha resuelto, la ansiedad ha desaparecido y las conductas bulímicas han desaparecido.

#### **5.1.14. PATRICIA**

En el momento de la entrevista tiene 23 años. Nace y vive en una casa de campo cerca de un pueblo de la provincia de Córdoba. A los 17 años se viene a vivir a Granada donde comparte piso con otras estudiantes. Tiene dos hermanos y cinco hermanas. Estudia quinto curso de la Licenciatura de Ciencias Políticas. El padre está jubilado, la madre se dedica al cuidado familiar y en ocasiones trabaja en el campo.

#### **5.14.2. Vida familiar y social**

La familia está compuesta por el padre, la madre, 6 hijas y 2 hijos, el abuelo y la abuela paternos. En las relaciones entre los hermanos y hermanas, ella ocupa el sexto lugar se agrupan por un lado los cuatro mayores, de otro lado las tres más pequeñas. Ella es la mayor del grupo de las hermanas pequeñas.

*Pues muy numerosa porque somos ocho hermanos, seis niñas y dos niños, luego mi padre y mi madre,... Mi madre es una persona muy familiar entonces le encantaba, siempre teníamos familia incluso mis primas... y había gente pero bueno, se llevaba para casa y mucha gente, no se. Muy bien, muy bien en el sentido de que..., bueno, sobre todo mis abuelos, yo*

*siempre estuve con ellos y... no se , y quizá más mi abuelo, él ha valorado siempre mucho la familia y demás, y siempre muy rectos y muy bien, pero bueno, con mi padre no es así.*

Cuando su padre, tenía aproximadamente 22 años, sufrió un accidente de trabajo que lo deja con muchos problemas en la espalda y en situación laboral de jubilación. La madre tenía 22 años y un hijo con 6 años.

*...tuvo un accidente de minas, trabajaba en P..., y claro quedó muy joven sin poder trabajar en nada.*

*(...) entonces tuvieron que hacerle una operación en la espalda y tiene, bueno tiene un..., ¿cómo se dice?, es que no se , no se y bueno, quedó muy mal y bueno, invalidez, no total, se la han dado hace poco, pero muy mal, entonces claro, la pensión no fue nada, además no había los medios, no conocía lo que él podía haber hecho en su momento, entonces no le dieron lo que le correspondía, en fin, muchas cosas que con tanta carga, pues lógico*

Pasan unos años económicamente muy duros pero, poco a poco, el padre se recupera y trabaja en distintos oficios, trabajaba en "cualquier cosa" dice Patricia. Define al padre como muy trabajador, activo e inquieto, aunque desde hace dos años ha dejado de trabajar por las secuelas del accidente.

*Sí. Y, pero luego es muy trabajador, entonces siempre cualquier cosa, además es una persona muy inquieta, muy activa, no se puede estar quieto, siempre anda para acá, para allá, ahora ya no trabaja, porque es verdad, ha dejado de trabajar hace dos años, pero, pero aún así él se apunta a su...,*

*bueno, claro es que ahora él tiene la columna muy mala, él dice que va perdiendo movilidad en las vértebras, llegará a un momento en que se quede en una silla, pero aún así él (...) todo el rato detrás, no se , que mantiene activo de cualquier forma*

La madre se dedica al cuidado de los hijos y de las hijas y, a veces, trabaja como jornalera. Es una mujer casi analfabeta que quedó huérfana de padre muy joven y tuvo que asumir la responsabilidad de cuidar de una madre ciega y de sus hermanos menores.

*mi madre no ha estudiado, no, porque se quedó muy pronto huérfana de padre y luego mi abuela perdió la vista entonces, claro, la única niña, pues la niña de la casa, entonces, apoyaba a los hermanos y la verdad es que siempre ha estado cuidando gente.*

En la familia de Patricia se produce una división estereotipada de roles que ella define como sexista. La dinámica familiar está muy condicionada por la adicción etílica del padre. El alcoholismo provoca continuos conflictos y problemas familiares. En los peores momentos llega a provocar malos tratos físicos y psíquicos a los hijos. Patricia cree que su madre no llegó a sufrir malos tratos físicos porque es capaz de callar y no responder a las agresiones verbales del padre.

*...cuando estaban bien, cuando mi padre estaba bien (...) pues muy bien, muy bien, porque nosotros también los días de semana, normal, se levantaba se iba a su trabajo, volvía, y por la tarde jugaba también un rato con nosotros, ... a mi me ayudaba... Yo le decía: papi mi mami es muy lista ojalá ella hubiera tenido esa oportunidad, porque seguro la hubiera*

*aprovechado muchísimo y... me ayudaba. Y luego, bueno, nos íbamos, aunque a mi no me gustaba la calle, era arreglarme, me gustaba ir a jugar y venir... pero no nos acostaba pronto y esas cosas. Y luego los domingos con mi padre pues cogíamos la bicicleta o nos llevaba siempre de paseo, eso era más cuando él era así. Cuando estaba mal pues, pues, no se , se levantaba y a lo mejor por cualquier cosa, pues te llevabas la bronca, y ya estabas mal, sí, incluso muchas veces, pues, con nosotros, pues, malas respuestas o un mal gesto y claro...*

Los recuerdos de Patricia se centran en el desconcierto y el miedo que generaba la adicción alcohólica del padre, este hecho se convierte en el topoi, o lo que es lo mismo, en el lugar central del discurso.

*Cuando hablas de que pasó una temporada bien y otra mal, ¿a qué te refieres?*

*Pues, a que a lo mejor mi... mi padre estaba, llevaba una temporada mal, pero pasaba algo, una bronca muy fuerte, entonces ya se ponían las cosas muy feas, y para, a lo mejor porque mi madre hablaba y le diría..., porque mi madre siempre ha procurado tenernos al margen de eso, (...), bueno, vale. Y entonces, pues, pues eso, entonces ya volvía a ser él y estábamos una época estupenda, muy bien, hasta que no se , pero, bueno, siempre estabas con la cosa ahí de decir, hasta cuándo, no se .*

En todo el relato esta presente el miedo y el temor que se origina en los hermanos y hermanas, se encierran en la habitación esperando a que llegue. Así nos lo cuenta:

*¿Te pegaba tu padre?*

*No me pegaba así..., pero más de un guantazo sí, sí que nos ha dado.*

*¿Y a tu madre?*

*No, no, pero yo creo que también porque mi madre se aguantaba mucho y se metía en la habitación, porque como se ponía, que yo recuerde, es que no me gusta, pues, no se yo, sí que le tenía miedo, sí. Sí, yo me acuerdo que incluso que yo cogía a mis hermanas pequeñas y... en el, porque las mayores trabajaban, en la habitación de la mayores, pues tenían unas literas porque como éramos un montón de gente pues dormíamos en literas y habíamos cogido la tendencia, bueno, nos metíamos en la habitación, a lo mejor para no escuchar nada y cerrábamos la puerta y poníamos las sillas y ahí no podía entrar nadie, porque era muy poco el espacio que quedaba entre lo que es la puerta y la litera, entonces no podía entrar nadie, a lo mejor te llamaba, pues tu no ibas, hasta que ya, yo que se , se (...) y ya pasaba y ya está.*

Otras veces son las hermanas mayores quienes van a buscarlo, tenían miedo a que tuviera un accidente o que se peleara con algún vecino. Estas situaciones familiares, nos dice, "la hacen crecer antes de tiempo". Le obligan a asumir responsabilidades de cuidado y protección hacia sus hermanas pequeñas, de comprensión, apoyo y ayuda a la madre y de "excusa" por la actitud del padre.

*Sí, la verdad es que la pasamos mal y... pues, no se . Muchas veces había que, a lo mejor se iba a la calle y estabas mal porque, mira que si le pasa algo por ahí, o se cae, o cualquier cosa, o pelea con alguien, porque así claro, nunca se sabe, es que no era él, y tenía miedo, y entonces, y yo no dormía pues hasta que no llegaba. Ya cuando fui creciendo, pues eso, me*

*daba cuenta que lo esperaba, porque ya me daba cuenta que a lo mejor mi hermanas mayores le tenían que traer a casa, algunas veces. Y ya yo, claro, no se , esas son las cosas que te hacen crecer antes de tiempo, no, que es lo que decía yo, me quedaba en la casa y ya te das cuenta de esas cosas, y a lo mejor pues eso, yo me esperaba hasta que llegaba y ya cuando veía que subía y no se volvía a levantar pues entonces ya, en fin. Pero mi madre siempre le esperaba y a lo mejor iba a acostar a mis hermanas y yo me acuerdo que, bueno, me quedé muchas noches en las escaleras esperando, la verdad. (...) es como si fueran dos personas en una. Todo hay que decir, ¿no? Cambia totalmente de una manera de ser cuando está bien, sin (...) a otra cuando..., o sea es totalmente diferente, tu eres la persona que en este momento está (bebida) y porque no, no es, y luego a mi hermana la quiero mucho, no se , es muy contradictorio, pero la verdad es que bueno, es decir (...) porque yo estaba mucho allí en casa, porque, no se , les tengo algo especial, pues...*

Patricia adopta una actitud de comprensión y de cuidado con todos los miembros de la familia. Trata de comprender el alcoholismo del padre como una consecuencia del accidente laboral que le dejó casi postrado en la cama y en situación laboral de jubilación. Ante los conflictos que genera cuando está "borracho", ella espera y calla. Con la madre y las hermanas pequeñas adopta una actitud de cuidado. Cuando la madre y los hermanos mayores se van a trabajar ella cuida a las hermanas pequeñas, su objetivo es que tuvieran la oportunidad de estudiar. Ella asume toda la responsabilidad y cuidado en el ámbito doméstico.

*...yo veía que mi madre también se iba a trabajar y pues, también me daba cosa de que volviesen mis hermanos de trabajar y se tuvieran que poner a hacer algo, entonces me encargaba yo de hacer todo prácticamente, mi madre me decía que no haga nada pero, pues, no, yo... cuando ella venía, pues, ya lo tenía todo arreglado y yo llevaba a mi hermana al colegio, pues se venían conmigo, mi madre se quería levantar más temprano, se levantaba súper temprano, pero tampoco había necesidad de que corriera si yo podía llevarla perfectamente y encargarme de ella y llevarla de vuelta pa casa y todo eso, entonces, pues, y los deberes yo creo que en mi casa, mi madre, (...) y yo hacía todo, es que, bueno, bueno, la comida la dejaba preparada mi madre, pero lo demás todo, la verdad y... así los deberes a nivel general, de responder a lo que se te da, de saber aprovechar las cosas, no hacer despilfarros ni nada de eso, eso es lo único así que, que yo veo que nos hayan impuesto (...).*

*...en el instituto lo hacía yo prácticamente todo, porque mis hermanas también eran más grandecitas, no eran pequeñas, pero estaban estudiando, entonces yo quería que tuvieran todo el tiempo para estudiar, porque... no se, si tampoco había necesidad de que ellas supieran nada, como ningún problema, ni nada, pues mejor, yo que se, que tuvieran esa oportunidad ... y entonces, pues me encargaba yo de hacerlo. Me ponía mi horario y siempre que llegaba de, me levantaba antes de irme al instituto y me dejaba (arreglado al menos una parte), cuando volvía pues, (...) después de comer, hasta las cinco o así que me ponía a estudiar (...) y luego ya tenía toda la tarde para estudiar.*

Ella se organizaba en un horario muy estricto que cumplía metódicamente. Tenía todo el tiempo cronometrado, entre la casa, las

hermanas pequeñas y sus estudios, no tenía tiempo para otra cosa. Se siente triste, llora con frecuencia y se refugia en los estudios.

*Porque (veía) esa sensación y yo veía que ya no aguantaba más, es más, yo veía a mi madre llorar porque a mi no se me escapaba nada, era muy, demasiado protectora, no se me escapaba nada, y no se , como tampoco podía salir mucho, me daba por ahí.*

*¿Te daba por qué?*

*Por eso, por llorar, o... encerrarme... y muchas veces como que me quería morir*

*¿Te querías morir?*

*Si, pero yo veía que no, que tenía que, y así me refugie en los estudios, yo creo, porque yo pensaba que esa era una forma de escapar, aunque luego hubiera podido irme a otro sitio y esas cosas y a lo mejor quedarme fuera, pero no era así*

Da muchas vueltas buscando siempre la mejor solución "para todos" y cuando son problemas personales se obsesiona y se angustia sin encontrar solución, "se paraliza", no sabe como afrontarlos.

*...la verdad es que le doy muchas vueltas a la cabeza, y entonces hago, puedo hacer esto (...), es que puedo hacer mejor esto, siempre busco lo que es mejor para todos pero me queda mucho, no se , yo creo que le doy demasiadas vueltas, creo que alargo el problema, o no, alargo la solución, busco la solución, me angustió mucho con los problemas, eso sí, cuando son míos, la verdad, cuando a lo mejor son de... si me pongo más activa, pero cuando son míos, pues, como que me paralizan, me paralizan.*

Está considerada por toda la familia como una niña buena, responsable, trabajadora, con magníficos resultados académicos, que calla en los conflictos familiares, que participa en el cuidado de la casa, se ocupa de las hermanas menores y, durante los fines de semana, ayuda a la hermana mayor a cuidar a la sobrina y ayuda a limpiar la casa del abuelo y de la abuela. Todos los días y todas las horas están organizadas y planificadas.

*Tu estas en BUP, ¿y cómo se desarrolla el, el, la época esa del instituto tú cómo la recuerdas?*

*¿Cómo la recuerdo? Pues mala, bastante mala, no me la he pasado muy bien, la verdad. Y entonces claro mi madre trabajaba, durante la semana bien, pero me levantaba, pues, lo de todos los días, yo me levantaba dejaba (el hogar arreglado), me iba para clase, terminábamos a las tres, volvía, comía, recogía todo y a las cinco pues me ponía a estudiar a lo mejor hasta las ocho y pico, porque yo me ponía mi horario y estudiaba todo, todos los días, no se , una cosa también muy controlada y me acostaba muy temprano. A veces había días que no veía a mi padre porque, no se , porque tenía mi horario y tenía mi horario y ya está, y tenía que cumplirlo. Luego los viernes, a lo mejor, por la tarde, pues mi madre iba a echar una mano a casa de mi hermana, mi hermana mayor se casó y tenía niñas y a mi me gustaba mucho y entonces como tuvo bastantes seguidos, pues no se , bueno, eso dice mi madre que es que me la ponía yo la obligación (habla riéndose), pero me, como la veía así agobiadilla y todo eso, pues yo cogía y me iba, no se si por eso o por otra cosa, los viernes se que me iba a la casa de mi hermana a ayudarle, a lo mejor me iba, pues eso, limpiaba la casa hasta las cuatro o cinco, mismo horario, dependiendo de lo que me tocará, pues lo hacía, cogía me iba a casa de mi hermana, ayudaba, volvía, me*

*duchaba, y me ponía, cenaba y me ponía a estudiar hasta que me acostaba. Y el sábado me iba a casa de mi abuela y le ayudaba, volvía a medio día y me ponía a estudiar, y ya está.*

Le gusta todo tipo de comida pero sobre todo la que ella define como “naturales”, las biológicas o las que ellos cogen del campo. En su casa los domingos comen todos juntos y casi siempre la comida que hacen es tradicional, “de cuchara”.

*Pues los naturales también, por ejemplo eso de coger un, mi hermana coge de un limonero, yo eso de coger, es que no huele igual el limón, por ejemplo, o no se, una naranja, una manzana, lo coge de (...) y no es igual al que coge en el supermercado por ejemplo, entonces me gusta, tu coges la manzana y la hueles y huele, no se, una cosa, no se, muy característica, a mí me gusta esa sensación, ¿no?, de algo natural.*

En cuanto al aspecto físico se recuerda como una niña delgada. El deporte que hacía era el obligatorio en el colegio. Es muy buena estudiante y prefiere las asignaturas de literatura e historia. En cuanto a la ropa le gusta vestir de forma elegante, formal, no le gusta cambiar, ni llamar la atención, ni tampoco sentirse observada.

*Si, es que la ropa que me gusta si soy maniática porque, a lo mejor, dependiendo de la situación.... pero a mí no me gusta cambiar, no se, y determinadas cosas pues no... intento mantener, es lo que, siempre un equilibrio ..., no se, y no me gusta tener ropa muy dispar tampoco, me gusta mucho la formal, ropa formal, pantalón, una chaqueta, me gusta mucho, no se, tampoco que no llame mucho la atención, no me gustan las cosas a mí...*

Su habitación en Granada esta llena de recuerdos y de detalles de la familia. Regalos de la abuela, dibujos de los sobrinos, una manta que le hizo la madre, muchos libros, apuntes, todo muy ordenado. Cada cosa en su sitio.

*Pues, tengo dibujos de mi sobrino colgados por ahí, tengo alguna que otra poesía y muchos libros, tengo muchos libros, bueno, tengo un cuadro del (Jesús de allí de L...), tengo flores que me hizo mi abuela en un jarrón encima del escritorio y un muñeco en la mesita, de mi sobrina, pequeñito con el (...), tengo sobre también la mesita, tengo un pañito de gancho que me hizo mi abuela con un joyero de mi hermano, no se , me gusta tenerlas cerca. Y luego muy sencillo, porque no me gusta la habitación muy cargada, así. Tengo la manta de mi madre (risas), porque a veces que me gusta estar sola y me tiendo sobre la cama para.... me gusta tenerla, también eso me acuerdo de ella. Pues, eso, tengo mi escritorio, mi mesita, mi cama, el armario, ordenado todo, tengo dos armarios y me gusta tener cada cosa en su sitio, la estantería la tengo repleta de libros y de apuntes de otros años que no se si me van a servir, pero los tengo ahí porque me gusta ser precavida por si no puedo ir pa casa, o por si tengo que ampliar, no se , me gusta, lo tengo todo completo, lo tengo todo ahí, en la estantería que se me va ha caer. Y luego tengo una mesa camilla y un espejo sobre la mesa.*

Cuando tiene tiempo libre le gusta pasear por los barrios antiguos de la ciudad, leer, sobre todo poesía, ir al parque, pensar y observar. Actividades que realiza muchas veces sola. No le gusta salir por la noche prefiere pasear los domingos por la mañana.

*¿Un domingo?, me gusta mucho irme al parque, pensar, no se , me gusta mucho, irme al parque con..., no se , tengo mi referencia de libros de*

*poesía, me lo llevó, por ejemplo, o me gusta por ejemplo, u otro domingo de andar por ahí por los barrios antiguos, me encanta, me gusta caminar, pues, me gusta andar por ahí, ver cosas.*

Le gusta todo tipo de música menos la música de discoteca, prefiere la música clásica y el flamenco. Entre las películas destaca *la Lista de Schindler*.

*Bueno, menos la de discoteca esa, de que tututututu, te (martilla) la cabeza, en general. Me gusta mucho la clásica, Mozart me encanta, lo utilizó para estudiar, me gusta mucho. Luego, pero por ejemplo a mi padre le gusta mucho el flamenco, entonces también se, no se . Y en general, yo creo que hay una música para cada momento, ¿no? También igual que una película.*

#### **5.1.14.2. La experiencia de la anorexia y de la bulimia**

El proceso restrictivo de Patricia no tiene un comienzo claro. Recuerda que la primera vez que se pone a dieta tiene 12 años. En el colegio están preparando un viaje fin de curso y todas las niñas de la clase hacen dieta antes de ir al viaje. La dieta supone un rito de tránsito en el grupo de chicas.

Un año antes, a los 11 años, tuvo la primera menstruación. Percibe un cambio corporal que no le gusta. Su padre se siente orgulloso de tener otra mujer en casa. Sin embargo, a ella no le agrada el cambio que estaba experimentando su aspecto, no le gusta que sus pechos crezcan pero, mucho menos, "todo lo que envolvía eso". No le gusta el cambio que recibe del trato de sus padres. La

menstruación le recuerda que ha entrado en el mundo de los adultos lo que supone para ella romper las relaciones con los chicos de su edad. A partir de la primera regla sus padres no la dejan salir, comienza un periodo de exclusión en las relaciones a la par que una ocupación y preocupación por la vida doméstica. La menstruación supone una barrera que la separa del grupo y la aparta al mundo doméstico.

*Si, a mi ya la ropa no, no se , muy rara, y aunque parezca que no, pero yo entonces desarrollé mucho pecho y eso no me gustaba para nada, yo que se , me veía muy diferente y bueno..., pero luego yo veía que mis compañeras pues no eran igual que yo, tampoco, y no se . También lo que...bueno, yo recuerdo, mi padre si cuando se enteró ya que yo ya era mujer, tenía la regla, se puso como que, no se , se vio muy orgulloso y tal, pero ellos también me trataban diferente, no se , como que ya, también por el hecho ese ya entras directamente en el mundo adulto, aunque tu ya en parte conozcas o... y no me gustaba mucho la verdad*

*¿Qué era lo que no te gustaba mucho?*

*Todo, todo lo que envolvía eso, creo. Ya mi madre no me dejaba jugar con niños tampoco, con mis amigos, y, no se , en el colegio pues eso, yo que se que a lo mejor, pero nada más y no me gustaba.*

Ya antes de la menarquia Patricia se siente una niña diferente debido a los problemas familiares. El cambio corporal y la actitud del padre y de la madre no hacen sino agravar esta distancia social. Siente que "no encaja" en su grupo de iguales y siente la necesidad de incorporarse a las actividades y preocupaciones del mundo adulto.

*... es que no encajaba, no encajaba todavía con, donde yo me..., en el colegio, por ejemplo, no encajaba, es que no, entonces eso es lo que yo creo..., muchas veces lo he hablado con mi psicóloga y es que eso, es que no, veía que no encajaba, no se...*

*¿Y te gustaba el mundo de los mayores?*

*No se si me gustaba o no, tenía que aceptarlo y ya está, lo que pasa es que yo pienso que ya era bastante diferente como para encima tener que aguantar otra cosa diferente.*

La reclusión en el espacio doméstico hace que pase mucho tiempo en casa, se hace cómplice de la madre y con ella comparte los sentimientos de angustia y de miedo provocados por la situación que genera el padre.

*Sí, yo pienso que sí, sí porque yo me daba ya cuenta de las cosas, entonces yo era la que más tiempo pasaba en la casa y yo me daba cuenta de otras cosas de golpe y entonces como que controlaba más y sabía todo y a mi no me podía engañar y mis hermanos aunque supieran, pero no... Entonces mi madre, pues, yo fui acercándome más y más y me iba, ya si me empezó a contar más cosas: "y entonces cuando, me pasa esto y lo otro y no se cuanto", ella nunca me escondía nada y entonces yo creo que necesitaba a alguien que también, que la escuchara de otra forma y eso. Por eso yo veía que me iba y no se..., que luego menos mal que no, porque mi hermana mediana (...) como que claro tampoco nos gusta demasiado (...) la verdad, yo pensaba así, porque a lo mejor porque a lo mejor puede haber acá muchas cosas, y pueden pasar muchas cosas, y también ella, pero me preocupaba eso, sí, de dejar un poco a mi madre*

Sus preocupaciones cada vez se alejan más de las preocupaciones y ocupaciones de las chicas y chicos de su edad. Deja de salir, su preocupación será el padre y su ocupación, esperar en casa a que volviera.

*¿qué significa que ya era bastante diferente..?*

*En lo del cuerpo. Pues por ejemplo, porque ya cuando en esta edad, (...) es lo que decía, yo me pasaba a lo mejor los sábados, pues yo no salía con mis amigas porque yo esperaba a ver como venía mi padre y dependiendo de eso pues así estaba yo, porque yo, si volvía (vuelto...) yo no me iba a la calle, pero vamos, pero no, yo me quedaba en casa con mis hermanas y con mi madre, porque mis hermanas mayores si que iban y entraban, pero yo me quedaba en mi casa y no...*

*¿Por qué te quedabas en casa?*

*Porque no se , porque a lo mejor yo temía que eso se pasará ya, fuera mayor, y si estaba yo ahí pues controlaba. Entonces para, lo que para los otros niños era una ..., yo que se, hablaban de vacaciones y de tonterías, de que si me gusta, no se que , no se cuantos y eso para mi lo veía tan, tanta tontería habiendo preocupaciones más importantes.*

A los 12 años se marcha de viaje de fin de curso, se ponen todas las amigas a dieta y pierde unos cuantos kilos. La madre se asusta y la lleva a la consulta médica. El facultativo no le da importancia y comienza a normalizar el comportamiento alimentario. Cuando cursa segundo de BUP, tiene aproximadamente 16 años, comienza de nuevo a restringir la dieta. Este periodo coincide con fuertes conflictos

familiares debido, sobre todo al alcoholismo del padre. Restringir, significa controlar. Tiene un afán por controlar todo, cuando no puede controlar lo que a ella le gustaría, que no es otra cosa que la actitud el padre. Patricia tiene todo el día planificado y organizado, también la alimentación. La familia, y más concretamente ella y la madre, viven en una continua incertidumbre, no saben ni siquiera si el padre llega por las noches, tampoco en las condiciones que llegará.

