



**“Entre el Placer y el Sufrimiento: Corporización de
Mujeres con Trastornos de Alimentación”**

T E S I S

**Que para obtener el grado de
Maestra en Antropología Social**

Presenta

Gisela Valdés Padilla

Directora de tesis

Dra. Horacia Fajardo Santana

Al círculo que cada uno somos y en el que nos vamos convirtiendo, que con amor y dedicación nos hacemos unos a los otros parte de un círculo infinito...

David y Fidel que son parte central y radiante de mi gran círculo

Agradeciendo

Aquí y ahora... siempre y en todas partes, a todos los seres que con su tiempo, razón y corazón me ayudaron a construir este escrito y lograr este aprendizaje;

mi familia presente,

mis compañeras, compañeros, amigas y amigos,

María Clara y José Noyola por su confianza,

todas y cada una de las mujeres que me compartieron su historia,

amor... gracias

ÍNDICE

Introducción	4
1. Las transgresiones y los placeres del cuerpo	55
a. Transgresión familiar: sobreprotección y rechazo	55
b. Cuerpo femenino escindido	63
c. Placer y gloria por el cuerpo ligero	69
Conclusiones	87
2. Cuando “sentirse ligera” no es suficiente	89
a. Ayunar el cuerpo, alimentar las emociones	89
b. El malestar emocional encarnado	93
c. Control, culpa y castigo	103
d. Cuerpo visto: vergüenza, gordura y distorsión	110
Conclusiones	119
3. La consciencia de enfermedad	122
a. “Tocar fondo”: pedir ayuda, reconocerse enferma	122
b. “La mente enferma” se apodera de “la mente sana”	128
c. El daño ya está hecho	133
Conclusiones	138
4. Los caminos de sentido, atención y sanación	139
a. La búsqueda de sentido; Internet, <i>blogs</i> y “princesas”	140
b. La psiquiatría: incapacidad narcisista	149
c. El Doctor Noyola y su concepción alternativa del trastorno	164

d. Recaídas: la comida, las emociones y las relaciones	189
Conclusiones	194
5. Trascender la enfermedad: Conciencia de la corporización-	196
Corporización de la consciencia	
a. Alcohólicos Anónimos como comunidad de sentido	197
b. Medicalización de la vida cotidiana	210
c. La familia, las amigas y la cultura	214
d. “La perversa enfermedad del alma”	216
e. Corporización de la consciencia	220
Conclusiones	224
Conclusiones Generales	226
Bibliografía	238
Anexo	245

ENTRE EL PLACER Y EL SUFRIMIENTO: CORPORIZACIÓN DE MUJERES CON TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Introducción

El cuerpo humano es el escenario de manifestaciones, prácticas, expresiones colectivas y transformaciones que transcurren como parte esencial de la vida cotidiana, es en el cuerpo en donde las prácticas culturales se crean y se recrean; a su vez el cuerpo es la manera en cómo los sujetos “estamos en el mundo” y a través de él percibimos y actuamos en la realidad.

El concepto de *embodiment*¹ o corporización, (hacerse cuerpo) desde la experiencia corporal como base de la cultura y el ser. El término busca la discusión de las nociones dualistas que se ha planteado históricamente en las distintas filosofías, ciencias y paradigmas teóricos que escinden sobre las concepciones del cuerpo-mente, así como también las diadas naturaleza-cultura, sujeto-objeto, objetivo-subjetivo, etcétera La corporalidad es la condición existencial en donde se une la cultura y el sujeto (Csordas, 1993), es por ello que al estudiar la corporización de las mujeres con trastornos de alimentación se estudia el cuerpo, la cultura y la experiencia, partiendo del ser/estar-en-el-mundo corporizado (*embodied*), construyendo la manera en cómo se perciben a sí mismas y su realidad.

¹ En castellano, no se tiene un consenso sobre cómo traducir este concepto: algunos/as autores/as utilizan el término encarnación; otros/as el de corporización o corporalidad; hay también quien utiliza el término en inglés. En mi caso, utilizo corporización, ya que este término me remite a la acción cambiante de integrar el cuerpo, sus formas, concepciones, valores y prácticas.

El concepto *embodiment* propuesto por Thomas Csordas (1994), lo construye de la Fenomenología de la percepción de Merleau Ponty (1957) en conjunto con la teoría de la práctica de Bourdieu (1997), ambos autores abordan la cuestión de las dualidades reconociendo al cuerpo como una entidad. “Estar-en-el-mundo” (Merleau Ponty, 1957) es un término de la tradición fenomenológica que captura precisamente la esencia de la inmediatez existencial (Csordas, 1994: 10). Así, Csordas utiliza el concepto de *embodiment* para conceptualizar el cuerpo como punto central en donde se entrecruza la realidad del individuo y su mundo; el cuerpo es existencia del individuo, es a través del cuerpo que éste se relaciona, se crea y recrea, así como crea y recrea su mundo.

El trabajo que presento se sitúa desde la mirada de la fenomenología cultural, que busca “sintetizar la inmediatez de la experiencia corporizada, con la multiplicidad de sentidos culturales en los que estamos inmersos” (Csordas, 1999; en Mora 2008). Y bajo este lente, busco describir y analizar el tejido de la cultura contextual y familiar de las mujeres con trastornos de alimentación que se entrelazan con la realidad corporal de cada una, subrayando las formas de corporización de prácticas y concepciones en relación con el cuerpo, la comida y las emociones, dentro del proceso de salud-enfermedad-atención-sanación del padecimiento de los llamados “trastornos de la alimentación”.

A continuación presento una revisión teórica de cómo se han abordado los Trastornos de Alimentación desde la Psiquiatría y el contexto histórico al momento mismo en que se convirtieron en “trastornos”, así como, las posturas teóricas que han estudiado a éstos, pasando por los estudios feministas y las Ciencias Sociales. Posteriormente me dirijo al “Contexto Socio-histórico del cuerpo”, en donde hago mención desde la perspectiva sociocultural y los análisis de género del proceso histórico por el cual el cuerpo, sus

prácticas y concepciones se han ido transformando, dilucidando así, un “terreno fértil” para el padecimiento de los trastornos de alimentación en nuestro contexto. De ahí nos acercamos a la postura teórica del concepto de corporización y corporalidad, en donde explico los conceptos que manejo a lo largo de toda la tesis. Para concluir con el marco teórico, explico la forma en cómo he abordado los Trastornos de Alimentación como un “Drama Social”, apuntando los conceptos y explicando las fases respectivas del proceso.

Posteriormente hago explícitas las preguntas de investigación que condujeron el trabajo, así como redacto la metodología utilizada y la experiencia de campo. Finalmente hago un pequeño recuento de cada una de las historias de las mujeres que le fueron dando vida a este escrito, con detalles contextuales, familiares y personales; con el objetivo de introducir al lector a las experiencias de cada una de las mujeres, ya que es partir de éstas que es construida la tesis.

La tesis está conformada por cinco capítulos, de tal forma que retomando la unidad de análisis del “drama social” de Víctor Turner (1974, 1987), describo y analizo la corporalidad en cada fase del proceso de la experiencia salud-enfermedad-atención-sanación.

El primer capítulo trata de los antecedentes contextuales socioculturales, familiares y personales en el que se encuentran las mujeres para que ellas cambiaran sus prácticas en relación con el cuerpo y la comida; así como las maneras en que corporizaron la cultura alimentaria y emocional expresada a través de las prácticas que fueron dándole forma al trastorno de la alimentación.

En el capítulo dos expongo el momento de crisis de la experiencia del padecimiento en relación con su contexto inmediato, describo la corporización de concepciones relativas al cuerpo, la comida, así como la vivencia de sus emociones y la feminidad. Que se expresa a través de las prácticas como una manera de “ser/estar-en-el-mundo”, de afrontar su realidad y de relacionarse con las otras personas.