*...cuando entré a BUP, el primer curso, como con gente así y volví a comer un poco más, pero luego ya en segundo lo retomé otra vez radicalmente porque, yo que se, como que en primero un poco más descontrol por una parte, pero en segundo ya tenía todo mas controlado, y tenía más horas y tenía todo muy organizado, entonces yo quería tener todo muy controlado*

*¿De controlar qué?*

*No se , de controlar todo (pausa). La comida y todo, y además que yo que se , yo cuando era capaz de controlar los estudios yo era capaz de controlar..., pero no era capaz de controlar mi casa, en el sentido de mi padre, no he podido controlarlo, eso no he podido controlarlo. Y no se si era por eso...*

La práctica restrictiva de Patricia no tiene como objetivo estar a la moda, ni conseguir una talla 36, ni gustarle a los chicos, ni ser modelo de pasarela. En el caso de Patricia es una acción a través de la cual busca "purificarse", "desintoxicarse". Se produce en un contexto de excesiva responsabilidad, de aislamiento y de temor. El motivo por el que restringe la dieta lo comenta así:

*...cuando tú decides ponerte a dieta o restringir, ¿tu qué es lo que estas buscando, por qué lo haces?*

*(silencio) No se, es una manera de controlar*

*¿De controlar?*

*Si, controlo todo y no .....*

*¿Conseguir un cuerpo delgado es importante?*

*Es que, es curioso, no tanto delgada, sino que buscas estar bien, pero estar bien sabiendo que, que... das a tu cuerpo justo lo que necesita*

*...había muchas veces que a lo mejor yo decía: me siento mal, no se que, me voy a purificar, puede ser (risas), y hacia, me tiraba los fines de semana a lo mejor sin comer y luego ya como que, que se yo, a partir de aquí empecé de cero como a no querer intoxicarme, empecé a comer mas natural, mas, y que también llegué a decir: me limpio por dentro y me limpio por fuera.*

A pasar de la dieta, Patricia es una magnífica estudiante, una “buena hija” que ayuda a todos y a todas. El último curso del instituto se lo pasa en un constante ir y venir a las consultas médicas y a los hospitales. En principio el malestar lo sitúa en problemas abdominales, la medicina no encuentra causa orgánica que justifique sus dolencias. Recuerda que, en esta época, aproximadamente a los 17 años, pensaba que ponerse enferma podía ser el medio para que su padre estuviera pendiente de ella y dejara de beber. Llegó incluso a pensar que la muerte podría ser una buena solución para acabar con los conflictos familiares.

*Bueno yo una vez pensé que si a lo mejor me ponía muy enferma mi padre tenía que estar pendiente de mí, entonces no podría beber, y es que para estar con él se me ocurre cada cosa (risas) y así se solucionaría el problema para mis hermanos. Porque a lo mejor si yo me moría, es que suena así muy no, y ahora a lo mejor pienso, mira que, pero esto llega a causar algo y llega a ser cambiar de repente todo, y va a ser mejor para todos.*

Termina COU y se viene a Granada a estudiar a la universidad, cambia de ciudad, comienza a vivir a un piso de estudiantes. Con las chicas se relaciona poco, la mayoría de los fines de semana se marcha a casa, todo depende de cómo estuviera el padre. Le cuesta adaptarse y sus rendimientos académicos empeoran.

*...y también fue más frecuente decir porque me sentía muchas veces mal aquí y de decir, al principio me costó mucho adaptarme y bajaron mis notas ese primer año, y claro yo lo había tenido tan controlado siempre y me había ido tan bien y ahora pues no, encima, pues encima... encima que (...) siempre eso, pues ahora estaba fallando. Entonces empecé los fines de semana, pues, a hacer purificación, (risas) No comía, entonces pero a partir del momento todo va a cambiar (...) y así hasta el año..., bueno, al final de tercero o cuarto que también, no se, me daba, me ponía muy descuidada, eran impulsos.*

En este periodo en el que baja el rendimiento académico decide buscar ayuda médica. Pesa 45 Kilos y mide 1,60mts. Va a un Centro de Salud sola porque no quiere preocupar a la madre. La diagnostican de anorexia nerviosa y la remiten a la consulta de psicología. Comienza su periplo por la institución sanitaria. Del médico de familia,

va a la consulta de endocrinología, de allí a la consulta de la psicóloga y al psiquiatra... La valoración que hace del periplo es que "no me ayudaban realmente". El psiquiatra le receta psicofármacos, que no le gustan, porque: "las pastillas tampoco me lo han solucionado, de verdad".

*Es que no se , me he tirado una temporada sin ir porque es que veía que no me ayudaban realmente, no se , me hacía un poco de más lío, porque bueno las pruebas bien porque más o menos te controlan, (...) te controlan, pero luego (...), no se tampoco me ayudaba nada, porque yo decía, la solución, a lo mejor, empezar aquí (...) pues ya está, yo las sigo perfectamente y se me quitaba todo, pues no, tampoco, tampoco me ayudaba en ese sentido. Y luego la psicóloga pues hablamos mucho pero, pues no se , es que como que quiere que cambie alguna cosa y es que no puedo cambiarla, es que no, yo lo intento y es que (...) no sabe que va a hacer conmigo.*

Pasa de un periodo restrictivo en la alimentación a un periodo bulímico al finalizar tercero de carrera. El paso de la restricción a la bulimia coincide con un periodo previo en el que las cosas marchan mejor, comienza a salir con un chico y esta relación le atrae. Sin embargo, la relación termina pronto y su padre entra en un nuevo periodo conflictivo a la vez que comienza la época de exámenes. En este contexto comienza una etapa de alimentación compulsiva en la que ella misma se origina los vómitos unas tres veces a la semana.

*Si , fue todo un logro, porque yo estaba tan bien así, además yo lo primero que dejé muy claro, porque (...) y lo que decía muy claro, porque antes tampoco había salido con él porque si yo estoy mal, no se , no puedo*

*arrastrar una persona conmigo así, pero, no se , me veía con fuerza y tal y.. bien, incluso y dije si, me arriesgué sabiendo todo lo que comportaba eso, también para mi y que tenía que hacer un esfuerzo, pero... al final, cuando ya se marchó, entonces luego sigo así más o menos y... es que fue a final de tercero ya cuando (...), no se , empecé... estuve también trabajando pero, ese verano, pero ya me daba cuenta, no se , empecé a comer, ya a lo mejor pensaba en algo que no, yo pensaba en él, y pensaba lo que estaba pasando y eso era algo que antes a mi no me había preocupado, ni me había quitado, no se , había otras cosas y no podía controlar tampoco... y llega un momento, pase a... ahí, a comer bastante, es que también me dio una época de insomnio al final de los exámenes y no se , en los exámenes, los últimos, los pa se fatal.*

En su relato se aprecia una relación entre la mejoría de los síntomas anoréxicos con los periodos de mayor estabilidad familiar. Ella también lo relaciona.

*¿Con qué relacionas tus momentos que estás mejor?*

*Pues, no se , pues cuando todo va bien en casa, si.... Estoy más tranquila y no se., está todo más en su sitio y más controlado y mas...no se , está todo bien.*

En el periodo de la entrevista Patricia esta aún en proceso de enfermedad, hace aproximadamente dos años que había comenzado el periodo bulímico. Las visitas a la institución sanitaria son muy habituales. Va cada dos semanas al psicólogo y al psiquiatra, cada tres meses al endocrino que le manda "pruebas" analíticas y le hacen densitometría ósea cada tres meses.

## 5.2. DISCURSOS DE MUJERES DIAGNOSTICADAS

### **5.2.1. Proceso de socialización y aprendizaje de roles**

El proceso de socialización es el conjunto de experiencias mediante las cuales se adquiere identidad individual y se aprende comportamientos aptos y válidos para mantener la cohesión social. A través del proceso de socialización se aprenden roles, se interiorizan normas y se crean modelos de referencia. Los grupos cuyas normas seguimos y cuya aprobación deseamos, se denominan grupos de referencia y entre ellos destacan la familia y los grupos de iguales. A partir de las evaluaciones de estos grupos se va conformando la identidad, se construye y reforma la auto imagen. De esta manera la imagen propia construida se basa, en primera instancia, en las opiniones, valoraciones y reacciones de quienes forman parte de nuestros grupos de referencia (Berger 1984; Radl 1996).

Para analizar el nivel micro, el nivel subjetivo de la experiencia, utilizamos algunos conceptos acuñados por el interaccionismo simbólico. El primer concepto del que damos cuenta es el de "el otro generalizado"<sup>47</sup> (Mead 1972) que representa un conjunto de normas comunitarias en las que se aúnan las expectativas que una persona cree que la gente de su entorno tienen con respecto a ella. "La otra generalizada" se desarrolla, pues, mediante los procesos de aceptación

---

<sup>47</sup> Si bien los conceptos del interaccionismo simbólico están formulados en masculino "el otro generalizado", "el otro significativo" y "la aceptación del otro generalizado", a partir de ahora, utilizaremos las denominaciones en femenino ya que nos estamos refiriendo, exclusivamente, a mujeres.

y desempeño del rol. La aceptación del rol es un intento de actuar de acuerdo con el comportamiento que se espera de la persona. El desempeño de rol se lleva a cabo cuando la persona realiza con eficacia el rol aprendido. A través de la conciencia de los roles y de los sentimientos y valores de las otras personas es cómo "la otra generalizada" toma forma. Es pues, un compuesto de los roles que las personas desempeñan y de las expectativas que los otros y las otras tienen respecto a nosotras gracias al cual se construye la identidad (Mead 1972; Radl 1996; González de la Fe 2003).

El segundo de los conceptos que analizaremos en el nivel micro es "la otra significativa", persona cuya aprobación deseamos y cuya dirección aceptamos. Se refiere a las personas que ejercen una mayor influencia en las actitudes que pueden ser influyentes por los roles que desempeñan o bien porque son elegidas como importantes; en este caso, los valores, ideas y creencias, de las personas que se constituyen en referentes y valores propios (Horton 1990:102).

Por último, para analizar el nivel macro observamos las relaciones e interacciones dialécticas que se establecen entre las personas y las que establecen con el conjunto social. Lo que la persona sabe sobre el mundo y su realidad es percibido y aprehendido gracias al proceso de socialización. La socialización se convierte así en un dispositivo intermediario básico en el proceso de conocimiento y de apreciación (Schutz 1974; González de la Fe 2003:230). Las

orientaciones, valores y creencias compartidas socialmente sirven para mantener la cohesión social. Mediante el proceso de socialización se aprende a moldear las percepciones individuales de acuerdo con la estructura social y el sistema de dominación legitimado, se aprenden tipificaciones para actuar en la vida cotidiana (Schutz 1974).

De esta manera los roles son comportamientos esperados, vínculos entre los mundos macro y micro, entre la cultura social y la conciencia individual, que revelan las mediaciones entre los universos macroscópicos de significados objetivizados en la sociedad y las maneras en que estos significados cobran realidad subjetiva para las personas. A través de la conciencia de los roles, se interiorizan sentimientos y valores, se participa en el mundo social (Berger 1984). Toda la estructura social está presente en el núcleo de la interacción bajo la forma de esquemas de percepción y apreciación, inscritos en el cuerpo de los y las agentes interactivos (Bourdieu 2000: 83).

#### **5.2.1.1. Aprender a ser mujeres**

Evocando a Simone de Beauvoir (1987) tratamos de poner de manifiesto las consecuencias que tiene el proceso de socialización en la construcción de las identidades y cómo el contexto macroestructural influye poderosamente en las interacciones sociales. Las personas entrevistadas nacieron de sexo femenino y este hecho ha condicionado su existencia. Mediante el proceso de socialización han aprendido

actitudes, comportamientos y expectativas, han aprendido a adoptar roles y vivir en diferentes esferas institucionales de masculinidad/feminidad que se legitiman mediante un sistema de dominación sexo/género y una ideología sexista que contiene prejuicios y prácticas discriminatorias contra las mujeres (Saltzman 1992). El sistema sexo/género limita y disminuye sus posibilidades y favorece su conversión en seres dependientes, constreñidos por los requerimientos de los roles específicos atribuidos a su sexo. Sus vidas cotidianas se ven influidas por el hecho de que están estructuralmente subordinadas a las estructuras sexistas. La configuración macroestructural de la desigualdad entre los sexos está intrincadamente entrelazada, en las interacciones sociales (Benhabib 1990). Esto se observa en multitud de detalles procedimentales que, revelan el poder de ellos con respecto a ellas. Apreciamos el ejercicio de la autoridad en la implicación de las tareas domésticas, en las diferentes expectativas familiares o en la toma de decisión de las parejas.

La mayoría de las entrevistadas perciben y padecen las relaciones desiguales entre hombres y mujeres de la familia, lo que origina, en algunos casos, fuertes conflictos familiares. En 12 de las 14 familias de origen de las entrevistadas apreciamos una relación de carácter sexista donde la desigualdad se expresa a través del diferente reparto de tareas, responsabilidades, exigencias y expectativas.

En el ámbito doméstico han comprobado el diferente y desigual reparto de las tareas. Belén percibe que no solo debe realizar actividades distintas sino que ella, por ser mujer, "siempre tenía cosas que hacer". Noemí resalta como sus hermanos tenían privilegios con respecto a ella a pesar de realizar actividades parecidas. Pepa destaca las diferentes expectativas de sus padres hacia ella y sus hermanos. Rocío y Patricia aprendieron a ayudar a la madre y a implicarse en las tareas domésticas, hecho que les proporciona un importante reconocimiento familiar.

Las mujeres entrevistadas refieren tener más obligaciones a lo largo de la jornada y menos derecho al ocio. Se sentían más protegidas y más controladas que sus iguales de sexo masculino y notaban que las expectativas de sus padres y madres respecto a ellas eran distintas que hacia sus hermanos varones. Además de vivir en un sistema familiar sexista, algunas de ellas han mantenido y mantienen relaciones de pareja basadas en la desigualdad y otras han percibido la desigualdad en sus relaciones profesionales como veremos más adelante.

Atendiendo a la construcción del relato y al léxico, es posible apreciar signos del sistema de dominación sexista en el que han vivido. Utilizan un léxico coloquial con verbos que implican actividad impositiva cuando hacen referencia a los padres (mandar, decidir, dominar, programar). Cuando se refieren a las actividades que realizan

las madres utilizan verbos que implican actividades relacionales (ayudar, estar pendiente) o de introyección de conflictos (tragar, callar). Carmen al hablar de la relación entre sus padres nos dice "sí, es una persona que (...), es un macho, que domina más, y ella como es mujer pues..., y ella por no montar escándalo se lo traga todo siempre" o Manuela quien dice "mi madre ayudaba a que las cosas no fueran tan... tensas con mi padre".

Para reforzar la argumentación cargan el léxico de intensificaciones y metáforas. Así, cuando hablan de los padres, dicen que: "tiene mucho carácter", "no le puedes discutir", "es un macho que domina" "siempre marcando", "siempre enfadándose", "lleva los pantalones". Cuando se refieren a las madres resaltan que: "ayuda para que las cosas no sean tensas", "por no montar el escándalo se lo traga todo", "se aguantaba mucho y se metía en la habitación", "esta en la sombra", "ella tenía que estar pendiente de todo", "la ha anulado (el padre a la madre)". Así Patricia nos dice: "mi madre se aguantaba mucho"; y Noemí: "mi madre... digamos que la ha anulado, no porque yo lo diga, sino porque todo el mundo lo dice, a lo mejor va a una reunión, y está mi padre hablando, y a lo mejor intenta mi madre decir algo y la calla, o la deja en ridículo".

La toma de decisiones en 11 de las 14 familias corresponde al padre. En los tres casos restantes esto no se produce debido a la muerte del padre, la separación o al fuerte carácter del padre.

### **5.2.1.2. Trayectorias académicas**

La mayoría de las entrevistadas, 8 mujeres, han realizado su trayectoria académica en colegios e institutos públicos mixtos, otras cuatro han estudiado la Educación General Básica en colegios privados o concertados religiosos, dos han estudiado en colegios privados mixtos. Todas las familias han transmitido que estudiar es importante para conseguir estabilidad e independencia económica. En los casos de familias con dificultades económicas, les han trasladado a todos los hijos e hijas que estudiar es una buena estrategia para conseguir una movilidad social ascendente. La madre de Pepa ha sido especialmente elocuente "...mi madre siempre me ha dicho que estudie y que salga fuera para que pueda ser independiente".

En el ámbito académico, 12 de las 14 mujeres entrevistadas realizaron una buena trayectoria hasta los 17 años, con la única excepción de Teresa que en el momento de la entrevista tiene 15 años y Lola que nunca fue buena estudiante. Diez mujeres entrevistadas se consideran buenas estudiantes y obtienen buenos rendimientos académicos. Por el contrario, dos se definen como malas estudiantes. Rocío y Laura, durante la infancia y primera adolescencia fueron buenas estudiantes pero, por diferentes circunstancias, abandonaron los estudios: Laura como consecuencia de la anorexia y Rocío porque dejó de interesarle estudiar.

Todas asocian el hecho de estudiar a independencia económica y posibilidad de tener una vida diferente a la de sus madres, la mayoría dependientes del padre y sin capacidad de decidir. Para la mayoría de ellas el referente de mujer no es la figura materna, sino el de una mujer independiente y profesionalmente activa. En todos los casos, con excepción de Manuela, las entrevistadas eligen a otras mujeres como "otra significativa". Lo veremos más adelante.

La mayoría de las entrevistadas se recuerdan durante la infancia como una "niña buena". Doce de las 14 mujeres cumplen con las expectativas que tienen de ellas sus padres y madres, son niñas obedientes, dóciles, que no dan problemas y que dedican, la mayoría del tiempo, a lo que consideran un deber: estudiar.

Viven los estudios como una obligación que cumplen casi en su totalidad de forma gustosa y se definen como "estudiosas" durante su etapa en la enseñanza obligatoria. Estudiar es una actividad que ellas valoran muy positivamente y que les proporciona importantes beneficios: seguridad, autoestima, reconocimiento de los padres, de las madres y del profesorado y, además, tener un lugar y un espacio propios. Cuando, por diversas circunstancias, ellas no pueden responder con dedicación a la obligación de estudiar notan estrés, tensión y ansiedad.

Dedican mucho tiempo y esfuerzo a estudiar y esto tiene consecuencias en el resto de las actividades diarias, sobre todo, en las relaciones que establecen con los chicos y chicas de su edad. No nos queda claro cuál es la causa y la consecuencia: si estudian mucho porque tienen menos relaciones con el grupo de iguales o tienen pocas relaciones porque estudian mucho.

### **5.2.1.3. Relaciones de amistad y pareja**

Disponer o no de un apoyo social adecuado es una variable que influye sobre la vulnerabilidad individual para desarrollar trastornos mentales. Algunas autoras mantienen que los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa tienen déficit en sus redes sociales (Karwautz 2003). Sin embargo, nuestros resultados indican que no todas las mujeres entrevistadas han percibido un déficit en las relaciones de amistad.

Sobre este aspecto observamos tres tipos de experiencia distintas. Algunas entrevistadas dicen tener dificultades en las relaciones con su grupo de iguales, otras manifiestan que no tienen ningún problema y, por último, dos de ellas (Blanca y Hortensia) se definen como "líderes" en las relaciones con los chicos y chicas de su edad. Las dificultades en las relaciones de amistad se producen en todos los periodos vitales.

Las entrevistadas que han percibido dificultad en las relaciones interpersonales consideran que éstas se producen por la actitud de los padres o madres o por el rechazo ante su buen rendimiento escolar.

De las 14 mujeres entrevistadas, 13 han mantenido en algún momento de su vida relaciones de pareja. En el momento de la entrevista 9 mantienen relaciones estables de pareja. Refieren algunos elementos negativos que están presentes en la relación con su pareja actual: la frialdad (Laura), la timidez (Noemí y Pilar), la falta de comunicación y de confianza (Rocío), la excesiva facilidad para el enfado (Carmen), ser considerada "un objeto sexual" (Antonia), o "que se crea que me tiene dominada" (Lola).

El uso discursivo de metáforas e intensificaciones cargadas de desigualdad permite apreciar la existencia de relaciones sexistas de pareja. Así: los novios "engañan", "me ponía los cuernos", "me trataba muy mal", "era el típico cabroncillo". De ellas mismas, por el contrario manifiestan que "aguantan", "era mi culpa", "mi única salida era él", "no merecía otra cosa", "cuantos más palos me daba, más me merecía", "sentía algo muy fuerte por él", "quería ayudarlo"...

Para mantener el hilo argumental utilizan instrumentos de cohesión típicos del lenguaje conversacional (que, pues, entonces...). Entre los que nos interesa destacar la utilización del conector de oposición *pero*. Con la utilización de *pero* marcan una antiorientación,

es decir, producen un cambio en el argumento. Esta forma de construir el discurso pone de manifiesto la ruptura entre las expectativas iniciales y la realidad vivida. Así manifiestan que: “al principio me iba bien... pero por lo visto el muchacho...”, “me decía que fuera,... pero yo no iba”, “el primer año empecé a salir....(pero) me vino bastante mal...”

El análisis semántico de los fragmentos pone de manifiesto cómo las expectativas que estas mujeres tenían sobre sus relaciones de pareja se vieron insatisfechas. La argumentación discursiva avanza mediante marcadores de progresión como: encima..., pues..., por si... . Mediante estos conectores explican, ahondan y precisan las frustraciones de la relaciones de pareja. Antonia nos dice que “cuando estaba con él me trataba bien en el sentido físico, estando los dos juntos, pero luego.... encima me trataba muy mal... se liaba con otras... me hacía de todo..., cuando estaba con él me encontraba muy a gusto, (...) yo estaba superenamorada...me encontraba en los cielos, pero... era cuando estábamos en el sentido físico juntos, pero me maltrataba mucho síquicamente”

#### **5.2.1.4. Modelos de referencia**

Las madres, transmisoras de un modelo de feminidad, se constituyen en una primera fuente de identificación. En la relación con las madres, las entrevistadas aprenden una estructura normativa de género que establece pautas sobre lo que está permitido y censurado

hacer, pensar y decir, sobre lo que le corresponde por ser mujer. Las madres enseñan consciente e inconscientemente a sus hijas "qué son las mujeres", transmiten modelos socio-culturales sobre las mujeres y la feminidad, transmiten ideología (Arcana 1979).

En los relatos de las mujeres entrevistadas observamos que aprenden, pero no aprecian, la posición ni los roles de las mujeres en relación con los hombres, ni tampoco los comportamientos adecuados al ideal de feminidad. Su discurso manifiesta su deseo de no repetir el modelo de vida de sus madres. Se rebelan contra el rol femenino tal como lo ven ejemplificado en sus madres (Gerlinghoff y Backmund 2004: 80).

De las 14 entrevistadas, 6 mencionan a otras mujeres como modelos de referencia, una de ellas se refiere a un hombre, tres dicen no tener más modelos que ellas mismas, y otra no dice nada al respecto; las otras tres restante no hablan de modelos. A Hortensia, Antonia, Teresa y Laura les gustaría parecerse a sus hermanas mayores, a Belén le gustaría parecerse a la novia del hermano, Manuela a su madre. Patricia admira la forma de ser de su abuelo.

De los referentes femeninos las características físicas que destacan son las propias del modelo estético imperante: guapa, alta y delgada. Asumen sin complejos el estereotipo expresado en los medios. Las características relacionales más destacadas son las que

favorecen las interacciones personales como ser: simpática, agradable, divertida, pendiente de los que quiere, abierta y buena persona, características típicas del estereotipo femenino, de la motivación de apego a los vínculos y a las relaciones (Levinton 2002; Bleichmar 2000).

Aparecen, además, otras características que las mujeres entrevistadas resaltan y que no se encuadran en el estereotipo femenino, las denominamos "características de independencia". En ellas agrupamos: activa, segura de sí misma, valiente, ilusionada con el futuro, rebelde, luchadora, respetada, emprendedora y seria. El análisis semántico del discurso pone de manifiesto un modelo en transición, en el que las mujeres entrevistadas aprecian características del modelo femenino estereotipado pero que se ven enriquecidas con un nuevo modelo al que incorporan dinámicas individualistas propias de las sociedades reflexivas (Del Valle, Apaolaza, Arbe *et al.* 2002).

Para Belén, la novia de su hermano es guapa, alta, delgada y buena persona; Antonia también señala que su hermana mayor es guapa y delgada, además de fuerte, activa, simpática, inteligente; a Teresa le gusta de su hermana mayor que no le afectan las cosas y que sea abierta, simpática y agradable; Laura ve en su hermana mayor a una mujer luchadora y emprendedora; Hortensia ve a la suya como la mujer que le gustaría ser, una "mujer valiente"; a Manuela le gustaría ser como su madre de quien admira especialmente sus

“pequeñas rebeliones”; Noemí no tiene ningún referente y le gustaría ser ella misma pero en general con más fuerza, y con capacidad de mirar al futuro con ilusión; Rocío y Blanca quieren ser ellas mismas y para Patricia, la persona que se constituye en su referente es su abuelo, de quien destaca que es serio a la vez que divertido, es respetado por todos y está muy pendiente de los que quiere.

#### **5.2.1.5. Afrontamiento de conflictos**

El afrontamiento es la capacidad para llevar a cabo una apreciación de los agentes estresantes, elegir respuestas y/o buscar recursos para minimizarlos. Analizar las estrategias que adoptan las mujeres entrevistadas para resolver los conflictos en su vida diaria nos da idea del tipo de afrontamiento que realizan. En el proceso de socialización han percibido y apreciado una normativa de género que define y tipifica los modos, no sólo de actuar sino de sentir, pensar y desear. También, los modos de percibir, expresar e intentar resolver el malestar y los conflictos del vivir cotidiano (Bonino 1991).

La interiorización de la dominación masculina comporta consecuencias en las formas de expresar las necesidades y demandas y en las estrategias que estas mujeres utilizan ante las situaciones de conflicto (Bourdieu 2000). Las mujeres entrevistadas adoptan formas indirectas de manifestar la agresividad y de imponerse. Utilizan recursos que se derivan del terreno de las emociones. Manifiestan su

protesta no sólo con la voz de quien se sabe escuchado, sino con el silencio de la persona que sabe que no lo es, con el llanto, con la introyección de la queja de quien sabe que no debe hablar sino callar, mentir o llorar (Bonino 1991: 50). La imposibilidad de manifestar abiertamente su ira genera un desplazamiento de la hostilidad hacia el yo y convierten la ira en forma de sentimientos de desvalorización y menosprecio hacia sí mismas, de culpabilidad y/o depresión (Bruch 2001). En este mismo sentido Fairburn y cols. han encontrado relación entre autoevaluación negativa y desarrollo de los trastornos alimentarios (Fairburn, Cooper, Doll *et al* 1999).

Mediante el proceso de socialización las mujeres entrevistadas han aprendido a no satisfacer abiertamente las demandas, a no expresar claramente las hostilidades y las quejas. Recurren a otras estrategias de protesta con las que manifestar lo que González de Chávez denomina "el poder de los débiles" (1999:141) o Cruz González "el grito silencioso" (2001: 179). El llanto, la tristeza, la melancolía y la depresión son mecanismos de defensa introyectivos que dañan la percepción del control vital y la autoestima. Síntomas relacionados con la situación vital, con los acontecimientos del pasado y con la historia de las relaciones en la que se constituyó, se producen ante la dificultad de estar sola, de no ser capaz de gestionar los conflictos.

Los roles desempeñados, y las limitaciones del modelo femenino que el orden social y simbólico les propone, se convierten en factor de riesgo y de morbilidad psíquica (Bonino 1991; Mingote 2000; Mazarrasa 2001; Távora 2001). El malestar no encuentra otra vía de salida que el llanto y la tristeza. En este sentido los roles de género y los modos de vida inciden en los modos de sentir y de expresar el malestar.

De las 14 mujeres entrevistadas, 11 recurren a formas estereotipadamente femeninas de afrontar los conflictos, en este sentido el proceso de socialización sexista se ha mostrado tremendamente eficaz. A excepción de Laura, Lola y Pepa, las demás recurren a la interiorización del conflicto, no se oponen ni tampoco lo abordan. Se callan, mienten y lloran.

Belén reacciona ante una dificultad tratando de "apagar el conflicto cuanto antes"; Noemí dice que "siempre he tragado mucho" y Hortensia que "...soy capaz de aguantarme". Manuela reconoce que no le gusta mentir pero que para evitar los conflictos lo veía "absolutamente necesario". Teresa llora y "...cuando ya no puedo llorar más...que me duele la cabeza, me tomo una pastilla". Rocío y Carmen también lloran; Pilar adopta lo que ella misma denomina la táctica de Ghandi "callando, callando..." Patricia se encierra y llora, y a veces "quería morir".

Si relacionamos el tipo de afrontamiento de conflicto con el diagnóstico de anorexia o bulimia o con la edad o con el hábitat de residencia, no encontramos ninguna conexión. Si atendemos a las familias de origen, lo único que destacamos es que Pepa, Laura y Lola viven en familias en las que se producen relaciones sexistas de dominación. Laura y Lola las aceptan sin demasiados problemas, aunque no ocurre igual en el caso de Pepa quien la dominación del padre sí le genera conflictos. Como ponen de manifiesto Brigos, Farré y Casas (1999) no contar con estrategias de afrontamiento adecuadas para situaciones que ellas perciben como ansiógenas o imposibles de controlar pueden desencadenar trastornos alimentarios.

### **5.2.2. El significado del cuerpo delgado**

En este apartado analizamos el proceso de individuación que caracteriza a las sociedades modernas reflexivas en las que el cuerpo se ha convertido en signo de identidad, estatus y distinción. A principios del siglo XX la clase social era visible gracias a la vestimenta y al estilo en el vestir, pero este hecho experimentó un profundo cambio a partir de la producción en masa y la democratización del consumo. La ropa y la indumentaria pierden protagonismo identitario y se desdibujan las fronteras de clase expresadas en la vestimenta. La identidad se desvincula de las formas de vestir y comienzan a adquirir protagonismo nuevos elementos: los accesorios y el cuerpo (Entwistle 2002: 66).

El cuerpo adquiere protagonismo como lugar de expresión y lo hace a través de la conducta y de las disposiciones. La conducta aparentemente “natural” de mostrar y llevar el cuerpo marca el estilo. El esquema corporal expresa una filosofía y se convierte en el depositario de una visión del mundo. En el cuerpo se objetiva el gusto de clase y de género a través de lo que aparece como “más natural”, las dimensiones como el volumen, la estatura y el peso, pero también, a través de las distintas formas de tratar al cuerpo, de cuidarlo, de nutrirlo y de mantenerlo (Bourdieu 1988: 88-215). El cuerpo convertido en residencia de identidad, se somete a “técnicas disciplinarias” enfocadas a manipularlo (Esteban 2001)<sup>48</sup>.

La dieta y el ejercicio cumplen la doble función de someter a la carne y ensalzar el espíritu (Fearherstone, 1991, citado en Entwistle 2002: 134). Pero ¿por qué ha calado el gusto por cuidar y disciplinar el cuerpo con más fuerza entre las mujeres? Thorstein Veblen, en su teoría de la clase ociosa, explica como las diferencias en las indumentarias de los dos sexos se acentúan con la Revolución Francesa. La razón de ello la encuentra en la distinta y desigual posición social que ocupaban los distintos sexos. Los adornos y el vestido de la mujer exhibían y ponían de manifiesto la capacidad de consumo y gasto de su “propietario” (Veblen 2004).

---

<sup>48</sup> M.Luz. Esteban (2001) tomando como eje la imagen corporal para analizar las transformaciones sociales mantiene que uno de los elementos claves y mantenedores de desigualdad entre los sexos es la potenciación de la diferenciación respecto a la imagen y la identidad corporal.

En los años 50 el atractivo físico y el cuidado del propio cuerpo se difunde como una moda desde los estratos más elevados hasta los más populares. La sociedad en esta época, dice Simone de Beauvoir, le pide a la mujer que se haga objeto erótico, esclava de una moda "cuya finalidad no es la de revelarla como individuo autónomo, sino la de quitarle su libertad para ofrecerla como una presa a los deseos del macho: no se pretende apoyar sus proyectos, sino por el contrario, obstaculizarlos" (Beouvoir 1987: 312). Sin embargo, a partir de los años 70, se importantes cambios sociales y culturales inauguran lo que algunos autores denominan la sociedad postmoderna, la sociedad moderna reflexiva (Giddens 2003), o la sociedad narcisista (Lipovestky 1986, 2000) caracterizada por el proceso de individuación y reflexividad que hemos rsumito en el epígrafe 2.4 del capítulo 2.

En el cuerpo delgado expresan aceptación, reconocimiento social y autonomía (Cisnero 2001: 152). No es una percepción alterada de la imagen sino una insatisfacción ante lo que su cuerpo muestra y lo que el cuerpo significa. En el cuerpo se concentra la mirada de los otros y sobre el cuerpo sienten, algunas, la necesidad de ocultarse, taparse y no salir. Lo perciben como un espacio de sujeción, el cuerpo las aprisiona y de él quieren salir. Sobre él proyectan las figuras contorsionadas y distorsionadas de la subjetividad femenina. En la conformación de la identidad, la asignación del sexo y del género, forma parte de un proceso cotidiano de reafirmación-negación de una identidad en la que el "cuerpo externo es un aspecto fundamental. Las

mujeres gestionan su imagen negociando al mismo tiempo su lugar en la sociedad" (Esteban 2000).

Las presiones a las que someten su cuerpo en su deseo de delgadez son una estrategia de búsqueda narcisista de felicidad, éxito y aceptabilidad. El deseo de tener un cuerpo delgado es un rasgo del hedonismo calculador del capitalismo tardío. Las estrategias instrumentales que utilizan para mantener el cuerpo, dieta y ejercicio, son estrategias arraigadas en la cultura de consumo, que estimula a los individuos a negociar sus relaciones sociales y a enfocar sus actividades de tiempo libre en conformidad con una estructura mental calculadora.

En este contexto la batalla por la distinción es una lucha por el poder. Conseguir distinción aumenta las posibilidades en la escala social (Cisnero 2001). Cultivar "ciertas maneras" y presentarse con un cuerpo delgado y bello aumenta las posibilidades de éxito. Las personas se interesan por la impresión que pueden causar a los demás, por ello el aspecto adquiere protagonismo en la búsqueda de felicidad y en la realización personal. La búsqueda de un "cuerpo bello" se convierte, por medio de estos cambios, en una de las características de la nueva cultura del consumo. El cuerpo es un recurso que sirve para obtener otros recursos. No basta con tener competencia sobre algún saber técnico, hay que saber presentarse. Mariluz Esteban (1997) aprecia que en nuestra sociedad, el cuerpo y las actividades

relacionadas con él adquieren una gran importancia y que el cuidado del cuerpo y su presentación son parte importante de la preocupación y ocupación social. Esta autora localiza una paradoja social en la promoción, por un lado del consumo de mercancías que favorecen el cuidado y la presentación del cuerpo favorecido y, por otro lado, de la puesta en valor del autocontrol, la sublimación de las emociones, sentimientos, deseos e impulsos. Es decir, a la vez que se cultiva el cuerpo externo se fomenta una idea de la persona centrada en el trabajo y en la producción y se cultiva lo que Dostie denomina "moral del yo" (Dostie 1988).

En este doble juego, adelgazar se ha convertido en una metáfora. Adelgazar muestra en las sociedades modernas reflexivas un doble componente y así lo hemos encontrado en los discursos de nuestras entrevistadas. Por un lado, como una estrategia que busca mejorar el cuerpo externo, su ventaja comparativa, pretende añadir valor a un cuerpo no suficientemente preparado para mostrar una fachada competitiva y, por otro lado como un medio para conseguir el control de sí mismas, de sus sentimientos y emociones. El cuerpo delgado, en definitiva, se convierte en símbolo de poder.

#### **5.2.2.1. Adelgazar: búsqueda de aprobación**

En los relatos de las mujeres se aprecian las incertidumbres en la construcción de la identidad propia de las sociedades modernas

reflexivas y del sistema de dominación sexista en el que viven. Construyen un discurso crítico con respecto al rol femenino estereotipado y buscan nuevas identidades (Del Valle, Apaolaza, Arbe *et al.* 2002; López 1998). La quiebra del modelo implica incertidumbre y desconfianza. En el cuerpo de estas mujeres se concretan contradicciones y paradojas no resueltas en la construcción de sus identidades. La pérdida de la tradición como referente para la organización del espacio y del tiempo, produce en ellas búsqueda de autonomía pero, también, síntomas o padecimientos como la inseguridad y la desconfianza. La pérdida de confianza en el desempeño de rol y la crisis de identidad pueden ser vistas y comprendidas desde esta perspectiva.

De las 14 mujeres entrevistadas 6 de ellas perciben el cuerpo como un vehículo para mejorar la relación de ellas consigo mismas (ganar autoestima) y en relación con los otros (obtener mayor aprobación de los demás). Belén a los 13 años tenía problemas en la clase y creyó que al adelgazar se solucionarían. Antonia se encontraba sola, "intimidada", insegura y trató de compensar la inseguridad a través del cuerpo delgado. Rocío comienza a hacer dieta a los 14 años cuando empieza a salir con las amigas y a escuchar comentarios de los niños sobre su peso y su aspecto físico. Noemí y Lola comprenden que lograr un cuerpo delgado les servirá para conseguir mayor aprobación con los chicos y gustar más. Hortensia busca la aprobación de la madre y quitarse complejos.

El discurso del cuerpo como vehículo o como estrategia para conseguir aprobación de otros, se genera en dos tipos de trayectorias vitales distintas, una marcada por el aislamiento social y otra marcada por los complejos físicos.

Belén, Antonia y Noemí creen que adelgazar es una buena estrategia, un vehículo que permite salir del aislamiento en el que viven. Las tres son chicas que han sufrido aislamiento de sus iguales por distintos motivos, las dos primeras como consecuencia del aislamiento físico, Noemí como consecuencia de la superprotección paterna. Son mujeres que en su infancia se recuerdan solas y que compensan la soledad con el estudio. Cuando llega la adolescencia se ven faltas de recursos para la interacción con sus iguales. Ellas, que han aprendido mecanismos de afrontamiento interno de los conflictos y han interiorizado la dominación, aprenden a culpabilizarse de sus escasas relaciones con sus iguales y creen que para mejorar esas relaciones deben buscar la solución en el yo y la presentación del yo, es decir, en su cuerpo. Son chicas de su tiempo, que han aprendido que cuando algo no funciona, la culpa es suya y que el cuerpo es la presentación del yo. Hortensia, Rocío y Lola construyen un discurso en el que adelgazar busca un fin, es un medio para compensar los complejos. El deporte pueden ser vivido también, como un complemento para mejorar los efectos de la dieta restrictiva, como en el caso de Bélen, Rocío y Antonia.

#### **5.2.2.2. Adelgazar: expresión de voluntad y autonomía.**

Apreciamos un segundo discurso en torno al cuerpo, el de aquellas que encuentran en la restricción de la alimentación una forma de expresar voluntad y control ante situaciones familiares difíciles. En este caso el cuerpo es una vía para canalizar el estrés, la ansiedad, un lugar donde crear control y orden en un momento vital en el que no pueden controlar otra cosa (Burín 1996). Están interesadas en mostrarse a sí mismas la capacidad de control que tienen sobre sus cuerpos a través de la auto imposición de una dieta restrictiva. La dieta se convierte en la forma de expresar voluntad y control de poder sobre su cuerpo en situaciones de contexto difíciles que les genera ansiedad.

Las prácticas restrictivas muestran una voluntad de autonomía y de poder en situaciones y contextos que ellas no pueden controlar. Manuela, Blanca y Patricia encuentran en el control de la alimentación una vía para canalizar el estrés y la angustia producida por una situación cotidiana que no entienden, no aprecian y son incapaces de moldear. Manuela se había creado grandes expectativas sobre lo que iba a ser vivir con sus compañeras de piso en una gran ciudad; expectativas que se vieron frustradas y se encerró en sí misma; sus angustias y tensiones las canalizó a través de su cuerpo. Patricia y Blanca encuentran en el control del cuerpo un refugio, un lugar fácil de manejar en una situación de complejidad del entorno. Patricia

comienza a restringir la dieta en un momento de dificultad familiar, con un padre maltratador y alcohólico. Ella siente impotencia respecto a su situación familiar y la revierte en controlar su cuerpo y lo que la alimentación le proporciona. La dieta se convierte en una forma de expresión de su voluntad y de su seguridad personal. Blanca encuentra en la restricción de la dieta y en el ejercicio una forma de escapar de una realidad que no le gusta. Las restricciones dietéticas comienzan cuando cambia de lugar de residencia y se marcha a vivir con la abuela y dos tíos heroinómanos en una situación familiar de absoluto descontrol.

Restringir la ingesta de alimentos se vive a veces como una forma de poder. Comer, no comer y la hora de comer es mucho más que la alimentación, otorga pertenencia, sostenimiento, enlaza, une, sella los huecos de separación, nutre, y en torno a la comida los protagonistas entretajan y actualizan formas y espacios de relación (D´Angelo 1999: 47). El rito de la comida favorece el encuentro de los miembros de la familia y en él se expresa la voluntad de los miembros y la actitud de los padres y madres en el proceso de crecimiento de los hijos e hijas, de la dependencia a la autonomía. En el proceso de crecimiento de los hijos e hijas los progenitores pueden favorecer la autorregulación de la autonomía, pero otras veces, como ocurre en el caso de Laura, para no dejarla crecer. Laura encuentra en el no comer la forma de imponer su voluntad. Laura ante la insistencia del padre para que coma ella contestaba: “no me como nada me voy al cuarto,

¿no quieres que me coma menos? pues no como nada, ni tu ni yo, nada". Utiliza el rechazo a la alimentación como un arma en la relación con el padre, como una crítica metafórica en la que expresa una búsqueda de reconocimiento (López 1998).

### **5.2.2.3. Adelgazar: muestra de insatisfacción**

Por último, damos cuenta del discurso de aquellas mujeres en las que prácticas restrictivas y/o bulímicas tienen su origen no tanto en la voluntad de expresar autodominio, ni en la aspiración de mejorar la relación con sus iguales, sino que son manifestaciones de una gran insatisfacción vital.

La tristeza y la depresión son el resultado de un estrés extremo que afecta a las personas que no ven posibilidades de afrontar las dificultades, pierden confianza y coherencia y se encierran en sí mismas. La depresión, como dice Leonardo, acompaña a un estilo de vida sumiso y su principal característica es la represión de una rabia que va creciendo y genera infelicidad y frustración (Leonardo 1996: 112).

Teresa y Pilar comienzan un proceso restrictivo a la vez que inician un cuadro depresivo. Dejar de comer es la expresión de una inapetencia general ante la vida. Pilar señala que el inicio de su etapa restrictiva coincide con una época de profunda tristeza. No come porque no tiene ganas de vivir. Por su parte Teresa está deprimida tras

haber visto frustradas sus expectativas en su relación de pareja; está enamorada y no es correspondida y esta situación provoca su inapetencia.

En un contexto de aislamiento social, Pepa y Carmen intentan compensar su insatisfacción a través de prácticas compulsivas en la alimentación y en la realización de ejercicio. Las dos son especialmente sensibles a las relaciones sexistas. Pepa hace coincidir en su relato el origen de su adelgazamiento con su intento por escapar de una realidad que no le gusta tanto en su aspecto macro (el pueblo) como en el aspecto micro (la pandilla). El origen del adelgazamiento está en el ejercicio que es utilizado como forma de evasión y compensación de las limitaciones sociales que encontraba en su pueblo. En el discurso de Carmen y Pepa las prácticas compulsivas se presentan, pues, como estrategias para compensar su insatisfacción frente a la restricción de sus posibilidades de acción. Hacer deporte de forma compulsiva se debe entender como una reacción defensiva, como una vía de escape, un reconocimiento de falsa autonomía que busca a la vez la exaltación del yo y el escape de la cotidianidad mundana (Giddens 2001).

### **5.2.3. Las prácticas restrictiva y/o bulímica**

En este apartado nos preguntamos por qué la acción de restringir la dieta, acción que realizan con mucha frecuencia las

mujeres adolescentes en las sociedades modernas reflexivas<sup>49</sup>, se convierte en una práctica adictiva y qué circunstancias sociales favorecen el proceso. Utilizamos conceptos de la teoría de la estructuración de Giddens<sup>50</sup>. Esta teoría se encuadra en el desarrollo de teorías sociológicas que se producen, fundamentalmente, a partir de los años 80, en las que se acentúa el vínculo entre la acción individual y la estructura social<sup>51</sup>, vínculo que la teoría feminista establece a través del concepto de género (Benería 1987; Saltzman 1992; Ortiz 2002; Tubert 2003).

La teoría de la estructuración reconoce que la acción social y las propiedades del sistema están interrelacionadas. Los y las actores sociales construyen su propia historia en la realidad de la vida social, de tal forma que las propiedades de la colectividad y los procedimientos de la acción individual se presuponen mutuamente. El interés se centra en prácticas sociales llevadas a cabo en un espacio y en un tiempo concreto y en la capacidad de las prácticas de auto-reproducirse o ser recursivas. Es decir, a través de las prácticas

---

<sup>49</sup> En este sentido Monika Gerlingoff y Herbert Backmund apuntan que lo extraordinario en nuestro tiempo sería que una mujer joven estuviera contenta con su figura y nunca hubiese intentado un régimen (2003: 45).

<sup>50</sup> La teoría giddensiana trata de superar el debate epistemológico que separó, por un lado el funcionalismo, el estructuralismo y la teoría de sistema y, de otro lado, la hermenéutica y las diversas formas de sociología comprensivas. (Giddens 2003: 39).

<sup>51</sup> En este grupo podemos destacar la teoría del gusto de Bourdieu con el desarrollo de los conceptos de *habitus* y *campo*; La teoría *cultura y acción* de Margaret Archer; o el esfuerzo de Habermas por integrar el mundo de la vida y el sistema (Ritzer 1993: 489-519).

sociales los y las actores se expresan, y al realizarlas reproducen las condiciones que las hacen posibles (Giddens 2003: 40).

Una de las características de las prácticas sociales es la reflexividad, que debe entenderse como la capacidad de las personas de tomar conciencia. Todas las actividades obedecen a razones y todas las personas somos capaces de ahondar discursivamente sobre ellas. El registro reflexivo de una acción supone una racionalización, entendida ésta más como un proceso que como un estado, y como una parte intrínseca de la competencia de las personas (Giddens 2003: 41). Por racionalidad de la acción entendemos que las personas tienen una comprensión teórica sobre los fundamentos de la actividad que realizan.

Las prácticas sociales producen efectos de composición, haceres no intencionales y consecuencias no buscadas. Los efectos de composición son resultados no buscados ni deseados aunque los actos realizados se lleven a cabo de forma intencional. Los haceres no intencionales y las consecuencias no buscadas se originan de la acción realizada intencionalmente aunque no eran el motivo concreto de la práctica realizada. La diferencia entre ellos estriba en que las últimas están alejadas en el tiempo o en el espacio del contexto original del acto. Por tanto, para analizar la racionalidad de una acción o práctica social, tendremos que analizar la intencionalidad como proceso y habrá que tener en cuenta las circunstancias o escenario de la interacción.

Otro de los elementos que debemos tener en cuenta es el nexo que existe entre obrar y poder: ser capaz de obrar de otro modo significa ser capaz de intervenir en el mundo o de abstenerse de esa intervención con la consecuencia de influir sobre un proceso o un estado de cosas específicas. Esto supone que la persona es capaz de desplegar repetidamente en el fluir de su vida diaria un espectro de poderes causales, incluido el poder de influir sobre el desplegado por otros. Una acción nace de la aptitud del individuo para “producir una diferencia” en un estado de cosas o curso de sucesos preexistente. Un agente deja de ser tal si pierde la aptitud de “producir una diferencia”, o sea, de ejercer alguna clase de poder” (Giddens 2003: 51)<sup>52</sup>.

Llegados a este punto tan solo nos queda por incorporar un nuevo elemento que consideramos de gran interés: distinguir entre las prácticas ocasionales y habituales, compulsivas o adictivas. Para establecer la diferencia rescatamos los conceptos utilizados en la teoría de la adicción de Craig Nakken (1988), reformulados por Giddens en *La Transformación de la intimidad* (2000)<sup>53</sup>. Las prácticas ocasionales,

---

<sup>52</sup> Nos interesa destacar que el concepto de poder que maneja Giddens es distinto del concepto de poder foucoulitiano. Este último ve al poder como una propiedad de la comunidad o de la sociedad. Giddens define al poder como “la capacidad de los agentes de lograr resultados deseados e intentados”. Es decir, ser capaz de querer y realizar una acción llegando a producir los resultados buscados (Giddens 2003: 50–51).

<sup>53</sup> En esta interesante obra el autor analiza los cambios sociales y emocionales que las mujeres en general y, los grupos feministas en particular, han protagonizado en las sociedades modernas reflexivas. Recoge una abundante obra de investigación feminista.

habituales y compulsivas o adictivas son modos diferentes de acción cuya diferencia estriba en las repercusiones que tienen sobre la vida de las personas que las realizan. Así una acción práctica ocasional, es un acto que se puede dejar de realizar cuando se considera conveniente. Una práctica habitual o hábito es una forma vinculante de conducta repetitiva que requiere una motivación para dejar de ser realizado. Una práctica compulsiva o adictiva es una forma de conducta muy difícil, o imposible de detener solo con el poder de la voluntad ya que produce una liberación de las tensiones.

#### **5.2.3.1. Procesos de iniciación**

La práctica restrictiva y/o bulímica es una práctica reflexiva que se lleva a cabo en un contexto determinado y es realizada por agentes racionales con motivos e intenciones que son explicados discursivamente. Por lo general, el inicio coincide con una época de cambio en el que los agentes se enfrentan a nuevas experiencias, abandonan de rutinas y deben afrontar nuevos problemas; muchas veces este cambio está revestido de un carácter angustioso (Gerlinghoff y Backmund 2004: 36).

Encontramos dos procesos de iniciación distintos. En el primero la práctica restrictiva es un hacer intencional, busca un fin, tiene un objetivo: ser aceptada o reconocidas por el grupo de iguales, y al menos en principio, no tiene consecuencias. En otro discurso la

práctica no es intencional, es una consecuencia no buscada de la tristeza, de la depresión o los enfados. En ambos casos es una práctica racional, fundamentada pues las mujeres toman conciencia al realizarla y son capaces de ahondar discursivamente sobre ella.

En los momentos iniciales la práctica anoréxica y/o bulímica cumple varias funciones: satisface anhelos, deseos y necesidades a la par que compensa inseguridades y temores (Gerlinghoff y Backmund 2004: 34). Podemos agrupar los inicios de la práctica en tres periodos. El primer periodo aparece alrededor de 12 a los 14 años, ellas lo relacionan con episodios que marcan su trayectoria vital como la menarquia y el primer viaje con los y las compañeras. El segundo periodo se sitúa de los 15 - 17, en este caso coincide con el cambio de la escuela al instituto y, un tercer periodo de los 18 a los 20 años que se sitúa en los primeros cursos de las carreras universitarias.

No encontramos relación entre la edad de inicio de la práctica con los diagnósticos posteriores, ni tampoco con la evolución. Observamos procesos de inicio temprano que posteriormente se agravan y requieren tratamiento hospitalario (Belén, y Laura) y procesos de inicio más tardío que también requieren tratamiento hospitalario (Pilar y Pepa).

Entre las mujeres entrevistadas que comienzan una práctica restrictiva con un fin intencional buscando favorecer las relaciones con

el grupo de iguales se encuentra Belén, que cree que estando más delgada va a ser más aceptada por el grupo; Laura hace su primera dieta para gustarle a un chico, Hortensia porque su madre la lleva a la consulta de endocrinología tratando de quitarse complejos originados por el sobrepeso; Rocío cuando comienza a salir con las amigas y Patricia para ser más aceptada en el grupo de amigos.

Cuando el inicio no es intencional, dejar de comer es una consecuencia no buscada de la tristeza, la depresión o los conflictos personales. Antonia y Teresa dejan de comer durante un periodo de tristeza, debido a sus relaciones conflictivas de pareja, Pilar vincula el inicio de su tristeza a la ruptura con el novio.

Por unos u otros motivos, la práctica de anoréxica deja de realizarse. Sin embargo, es común que durante el tiempo que transcurre desde que realizan la primera acción restrictiva o purgativa hasta que esta acción se convierte en práctica compulsiva o adictiva visiten a diversos especialistas de la medicina y sean diagnosticadas de problemas digestivos (Patricia), depresivos (Antonia) o ginecológicos (Lola). Suele ocurrir que la preocupación por la comida desaparezca cuando las cosas marchan bien e incluso cuando se abren nuevos proyectos o perspectivas vitales como el cambio de colegio (Belén, Antonia, Patricia) o de residencia (Blanca, Manuela).