En el capítulo tres abordo el proceso en que cada una se reconoce como “enferma”, la experiencia del momento devenido de la crisis del padecimiento, en el que piden ayuda de su contexto inmediato, y punto crucial para la incorporación de prácticas y entendimientos legitimados y compartidos por las comunidades de sentido en relación con la experiencia del proceso salud-enfermedad.

En el capítulo cuatro explico las maneras y las formas en que ellas buscaron y experimentaron la adhesión social de pertenencia a las diferentes comunidades de sentido y terapéuticas, las maneras de encontrar sentido a su vivencia, que de acuerdo a su contexto inmediato van dibujando las experiencias de atención a su padecimiento; encontrando dos sistemas de salud, el público y el privado con el caso del doctor Noyola.

Por último, el capítulo cinco, busca dilucidar el momento y proceso de una nueva corporización presente en un modelo de atención y concepción de la enfermedad mediada por la filosofía de los grupos de Alcohólicos Anónimos, momento en el que ellas experimentan la consciencia de enfermedad, la medicalización y las experiencias de recuperación y sanación.

Estas etapas (esencialmente dispuestas en cada capítulo) son procesos que involucran cambios en su corporización y transformaciones que se fueron corporizando; es

decir, en este proceso y línea de la experiencia, entendido como “drama social” se transforman las maneras de experimentarse, de percibirse y percibir su entorno y a las otras personas; de esta manera, su Yo, su cuerpo, sus prácticas y concepciones, su *habitus* y su medio social, fueron sufriendo cambios y transformaciones, que fueron asimiladas e incorporadas a su vida diaria.

De cómo se han abordado los Trastornos de la Alimentación

En primera instancia, los Trastornos de Alimentación han sido llamados por la Psiquiatría Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), sin embargo he excluido el término “comportamiento”, debido a que nos remite a cuestiones individuales y se opone al concepto de *habitus*² que retomo.

Los Trastornos de la Alimentación son considerados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década de los cuarentas, como entidades clínicas, pertenecientes a los trastornos mentales y del comportamiento; la Psiquiatría los ha descrito, reconocido y atendido, y los caracteriza por “alteraciones graves en la conducta alimentaria”, estos trastornos, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) se dividen en Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno Alimentario no Especificado (TANE). El DSM IV menciona que la característica principal de la anorexia es el rechazo a mantener un peso mínimo normal para la edad y talla, miedo a ganar peso y alteración en la forma y tamaño del cuerpo; la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. Las personas con bulimia tienen

² En la página 23 explico el concepto

como característica principal tener atracones y usar métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, además que según el mismo manual, ellas se autoevalúan según la silueta y el peso corporal. El TANE es cuando se presentan comportamientos compartidos entre ambos trastornos o no cumple con la totalidad de los criterios diagnósticos para la anorexia o la bulimia; Capdeville (2009) menciona que el 90.2% de las personas con diagnóstico de trastornos de alimentación tienen el diagnóstico de TANE.

Hasta hace algunas décadas, los trastornos de la alimentación, habían estado asociados a que sólo un grupo de jóvenes delimitado por el sexo femenino, de edad adolescente, de nivel socioeconómico medio o medio alto y pertenecientes a la cultura occidental padecían estos trastornos; actualmente, las distintas investigaciones de corte sociocultural, han demostrado cómo estas características han cambiado en todas direcciones, ahora las personas que llevan a cabo prácticas alimentarias consideradas “de riesgo”³, que viven con insatisfacción y/o malestar corporal, o incluso las personas ya diagnosticadas con algún trastorno de la alimentación, pueden pertenecer a otros grupos culturales, los cohortes de la edad de inicio de éstas prácticas alimentarias se han ampliado, el estatus sociocultural varía sin ser alguno en específico, además de que el sexo masculino se está sumando a los porcentajes de prevalencia de los trastornos de alimentación, que hasta el año 2000, el 10% eran hombres (Gracia 2005, Markey, 2004). En ese mismo sentido, jóvenes de minorías étnicas pueden incrementar el riesgo de padecer anorexia si tienen relación, influencia o migran a otra cultura en donde existen estereotipos de belleza o se practica conductas de autoyuno (Español y de la Gándara, 2008; Keel y Klump, 2003).