El tiempo que transcurre entre ambos periodos es variable. Al relacionar las prácticas restrictivas y/o bulímicas con los contextos familiares tratando de comprender por qué una práctica ocasional se convierte en adictiva encontramos situaciones familiares especialmente difíciles. La mitad de las entrevistadas han vivido en “situaciones de contexto difíciles” que les han generado una vivencia de estrés durante la infancia y un desbordamiento de las emociones (Burín 1996, Davis, Shuster y Blackmore 2004). Siete de las mujeres entrevistadas han sufrido la experiencia de graves conflictos familiares ocasionados por alcoholismo (Belén, Teresa, Hortensia, Patricia), violencia contra las mujeres (Carmen), drogadicción (Blanca) y una grave enfermedad (Laura). En este mismo sentido existe una abundante literatura que relaciona acontecimientos vitales y dificultades previas como factores de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios (Karwautz 2003: 131; Cornella i Canals 1999).

En definitiva, en el inicio la práctica anoréxica es reflexiva y racional pero no siempre intencional. En principio la acción no tiene consecuencias, debe pasar un tiempo para que se convierta en habitual y en algunos casos se convierta en adictiva. Esto sucede cuando las mujeres viven en un contexto familiar que produce situaciones de crisis.

### **5.2.3.2. De la práctica ocasional al hábito compulsivo o adictivo**

Las prácticas compulsivas o adictivas son hábitos estereotipados que al realizarlos proporcionan una fuente de bienestar y aplacan la ansiedad pero que cuando se dejan de realizar provocan ansiedad. Son experiencias placenteras transitorias y producen consecuencias sobre la vida de las personas que encuentran dificultades para librarse del hábito. La noción de adicción estuvo ligada, en un primer momento, a la idea de dependencia química, y se define en relación a los efectos que produce la sustancia química en el organismo. Posteriormente, la adicción se ha analizado como un modelo de acción centrado en las repercusiones que produce. Las prácticas adictivas son "esencialmente narcotizantes", pero aunque el efecto químico no es el elemento esencial, lo fundamental es la capacidad que tiene la adicción de liberar ansiedad (Giddens 2000: 71-73).

Por tanto, para que una conducta se repita y pase de ser ocasional a compulsiva, es preciso que la realización de la misma libere ansiedad, es decir que produzca una experiencia gratificante, cuya búsqueda repetida se convierte en hábito<sup>54</sup>. Llega un momento en que el hábito es muy difícil o imposible de detener con el poder de la

---

<sup>54</sup> Si bien Giddens realiza la distinción entre hábito compulsivo o adicción a nosotros para el análisis que estamos planteando la diferencia no resulta esencial ya que lo que nos interesa resaltar son las consecuencias que tiene la conducta compulsiva o adictiva en la valoración personal y las circunstancias que hacen que estas se produzcan.

voluntad y produce un sentimiento de pérdida de control sobre el yo que tiene repercusiones en la vida cotidiana (Giddens 2000: 72).

En los relatos de las mujeres entrevistadas observamos cómo la práctica restrictiva ocasional se convierte en hábito cuando se producen situaciones que perciben cómo ansiógenas. La ansiedad genera una reacción defensiva, una respuesta del organismo para asegurar la adaptación. El estrés, que desencadena una situación de crisis personal. En estos casos, la acción restrictiva o purgativa se convierte en un hábito compulsivo o adictivo que libera ansiedad. En los relatos de las mujeres observamos una fuerte relación entre el estrés y los trastornos alimentarios como han puesto de manifiesto otros autores (Conesa, Rojo y Livianos 03:196).

La ansiedad y el estrés son síntomas de queja, manifestaciones individuales de un conflicto que está operando en el interior de las mujeres de forma consciente o inconsciente, resultado individual de frustraciones, inseguridades e incertidumbres (De Armas 1993: 41, Cosgrove 2000). A las mujeres entrevistadas les provoca ansiedad: a) tomar decisiones (Antonia y Noemí); b) no poder hacer lo que consideran oportuno (Rocío); c) ciertas situaciones de conflicto familiares (el proceso de enfermedad de la hermana de Laura y la situación de dominación sexista que percibe Carmen); d) no saber priorizar ante determinadas exigencias (Pilar); e) tener que cubrir las expectativas de su entorno (Pepa); que no la comprendan (Lola); f)

afán por mejorar (Blanca); g) no tener recursos para afrontar una situación cotidiana que no le gusta (Patricia y Hortensia, Manuela).

Ante las situaciones que generan ansiedad en trayectorias vitales de "contexto difíciles" las mujeres entrevistadas reaccionan tratando de mitigar la ansiedad y el estrés. Realizan acciones repetitivas, que pueden llegar a convertirse en acciones compulsivas o adictivas. Encuentran en sí mismas y en sus cuerpos un modo de liberar tensión (Laura), de conseguir tranquilidad (Lola), de deshogarse (Carmen), de buscar felicidad (Hortensia), de refugio (Pilar), o de estar consigo mismas (Pepa).

El proceso compulsivo o adictivo que se inicia como una respuesta para mitigar la ansiedad y el estrés en situaciones de "contexto difícil" ocasionada por diversas circunstancias que ellas perciben y valoran como estresantes. Estas situaciones se desarrollan en un sistema de dominación sexo/género que enseña a las mujeres el afrontamiento interno de los conflictos y en una sociedad moderna reflexiva donde el cuerpo es símbolo de identidad, estatus y distinción.

La acción repetitiva de restringir o purgar el alimento proporciona bienestar y las sitúa "fuera del tiempo", "en otro mundo". En un primer momento produce un sentimiento de exaltación, un momento de liberación, y buscan mantener la experiencia gratificante como una forma de evitar el dolor del crecimiento humano (Escrivá

2000). De esta forma, la práctica compulsiva o adictiva de restringir o purgar se convierte en una experiencia narcotizante en la que se produce una relajación del yo, un abandono temporal de la preocupación reflexiva y una pérdida del control de la identidad que genera sentimientos de vergüenza y remordimiento (Giddens 2000:73-74).

La adicción se debe entender como una vía de escape, un reconocimiento de falsa autonomía donde la integridad del yo se ve amenazada, una reacción defensiva que impide la exploración reflexiva de la identidad personal. Si la atención médica o psicológica se centra en el acto y deja de lado el problema subyacente de la identidad, la persona diagnosticada se verá obligada a afirmarse en los síntomas para ser reconocida (Tubert 2000:81) y estos pueden llegar a ocupar el lugar de otras metas en la vida. La experiencia de la culpa, la vergüenza y la falta de autoestima, que se repiten en el discurso de estas mujeres, son expresiones que se producen como consecuencia de desplazar la capacidad de juicio propia, su capacidad reflexiva, al juicio de los demás (Villegas i Besora 1997).

Así pues, en el inicio la práctica anoréxica es reflexiva y racional aunque no siempre intencional. Debe pasar un tiempo para que se convierta en una práctica adictiva. Para ello es preciso un contexto familiar que genere situaciones de crisis y una percepción individual de la situación que genere ansiedad. La combinación de la situación

familiar de contexto difícil y la percepción de la ansiedad ante la dificultad de afrontar los conflictos genera una reacción defensiva, una respuesta fisiológica del organismo: el estrés.

El significado que se le da a la crisis no reside en la situación sino en la interacción entre la situación generada y la capacidad de la persona para superarla (Mechanic 1978, citado en Cockerham 2001: 88). La capacidad de estas mujeres de hacer frente a los problemas se ve influida por las instituciones y por un proceso de socialización por el que han aprendido habilidades y competencias propias del estereotipo de género que actúa como un factor favorecedor de situaciones de estrés. Las personas más vulnerables son las que viven en contextos familiares y sociales donde la respuesta de estrés se produce con mayor facilidad, debido a que tienen menos competencias y habilidades para afrontar con éxito la situación.

Ante las situaciones de estrés, las mujeres entrevistadas no adoptan una actitud pasiva sino que luchan para resolver los problemas buscando estrategias que las descarguen de ansiedad. La práctica restrictiva y/o bulímica las libera, al menos en un primer momento, de los efectos del estrés. Sin embargo, pronto se convierte en una estrategia adictiva que las sitúa fuera del tiempo y les produce sentimientos de vergüenza y culpabilidad. Recurren a la estrategia alimentaria cuando sienten presiones sociales que creen no poder

controlar, la restricción alimentaria les ayuda a disminuir la ansiedad (Kleifield, Wagner y Halmi 1996 citado en Brigos, Farré y Casas 1999).

### **5.2.3.3. La reflexividad anoréxica**

Lo primero que nos llama la atención es que todas las mujeres entrevistadas conocían los signos y síntomas de las enfermedades anorexia nerviosa y bulimia nerviosa antes de ser diagnosticadas. Constatamos nuevamente que es un padecimiento con gran visibilidad (Gracia Arnáiz, 2001), que ha generado una extrema sensibilidad social (Santamarina 2001) y sobre él se ha producido un mecanismo de *reflexividad institucional* (Giddens 2001: 36). La difusión del discurso médico de la anorexia ha creado una forma específica de entender los comportamientos alimentarios, ha creado una realidad social y ha contribuido a reorganizarla (Hacking 2001).

Encontramos tres experiencias distintas sobre el proceso seguido hasta llegar al diagnóstico médico. En la mayoría de los casos las mujeres llegan al diagnóstico gracias a personas cercanas, amigas/os o familiares, que conocen los signos y síntomas de la enfermedad y les recomiendan o conminan para que acudan a las consultas especializadas. Otras mujeres llegan por sí mismas al diagnóstico, es decir, son ellas mismas quienes oyen los síntomas en los medios y se reconocen. Por último, otras mujeres acuden a la consulta sanitaria especializada sin haber puesto nombre a los síntomas que padecen. En

los tres casos la etiqueta diagnóstica ofrece una respuesta, una certidumbre, que obtura la posibilidad de interrogación y cuestionamiento respecto al "yo", sus necesidades y deseos (Martínez Benlloch, Bonillas Campos, Dio Bleichmar *et al.* 01: 329).

De las 14 mujeres entrevistadas, 3 han llegado al diagnóstico tras reconocer ellas mismas los síntomas (Antonia, Noemí, Hortensia); 7 por que un familiar o persona cercana los ha reconocido (Belén, Laura, Blanca, Rocío, Lola, Pilar, Carmen). Llegan a la consulta médica tras haber puesto a los síntomas el nombre de anorexia y/o bulimia, posteriormente el personal sanitario lo confirma.

El diagnóstico médico actúa como la puerta de ingreso a la enfermedad, a partir del diagnóstico los síntomas se verán como signos de enfermedad, como un estado biológico independiente de la persona que lo experimenta (Galimberti 1996: 12). El diagnóstico libera a la persona de responsabilidad y contribuye a analizar los conflictos familiares desde la optica individual, pero las hace dependientes del sistema y puede frustrar la capacidad de elaborar una trayectoria vital en la que se construyan como seres independientes.

El diagnóstico, la etiqueta, lleva implícito el pronóstico, como dice Schelling en la *profecía de autorrealización*, la forma de nombrar produce expectativas y, las expectativas, mediante una cadena de

hechos e interacciones, conducen hacia resultados que respondan a las expectativas (Shelling 1989: 111). Habrá que ser especialmente prudentes a la hora de categorizar a las personas que realizan prácticas restrictivas o purgativas ocasionales como anoréxicas o bulímicas ya que al ser esta una categoría interactiva favorece la reflexividad y con ello la construcción de una trayectoria biográfica desde la óptica de enfermedad. Como dice Álvarez-Dardet habrá que ser prudentes al etiquetar las dolencias y evitar “medicalizar la vida y el futuro”.

La medicalización supone un refuerzo de las instituciones sanitarias y de la profesión médica, que ejerce su “tiranía moral” sobre los grupos sociales más débiles (Freidson 1978; Foucault 2001) legitimados en base a presunciones de cientificidad (Martínez Hernández 1996). Conlleva la identificación de grupos sociales supuestamente más proclives a caer bajo el campo de definición del concepto de enfermedad (Mazarrasa 2001), la determinación de poblaciones de riesgo y la regulación y estigmatización de determinados comportamientos alimentarios.

Al categorizar los comportamientos como patológicos y centrarse en el proceso de forma individual, se olvidan los componentes sociales de los conflictos y malestares. La categorización de enfermedad comporta intervenciones asistenciales directas y curativas que ignoran las causas externas o sociales de los problemas (Rodríguez y de Miguel

90: 21). Estas intervenciones ocasionan un impacto directo de lo asistencial en la vida de las mujeres, produce una falta de formación crítica y una excesiva psicologización de los problemas de salud (Esteban 2001: 43) y se olvidan de que la percepción de los síntomas, la red social de apoyo y el afrontamiento de los problemas están mediatizados por el género (Ruiz Cantero 2001: 166). Pero sobre todo, supone un olvido de que los conflictos, malestares y padecimientos son manifestaciones que exigen cambios sociales y cambios en el desempeño de roles (Távora 2001).

### **5.3. Conclusiones de los discursos de las mujeres diagnosticadas**

Al analizar el discurso de las mujeres entrevistadas encontramos algunos elementos y rasgos sociales comunes: la mayoría viven en un entorno cercano familiar y social de dominación masculina en el que aprenden una estructura normativa de género, unas relaciones de desigualdad y un modelo estereotipado de feminidad. Todo ello les origina resistencias y contradicciones y experimentan una *conciencia bifurcada* pues rechazan explícitamente la ideología sexual pero, a la vez, interiorizan un marco de percepción de género y dinámicas sexistas.

Las situaciones de dominación se expresan en prácticas cotidianas familiares y, a veces, en las relaciones que mantienen con

sus parejas sentimentales. En el discurso las entrevistadas manifiestan sus deseos de no repetir el modelo estereotipado de feminidad observado en sus madres. Construyen identidades conflictivas y buscan satisfacción en el cumplimiento de las expectativas de obediencia y feminidad estereotipadas que están puestas en ellas. Sus modelos de referencia son, sin embargo, mujeres que poseen características que hemos denominado, "de independencia": rebeldes, valientes, seguras, luchadoras, emprendedoras.

En cuanto al afrontamiento de conflictos, la mayoría de las entrevistadas utilizan formas indirectas de imponerse y manifestar su protesta como el silencio, el llanto, la introyección de la queja. La imposibilidad de manifestar abiertamente la ira genera, en ellas, un desplazamiento de la hostilidad hacia el yo, en forma de sentimientos de desvalorización y menosprecio hacia sí mismas.

En este contexto construyen un espacio propio en el estudio y en el control de su cuerpo. Estudiar se convierte, para la mayoría, en una actividad que les proporciona seguridad, autoestima y reconocimiento social. Con respecto al dominio del propio cuerpo encontramos tres discursos distintos: en el primero, el cuerpo es vivido como vehículo para mejorar su ventaja sus relaciones sociales; en el segundo, un lugar donde encarnar la capacidad de control y poder que tienen sobre sí mismas en contextos difíciles que querrían pero no pueden gestionar; por último, encontramos un discurso que proyecta en el

cuerpo la inapetencia vital, en el que no comer es la expresión de falta de ganas de vivir.

El proceso anoréxico, en todos los casos, tiene un origen difuso, un comienzo que se extiende a lo largo de varios años y en el que, determinadas condiciones, que ellas perciben como conflictivas, propician que se desencadene el proceso con una mayor agudeza. Para que la práctica anoréxica y/o bulímica, que comienza siendo esporádica, se convierta en una conducta compulsiva o adictiva es necesario que libere tensiones y produzca satisfacción a corto plazo. Para entender los procesos y comprender los motivos que subyacen en la acción de no comer o vomitar hay que entender los mecanismos o elementos del quehacer cotidiano que les están provocando tensión y estrés.

Las prácticas restrictivas o purgativas en la alimentación buscan minimizar tensión, estrés o ansiedad. No son producto del anhelo de delgadez de mujeres víctimas ni de la moda de la talla pequeña, como defiende el discurso preventivista. Tampoco son consecuencia de un capricho, como mantiene el discurso nutricionista, sino que son una forma de respuesta a situaciones y condiciones injustas o difíciles para ellas.

Por último, es preciso destacar cómo el proceso de divulgación de los síntomas de las enfermedades anorexia nerviosa y bulimia

nerviosa así como del perfil de mujeres que se pueden ver afectadas, influye en una percepción amplificada del riesgo y en la búsqueda de soluciones a través del proceso de medicalización. Las personas diagnosticadas, conscientes de la enfermedad, reconstruyen sus trayectorias vitales y pueden pensarse a sí mismas en función de las características de la enfermedad.

## 6. CONCLUSIONES

## 6. CONCLUSIONES

1. El análisis de la literatura médica de la anorexia publicada en España entre 1971 y 2003 pone de manifiesto la existencia de dos discursos que se construyen en paralelo: el *discurso nutricionista* y el *discurso preventivista*. Tanto uno como otro están imbuidos de la idea de utilidad, operatividad y cuantificación que marcó en 1978 la Conferencia de Alma-Ata y que hacen suya los Manuales Diagnósticos y Estadísticos (DSM), y se ve favorecida por la creación y difusión de la Escala de Actitud Alimentaria (EAT) que, a partir de 1982, se convierte en la principal tecnología para determinar la población en riesgo.
2. El *discurso nutricionista* parte de la creencia de que las “mujeres anoréxicas” son mujeres caprichosas, con gran fuerza de voluntad y con comportamientos alimentarios alterados. En esta lógica la familia juega un papel central en la etiología y mantenimiento del síndrome y el discurso incluye la necesidad de establecer nuevas pautas de “reorganización familiar”. El objetivo del tratamiento va encaminado a aumentar el peso de la paciente mediante el reposo obligatorio y alimentación forzada y el restablecimiento de “buenos” hábitos alimentarios.
3. El *discurso preventivista* centra el interés en determinar la “población de riesgo”. En él subyace la creencia de que las mujeres tienen más riesgo de ser anoréxicas debido al *anhelo de delgadez* y a la presión social que sobre ellas ejerce la moda.

Se interesa, fundamentalmente, por la dotación de nuevos recursos asistenciales especializados para diagnosticar precozmente con el objetivo de contener la propagación.

4. Observamos sesgos de género en la comprensión del origen de los trastornos alimentarios tanto en el discurso nutricionista, que percibe a las mujeres enfermas como jóvenes caprichosas, como en el discurso preventivista que las mira como víctimas de la presión de la moda.
5. La tecnología médica diagnóstica que representan los *Manuales diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSMs) es una apuesta biologicista, contraria a dos importantes corrientes de la psiquiatría, la psiquiatría psicoanalítica y la antipsiquiatría, que se olvida de la subjetividad de los y las pacientes, focaliza su interés en los signos patológicos y no en los síntomas como expresión de un malestar o de un desequilibrio inscrito en la trayectoria biográfica. Sustraen, al cuerpo del significado simbólico y social que tiene y separan al trastorno mental del marco social que lo produce. Los DSMs patologizan comportamientos y conductas alimenticias realizadas mayoritariamente por mujeres que pueden provocar enfermedades graves, pero que tienen menor riesgo para la salud y la vida que otros comportamientos y conductas realizados mayoritariamente por varones.

6. A partir de las investigaciones epidemiológicas actuales no podemos establecer que exista un incremento de la incidencia y prevalencia de TCA en España. Utilizar cuestionarios autoadministrados sobre muestras no representativas y determinar la prevalencia de enfermedad a partir de puntuaciones de una escala de actitud (EAT) comporta errores y sesgos metodológicos que impiden tales conclusiones.
7. Las mujeres entrevistadas que han sido diagnosticadas de anorexia son agentes racionales reflexivos, actúan con motivos e intenciones propias en un contexto determinado y lo explican discursivamente.
8. Las mujeres entrevistadas han sido socializadas en un sistema de dominación sexual que favorece la construcción de una identidad a partir de la satisfacción en el cumplimiento de las expectativas de los otros y otras y de la necesidad de ser aceptadas y reconocidas. Experimentan la cotidianidad como un lugar en el que equilibrar intereses diversos y aunque sienten dificultad para experimentar el control de situaciones cotidianas, tratan de actuar y buscar un espacio propio que encuentran en el estudio y en su cuerpo.
9. Las mujeres entrevistadas desempeñan roles femeninos que aceptan con dificultad. Experimentan una fractura en la "aceptación del rol del otro generalizado" y en la construcción de su identidad. Muestran un deseo de aprobación de sus madres y

padres que, sin embargo, no son sus referentes. Las personas que ellas eligen como modelos son mujeres que aúnan características relacionales propias de un modelo femenino con características "de independencia" (rebelde, segura, luchadora, activa).

10. En el discurso de las mujeres se aprecia un fuerte rechazo a la ideología patriarcal y al sistema de dominación que encarna. Se muestran resistentes al modelo hegemónico de feminidad y esto les origina conflictos, estrés e incertidumbre. Experimentan una *conciencia bifurcada*, rechazan explícitamente la ideología sexual pero, a su vez, interiorizan un marco de percepción de género y, con él, la dominación.
11. En las sociedades modernas reflexivas el cuerpo se utiliza como un lugar de presentación y representación que las mujeres entrevistadas utilizan para mejorar las relaciones sociales. En el cuerpo expresan su voluntad, insatisfacción y capacidad de control. Es una vía por la que canalizan la ansiedad, un lugar donde crean control y orden. El cuerpo se convierte en referente de individualidad e identidad y a través de él elaboran estrategias de contestación y resistencia.
12. El rechazo al alimento es una decisión racional que busca conseguir seguridad y aprobación y esconde una lucha por la propia autonomía. La decisión de adelgazar es una estrategia para mejorar las relaciones sociales, un ejercicio de afirmación y

una expresión de control. Es una crítica metafórica y material que expresa una búsqueda de reconocimiento social.

13. Las reacciones emocionales de tristeza, tensión, enojo y ansiedad que expresan estas mujeres hacia sus condiciones de vida se han medicalizado y han obtenido el estatus de enfermedad. En este proceso, las mujeres son percibidas por el discurso médico como débiles, dependientes y emocionalmente incontrolables, un estereotipo de fragilidad y vulnerabilidad que en muchos casos ellas también han internalizado.
14. Los estados de ansiedad y depresión que les generan situaciones de estrés están muy relacionados con las experiencias que viven, con su biografía personal y con valores sociales que preconizan lo que deben ser y hacer. Cuando estas mujeres rompen las expectativas sociales y familiares de mantenimiento del equilibrio emocional y la armonía afectiva, se produce un desfase entre las expectativas del rol de género y su desempeño. Este desfase es percibido por ellas mismas y por quienes las rodean como un problema, como un fallo de su personalidad, como una "enfermedad" que debe ser tratada médicamente.
15. Desde esta perspectiva, la anorexia –y en general los trastornos alimentarios-, se debe entender como una *encrucijada patológica* propia de las sociedades modernas reflexivas que algunas mujeres utilizan como reacción defensiva, vía de escape

o reconocimiento de falsa autonomía cuando la integridad del yo se ve amenazada. Es una conducta opuesta a la libre opción ya que produce incapacidad para colonizar el futuro.

16. La realización de una práctica restrictiva o purgativa ocasional se produce en "*situaciones de contexto difíciles*", contexto de interacciones micro que generan tensión. Si estas situaciones persisten las prácticas ocasionales se convierten en adictivas. Para ello, es preciso que las mujeres encuentren en la repetición de la práctica restrictiva y/o bulímica la forma de liberar tensiones originadas por diversas circunstancias de la vida cotidiana. La práctica adictiva es una forma particular de control, de liberar tensión y una forma de expresión. La persona adicta es *intemperante*, no acepta tranquilamente la carga social que le corresponde y busca otra salida.
17. La adicción esconde una promesa emancipadora que se puede bloquear cuando se percibe, exclusivamente, desde la óptica de la enfermedad, sin tener en cuenta la propuesta de rebeldía que lleva implícita. La finalidad terapéutica del discurso nutricionista, que consigue aumentar el peso, fracasa al focalizar los conflictos en la alimentación y reducir los problemas de la persona al cuerpo material. El discurso médico traslada los conflictos personales al organismo y olvida que, en ocasiones, la anorexia es un lenguaje para manifestarse y hacerse escuchar.

18. Para minimizar el proceso restrictivo o bulímico habrá que afrontar el problema analizando y actuando sobre las estructuras sociales y familiares que impiden u obstaculizan el desarrollo de la identidad y de la autonomía personal y llamar la atención sobre los sesgos sexistas implícitos en los discursos expertos.
19. Para explicar y tratar el problema de la anorexia de forma eficaz es preciso comprenderla desde la perspectiva social y, a la vez, ofrecer la posibilidad individual de construir nuevas narrativas personales, reforzar la autoestima y posibilitar la emancipación. Hay que tener en consideración que, en las sociedades modernas reflexivas, las desigualdades sociales se redefinen en términos individualizados y los problemas sociales se perciben como inadecuaciones psicológicas que provocan ansiedad, estrés y sentimientos de culpa.
20. Analizar la práctica anoréxica y/o bulímica con la mirada que aporta la teoría de la estructuración y la teoría feminista permite ver el proceso y a las personas en él inmersas, desde una óptica distinta a la que ofrece la psicopatología individual. Supone entender que existen estructuras sociales y sistemas de género que obstaculizan el desarrollo de la autonomía y la identidad, especialmente en las mujeres. Supone centrar la atención en la promesa emancipadora que esconden las prácticas adictivas y tratar de fortalecer la capacidad de obrar y poder frente a la

falsa autonomía que el cuerpo delgado parece prometer a las mujeres.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA<sup>1</sup>

- \*<sup>2</sup>AGUIRRE BAZTÁN, Ángel. La anorexia mental en el marco de la adolescencia femenina. *Infad. Psicología de la infancia y la adolescencia*, 1989, vol. 1, p. 17-23.
- AGUIRRE BAZTÁN, Ángel. Entre la anorexia y la bulimia. *Anthropológica. Revista de Etnopsicología y Etnopsiquiatría*, 1993, vol. 13 - 14, p. 167-189.
- AGULLO, M. J.; AMPUDIA, M. S.; TOMAS, J. y MOLINA, J. Estudio epidemiológico de síntomas clínicos en una población psiquiátrica de niños y niñas. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1997, nº 2, p. 74-81.
- ALBERDI, Inés. El significado del género en las ciencias sociales. *Política y sociedad*, 1999, vol. 32, p. 9-21.
- . Parson. El funcionalismo y la idealización de la división sexual del trabajo. En: DURÁN, M. Ángeles. *Mujeres y hombres en la formación de la teoría sociológica*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1996.
- ALBERDI, Inés; ESCARIO, Pilar; HAINOVICH, Perla. Actitudes de las mujeres hacia el cambio familiar. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (C.I.S.)*, 1984, p. 41-60.
- ALER GAY, M. La mujer en el discurso ideológico del catolicismo. En. *Actas de las I Jornadas de Investigación Interdisciplinar. Nuevas perspectivas sobre la mujer*. Madrid: Universidad Autónoma. Seminario de Estudios de la Mujer, 1980.
- ALMARCHA, Amparo y CAMPELLO, Luz. Lo que el feminismo no logró evitar: la anorexia como expresión de la deficiencia del cuerpo. *Revista galego-portuguesa de psicología e educación*, 1999, vol. 4, nº 69-82.
- ALONSO, Luis Enrique. *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos, 1998.
- . Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: DELGADO, J. M. y GUTIÉRREZ, J., (comps). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis Psicología, 1998, p. 224-240.

---

<sup>1</sup> Para las referencias bibliográficas hemos seguido las normas ISO-690 que incorporan los nombres propios de las autoras y autores. En muchos casos aparecen, sin embargo, las iniciales de los mismos debido a que así aparecen en los documentos utilizados.

<sup>2</sup> Señalamos con un asterisco las obras que hemos utilizado en el capítulo 4.

- AMORÓS, Celia. *Tiempo de feminismos. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid: Cátedra Col. Feminismos, 1997.
- ANSTINE, Dana y GRINENKO, Dawn. Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *Journal of adolescent health*, 2000, vol. 26, p. 338-342.
- ARGIMON PALLÁS, Josep M<sup>a</sup> y JIMÉNEZ VILLA, Josep. *Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica*. Madrid: Harcourt, 2002.
- ARRIZABALAGA, Jon. Historia de la enfermedad: nuevos enfoques y problemas. *Dynamis*, 1991, vol. 11, p. 17-26.
- ARRIZABALAGA, Jon. Cultura e historia de la enfermedad. En: PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000, p. 71-81.
- ARTACÓZ Lucía. Salud y género. Documentación social. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada, 2002, vol. 127, p. 181-205.
- ARTACÓZ, Lucía. Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 2004, vol. 18, supl. 2, p.1-2.
- BAILE, J. I. y GARRIDO, E. Autoimagen referente al peso en un grupo de chicas adolescentes. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 1999, vol. 22, nº 2, p. 167-173.
- BALLESTER AÑÓN, Rosa. Edades de las mujeres/edades de la vida del hombre. Tópicos y lugares comunes en la ciencia médica antigua y tradicional. En: PÉREZ CANTÓ, Pilar; ORTEGA LÓPEZ, Margarita (edits). *Las edades de las mujeres*. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, 2002, p. 3-20.
- BALLESTER AÑÓN, Rosa. Antropología de la salud aplicada al género. En: Elvira Ramos (ed). *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, 2002 b, p. 45-50.
- \*BALLESTER FERRANDO, B. Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Anales Españoles de Psiquiatría*, 2002, vol. 30, nº 4, p. 207-212.
- BAÑUELOS, Carmen. Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI. Hacia una revisión de los estudios en torno a este tema. *REIS*, 1994, vol. 68, p. 119-140.
- BARTHES, Roland. Vers une psycho-sociologie de l'alimentation moderne. *Annales: Economies, societes, civilisation*, 1975, vol. 5, p. 977-986.
- . *La aventura semiológica*. Buenos Aires: Paidós, 1990.

- . *El sistema de la moda*. Barcelona: Paidós, 2003.
- BARTHES, Roland. BAS, F. y VERANIA, A. *Trastornos de la alimentación en nuestros hijos*. Madrid: EOS, 2000.
- BARTOLOMÉ, J.M.; SARTORIUS, N. Clasificación de las enfermedades mentales: de Bertillón a la CID-10, un signo de colaboración internacional. *Actas Luso-Espanolas de Neurología-Psiquiatría y Ciencias Afines*, 1994, vol. 22, n. 4, p. 193-199.
- BAUMAN, Zygmunt. *La sociedad individualizada*. Madrid: Cátedra, 2001.
- BECK, Ulrik y BECK-GERNSHEIM, Elisabeth. *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós, 2003.
- BECK-GERNSHEIM, Elisabeth. De "vivir para los demás" a "vivir la propia vida". La individualización y la mujer. En: BECK, Ulrik y BECK-GERNSHEIM, Elisabeth. *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós. Estado y Sociedad, 2003, p. 117-163.
- BECK, Ulrik; GIDDENS, Anthony y LASH, Scott. *Modernización reflexiva. Política tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza Universidad, 2001.
- BEHAR, Rosa; DE LA BARRERA, Mónica y MICHELOTTI, Julio. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 2001, vol. 129, nº 9, p. 1003-1011.
- BELTRÁN, Miguel. *La realidad social*. Madrid: Tecnos, 1991.
- BEMPORAD, Jules A. Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theoretical Medicine*, 1997, vol. 18, p. 401-420.
- BENEDITO, M. C.; PERPINÁ, C.; BOTELLA, C. y BAÑOS, R. Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescente. *Anales de Pediatría*, 2003, vol. 58, p. 268-273.
- BENERÍA, Lourdes. ¿Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos. En: AMORÓS, Celia. *Mujeres, ciencia y práctica política*. Madrid: Universidad Complutense, 1987. p. 34-54.
- BENGOECHEA, Mercedes. El concepto de género en la sociolingüística, o cómo el paradigma de la dominación femenina ha malinterpretado la diferencia. En: TUBERT, Silvia, ed. *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Madrid: Cátedra, 2003, p. 313-358.
- BENHABIB, Shelia. El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg - Gilligan y la teoría feminista. En: BENHABIB, Shelia y CORNELL, D. *Teoría feminista y teoría crítica*. Valencia: Alfons el Magnanim, 1990, p. 119-149.

- BENHABIB, Shelia y CORNELLA, D. *Teoría feminista y teoría crítica*. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim, 1990.
- BERGER, Peter L. y LUCKMANN, Thomas. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- . *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido*. Barcelona: Paidós, 1997.
- BERGH, Cecilia y SÖDERSTEN, Per. Anorexia nervosa: rediscovery of a disorder. *Lancet*, 1998, vol. 351, p. 1427-29.
- BERNARD, M. *El cuerpo*. Barcelona: Paidós, 1980.
- BERTHELOR, J. M.; DRULHE, M.; CLEMENT, S. et al. *Les sociologies et les corps. Current anthropology. La sociologie contemporaine*. Sage publications, 1985.
- BIRULÉS, Fina; CORRAL, Carmen; LARRAURI, Maite y MARÇAL, Merce María. Fragmentos del discurso sobre la autoridad femenina. *Archipiélago*, 1997. vol. 30, p. 56-67.
- BOBES GARCÍA, J.; G. PORTILLA, M. P.; BASCARÁN FERNÁNDEZ, M. T. et al. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica, 2002.
- BOCOCK, Robert. *El consumo*. Madrid: Talasa, 1993.
- BONINO MÉNDEZ, L. Asistencia en salud mental y problemática del género. En: BERNIS, Cristina; DEMONTE, Violeta; GARRIDO, Elisa et al. *Los estudios sobre la mujer de la investigación a la docencia*. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la mujer, 1991, p. 43-53.
- BORDO, Susan. Reading the slender body. En: JACOBUS, Mary; KELLER, Evelin F. y SHUTTLEWORTH, Sally, (edits). *Body politics. Women and the discourses of science*. New York & London: Routledge, 1990, p. 83-112.
- . *Unbearable weight. Feminism, western culture and the body*. California: University of California Press, 2004.
- BORRÁS, Laura (edit). *Escenografías del cuerpo*. Madrid: Fundación Autor, 2000.
- BORREGO HERNANDO, O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 2000, vol. 24, nº 2, p. 44-50.
- BOSCH FIOL, Esperanza; FERRER PÉREZ, Victoria A.; MANASSERO MÁS, M.A. Análisis histórico del concepto de enfermedad histérica. *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 15, 1994, p. 329-334.
- BOUDON, Raymond. *La crisis de la sociología*. Barcelona: Laia, 1974.

- . *La lógica de lo social*. Madrid: Rialp, 1981.
- BOURDIEU, Pierre. *¿Qué significa hablar?* Madrid: Akal Universitaria, 1985.
- . *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus, 1988.
- . *Sociología y cultura*. México: Conaculta, 1990.
- . *El sentido práctico*. Madrid: Taurus, 1991.
- . *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama, 1995.
- . *Sobre la televisión*. Barcelona: Anagrama, 1997.
- . *Meditaciones pascalinas*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- . *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, 2000.
- . *Lección sobre lección*. Barcelona: Anagrama, 2002.
- . *El oficio del científico*. Barcelona: Anagrama, 2003.
- BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, J. C. y PASSERON, J. C. *El oficio del sociólogo*. Madrid: Siglo XXI, 1976.
- BRAIDOTTI, Rosi. *Sujetos nómadas*. Buenos Aires: Paidós, 2000.
- BRAIN, Josephine. Unsettling "body image". Anorexia body narratives and the materialization of the "body imaginary". *Feminism Theory*, 2002, vol. 3, nº 2, p. 151-168.
- \*BRAS MARQUILLAS, M. "Doctor, el niño no me come". Problemas de relación alimentaria en la infancia. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1996, vol. 3, nº 10, p. 633-641.
- BRAVO ORTIZ, María Fe. Disturbios en la estimación de la imagen del cuerpo en relación con otras características de la evolución de la anorexia nerviosa. *Archivos de neurobiología*, 1980, vol. 43, nº 3, p. 207-208.
- BRIGMAN, Bonita. Four generations of women: our bodies and lives. En: FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A. y WOOLEY, Susan C. (eds). *Feminist perspectives on eating disorders*. New York: The Guilford Press, 1994, p. 115-131.
- BRIGOS, Blanca; FARRÉ, Josep M. CASAS, Miquel. "La solución anoréxica": la anorexia nerviosa como forma de afrontamiento de situaciones ansiógenas. A propósito de un caso. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 1999, n. 49-50. p. 59-66.
- BRIZ, Antonio y GRUPO VAL. ES. CO. *¿Cómo se comenta un texto coloquial?* Barcelona: Ariel, 2000.

- BROWN, P. *El cuerpo y la sociedad*. Barcelona: Muchnik, 1993.
- BRUCH, Hilde. Anorexia Nervosa and its differential diagnosis. *The Journal of Nervous and mental disease*, 1966, vol. 141, p. 555-566.
- . *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós, 2001.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder, 1992.
- BRUMBERG, Joans Jacobs. *Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- \*BUCKROYD, Julia. *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Martínez Roca, 1997.
- BUNGE, Mario. *La investigación científica*. Barcelona: Ariel, 1983.
- BUÑUEL HERAS, A. La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte. *REIS*, 1994, vol. 68.
- BURGOS RODRÍGUEZ, Rafael; CHICHARRO MOLERO, José Antonio; BOBENRIETH ASTETE, Manuel (edits). *Metodología de investigación y escritura científica en clínica*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.
- BURN, M. B. *The social Psychology of gender*. New York: McGraw-Hill, 1996.
- BURNS, Maree. Eating like an Ox: feminity and dualistic constructions of bulimia and anorexia. *Feminism & Psychology*, 2004, vol. 14, nº 2, p. 269-295.
- BURÍN, Mabel. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- . Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En: BURÍN, Mabel y DIO BLEICHMAR, Emilice. *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1996.
- . *Mujeres al borde de un ataque de psicofármacos* [en línea]. <<http://old.clarin.com/diario/2000/08/31/o-02901.htm>>. [Consulta: 7 de Julio 2003].
- BUTLER, Judith. Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Wittig y Foucault. En: BENHABIB, Seyla y CORNELLA, Drucilla (edits). *Teoría feminista y teoría crítica*. Valencia: Alfons el Magnanim, 1990, p. 193-211.
- . Contingent foundations: Feminism and the question of "postmodernism". En: BUTLER, Judith y SCOTT, Joan W., (eds). *Feminists theorize the political*. New York: Routledge, 1992, p. 3-21.
- . *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós, 2001(a).

- . *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra. Feminismos, 2001 (b).
- . *Cuerpos que importan, Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- BUZZATI, Gabriella y SALVO, Anna. *El cuerpo - palabra de las mujeres. Los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos*. Madrid: Cátedra, 2001.
- \*CABRANES, J. A.; GIL, I.; GÓMEZ, C. et al. *Protocolo de Atención a Pacientes con Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) dirigido a Médicos de Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
- CAHILL, Ann J. Foucault, rape and the construction of the feminine body. *Hypatia. A Journal of Feminist Philosophy*, 2000, vol. 15, nº 1, p. 43-63.
- CALLICO CATALEJO, G. La anorexia mental en el muchacho adolescente. *Revista de Psiquiatría Infanto - Juvenil*, 1996, nº 2, p. 136-141.
- CALSAMIGLIA BLANCAFORT, Helena y TUSÓN VALLS, Amparo. *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel Lingüística, 2002.
- CALVO, Rosa. Trastornos de alimentación II: Tratamiento. En: ECHEBURÚA E. *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide, 1992, p. 227-259.
- CAMPILLO, Neus. El significado de la crítica en el feminismo contemporáneo. *Revista feminismo y filosofía*, p. 257-318.
- CAMPOS MARÍN, Ricardo; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. El alcoholismo como enfermedad social en España de la Restauración: problemas de definición. *Dynamis*, 1991, Vol. 11, p. 263-286.
- CANALS, J.; DOMENECH, E.; CARBAJO, G. et al. Prevalence of DSM III - R and ICD - 10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18 years old. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997, vol. 96, p. 287-294.
- CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Madrid: Siglo XXI, 1987.
- \*CARBAJO, G.; CANALS, J.; FERNÁNDEZ, J. et al. Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*, 1995, vol. 4, nº 16, p. 21-26.
- CARO GABALDO, I. *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva. Psicología Universidad, 2001.
- CARRASCO, Cristina. La sostenibilidad de la vida humana. ¿Un asunto de mujeres? *Mientras Tanto*, 2001, vol. 82, p. 43-70.

- CARRASCO GIMÉNEZ, Tomás Jesús y ADAME, María Luna. Revisión crítica sobre el tratamiento farmacológico de la anorexia y la bulimia nerviosas. *Psicología conductual*, 2001, vol. 9, nº 2, p. 279-298.
- \*CASAS RIVERO, J.; CORTÉS RICO, O.; CEÑAL GONZÁLEZ, M J. Nutrición y dieta en la anorexia nerviosa. *Actualidad Nutricional*, 1994, vol. 18, p 22-27.
- CASH, T. F. y DEAGLE, G. A. The nature and extend of body-image disturbances in Anorexia and Bulimia Nervosa: a meta-analysis. *International Journal Eating Disorders*, 1997, vol. 22, p. 107-125.
- CASINO, Gonzalo. El auge de la enfermedad imaginaria. Diario El País, 2 de Julio 2002.
- CASTELLANOS, Jesús; JIMÉNEZ LUCENA Isabel y RUIZ SOMAVILLA, María José. La ciencia médica en el siglo XIX como instrumento de reafirmación ideológica: la defensa de la desigualdad de la mujer a través de la patología femenina. En: BALLARÍN, Pilar y ORTIZ, Teresa (edits). *La Mujer en Andalucía. I Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer*. Granada: Universidad de Granada, 1990, p. 879-888.
- CASTELLS, Carmen (comp). *Perspectivas críticas de la teoría feminista*. Barcelona: Paidós, 1996.
- CASTILLO, M. Dolores; LEÓN, M. Teresa; LÓPEZ, Antonio; GALLO, M. Ángel; FERNÁNDEZ, Sebastián y MEDINA, José M. Concepto de anorexia nerviosa. Revisión histórica. En: León Espinosa, M. Teresa y Castillo Sánchez, M. Dolores. *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Jaén: Asociación para la Formación Continuada en Ciencias de la Salud y Educación, 2003, p. 30-39.
- \*CASTRO FORNIELES, Josefina. La anorexia nerviosa. *Medicina Integral*, 1996, vol. 27, nº 10, p. 412-418.
- . Trastorno de la conducta alimentaria. *Endocrinología y nutrición*, 2000, vol. 47, nº 6, p. 165-170.
- \*CASTRO, Josefina y TORO, José. Anorexia mental: aproximación psicosocial. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 1989, vol. 9, p. 37-42.
- \*CASTRO, J.; TORO, J.; SALAMERO, M. y GUIMERA, E. Cuestionario de actitudes ante la alimentación: Validación de la versión española. *Evaluación psicológica/ Psychological assessment*, 1991, vol. 7, nº 2, p. 175-190.
- CASULLO, M. Mar; GONZÁLEZ, Remedios; SIFRE, Silvia y MARTORELL, Carmen. El comportamiento alimentario en estudiantes adolescentes españoles y argentinos. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 2000, vol. 10, nº 2, p. 9-24.

- CATTARING, J. y THOMPSON, J. K. A three-year longitudinal study of body image and eating disturbance in adolescent females. *Eating disorder: The journal of prevention and treatment*, 1994, vol. 2, p. 114-125.
- CAZAU, Pablo. Guía de Consulta DSM IV. Reseña histórica. [en línea] <http://www.galeon.com/pcazau/guia-dsm4-1.htm> [Consulta: 3/5/05].
- \*CEPEDA GÓMEZ, Paloma. *Anorexia nerviosa: la prevención en familia*. Madrid: Pirámide, 1996.
- CERVERA-ENGUIX, S. y QUINTANILLA, B. Anorexia nerviosa: Manifestaciones psicopatológicas fundamentales. *Revista clínica española*, 1991, vol. 17, p. 143-161.
- \*CERVERA, Montserrat. *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca, 1996.
- \*CHENG, To. El prolapso de la válvula mitral es una alteración cardiovascular frecuente en los pacientes con anorexia nerviosa. *Revista Española de Cardiología*, 2003, vol. 56, nº 12, p. 1246-1247.
- \*CHINCHILLA MORENO, A. Revisión histórica de la anorexia y bulimia nerviosas. En: CHINCHILLA MORENO, A. *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon, S.A., 1994, p. 12-39.
- . *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson, 1995.
- . *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson, 2003.
- CHODOROW, Nancy. *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad*. Barcelona: Gedisa, 1984.
- . *Feminism and psychoanalytic theory*. New Haven-Connecticut: Yale University Press, 1989.
- CIRCOUREL, Aaron V. *El método y la medida en sociología*. Madrid: Editorial Nacional, 1982.
- CISNERO, Pilar. Una perspectiva sociológica de la anorexia y la bulimia. *Docencia e Investigación*, 2001, vol. 11, p. 151-159.
- \*CIVEIRA, J.; MORALES, C. y SERRAT, T. *et al.* Aspectos metabólicos y hormonales de la Anorexia Nerviosa. *Revista Clínica Española*, 1981, vol. 163, nº 5, p. 313-317.
- CLAUDE, Pierre P. *Alerta, anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Javier Vergara, 1998.
- CLAVREUL, Jean. *El orden médico*. Madrid: Argot, 1983.

- COBO BEDIA, Rosa. Género. En: AMORÓS, Celia. *Diez palabras claves sobre mujer*. Estella Navarra: Verbo divino, 1995, p. 5-20.
- . Género y teoría social. *Revista Internacional de Sociología*, 2000, vol. 25, p. 5-20.
- COCKERHAM, William C. *Sociología de la medicina*. Madrid: Pearson Educación, S.A., 2001.
- COLOMER, Concha; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. *Promoción de salud y cambio social* Barcelona: Masson, 2001.
- COLLIER, D.A. Molecular genetics of eating disorders. En FAIRBURN, C.G. Y BROWNELL, K.D. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Nueva York: Guildford Press, 2002.
- COMELLES, Josep M. y MARTÍNEZ, Ángel. *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema, 1993.
- CONBOY, Katie; MERINA, Nadia Y STANBURY, Sarah. *Writing on the body. Female embodiment and feminist theory*. New York: Columbia University Press, 1997.
- CONESA, Llanos; ROJO, Luis y LIVIANOS, Lorenzo. Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. En: ROJO, Luis y CAVA, Gloria (edits). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel, 2003, p. 191-211.
- COOPER, David. *La gramática de la vida*. Barcelona: Ariel, 1978.
- CORBIN, Alain; GUERRAND, Roger-Henri; PERROT, Michelle. Sociedad burguesa: aspectos concretos de la vida privada. *Gritos y susurros* (tomo 8) En: ARIÈS, Philippe y DUBY, Georges. *Historia de la vida privada*. Madrid: Taurus, 1991. p. 265-313.
- CORDAS, T. A. y NEVES, J. E. Escalas de avaliação de trastornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 1999, vol. 26, nº 1.
- CORNELLA I CANALS, J. Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud. Factores de riesgo y de protección. *Anorexia y bulimia*. Madrid: Instituto de la Juventud, 1999, p. 39-44.
- CORONADO RUBIO, Marta. *Anorexia y bulimia*. Madrid: Instituto de la Mujer, 2000.
- COSGROVE, Lisa. Crying out loud: understanding women's emotional distress as both lived experience and social construction. *Feminism & Psychology*. 2000, vol. 10, n. 2, p. 247-267.
- CRISP, A. H. Nutritional disorders and the psychiatric state. En: VAN PRAAG, H. M.; LADES, M. H.; RAFAELSEN, O. J. y SACHAR, E. J. (eds) *Handbook of biological psychiatry. Part IV. Brain mechanisms and abnormal behavior-chemistry*. Nueva York: Marcel - Dekker, 1981.

- CRISP, A. H. Diagnosis and outcome of anorexia nervosa. *Proceedings of the royal society of medicine*, 1977, vol. 70, p. 464-470.
- CRUZ GONZÁLEZ, J. El llanto y grito silencioso. *Toko Ginecología Práctica*, 2001, vol.60, nº 4, p. 179-180.
- DAVIS, Caroline; SHUSTER, Barbara; BLACKMORE, Elizabeth y FOX, John. Looking good - family focus on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal Eating Disorders*, 2004, vol. 35, nº 2, p. 136-144.
- D´ANGELO MENÉNDEZ, Estela. Aspectos familiares y de relación entre padres e hijos en la problemática del comportamiento alimentario. En: *Anorexia y bulimia*. Madrid: Instituto de la Juventud, 1999, p. 45-53.
- DE ARMAS, Araceli. Concepto de salud y su evolución. El ser humano. En: GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. Asunción (comp). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI, 1993, p. 1-44.
- DE BEAUVOIR, Simone. *El segundo sexo*. Buenos Aires: Ediciones siglo XX, 1987.
- DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen (comp). *Salud y enfermedad*. Medellín: Universidad de Antioquia, 1999.
- DE MIGUEL, Ana. La sociología olvidada: género y socialización en el desarrollo de la perspectiva sociológica. *Política y Sociedad*, 1999, vol. 32, p. 161-171.
- DEBORD, Guy. *Comentario sobre la sociedad del espectáculo*. Barcelona: Anagrama, 1990.
- DEL VALLE, Teresa; APAOLAZA, José Miguel; ARBE, Francisca *et al*. *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea, 2002.
- DELEUZE, Gilles. *Empirismo y subjetividad*. Barcelona: Gedisa editorial, 1996.
- DELGADO SÁNCHEZ, Ana. El papel del género en la relación médico-paciente. *Formación Médica Continuada*, 1999, vol. 6, nº 8, p. 509-516.
- DELGADO, Ana, LÓPEZ FERNÁNDEZ, Luis Andrés. Práctica profesional y género en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 2004, vol. 18, supl. 1, p. 112-118.
- DESROSIÉRES, Alain. ¿Cómo fabricar cosas que se sostienen en sí? Las ciencias sociales, la estadística y el estado. *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, 1995, vol. 20, p. 19-31.
- DEVEAUX, Monique. Feminism and empowerment. A critical reading of Foucault. *Feminist Studies*, 1994, vol. 20, nº 2, p. 223-245.

- DÍAZ ATIENZA, J.; MARCOS PÉREZ, E.; ZAPATA BOLUDO, *et al.* Acontecimientos vitales en anorexia nerviosa frente a controles sanos y adolescentes con depresión. *Anales de Psiquiatría*, 1998, vol. 14, nº 3, p. 107-115.
- \*DÍAZ BENAVENTE, M.; RODRÍGUEZ MORILLA, F.; MARTÍN LEAL, C. *et al.* Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención Primaria*, 2002, vol. 7, nº 32, p. 403-409.
- DIEZ ETXEZARRETA, Josune. La tiranía de la talla pequeña. *Emakunden*, 1999, vol. 35, p. 28-31.
- DIO BLEICHMAR, Emilce. *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. Madrid: Siglo XXI, 1991.
- . *La depresión en la mujer*. En: GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. Asunción, (comp). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI, 1993, p 263-278.
- . Resistencias del psicoanálisis al concepto de género. *Tres al Cuarto*, 1995, vol. 5, p. 22-25.
- . La construcción psicosocial del género. La invención de la niña. En: VALLS-LLOBET, Carme (dir) *Vivir con salud haciendo visible las diferencias*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996, p. 103-110.
- . La anorexia / bulimia y el género femenino. Notas para su comprensión y tratamiento. En: MINGOTE, Adán; LÓPEZ-DÓRIGA, Begoña, coordinadores. *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de Estudios de la Mujer. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, 2000, p. 93-107.
- . La anorexia como problemática actual que excede la posibilidad de explicación médica. En: MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel; BONILLA CAMPOS, Amparo; DIO BLEICHMAR, Emilce *et al.* *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 2001, p. 99-152.
- DOSTIE, M. *Les corps investis*. Montreal: Saint-Martin, 1988.
- DOUBLE, Duncan. The limits of psychiatry. *British Medical Journal*, 2002, vol. 324, p. 900-904.
- DOUGLAS, Mary. *Símbolos naturales*. Madrid: Alianza, 1988.
- . *Pureza y peligro*. Madrid: Siglo XXI, 1991.
- . *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós, 1996.
- . *Cómo piensan las instituciones*. Madrid: Alianza, 1996.

- . *Estilos de pensar*. Barcelona: Gedisa, 1998.
- \*DSM III. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1987.
- \*DSM III- R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1992.
- \*DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- \*DSM IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2002.
- DUQUE, J. A.; DE MIGUEL, J. M.; ARAGON, M. A. et al. anorexia nerviosa. Valoración hormonal. *Revista Española Obstetricia y Ginecología*, 1986, vol. 45, p. 53-58.
- DURKHEIM, Emile. *El suicidio*. Buenos Aires: Schapire, 1965.
- . *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Akal editor, 1982.
- . *Las reglas del método sociológico y otros escritos sobre filosofía de las ciencias sociales*. Madrid: Alianza, 1995.
- DURÁN, M. Ángeles. Liberación y utopía: la mujer ante la ciencia. En: DURÁN, M. Ángeles (comp). *Liberación y utopía*. Madrid: Akal Universitaria, 1982, p. 7-34.
- . *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos, 1983.
- . El silencio y el eco. En: ORTEGA, Margarita; SEBASTIÁN, Julia y DE LA TORRE, Isabel. *Las mujeres en la opinión pública*. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer. Universidad Autónoma de Madrid, 1995, p. 3-13.
- EDLUND, B.; HALVARSSON, K. y SJÖDEN, P. O. Eating behaviors, and attitudes to eating, dieting and body image in 7 - year-old Swedish girls. *European Eating Disorders*, 1996, vol. 4, p. 40-53.
- EHRENBERG, Alain y LOVELL, Anne. *La maladie mentale en mutation*. París: Odile Jacob, 2001
- ELÍAS, Norbert. *Conocimiento y poder*. Madrid: Genealogía del poder, 1994.
- \*ELORZA ARIZMENDI, J. F.; CATAL PIZARRO, M.; ZARAGOZA HERNÁNDEZ, A. et al. La perimilólisis dental como signo de alarma de los trastornos alimentarios del adolescente. *Acta Pediátrica Española*, 1998, vol. 56, nº 8, p. 434-436.
- ELSTER, Jon. *Sobre las pasiones: emoción, adicción y conducta humana*. Barcelona: Paidós, 2001.

- EMANS, S.J. Eating disorders in adolescent girls. *Pediatrics Internacional*, 2000, vol. 42. p. 1-7.
- ENTWISTLE, Joanne. *El cuerpo y la moda. Una visión sociológica*. Barcelona: Paidós, 2002.
- \*ESCOBAR GIRALDO R.; HARO ABAD, J. M.; CASTRO, J. y TORO, J. Sintomatología depresiva en adolescentes anoréxicas y depresivas. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1993, vol. 4, p. 235-238.
- \*ESCOBAR, L.; FREIRE, J. M.; ESPINOSA, R. et al. Determinación por radioinmunoanálisis de insulina, leptina y neuropéptido y en pacientes con obesidad mórbida y anorexia nerviosa después de intervención terapéutica. *Revista Española de Medicina Nuclear*, 2002, vol. 21, nº 1, p. 3-11.
- ESCRIVÁ CATALÁ, Amparo. El miedo a ser mujer: Trastornos de la conducta alimentaria. En: MINGOTE, Adán; LÓPEZ-DÓRIGA, Begoña y VALCARCE, Mercedes. *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000, p. 79-91.
- ESCUDERO, I.; ARQUÉS, R y GARCÍA CALVO, A. Contra el diagnóstico. *Archipiélago*, 1996, vol. 25, p. 25-38.
- ESPINA, Alberto; ORTEGO, María Asunción; OCHOA DE ALDA, Iñigo; YENES, Félix y ALEMÁN, Amagoia. La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 2001, vol. 13, nº 4, p. 533-538.
- ESPINA EIZAGUIRRE, Alberto; ORTEGO SÁENZ DE CALDERÓN, María Asunción y OCHOA DE ALDA APELLÁNIZ, Iñigo. Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en psicopatología y ajuste social. *Apuntes de Psicología*, 2002, vol. 20, nº 1, p. 49-62.
- ESPINA EIZAGUIRRE, Alberto; PUMAR, B; GARCÍA, E.; SANTOS, A y AYERBE, A. Una revisión de los estudios controlados sobre la interacción familiar en la anorexia nerviosa. *Cuadernos de terapia familiar*, 1994, vol. 8, nº 27, p. 5-17.
- ESTEBAN, Mari Luz. Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. En: ORTIZ GÓMEZ, Teresa y BECERRA CONDE, Gloria. *Mujeres de ciencia. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas*. Universidad de Granada: Feminae, 1996. p. 143-184.
- . Imagen corporal: alimentación, ejercicio físico y cuidado del cuerpo. En: Asociación defensa salud pública del País Vasco. *Las mujeres en la ciudad: salud y calidad de vida*. Bilbao: OP- Asociación Defensa Salud Pública del País Vasco, 1997 (a).
- . Alimentación e imagen corporal. Las mujeres y el miedo al descontrol. *Salud 2000*, 1997, vol. 61 (b).

- . Promoción social y exhibición del cuerpo. En: DEL VALLE, Teresa. *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Madrid: Ariel. Antropología, 2000, p. 205-242.
- . El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz; BARRAL M. JOSÉ; FERNÁNDEZ, Teresa *et al.* *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, 2001, p. 25-51.
- . *Re - producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Gakoa. Liburuak, 2001.
- . *Antropología del cuerpo*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2004.
- EVANS, Mary. *Introducción al pensamiento feminista contemporáneo*. Madrid: Minerva, 1998.
- EXPEITS, Elena. El hambre autoinducido. Lugar de encuentro entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural. [en línea] [http://www.observatori.info/IMG/pdf/el\\_hambre.pdf](http://www.observatori.info/IMG/pdf/el_hambre.pdf) [Consulta: 28/4/05].
- FAIRBURN, C. G. y COOPER, P. J. The clinical features of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 1984, vol. 144, p. 238-246.
- FAIRBURN, C. G.; COOPER, Z.; DOLL, H. A. *et al.* Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives General Psychiatry*, 1999, vol. 56, p. 468-476(a).
- FAIRBURN, C. G.; COWEN, P. J. y HARRISON, P. J. Twin studies and the etiology of eating disorders. *International Journal Eating Disorders*, 1999, vol. 26, nº 4, p. 349-358(b).
- FAIRBURN, C. G.; WELCH, S. L.; DOLL, H. A. *et al.* Risk factors for Bulimia Nervosa: a community-based case-control study. *Archives General Psychiatry*, 1997, vol. 54, nº 509 - 517.
- FAIRCLOUGH, Norman y WODAK, Ruth. Análisis crítico del discurso. En: VAN DIJK, Teun A. *El discurso como interacción social*. Barcelona: Gedisa, 2000. p. 367-404.
- FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie y WOOLEY, Susan (eds). *Feminist perspectives in eating disorders*. Nueva York: Guilford Press, 1994.
- FEATHERSTONE, M. *Cultura de consumo y posmodernismo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- FEATHERSTONE, M; HEPWORTH, M. y TURNER. *The body social process and cultural theory*. London: Sage Publication, 1991.
- FEIGHNER, J. P.; ROBINS, E.; GUZE, S. B. *et al.* Diagnostic criteria for use in psychiatric reserch. *Archives General Psychiatry*, 1972, vol. 26, p. 57-63.

- FERNÁNDEZ ARANDA, Fernando y PROBST, Michel. Evaluación de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la alimentación y controles: técnica de distorsión de la imagen en vídeo. *Revista de psicología de la salud*, 1994, vol. 6, nº 2, p. 59-73.
- \*FERNÁNDEZ ARANDA, Fernando y TURÓN GIL, Vicente José. *Trastorno de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson, 1998.
- \*FERRERO, L.; TOLEDO, M.; TORNO, E. et al. *Anorexia y bulimia nerviosas. Una guía práctica para padres, educadores y médicos de familia*. Valencia: Polimorfo, 1999.
- \*FLETA ZARAGOZANO, J.; TELLO PÉREZ, L. M. y VELILLA PICAZO, J. M. Aspectos nutricionales de la anorexia nerviosa. *Revista española de Pediatría*, 1999, vol. 55, nº 330, p. 523-532.
- FOMBONNE, E. Anorexia nervosa, no evidence of an increase. *Britis Journal Psychiatry*, 1995, vol. 166. p. 462-471.
- FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI, 1986.
- . *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI, 1987.
- . *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós, 1990.
- . *La hermenéutica del sujeto*. Madrid: La Piqueta, 1994.
- . *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets editores, 1999.
- . *Los anormales*. Madrid: Akal, 2001.
- FREIDSON, Eliot. La enfermedad como desviación social. En: FREIDSON, Eliot. *La profesión médica. Un estudio sociológico del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, 1978.
- FREIRE, Espido. *Cuando comer es un infierno. Confesiones de una bulímica*. Madrid: Aguilar, 2002.
- FRIEDMAN, Betty. *La mística de la feminidad*. Barcelona: Sagitario, 1965.
- FUSTÉ, A. Personalidad y salud: Relación entre la ansiedad y respuesta inmune en la mujer. En: SÁNCHEZ LÓPEZ, M. Pilar (comp). *Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos, 2003.
- GADAMER, Hans-Georg. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa, 1996.
- GALÁN, I.; GANDARILLAS, A.; FEBREI, C. et al. Validación del peso y la talla autodeclarados en población adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 2001, vol. 15, nº 6, p. 490-497.

- GALIMBERTI, U. La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo. *Archipiélago*, 1996, vol. 25, p. 11-4.
- \*GANDARILLAS, A. y FEBREL, C. *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Documentos técnicos de Salud Pública. B.O.C.M. Comunidad de Madrid, 2000.
- GANDARILLAS, A.; ZORRILLA, B.; SEPULVEDA, A. R. *et al. Prevalencia de casos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Instituto de Salud Pública, 2003.
- \*GARCÍA AROCA, J.; ALONSO CALDERÓN, J.L.; GARCÍA REDONDO, C. *et al. ¿Anorexia Nerviosa o enfermedad somática? Cirugía pediátrica*, 2001, vol. 14, nº 3, p. 98-102.
- GARCÍA CALVENTE, M. del Mar. Género y salud: un marco de análisis e intervención. *Diálogo Filosófico*, 2004, n. 59, p. 212-228.
- GARCÍA RESA, E. Etiopatogenia de la anorexia nerviosa. En: CHINCHILLA MORENO, Alfonso. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona: Masson, 2003, p. 21-31.
- \*GARCÍA RODRÍGUEZ, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
- GARFINKEL, P. E. y GARNER, D. *Anorexia nervosa. A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel, 1982.
- GARNER, D. M. y BEMIS, K. M. A cognitive - behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and research*, 1981, vol. 6, p. 123-150.
- GARNER, D. M. y GARFINKEL, P. E. The Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979, vol. 9, p. 273-279.
- GARNER, D. M.; OLMSTEAD, M. P.; POLIVY, J. *et al. Comparison between weight preoccupied women and anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine*, 1984, vol. 46, p. 255-266.
- GARNER, D. M.; OLMSTED, M. P.; BOHR, *et al. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine*, 1982, vol. 12, p. 871-878.
- GERLINGHOFF, Monika y BACKMUND, Herbert. *Anorexia y bulimia*. Grijalbo: Barcelona, 2004.
- GIBERTI, Eva. La sexualidad femenina en la producción de bienes y desórdenes. II Congreso argentino de antropología social. *Antropología social y los estudios de la mujer*. Buenos Aires: Humanitas 1987, p. 105-123.

GIDDENS, Anthony. El estructuralismo, el postestructuralismo y la producción de la cultura. En: GIDDENS, A.; TURNER, Johnatan. *La teoría social hoy*. Madrid: Alianza, 1990, p. 254-289.

---. *Las nuevas reglas del método sociológico. Crítica positiva de las sociologías comprensivas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

---. *Modernidad e identidad del yo*. Barcelona: Península, 1997.

---. *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Teorema. Cátedra, 2000.

---. Vivir en una sociedad postradicional. En BECK, Ulrik; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza Universidad, 2001, p 75-136.

---. *La constitución de la sociedad. Bases para una teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

GIL CALVO, Enrique. *La mujer cuarteada*. Madrid: Anagrama, 1991.

GIL CANALDA, M. I.; CANDELA VILLANUEVA, J. P. y CECILIA RODRÍGUEZ, M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I). *Atención Primaria*, 2003, nº 31, p. 178-180.

\*GIL GARCÍA, Eugenia. Anorexia, enfermedad y mal social. *Index de enfermería: Gaceta Bibliográfica del Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria*, 2001, nº 32-33, p. 7-8.

GISMERO GONZÁLEZ, Elena. Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y salud*, 2001, vol. 12, nº 3, p. 289-304.

---. *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1996.

GOFFMAN, Erving. Síntomas psiquiátricos y orden público. En: FORTI, L. (comp). *La otra locura*. Barcelona: Tusquets Editor, 1976.

---. *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.

---. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

---. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.

GÓMEZ, Amparo y PERDOMO, Inmaculada. El eterno femenino: hormonas, cerebro y diferencias sexuales. *Arbor*, 1993, vol. 164, nº 565, p. 109-140.

- GÓMEZ BUENO, C.; CASARES, M.; CIFUENTES, C. *et al.* *Identidades de género y feminización del éxito académico*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2001.
- GÓMEZ BUENO, Carmuca (dir); GIL GARCÍA, Eugenia; HERNÁNDEZ HURTADO, Diana *et al.* *Análisis cuantitativo de los trastornos del comportamiento alimentario*. Granada: Universidad de Granada, 2004.
- GÓMEZ, Paloma. Anorexia nerviosa: una aproximación feminista. En: AZPEITIA, M.; BARRAL, M. José; DÍAZ, L. E. *et al.* (eds). *Piel que habla. Viaje a través de los cuerpos femeninos*. Barcelona: Icaria, 2001, p. 77-110.
- GÓMEZ SÁNCHEZ, Paloma. *Anorexia nerviosa: la prevención en familia*. Madrid: Pirámide, 1996.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. Asunción. Conformación de la subjetividad femenina. En: GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. Asunción, comp. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI, 1993, p. 71-122.
- . *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.
- . *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*. Madrid: Universidad de las Palmas de Gran Canaria, 1999.
- . El ideal maternal y el sufrimiento psicossomático en las mujeres. En: MINGOTE ADÁN, J. Carlos; LÓPEZ-DÓRIGA, Begoña, coordinadores. *II Jornadas de Salud Mental y género*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001, p. 31-44.
- GONZÁLEZ DE LA FE, Teresa. El interaccionismo simbólico. En: GINER, Salvador. *Teoría sociológica moderna*. Barcelona: Ariel Sociología, 2003, p. 167-218.
- GONZÁLEZ DE LA FE, Teresa. Sociología fenomenológica y etnometodología. En: GINER, Salvador. *Teoría sociológica moderna*. Barcelona: Ariel Sociología, 2003, p. 219-267.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. El cuerpo anoréxico. *Archivos de Psiquiatría*, 2001, vol. 64, nº 1, p. 21-36.
- \*GONZÁLEZ ESPINOSA, C.; MOYA, M.; ORTIGOSA, L. *et al.* Anorexia nerviosa. *Anales Españoles de Pediatría*, 1982, vol. 16, nº 6, p. 508-512.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Marta I. El estudio social de la ciencia en clave feminista. En: BARRAL, María José *et al.* (eds). *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria, 1999, p. 39-62.

- GONZÁLEZ GUITIÁN, C. y BLANCO PÉREZ, A. *Publicaciones y búsqueda bibliográfica. El Índice Médico Español* [en línea]. [http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala\\_1/lec03pub.htm](http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala_1/lec03pub.htm)[Consulta: 22/9/04].
- GOODMAN, N. *Maneras de hacer mundos*. Madrid: La balsa de la Medusa, 1990.
- GOODRICH, Thelma. *Terapia familiar feminista*. Barcelona: Paidós, 1998.
- GORDON, R. A. *Anorexia y bulimia: anatomía de una epidemia social*. Madrid: Ariel, 1994.
- GRACIA ARNÁIZ, Mabel. *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria, 1996.
- . *Memoria de investigación: Género, cuerpo y alimentación. La construcción social de la anorexia nerviosa*. Madrid: Instituto de Estudios de la Mujer, 2001.
- . (coord). *Somos lo que comemos: estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel, 2002.
- GUELAR, D. y CRISPO, R. *Adolescencia y trastornos del comer*. Barcelona: Gedisa, 2000.
- \*GUERRO-PRADO, D.; BARJAU ROMERO, J. M. y CHINCHILLA MORENO, A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2001, vol. 29, nº 6, p. 403-410.
- GUILLAUMIN, Colette. *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*. Paris: Côté - femmes, 1992.
- GUILLEMOT, Anne y LAXENAIRE, Michel. *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. Barcelona: Masson, 1994.
- GUIMÓN, J; MEZZICH, J. y BERRIOS, G. *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1987.
- GUTIÉRREZ, Alicia. *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. Madrid: Tierradenadie ediciones, 2002.
- \*GUTIÉRREZ, M.; VILLASANA, A. y TOTRIKA, K. Aproximaciones terapéuticas en la anorexia nerviosa: a propósito de dos observaciones. *Gaceta Médica de Bilbao*, 1979, vol. 76, nº 2, p. 159.
- HACKING, Ian. *¿La construcción social de qué?* Barcelona: Paidós, 2001.
- HALMI, K. Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosomatic Medicine*, 1974, vol. 36, p. 18-26.

- HARAWAY, Donna. *Ciencia cyborg y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra. Colección Feminismos, 1995.
- HARDING, Sandra. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata, 1996.
- HEPWORTH, Julie. *The social construction of anorexia nervosa*. London: Sage, 1999.
- HÉRITIER, Françoise. *Masculino/femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Ariel Antropología, 2002.
- \*HERNÁNDEZ BAYO, J. A. Moduladores del apetito: su implicación en la fisiopatología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición clínica*, 1996, vol. 16, nº 4, p. 33-51.
- HESSE-BIBER, Sharlene; MARINO, Margaret; WATTS-ROY, Diane. A longitudinal study of eating disorders among college women. Factors that influence recovery. *Gender & Society*, 1999, vol. 13, n. 3, p. 385-408.
- HIRSCHMAN, Albert O. *Interés privado y acción pública*. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.
- HOEK, H.W. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine*, 1991. n. 21. p. 455-460.
- HORTON, Paul B.; HUNT, Chester L. *Sociología*. Madrid: McGraw-Hill. 1990.
- HSU, L. K.; CRIPS, A. H. y HARDING, B. Outcome of anorexia nervosa. *Lancet*, 1979, vol. 1, p. 61-65.
- IÁÑEZ PAREJA, Enrique y SÁNCHEZ CAZORLA, Jesús A. *Una aproximación a los estudios de ciencia tecnología y sociedad* [en línea]. <http://www.ugr/%7Eeianez/Biotecnologia/cts.htm> [Consulta: 19/05/03].
- IBAÑEZ, Jesús. Análisis sociológico de textos o discursos. *Revista Internacional de Sociología*, 1985, vol. 43, p. 119-160.
- . *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Siglo Veintiuno, 1986.
- . *Por una sociología de la vida cotidiana*. Madrid: Siglo XXI, 1997.
- ILLICH, Iván. *Némesis médica*. Barcelona: Barral, 1975.
- . Patogénesis, inmunidad y calidad de vida. *Archipiélago*, 1996, vol. 25, p. 39-45.

- IMBERT, G. Por una socio-semiótica de los discursos sociales. En: GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J. y ALVIRA, F. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza editorial, 1990, p. 415-442.
- \*INGELMO FERNÁNDEZ, J. y VAZ LEAL F. J. Trastornos alimentarios en la adolescencia. *Psicopatología*, 1985. vol. 5, nº 3, p. 249-253.
- INHORN, M.C.; WHITE, K.L. Feminism meets the "new" epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Social Science and Medicine*, 2001, vol. 53. p. 553-567.
- INFORME SESPAS. La salud pública desde la perspectiva de género y la clase social. *Gaceta Sanitaria*, 2004, vol. 18 (supl.1).
- INSALUD. *Prevención de la anorexia y la bulimia nerviosa en la adolescencia*. Madrid: Insalud- Consejería de educación de la Comunidad de Madrid, 1999.
- IZQUIERDO, María Jesús. *El malestar de la diferencia*. Madrid: Ed. Cátedra. Feminismos, 1998.
- JÄRVILOMA, Helmi; MOISALA, Pirkko; VILKKO, Anni. *Gender and qualitative methods*. London: Sage, 2003.
- \*JIMÉNEZ BERNARDO, M. C; MARTÍNEZ DÍEZ, S. M; ESPARZA GÓMEZ, G. et al. Anorexia y bulimia: ¿Qué ve el odontólogo? *Avances en Odontoestomatología*, 2001, vol. 17, nº 2, p. 89-97.
- JIMÉNEZ LUCENA, Isabel; RUIZ SOMAVILLA, María José. La política de género y la psiquiatría española de principios de siglo. En: Barral et al. (eds) *Interacciones ciencia-género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria, 1999, p. 185-208.
- JIMÉNEZ LUCENA, Isabel y RUIZ SOMAVILLA, María José. El discurso de género en los órganos de expresión de la psiquiatría española del cambio de siglo. En: Actas de las II Jornadas de Historia de la psiquiatría. *La locura y sus instituciones*. Valencia: Diputación de Valencia, 1997, p. 267-280.
- JONES, D.F.; FOX, M. M.; BABIGAN, H. M.; HUTTON, H.E. Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960 -1976. *Psychosomatic Medicine*, 1980. n. 42. p. 551-558.
- KARWAUTZ, Andreas. Factores de riesgo y de protección para la anorexia nerviosa. ROJO MORENO, Luis y CAVA Gloria (edits). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel, 2003, p. 124-146.
- KATZMAN, M. A.; WOLCHIK, S.A. Bulimia and binge eating in college women: A comparison of personality and behavioral characteristic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1984, vol. 52, p. 423-428.

- KATZMAN, Melanie. A. Getting the difference right: it's power not gender that matters. *European Eating Disorders*, 1997, vol. 5, nº 20, p. 71-74.
- . Enfoques feministas sobre los trastornos de la alimentación. En: ROJO MORENO, Luis y CAVA, Gloria (edits). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003, p. 235-242.
- KAUFMANN, Alicia E. ¿La anatomía marca el destino? Sociología de la anorexia. *Revista de Estudios de Juventud*, 1999, vol. 47, p. 69-76.
- KELLER, Evelyn Fox. *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim, 1991.
- . *El siglo del gen. Cien años de pensamiento genético*. Barcelona: Península, 2002.
- KHUN, Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1975.
- KHUN, Thomas S. *La tensión esencial. Estudios selectos sobre la tradición y el cambio en el ámbito de la ciencia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1983.
- KJELSAS, Einar; BJORNSTROM, Christian y GÖTESTAM, Gunnar K. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating behaviors*, 2004, vol. 5, p. 13-25.
- KLUMP, K.L. BULIK, C.K.; POLLICEC, C. et al.. Temperament and character in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000, vol. 188, nº 9, p. 559-567.
- KRIPPENDORFF, Klaus. *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. Barcelona: Paidós Comunicación, 1990.
- \*LABAY MATÍAS, M. Trastornos de la conducta alimentaria y sus causas. No todo es cuestión de modas ni de medios. *Anales Españoles de Pediatría*, 2000, vol. 52, p. 76-77.
- LAQUEUR, Thomas. *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra. Feminismos, 1994.
- LARRABURU, Isabel S. Exposición de los nuevos modelos psicofisiológicos explicativos de la anorexia y la bulimia nerviosas. Urgencia de una clasificación nosológica más apropiada de los trastornos de la alimentación. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1986, vol. 13, nº 2, p. 81-96.
- LASÈGUE, Charles. De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine*, 1873, vol 1, p. 385-403.

LASH, Scott. La reflexividad y sus dobles: estructura, estética, comunidad. En: BECK, Ulrik; GIDDENS, Anthony y LASH, Scott. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Alianza Universidad, 2001, p.137-208.

LATOUR, Bruno. *Ciencia en acción*. Barcelona: Labor, 1992.

---. *Visualización y cognición: pensando con los ojos y con las manos*, 1998.

LAURENT, Dominique. El deseo de estandarización masiva. *Le guerre des palotinos*. nº 42. [en línea]  
<http://www.ed.org.ar/default.asp?lecturas/psicoypoli/deldeseo.html>  
[Consulta: 2/6/04].

\*LÁZARO, L. Epidemiología y factores socioculturales. *Jano. Medicina y Humanidades*, 1999, vol. 56, nº 1298, p. 49-55.

\*LÁZARO, L.; TORO, J.; CANALDA, G.; CASTRO, J.; MARTÍNEZ, E. y PUIG, J. Variables clínicas, psicológicas y biológicas en un grupo de 108 pacientes adolescentes con Anorexia Nerviosa. *Medicina Clínica*, 1996, vol. 107, nº 5, p. 169-174.

LE HEUZEY, M.F. Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2002, vol. 160, p. 327-331.

LENOIR, Remi. Objeto sociológico y problema social. En: CHAMPAGNE, Patrick; LENOIR, Remi; MERLLIÉ, Dominique *et al.* *Iniciación a la práctica sociológica*. Madrid: S. XXI, 1993, p.57-102.

LEONARDI, Paola. Depresión femenina: metáfora social y renacimiento individual. En: VALLS-LLOBET, Carme (dir) *Vivir con salud haciendo visible las diferencias*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996, p. 111-118.

LEVINTON, Nora D. *El superyó femenino*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2000.

---. El superyó femenino. *Maristarán*, 2002, vol. 14, p. 13-22.

LINDBERG, Lene y HJERN, Anders. Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal Eating Disorders*, 2003 Oct, vol. 34, nº 4, p. 397-408.

LIPOVETSKY, Gilles. *La era del vacío. Ensayos sobre individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama, 1986.

---. *La tercera mujer*. Barcelona: Anagrama, 2000.

LIVIANOS, A. y ROJO MORENO, L. ¿Son realmente frecuentes los trastornos de la conducta alimentaria en nuestros días? [en línea]  
<http://www.interpsiquis2001/223.html>. [Consulta: 2/6/04].

\*LLANOS, Emma. Los hábitos alimentarios y sus trastornos desde una ética

- corporal occidental. *Anthropológica. Revista de etnopsicología y etnopsiquiatría*, 1992, vol. 3, nº 7 - 12, p. 369-378.
- LÓPEZ YAÑEZ, Aina. Aproximación teórica al estudio sociológico de la anorexia y la bulimia nerviosa. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 2001, vol. 96, p. 185-199.
- LÓPEZ ARANGUREN, E. El análisis de contenido tradicional. En: GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J. y ALVIRA, F. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza editorial, 2000, p. 554-573.
- LÓPEZ, Gemma. Anorexia nerviosa i la negació del subjecte femení. En: CARABÍ, A y SEGARRA, M. (eds). *Belleza escrita en femenino*. Barcelona: Institut Català de la Dona, 1998, p. 213-220.
- LÓPEZ HERRERO, Luis-Salvador. Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, vol. 19, nº 72, p. 599-608.
- \*LÓPEZ IBOR, J. J. y LÓPEZ IBOR ALIÑO, J. M. Tratamiento farmacológico de la neurosis obsesiva, la anorexia nerviosa, los delirios de referencia y el síndrome de Kleine y Levin. *Gaceta Médica Española*, 1971, vol. 45, nº 10, p. 536-7.
- LÓPEZ NOMDEDEU, Consuelo. Aspectos alimentarios y nutricionales de promoción de la salud de los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud*, 1999, vol. 47, nº 55 - 61.
- \*LOUREIRO CACHÓN, V.; DOMÍNGUEZ CARMONA, M. y GESTAL OTERO, J. J. Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 1996, vol. 12, nº 6, p. 242-247.
- LUHMANN, Niklas. *Confianza*. México: Anthropos, 1996.
- LYON, David. *Postmodernidad*. Madrid: Alianza editorial, 2000.
- MACKINNON, Catherine. *Feminism unmodified: Discourses on life and law*. Cambridge: Harvard University Press, 1987.
- MADDOO-LENGERMANN, Patricia. NIEBRUGGE BRANTLEY, Jill. Teoría feminista contemporánea. En: RITZER, George. *Teoría sociológica contemporánea*. McGraw-Hill: Madrid, 1993, p. 353-409.
- \*MADRUGA, D.; GARCÍA APARICIO, J.; GUTIÉRREZ, P. et al. Manifestaciones clínicas y diagnóstico en anorexia nerviosa. *Actualidad Nutricional*, 1994, vol. 17, p. 12-21.
- \*MADRUGA, D.; GONZÁLEZ, J.; RUBIO, B. y CRIADO, E. Anorexia nerviosa. *Actualidad Nutricional*, 1994, vol. 17, p. 38-40.
- \*MADRUGA, D. y MORANDÉ, G. Protocolo psicopediátrico en el tratamiento de la anorexia nerviosa. *Actualidad Nutricional*, 1994, vol. 17, p. 22-28.

- \*MADRUGA, Diana. Editorial. *Actualidad Nutricional*, 1994, vol. 17, p. 2.
- MALSON, H. Anorexia Nervosa: discourses of gender subjectivity and the body. *Feminism & Psychology*, vol. 5, nº 1, p. 87-93.
- MANNHEIM, Karl. *Ideología y utopía*. Madrid: Aguilar, 1966.
- MAQUIEIRA D'ANGELO, Virginia. Género, diferencia y desigualdad. En: BELTRÁN, Elena; MAQUIEIRA, Virginia; ÁLVAREZ, Silvina *et al.* *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza editorial, 2001, p. 127-191.
- MÁRQUEZ, Soledad y MENEU, Ricard. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2003, vol. 5, nº 2, p. 47-53.
- MARTÍ TUSQUETS, José Luis. *El descubrimiento científico de la salud*. Barcelona: Anthropos, 1999.
- MARTÍN CRIADO, Enrique. Del sentido como producción: elementos para un análisis sociológico del discurso. En: LATIESA, Margarita. *El pluralismo metodológico en la investigación social*. Granada: Universidad de Granada 1991, p. 187-212.
- MARTÍN CRIADO, Enrique. *Producir la juventud*. Madrid: Istmo, 1998.
- MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel. Estado actual de la investigación psicológica en anorexia y bulimia nerviosas: argumentos para una explicación psicosocial. En: MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel; BONILLA CAMPOS, Amparo; DIO BLEICHMAR, Emilce *et al.* *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 2001, p. 21-41.
- MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel y BONILLA, Amparo. *Sistema sexo/género. Identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Univesitat de Valencia, 2000.
- MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel; BONILLA CAMPOS, Amparo; DIO BLEICHMAR, Emilce *et al.* *Género, desarrollo psicosocial y trastorno de la imagen corporal*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Instituto de la Mujer, 2001.
- MARTÍNEZ-FORNÉS, S. *La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia*. Madrid: Espasa Calpe, 1995.
- \*MARTÍNEZ GONZÁLEZ, J. de Irala. Los trastornos del comportamiento alimentario en España. ¿Estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gaceta Sanitaria*, 2003, vol. 17, p. 347-350.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel. Anatomía de una ilusión. El DSM IV y la biologización de la cultura. En: PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: edicions Bellaterra, 2000, p. 249-275.

- . Antropología de la salud. Una aproximación genealógica. En: PRAT, J. Martínez A. *Ensayos de Antropología cultural*. Barcelona: Ariel. Antropología, 1996, p. 369-381.
- \*MARTÍNEZ MARTÍNEZ, A.; MENÉNDEZ MARTÍNEZ, M.J.; SÁNCHEZ TRAPIELLO, M. *et al.* Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Atención Primaria*, 2000, vol. 25, nº 5, p. 67-77.
- \*MARTÍNEZ OLMOS, J. y MITCHELL REBOLLEDO, C. Anorexia Nerviosa: algunas claves sobre el discurso de la epidemia. *Index de enfermería: Gaceta bibliográfica del Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria*, 2001, nº 32-33, p. 13-19.
- MARTÍNEZ PÉREZ, José. Entre la filantropía y la ciencia. La medicalización de la locura en la primera mitad del siglo XIX. *Historia 16*, 1993, vol. 18, nº 21, 1993, 56-65.
- MARTÍNEZ RUIZ, Raquel. La deixis. En: BRITZ, Antonio y Grupo VAL. Es.Co. *¿Cómo se comenta un texto coloquial?* Barcelona: Ariel, 2000, p. 243-262.
- \*MARTÍNEZ VALVERDE, A. y BUENO SÁNCHEZ, A. Anorexia en la adolescencia. *Anales Españoles de Pediatría*, 1983, vol. 19, nº 18, p. 145-151.
- MASCARÓ Y PORCAR, José M. (edit.) *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. Barcelona: Salvat, 1981.
- MATAIX, J. y CARAZO, E. *Nutrición para educadores*. Madrid: Díaz de Santos, 1995.
- \*MAZAIRA CASTRO, J. A. y GARCÍA CORTÁZAR, P. Trastornos de la conducta alimenticia en prepúberes y adolescentes jóvenes. *Anales de Psiquiatría*, 1996, vol. 12, nº 4, p. 173-178.
- MAZARRASA ALVEAR, Lucía. Estrategias de promoción de la salud. En: MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz *et al.* *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva, 2001, p. 77-95.
- MCDOWELL, Linda. *Género, identidad y lugar*. Madrid: Cátedra, 2000.
- MEAD, George H. *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- MEDINA DOMENECH, Rosa María. La ciencia es un texto. Retórica y conocimiento científico. En: RODRÍGUEZ ALCÁZAR, F. Javier; MEDINA DOMENECH, Rosa y SÁNCHEZ CAZORLA, Jesús. *Ciencia tecnología y sociedad: Contribuciones para una cultura de la paz*. Granada: Eirene. Instituto de la Paz y los Conflictos Universidad de Granada, 1997, p. 117-147.

- . Ideas para perder la inocencia sobre los textos de ciencia. En: BARRAL, M. J.; MAGALLÓN, C; MIQUEO, C. y SÁNCHEZ, M. D. *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria, 1999, p. 103-127.
- . *Salud y nutrición*. Granada: Ed. Adhara, 1997.
- \*MENÉNDEZ OSORIO, F. y PEDREIRA MASSA, J. L. Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999, vol. XIX, nº 69, p. 7-22.
- MERLLIÉ, Dominique. La construcción estadística. En: CHAMPAGNE, Patrick; LENOIR, Remi; MERLLIÉ, Dominique *et al. Iniciación a la práctica sociológica*. Madrid: s. XXI, 1993, p. 103-164.
- MESA, P.; RODRÍGUEZ, J. M. y BLANCO, A. Planteamientos clínicos y modelos explicativos de la anorexia nerviosa. *Boletín de Psicología*, 1989, vol. 25, p. 75-102.
- MILOS, Jenicek. Epidemiología. La lógica de la medicina moderna. Barcelona: Masson, 1996.
- MILLER, C. *Anorexia-bulimia: deseo de nada*. Barcelona: Paidós, 1994.
- MINGOTE ADÁN, J. Carlos. Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres. En: MINGOTE ADÁN, J. Carlos; LÓPEZ-DÓRIGA, Begoña. *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000, p. 35-50.
- . La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. En: MINGOTE ADÁN, J. Carlos; LÓPEZ-DÓRIGA, Begoña, coordinadores. *II Jornadas de Salud Mental y género*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001, p. 15-30.
- MIQUEO, Consuelo. Genealogía de los sesgos de género en la ciencia y práctica médica contemporánea. En: MARTÍNEZ PÉREZ, José; PORRAS, Isabel; SAMBLAS, Pedro *et al.* (coord.) *La medicina ante el nuevo milenio, una perspectiva histórica*. Albacete: Universidad Castilla La Mancha, 2004, p. 45-66.
- . Semiología del androcentrismo. Teorías sobre reproducción de Andrés Piquer y François Broussais. En: MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz *et al.* *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ediciones, 2001, p. 77-134.
- MIQUEO, Consuelo; BARRAL, M. José; DELGADO, Isabel *et al.* Hechos y valores de género en la producción y difusión científica. En: PÉREZ SEDEÑO, Eulalia (edit). *Ciencia y tecnología desde la perspectiva de género. Actas del IV Congreso Iberoamericano de ciencia, tecnología y género*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2004. En prensa.

- MIQUEO, Consuelo; BARRAL, María José; FERNÁNDEZ-TURRADO, Teresa y MAGALLON, Carmen. Del análisis crítico a la autoridad femenina en la ciencia. *Feminismo/s*, 2003, vol. 1. p. 195-215.
- MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz *et al.* *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ediciones, 2001.
- \*MONT, Lluís y CASTRO, Josefina. Anorexia nerviosa: una enfermedad con repercusiones cardíacas potencialmente letales. *Revista Española de Cardiología*, 2003, vol. 07, nº 56, p. 652-653.
- MOORE, Henrieta L. *Antropología y feminismo*. Madrid: Ediciones Cátedra. Colección Feminismos, 1991.
- MORA GIRAL, Marisol y RAICH ESCURSELL, Rosa M. Epidemiología del síndrome bulímico: un análisis transcultural. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. 1993, vol. 28 - 29, p. 58-73.
- \*---. Bulimia nerviosa: dificultades de delimitación diagnóstica. *Revista de Psicología de la Salud*, 1994, vol. 6, nº 2, p. 75-98.
- \*---. Contribución de los factores socioculturales y otras variables ambientales en la emergencia del trastorno bulímico. *Boletín de Psicología*, 1994, vol. 45, p. 41-64.
- \*MORALEDA BARBA, S.; GONZÁLEZ ALONSO, N.; CASADO VIÑASA, J. M. *et al.* Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Atención Primaria*, 2001, vol. 28, nº 7, p. 463-467.
- \*MORANDÉ, Gonzalo. *Trastorno del comportamiento alimentario en adolescentes: anorexia nerviosa, bulimia y bulimarexia*. Tesis de doctorado. Madrid: Universidad Complutense, 1990.
- . *Un peligro llamado anorexia*. Madrid: Temas de hoy, 1995.
- \*---. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes ¿una epidemia? *Anales Españoles de Pediatría*, 1998, vol. 48, p. 229-232.
- \*MORANDÉ, G.; BAYO, C.; CARRERA, M. *et al.* Anorexia nerviosa en adolescentes. Una aproximación clínica y terapéutica. *Psicopatología*, 1991, vol. 11, nº 3, p. 79-82.
- MORANDÉ, G. y CASAS, J. Bulimia nerviosa. *Actualidad Nutricional*, 1994, vol. 17, p. 29-34.
- \*MORANDÉ, G.; CASAS, J. J.; CALVO, R. *et al.* *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Instituto Nacional de Salud: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- \*MORANDÉ, G.; CASAS, J.; VERGAS J. J. y DOMINGO, C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y

- cuadros afines. *Pediatría Integral*. 1996, vol. 2, nº 3, p. 243-260.
- MORANDÉ, G.; CELADA, J. y CASAS, J. J. Prevalence of eating disorders in a Spanish school - Age population. *Journal of Adolescent Health*. 1999, nº 24, p. 212-219.
- \*MOREIRAS VARELA, O.; CARBAJAL, A.; NÚÑEZ, C. *et al.* Modelo dietético de un grupo de adolescentes con anorexia nerviosa y/o bulimia. *Nutrición Clínica Dietética Hospitalaria*, 1989, vol. 9, nº 3, p. 80-87.
- MORENO ORUÉ, Enriqueta. La identidad femenina en la sociedad actual. En: MINGOTE, Adán; LÓPEZ-DÓRIGA, Begoña y VALCARCE, Mercedes. *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000, p. 51-64.
- MUMBY, Denis K. y CLAIR, Robin P. El discurso en las organizaciones. En: VAN DIJK, Teun. A. *El discurso como interacción social*. Barcelona: Gedisa, 2000, p. 263-296.
- MUÑOZ CALVO, M. T.; CASAS RIVERO, J.; JAUREGUI LOBERA, I. *et al.* Los trastornos del comportamiento alimentario: aspectos clínicos, orientaciones terapéuticas y sus implicaciones éticas y legales. *Revista Española de Pediatría*, 1997, vol. 53, nº 314, p. 172-187.
- MUÑOZ CALVO, M. T.; MORANDÉ, G. y ARGENTE OLIVER, J. Anomalías en el patrón de secreción de gonadotropinas en las pacientes adolescentes afectadas de anorexia nerviosa. *Endocrinología*, 1998, vol. 44, nº 7, p. 248-252.
- MUÑOZ, M. T. y ARGENTE, J. *Anales de Pediatría*, 2003, vol. 58, p. 97-103.
- MURILLO, Soledad. *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 1996.
- MURILLO, Soledad. Postmodernidad. O la crisis del sujeto masculino. En: DURÁN, M. Ángeles. *Mujeres y hombres en la formación de la teoría sociológica*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1996.
- NASH, Mary. *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona: Ediciones del Serbal, 1984.
- NASSER, M.; KATZMAN, M. A. y GORDON, R. *Eating disorders and culture in transition*. Londres: Routledge Press, 2001.
- NAVARRO, P. y DÍAZ C. Análisis de contenido. En: DELGADO, Juan Manuel, GUTIÉRREZ, Juan. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, 1998, p. 178-224.
- NAVARRO, Vicente. *Crisis, health, and medicine: A social critique*. New York: Tavistock, 1986.

- NICHOLSON, Linda. La interpretación del concepto género. En: TUBERT, Silvia (edit). *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Madrid: Cátedra, 2003, p. 47-81.
- \*NÚÑEZ, C.; MOREIRA, O.; CARBAJAL, A. Pautas para el tratamiento dietético de pacientes con anorexia nerviosa basadas en la evaluación de su estado nutritivo. *Revista Clínica Española*, 1995, vol. 195, p. 226-233.
- ORBACH, Susie. *Tu cuerpo, tú misma*. Barcelona: Ediciones Juan Granica, 1987.
- \*ORDEIG, M. T. Actividades de riesgo para la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1989, vol. 16, nº 1, p. 13-26.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor, 1992.
- ORTÍ, Alonso. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En: GARCÍA FERRANDO, M; ALVIRA, F. y IBÁÑEZ, J. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social*. Madrid: Alianza editorial., 2000, p. 219-282.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa. El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo XX. En: LÓPEZ BELTRAN, María Teresa, ed. *Las mujeres en Andalucía. II Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer en Andalucía*. Málaga: Diputación Provincial, 1993, p. 107-138.
- . Feminismo, mujeres y ciencia. RODRÍGUEZ ALCÁZAR, F. Javier; MEDINA DOMÉNECH, Rosa María y SÁNCHEZ CAZORLA, Jesús (eds). *Ciencia, tecnología y sociedad: Contribuciones para una cultura de la paz*. Granada: Universidad de Granada, 1997, p. 185-203.
- . Feminismo, ciencias naturales y biomédica: debates, encuentros y desencuentros. *La Aljaba. Revistas de Estudios de la Mujer*, 1999, vol. 4, nº 7, p. 11-30.
- . El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En: I Congreso nacional "salud de las mujeres: hacia la igualdad de géneros". *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 2002, p. 30-41.
- . *Historia de la medicina y género. Proyecto docente e investigador*. Universidad de Granada, 2004.
- . Interacciones entre salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica. *Diálogo Filosófico*, 2004, nº 59, p. 229-244.

- ORTIZ, Lourdes. El cuerpo de la mujer como expresión simbólica. En: *Actas de las 1ª Jornadas de Investigación Interdisciplinar. Nuevas perspectivas sobre la mujer*. Madrid: Universidad Autónoma. Seminario de Estudios de la Mujer, 1980, p. 223-292.
- OSBORNE, Raquel. *La construcción sexual de la realidad*. Madrid: Cátedra, 1993.
- PAGSBERG, A. K. y WANG A.R. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County. Denmark. 1970 - 1989. *Acta Psychiatric Scand*, 1994, vol. 90, p. 259-65.
- \*PEDREIRA MASSA, J. L. Los trastornos alimenticios en la primera infancia: "mi niño/niña no me come nada". *Psiquis*. 1998, n. 19, vol. 4, p. 19-45.
- \*PEDREIRA MASSA, J.L. Trastornos de la conducta en adolescentes. ¿una enfermedad?, ¿una epidemia?. *Anales Españoles de Pediatría*. 1998, vol 49, nº 4, p. 434-434.
- PEDREIRA MASSA, J. L. Los trastornos alimenticios en la primera infancia: sus características y formas de presentación clínica. *Anales de Psiquiatría*. 1998, nº 9, vol. 4, p. 171-179.
- PEIRÓ, R.; RAMÓN, N.; ÁLVAREZ-DARDET, C. *et al*. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gaceta Sanitaria*, 2004, vol. 18 (Supl. 2), p. 36-46.
- PEIRÓ PÉREZ, R.; COLOMER REVUELTA, C.; PUIG BARBERÁ, J. La opinión de las mujeres sobre su salud: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 1999, vol. 24, p. 12-18.
- PEREA-MILLA LÓPEZ, Emilio. Diseños de investigación epidemiológica y sus aplicaciones en clínica. En: BURGOS RODRÍGUEZ, Rafael; CHICHARRO MOLERO, José Antonio; BOBENRIETH ASTETE, Manuel editores. *Metodología de investigación y escritura científica en clínica*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994, p. 13-110.
- PERDEREAU, F.; GODART, N.; KAGANSKI, I. Approche familiale et implication thérapeutique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2003, vol. 161, nº 8, p. 630-633
- PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep M. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000.
- \*PÉREZ-GASPAR, M.; GUAL, P.; DE IRLA-ESTÉVEZ, J.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. *et al*. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 2000, vol. 114, p. 481-486.

- \*PÉREZ RECIO, G.; RODRÍGUEZ GUIADO, F.; ESTEVE, E. *et al.* Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en deportistas. *Revista de Psicología del deporte*, 1992, vol. 1, p. 5-6.
- PERLICK, Deborah; SILVERSTEIN, Brett. Faces of female discontent: depression, disordered eating, and changing gender roles. En FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A.; WOOLEY, Susan C. *Feminist perspectives on eating disorders*. 1994. Nueva York: Guildorf Press, p. 77-93.
- \*PERPIÑÁ, C. y BAÑOS, R. M. Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología*, 1990, vol. 6, nº1, p. 1-9.
- \*PERPIÑÁ, Conxa. Trastornos alimentarios: de los problemas en los criterios al esbozo de un nuevo modelo para su conceptualización. *Revista española de terapia del comportamiento*, 1989, vol. 7, nº 2, p. 199-219.
- . Trastornos alimentarios. En: BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc-Grawhill, 1994 p. 531-557.
- PINTO, R. La metáfora del cuerpo en el discurso de la anorexia. En: BORRÁS, L. *Escenografías del cuerpo*. Madrid: Fundación Autor, 2000.
- PIZARRO, Narciso. *Tratado de metodología de las ciencias sociales*. Madrid: siglo XXI, 1998.
- POLLACK, Deborah. Pro-eating disorder websites: wath should be the feminist response?. *Feminism & Psychology*, 2003, vol.13, nº 2, p. 246-251.
- POLIVY, J. y THOMSEN, L. Los regímenes y otros trastornos de la alimentación. En: BLECHMAN, E. A. y BROWNELL, K.D. *Medicina conductual de la mujer*. Barcelona: Martínez Roca, 1988. p. 321- 330.
- PONCE DE LEÓN HERNÁNDEZ, Carmen. Los aspectos médicos en el abordaje de los trastornos del comportamiento alimentario. En: Revista de Estudios de Juventud. *Anorexia y bulimia*. Madrid: Instituto de la Juventud, 1999.
- Ponencia sobre los trastornos alimentarios. Boletín oficial de las Cortes Generales senado. *VI Legislatura*. n. 790, 1999.
- PORTER, Roy. *Historia social de la locura*. Barcelona: Grijalbo, 1989.
- PRADO MARTÍNEZ, Consuelo. Problemas de nutrición en la adolescencia femenina. En; BERNIS CARRI, Cristina; LÓPEZ GIMÉNEZ, Rosario; PRADO MARTÍNEZ, Consuelo y SEBASTIÁN HERRANZ, Julia. *Salud y género. La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI*. Instituto Universitario de Estudios de la Mujer. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma, 2001, p. 17-31.

- PUJADAS MUÑOZ, Juan José. *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Centro Investigaciones Sociológicas, 1992.
- PULEO, Alicia. *Filosofía, género y pensamiento crítico*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2000.
- RADL PHILIPP, Rita. La familia como instancia socializadora según un enfoque interactivo-comunicativo. *Revista Internacional de Sociología*, 1988, vol. 46, nº 2, p. 299-314.
- . El proceso de la constitución social de las identidades de género femenino y masculino: una crítica al modelo imperante. En: BRULLET TENAS, Cristina y CARRASQUER OTO, Pilar (comps). *Sociología de las relaciones de género*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996, p. 37-44.
- RADL PHILIPP, Rita (ed.) *Cuestiones actuales de sociología de género*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2001.
- \*RAICH, R. M.; DEUS, J.; MUÑOZ, M. J. et al. Estudios de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1991, vol. 18, nº 7, p. 305-315.
- RAICH, R. M.; MORA, M.; MARROQUIN, H. et al. Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y modificación de conducta*, 1997, vol. 23, nº 89, p. 405-424.
- RAICH, R. M.; TORRAS, J. y FIGUERAS, M. Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología conductual*, 1997, vol. 1, nº 5, p. 55-70.
- \*RAICH, Rosa María. *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide, 1996.
- \*---. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide, 2001.
- RAICH, Rosa María; SÁNCHEZ-CARRACEDO, David; MORA, Marisol et al. ¿Más allá del DSM IV? *Anuario de Psicología*, 1999, vol. 30, nº 2, p. 97-115.
- RAYMOND, Nancy C.; MITCHELL, James E.; FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie, A. A collaborative approach to the use of medication. En: FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A.; WOOLEY, Susan C. *Feminist perspectives on eating disorders*. Nueva York: Guildorf Press, 1994, p. 231-250.
- RAMOS, M. Dolores y VERA, M. Teresa. *Discursos, realidades, utopías. La construcción del sujeto femenino en los siglos XIX y XX*. Barcelona: Anthropos, 2002.
- RITZER, George. *Teoría sociológica clásica*. Madrid: McGraw Hill, 1993.

- . *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid: MacGraw Hill, 1993.
- RODHLFS, I.; BORREL, C.; FONSECA, MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 2000, vol. 14, supl. 3, p. 60-71.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. El concepto social de enfermedad. En; ALBARRACIN, A. (coord.) *Historia de la enfermedad*. Madrid: SANED, 1987, p. 341-349.
- RODRÍGUEZ IBÁÑEZ, José Enrique. Crítica de la modernidad. GINER, Salvador, coord. *Teoría sociológica moderna*. Barcelona: Ariel Sociología, 2003, p. 585-613.
- RODRÍGUEZ, J. A. El poder médico desde la sociología. *REIS*, 1981, vol. 14, p. 95-112.
- RODRÍGUEZ, Josep A. y DE MIGUEL, Jesús. *Salud y poder*. Madrid: Siglo XXI, 1990.
- \*RODRÍGUEZ, M. C.; RIQUELME, A. y BUENDIA, J. Epidemiología de la anorexia nerviosa: una revisión. *Anales de Psiquiatría*, 1996, vol. 12, nº 6, p. 262-269.
- ROMÁ FERRI, M. Teresa; MONTESINOS SÁNCHEZ, Nieves; BALLESTER AÑÓN, Rosa et al. Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia). Murcia: Universidad de Alicante, 2001.
- ROMO AVILÉS, Nuria. *La influencia del género en los nuevos usos de drogas de síntesis*. Tesis de doctorado. Granada: Universidad de Granada, 2000.
- ROJAS MARCOS, Luis. El nudo del hambre. *Jano. Medicina y Humanidades*, 1999, vol. 57, nº 1324, p. 17-19.
- ROJO, Luis y LIVIANOS, L. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: ROJO MORENO, Luis y CAVA, Gloria (edits). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003, p. 29-52.
- ROSALDO, Michelle, Z. Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica. En: HARRIS, Olivia y YOUNG, Kate. *Antropología y Feminismo*. Barcelona: Anagrama, 1979. p. 153-180.
- \*ROYO CRUSELES, T. Factores socioculturales en la etiología de la anorexia nerviosa. *Psicologemas*, 1988, vol. 1, nº 38, p. 23-47.
- RUBIO VELÁQUEZ, Blanca; SEBASTIÁN VICENTE, Pilar. *Trastornos del comportamiento alimentario. Orientaciones para atención primaria de salud*. Murcia: ADANER, 1999.
- RUBIO, Ana. Problemas éticos y jurídicos de la anorexia. *Revista de Estudios de la Juventud*, 1999, vol. 47. p. 77-84.

- RUIZ CANTERO, Teresa. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad. En: MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz *et al.* *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, 2001, p. 163-178.
- RUIZ CANTERO, María Teresa y VERDÚ DELGADO, María. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 2004, vol. 18, supl. 1, p. 118-131.
- \*RUIZ LÁZARO, P. M. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España. *Anales Españoles de Pediatría*, 1998, nº 49, p. 435-436.
- \*---. *Trastornos del comportamiento alimentario en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza*. Tesis de doctorado. Universidad de Zaragoza, 1999.
- . Trastornos alimentarios y género: una visión feminista. En: ELÓSEGUI, María; GONZÁLEZ CORTÉS, María Teresa. y GAUDÓ, C. *El rostro de la violencia*. Más allá del dolor de las mujeres. Barcelona: Icaria, 2002, p. 145-181.
- . Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2003, vol. 31, nº 2, p. 85-94.
- RUIZ LÁZARO, P. M.; ALONSO, J. P.; VELILLA, J. M. *et al.* Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1998, nº 3, p. 148-162.
- RUIZ LÁZARO, P. M. y COMET, P. Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 2000, vol. 115, nº 7, p. 278.
- RUIZ LÁZARO, M. P.; GONZÁLEZ, E.; DOÑORO, N. *et al.* Modelo estético corporal y actitudes alimentarias alteradas en adolescentes escolarizados rurales. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2001, vol. 2, p. 7-13.
- RUIZ OLABUÉNAGA, J. I. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1996.
- RUIZ, P. J. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto - Juvenil*, 2000, vol. 1, p. 18-31.
- RUIZ SOMAVILLA, María José. La construcción de la patología femenina en la España contemporánea. En: RAMOS, D. (comp). *Femenino plural. Palabra y memoria de mujeres*. Málaga: Universidad de Málaga, 1994 p. 235-250.
- RUSSELL, Gerald. Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment. En: PRICE, J. (eds) *Modern trends in psychological medicine*, 2. London: Butterworths, 1970.

- . The present status of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1977, vol. 7, p. 363-367.
- . Bulimia nervosa an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979, vol. 9, p. 429-448.
- . La "esencia" de la anorexia nerviosa: evaluación histórica y síntomas principales. En: ROJO MORENO, Luis y CAVA, Gloria (edits). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel, 2003, p. 13 -25.
- SAÉZ BUENAVENTURA, Carmen. *Sobre mujer y salud mental*. Barcelona: Ediciones la sal, 1988.
- . Socialización de género y psicopatología: una hipótesis para la reflexión. En: GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. Asunción (comp). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI, 1993, p. 241-258.
- \*SALDAÑA GARCÍA, Carmen. *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad - Empresa, 1994.
- . Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 2001, vol. 13, nº 3, p. 381-392.
- SALINAS, Lola. La construcción social del cuerpo. *REIS*, 1994, vol. 68, p. 85-96.
- SALTZMAN, Janet. *Equidad y género. Una teoría integrada de equidad y cambio*. Madrid: Cátedra. Feminismos, 1992.
- \*SALVATIERRA MATEU, Vicente. Anorexia y ginecología. *Toko-Ginecología Práctica*, 1999, vol. 58, nº 638, p. 249-257.
- \*---. Amenorrea secundaria funcional: importancia de la anorexia nerviosa. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 1999, vol. 42, nº 6, p. 438-446.
- SAMUEL-LAJEUNESSE, S.; CRIQUILLON-DOUBLET, S.; DIVAC, S. *et al.* Aspectos cualitativos y modalidades evolutivas de los trastornos de la conducta alimenticia. *Anales de Psiquiatría*, 1995, vol. 2, p. 103-107.
- SAN SEBASTIÁN CABASES, F. J.; GUZMÁN ÁLVAREZ, G.; DÍAZ MARSÁ, M. *et al.* Etiología psicógena y biológica y manejo de los trastornos alimentarios en la infancia: a propósito de cuatro casos. *Revista Española de Pediatría*, 1999, vol. 55, nº 236, p. 134-142.
- SAN SEBASTIÁN CABASES, Javier. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de Estudios de Juventud*, 1999, vol. 47, p. SAN SEBASTIÁN CABASES, F. J.; GUZMÁN ÁLVAREZ, G.; DÍAZ MARSÁ, M. *et al.* Etiología psicógena y biológica y manejo de los trastornos alimentarios en la infancia: a propósito de cuatro casos. *Revista Española de Pediatría*, 1999, vol. 55, nº 236, p. 134-142.

- SAN SEBASTIÁN CABASES, Javier. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de Estudios de Juventud*, 1999, vol. 47, p. 17-22.
- SÁNCHEZ, Ana. El sesgo de género en la construcción de la teoría sociobiológica. En: Actas de las VII Jornadas de investigación interdisciplinar. *Los estudios sobre la mujer de la investigación a la docencia*. Instituto Universitario de Estudios de la Mujer. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma, 1991, p. 31-36.
- SÁNCHEZ, Dolores. Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso. En: BARRAL, M. J.; MAGALLÓN, C.; MIQUEO, C. *et al. Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria, 1999, p. 161-184.
- . *El discurso médico de finales del siglo XIX en España y la construcción del género. Análisis de la construcción discursiva de la categoría mujer*. Tesis de doctorado. Universidad de Granada, 2003.
- SÁNCHEZ-CANTALEJO RAMÍREZ, Emilio. Inferencia estadística. El error aleatorio. En: BURGOS RODRÍGUEZ, CHICHARRO MOLERO, José Antonio, BOBENRIETH ASTETE, Manuel. *Metodología de investigación y escritura científica*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994, p. 159-210.
- SÁNCHEZ-CARRACEDO, David y SALDAÑA, Carmina. Evaluación de los hábitos alimentarios en adolescentes con diferentes índices de masa corporal. *Psicothema*, 1998, vol. 10, nº 2, p. 281-292.
- SÁNCHEZ CARRIÓN, Juan Javier. Sociología, orden social y modelización estadística: Quetelet y "el hombre medio". *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, 2000, vol. 3, p. 49-71.
- SANTAMARINA, Cristina y MARINAS, J. M. Historias de vida e historia oral. En: DELGADO, J. M. y GUTIÉRREZ, J. (comps) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis Psicología, 1998, p. 257-285.
- SANTAMARINA, Cristina. El cuerpo y la cultura del autocuidado en la construcción de la propia imagen. En: MARTINEZ BENLLOCH, Isabel; BONILLA CAMPOS, Amparo; DIO BLEICHMAR, Emilce *et al. Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 2001, p. 159-249.
- SAUKKO, Paula. Between voice and discourse: quilting interviews on anorexia. *Qualitative Inquiry*. 2000, vol. 6, n. 3, p. 299-317.
- SCHELLING, Thomas C. *Micromotivos, macroconductas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- SCHIEBINGER, Londa. *¿Tiene sexo la mente? Las mujeres en los orígenes de la ciencia moderna*. Madrid: Cátedra, 2004.

- SCHUTZ, A. *La fenomenología del mundo de la vida*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- . *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.
- SCOTT, Joan W. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: ALEMANG, James S y NASH, Mary (eds). *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Valencia: Alfons el Magnànim, 1990.
- SCOTT, Joan W. "Experience". En: BUTLER, Judith y SCOTT, Joan W. (eds). *Feminist theorize the political*. New York: Routledge, 1992, p. 22-40.
- SCOTT, Joan W. Feminismo e historia. *Hojas de Warmi*, 1997, nº8, p. 109-122.
- SEARLE, John R. *La construcción de la realidad social*. Barcelona: Paidós básica, 1977.
- . *Razones para actuar*. Oviedo: Ediciones Nobel, 2000.
- SEBASTIÁN APARICIO, M. P.; ABASOLO GALDOS R.M. y OLANO ARGOTE, J. Abordaje de los trastornos de la alimentación en Atención Primaria. *Jano, Medicina y Humanidades*, 2001, vol. 1410, nº 61, p. 48-53.
- SEID, Roberta P. Too "Close to the bone". The historical context for women's obsession with slenderness. En: FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A. y WOOLEY, Susan C. (eds). *Feminist perspectives on eating disorders*. New York: The Guilford Press, 1994, p. 3-16.
- SELVINI PALAZZOLI, M.; CIRILLO, S.; SELVINI, M. et al. *Muchachas anoréxicas y bulímicas: la terapia familiar*. Barcelona: Paidós, 1999.
- SENDRAIL, Marcel. *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa Calpe, 1983.
- SERNA DE PEDRO, I. Aspectos clínicos diferenciales de la bulimia. *Psiquis*, 1998, vol. 19, nº 5, p. 47-53.
- SERNA DE PEDRO, I.; MORENO OLIVER, I. y VIAS PIFARRE, R. Estudio comparativo de la anorexia nerviosa entre un grupo de varones y hembras. *Actas Luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 1990, vol. 18, nº 5, p. 332-338.
- SESAN, Robin. Feminist inpatient treatment for eating disorders: An oxymoron. FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A. y WOOLEY, Susan C. (eds). *Feminist perspectives on eating disorders*. New York: The Guilford Press, 1994, p. 251-271.
- SHISSLAK, Catherine M.; CRAGO, Marjorie. Toward a new model for the prevention of eating disorders. En: FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A. y WOOLEY, Susan C., *Feminist perspectives on eating disorders*. New York: Guilford Press, 1994, p. 419-437.

- SHROFF, J. H. y THOMPSON, K. Body image and eating disturbance in India: Media and interpersonal influences. *International Journal Eating Disorders*, 2004, vol. 35, nº 2, p. 198-203.
- SHUSHTARIAN, Mehrdad y MALDONADO, Isamel. Etiopatogenia de la anorexia nerviosa. LEÓN ESPINOSA DE LOS MONTEROS, M. Teresa y CASTILO SÁNCHEZ, M. Dolores (comps). *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Jaén: Asociación para la Formación Continuada en Ciencias de la Salud, 2003, p. 53-60.
- SHORTER, Eduard. The first great increase in anorexia nervosa. *Journal of Social History*, 1987, vol. 21, nº 1, p. 69 – 96.
- SZMUKLER, G.I.; McCANCE, C.; McCRONER, L.; Anorexia nervosa: a psychiatric case register study from Aberdeen. *Psychological Medicine*, 1986, vol 16, p. 49-58.
- \*SILVA SÁNCHEZ, Luis F. Anorexia nerviosa. *Acta Ginecológica*, 1984, vol. 41, p. 231-237.
- SMITH, Dorothy. *The everyday world as problematic: a feminist sociology*. Boston: Northeastern University Press, 1987.
- . *The conceptual practises of power: A feminist sociology of knowledge*. Boston: Northeastern University Press, 1990.
- SMITH-ROSENBERG, Carroll; ROSENBERG, Charles. El animal hembra: puntos de vista médicos y biológicos sobre la mujer y su función en la América del siglo XIX. En: Mary Nash (edit). *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Barcelona, Serbal, 1984, p. 341-372
- SONTAG, Susan. *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik, 1980.
- SQUICCIARINO, Nicola. *El vestido habla. Consideraciones psico-sociológicas sobre la indumentaria*. Madrid: Cátedra, 1990.
- STEINER-ADAIR, Catherine. The politics of prevention. En: FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A. y WOOLEY, Susan C., *Feminist perspectives on eating disorders*. New York: Guilford Press, 1994, p. 381-394.
- STRIEGEL-MOORE, Ruth H. A feminist agenda for psychological research on eating disorders. En: FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A. y WOOLEY, Susan C., (eds). *Feminist perspectives on eating disorders*. New York: Guilford Press, 1994, p. 438-454.
- STRIEGEL-MOORE, Ruth H.; CACHELIN, Fary M. Etiology of eating disorders in women. *The counseling psychologist*, 2001, vol. 29, nº5, p. 635-661.
- STUCCHI PORTOCARRERO, Santiago. *Historia de la Psiquiatría* [en línea] <http://www.galenonet.com/Psiq/hispsi.htm> [Consulta: 2/7/04]
- TANNEN, Deborah. *Género y discurso*. Barcelona: Paidós, 1996.

- TÁVORA, Ana. El género y los esquemas de referencia en salud mental. En: MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz *et al.* *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Ediciones Minerva, 2001, p. 25-51.
- THUREN, Britt-Marie. Del sexo al género. Un desarrollo teórico 1970 -1990. *Antropología*, 1992, vol. 2, p. 31-55.
- THEANDER, S. Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patines. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (Supl). 1970; vol. 214, p. 181-189.
- \*TOLEDO, M.; FERRERO, J.; CAPOTE, J. *et al.* Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en la Comunidad Valenciana. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 1999, vol. 51/ 52, p. 38-48.
- TOLMAN, Deborah L. y DEBOLD, Elizabeth. Conflicts of body and image: Female adolescents, desire and the no-body body. FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A. y WOOLEY, Susan C. (eds). *Feminist perspectives on eating disorders*. New York: The Guilford Press, 1994, p. 301-317.
- TOMAS VILALTELLA, J. y BASSAS BOLIBAR, N. Trastornos en la alimentación: anorexia nerviosa. *Anales de Psiquiatría*, 1990, vol. 6, nº 5, p. 212-221.
- TOMÁS, A.; RASILLO, M. A.; FRANCO, M. *et al.* *Trastornos de conducta alimentaria en Castilla y León*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 2001.
- \*TORO, J.; CANTO, T. J.; CASTRO, J. *et al.* Trastornos del comportamiento alimentario. *Jano. Medicina y Humanidades*, 1999, vol. 56, nº 1298, p. 37.
- TORO, J.; CASTRO, J.; GARCÍA, M. *et al.* Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 1989, vol. 62, p. 61-70.
- \*TORO, J. y MORGADO BERNAL, I. *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel, 1996.
- \*TORO, Josep y VILARDELL, Enric. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- \*TORO, Josep. Factores socioculturales en la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1988, vol. 15, nº 2, p. 99-109.
- . Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 1988, vol. 1, nº 38, p. 23-47.

- . Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 1989, vol. 3, nº 5, p. 115-127.
- . Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario. *Monografías de Psiquiatría*, 1990, vol. II, nº 4, p. 10-16.
- . Diagnóstico y psicopatología de la anorexia nerviosa. *Jano. Medicina y Humanidades*, 1999, vol. 17, p. 37-43.
- . La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 2000, vol. 14, nº 114, p. 543-544.
- \*---. Anorexia nerviosa. *Medicina Clínica*, 2001, vol. 117, nº 334 - 335.
- TREASURE, Janet. Etiología de los trastornos de la alimentación: factores biológicos. En: ROJO, Luis y CAVA, Gloria (edits). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel, 2003, p. 52-68.
- TROOP, N.A. HOLBREY, A.; TREASURE JL. Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *International Journal Eating Disorder*, 1998, 24 (2). p: 157- 166.
- TUBERT, Silvia. *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid: El Arquero, 1988.
- . La construcción de la feminidad y el deseo de ser madres. En: GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. Asunción (comp). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI, 1993, p. 45-70.
- . Construcción cultural de la feminidad. En: MINGOTE, Adán; LÓPEZ-DÓRIGA, Begoña y VALCARCE, Mercedes. *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000, p. 65-72.
- . Construcción cultural del cuerpo femenino. La crisis adolescente como factor de riesgo de los trastornos de la alimentación. En: MARTINEZ BENLLOCH, Isabel; BONILLA CAMPOS, Amparo; DIO BLEICHMAR, Emilce et al. *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 2001, p. 47-71.
- . ¿Psicoanálisis y género? En: TUBERT, Silvia, ed. *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Madrid: Cátedra, 2003, p. 359-403.
- TURNER, B. S. Avances recientes en la teoría del cuerpo. *REIS*, 1994, vol. 68, p. 11-39.
- . *El cuerpo y la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- \*TURÓN GIL, Vicente J. Epidemiología y clínica de la bulimia nerviosa. En: TURÓN GIL, Vicente. *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson, 1997, p. 127-143.

- . Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. En: TURÓN GIL, Vicente. *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson, 1997, p. 3-16.
- \*---. Hábitos alimentarios e imagen corporal. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1989, vol. 16, nº 6, p. 313-321.
- \*TURÓN, V. J.; FERNÁNDEZ, F. y VALLEJO, J. Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1992, vol. 19, nº 1, p. 9-15.
- VALLS-LLOBET, Carme. Estudiando la salud de las mujeres: epistemología, metodología y cambio social. En: VALLS-LLOBET, Carme. *Vivir con salud*. Barcelona: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 1996, p. 7-11.
- . El estado de la investigación en salud y género. De la mirada androcéntrica a una atención sanitaria de personas "diferentes". En: MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz *et al.* *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, 2001, p. 179-195.
- VAN DEN HEUVEL, Els. The increase of anorexia nervosa; a new myth?. En: DE GOEI, L.; VIJSELAAR, J.(edit). *Proceedings of the 1st European Congress on the history of psychiatry and mental health care*, 1993.
- VAN DIJK, Teun A. *Texto y contexto. Semántica y pragmática del discurso*. Madrid: Cátedra, 1993.
- . El análisis crítico del discurso. *Anthropos*, 1999, vol. 186, p. 23-36.
- . *El discurso como interacción social*. Barcelona: Gedisa editorial, 2000.
- . *Ideología y discurso*. Barcelona: Ariel lingüística, 2003.
- VANDEREYCKEN, Walter; CASTRO, Josefina y VANDERLINDEN, Johan. *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
- VANDEREYCKEN, W.; VAN DETH, R. Who was the first to describe Anorexia Nervosa: Gull or Lasègue?. *Psychological Medicine*, 1989, vol. 4, nº 19, p. 837-845.
- VARELA, Julia y ÁLVAREZ URÍA, Fernando. *Sujetos frágiles*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- . Sociología del género. Algunos modelos de análisis. *Archipiélago*, 1997, vol. 30, p. 11-21.
- \*VÁZQUEZ ARÉVALO, R y RAICH ESCURSELL, R. M. El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología conductual*, 1997, vol. 5, nº 3, p. 391-470.

- VÁZQUEZ ARÉVALO, Rosalía; OCAMPO TÉLLEZ-GIRÓN, M. Trinidad; LÓPEZ AGUILAR, Xochitl *et al.* La influencia de modelos estéticos e insatisfacción corporal en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Psicología conductual*, 2002, vol. 10, nº 2, p. 355-369.
- VÁZQUEZ, Margarita; OLIVARES, José L.; FLETA, Jesús *et al.* Alteraciones cardiológicas en mujeres adolescentes con anorexia nerviosa. *Revista Española de Cardiología*, 2003, vol. 7, nº 56, p. 669-673.
- VAZ LEAL, F. J. y PEÑAS LLEDO E.M. Estudio diferencias de las formas completas y subclínicas de bulimia nerviosa. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 1999, vol. 27, nº 6, p. 359-365.
- VAZ LEAL, F. J.; PEÑAS LLEDO, E. M.; GUIADO MACIAS, J. A. *et al.* Psicopatología de la bulimia nerviosa: un modelo multidimensional. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2001, vol. 29, nº 6, p. 374-379.
- VEBLEN, Thorstein. *Teoría de la clase ociosa*. Alianza editorial: Madrid, 2004.
- \*VEGA ALONSO, T. A. y RASILLO RODRÍGUEZ, M. A. Perfil de riesgo en población escolarizada en enseñanza secundaria de Castilla y León. [en línea]. <http://www.interpsiquis.com2002/html>. [Consulta: 2/6/04]
- VEGA ALONSO, T. y GIL COSTA, M. Estudio de las sospechas de trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria en Castilla y León. Red de médicos centinelas de Castilla y León. Dirección General de Salud Pública: Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 2004.
- VENTURA, Lourdes. *La tiranía de la belleza*. Plaza Janes, 2000.
- VERA GUERRERO, María Nieves. El cuerpo, ¿culto o tiranía? *Psicothema*, 1998, vol. 10, nº 1, p. 111-125.
- VERÓN, Eliseo. *La semiosis y la cientificidad*. Barcelona: Gedisa, 1996.
- VICENS, Jesús. *El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Madrid: Siglo Veintiuno, 1995.
- \*VIDAL RUBIO, S.; FERNÁNDEZ, F.; TURÓN, V. *et al.* Trastornos de la alimentación y trastorno obsesivo compulsivo: Revisión de la literatura. *Revista de Psiquiatría de la facultad de Medicina de Barcelona*, 1996, vol. 23, nº 4, p. 104-113.
- \*VILLA I CAMPS, Ester. La anorexia en el deporte de élite. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 2001, vol. 28, nº 3, p. 170-177.
- VILLEGAS I BESORA, Manuel. Psicopatologías de la libertad II: La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 1997, vol. 8, p. 19-91.
- VILLENENA INIESTA, J. y CASTILLO CARBALLO, M. *Intervención preventiva de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes:*

- programa "tal como eres"*. Valencia: Dirección General de Salud Pública. Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública, 1999.
- \*VILLENNA, J. y CASTILLO, M. La prevención primaria de los trastornos de alimentación. *Anuario de psicología*, 1999, vol. 30, nº 2, p. 131-143.
- WACQUANT, Loic y BOURDIEU, Pierre. *Las argucias de la razón imperialista*. Barcelona: Paidós, 2001.
- WACQUANT, Loic. Pensamiento crítico y disolución de la doxa. *Archipelago*, 2002, vol. 53, p. 83-93.
- WALCOTT, D.; PRATT, H.; PATEL, D. Adolescents and eating disorders: gender, racial ethnic, sociocultural, and socioeconomic sigues. *Journal of Adolescents Research*, 2003, vol. 18, nº 3, p. 223-243.
- WAY, Karen. *Anorexia nerviosa: causas, consecuencias, tratamiento y recuperación*. Barcelona: Bellaterra, 1996.
- WEBER, Max. *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1964.
- . *Sobre la teoría de las ciencias sociales*. Barcelona: Ediciones Península, 1971.
- WEBER, Matthias M.; ENGSTROM, Eric J.; BURGMAIR, Wolfgang. Introducción a las "Notas personales" de Kraepelin. *Archivos de Psiquiatría*, 2002, vol. 65, nº 2, p. 91-101.
- WILL, J.; GROSMAN, S. Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region os Switzerland. *American Journal Psychiatric*, 1983, vol. 140, p. 564-567.
- WILKINSON, S. y KITZINGER, C. *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Madrid: Instituto de la Mujer, 1996.
- WILSON, M. DSM III and transformation of American psychiatry: a history. *American Journal Psychiatry*, 1993, vol. 150, p. 399-410.
- WITTGENSTEIN, Ludwig. *Sobre la certeza*. Barcelona: Gedisa, 1988.
- WOLF, Naomi. Hunger. En: FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A. y WOOLEY, Susan C. (eds). *Feminist perspectives on eating disorders*. New York: The Guilford Press, 1994, p. 94-111.
- . *El mito de la belleza*. Barcelona: Colección reflexiones. Emece, 1991.
- WOOD, A. Douglas. "Las enfermedades de moda". Trastornos femeninos y sus tratamientos en la América del siglo XIX. En: NASH, Mary. *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona: Serbal, 1984, p. 373-405.

- WOOLEY, Susan C. The female therapist as outlaw. En: FALLON, Patricia; KATZMAN, Melanie A.; WOOLEY, Susan C. *Feminist perspectives on eating disorders*. Nueva York: Guildford Press, 1994, p. 318-338.
- YAGO, Teresa. Pensando sobre el cuerpo en grupo. En: AZPEITIA, Marta; BARRAL, M. José; DÍAZ, Lidia. E. *et al.* (eds). *Piel que habla. Viaje a través de los cuerpos femeninos*. Barcelona: Icaria, 2001, p. 141-158.

## ÍNDICE DE FIGURA Y GRÁFICOS

Figura 1: Modelo bio-psico-social de Lucas	15
Gráfico 1a: Distribución de artículos recogidos en IME (1971-2003)	96
Gráfico 1b: Distribución de artículos recogidos en ISOC (1971-2003)	96
Gráfico 2: Artículos recogidos en IME agrupados por quinquenios (1970-2003)	97
Gráfico 3: Artículos recogidos en ISOC agrupados por quinquenios (1970-2003)	98
Gráfico 4: Evolución de artículos en IME que incluyen las palabras anorexia, bulimia y trast* alimen* en los títulos	144
Gráfico 5: Evolución de artículos publicados sobre anorexia en IME agrupados por especialidades médicas	180

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla de perfiles de las mujeres entrevistadas	111
Tabla 1: Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa a comienzos de la década 1970 según Russell (1970) y Feighner y cols (1972)	130
Tabla 2: Criterios diagnósticos de la AN y BN en DSM III	134
Tabla 3: Criterios diagnósticos de la AN y BN en DSM III-R	136
Tabla 4: Criterios diagnósticos de la AN y BN en DSM IV	138
Tabla 5: Criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificado en DSM IV	141
Tabla 6: Investigaciones epidemiológicas sobre trastornos alimentarios realizadas en España (1989-2003)	194