³ Prácticas de dietas restringidas y ayunos, comer compulsivo, uso de métodos purgativos (diuréticos o laxantes), vómito inducido.

El 90 por ciento de las personas diagnosticadas con algún trastorno de alimentación a nivel global son mujeres de entre 14 y 20 años de edad. En México, en la encuesta nacional de salud y nutrición que se llevó a cabo en el 2006, se afirma que la presencia de “conductas alimentarias de riesgo” en la población adolescente se ha convertido en un problema social por su prevalencia. En relación al estado de San Luis Potosí, el 12.1% de los jóvenes afirmaron haber tenido una conducta alimentaria de riesgo.

En México los trastornos de alimentación ya son considerados como un problema de salud pública por su acrecentamiento, como lo señalan Unikel-Santoncini (2006) en el resultado de su investigación, de 1997 al 2000 hubo un incremento significativo en la proporción de estudiantes que reportan tres o más “conductas alimentarias de riesgo”.

Entonces, las evidencias clínicas y los datos epidemiológicos muestran cómo los trastornos de alimentación están aumentando en prevalencia, hombres, niñas y mujeres adultas han empezado a modificar sus prácticas alimentarias e incluso han sido diagnosticadas/os y aumenta cada vez más el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE). Este panorama evidencia que existen cuestiones más allá de lo individual, lo biológico y lo psicológico que causan estas variaciones en la población, características de los llamados trastornos de la alimentación y “las prácticas de riesgo”; se ha encontrado cómo es que numerosos jóvenes, tanto hombres como mujeres, presentan conductas relacionadas con los criterios diagnósticos para los trastornos de la alimentación, como lo es el miedo a ganar peso, el rechazo al peso considerado como normal, insatisfacción corporal, etcétera, (Zafra, 2006) esto nos hace referencia a que nos encontramos en un contexto histórico-cultural, el cual es terreno para que tanto hombres

como mujeres incluyan en su vida cotidiana cuidados, valores y preocupaciones en relación con el cuerpo y la comida.

Estas variaciones en las prácticas y las concepciones en el cuerpo y la comida son un continuo de los trastornos de la alimentación (Bordo 1993), es una misma línea cultural que aunado al sufrimiento emocional y a la búsqueda de placer del cuerpo, el Yo y las relaciones sociales desemboca en el padecimiento de estos trastornos. De tal forma que la experiencia y las prácticas características de los trastornos de alimentación, están acompañadas de situaciones específicas relacionadas con el malestar y el sufrimiento que se pueden ubicar como desencadenantes y/o resultado de las mismas; así el cambio en las prácticas corporales y alimentarias, traen consigo la enfermedad, el malestar y el padecimiento.

Se ha estudiado los trastornos de la alimentación desde la racionalidad cultural (Prince 1985, Gracia 2001, Markey 2004), entendiéndolos y explicándolos desde esta lógica: “la anorexia es una construcción social, definida en el marco de sus síntomas y etiología, manifestada por aquellos que la han padecido y que la han tratado haciéndola un problema social en el cual todos estamos involucrados de alguna manera” (Gracia, 2005).

Los trastornos de la alimentación son síndromes delimitados por el contexto histórico-cultural, ya que tanto hombres como mujeres han tenido y tienen distintas concepciones, valores y prácticas corporales y alimentarias, éstas se han modificando a lo largo de la historia y están en constante cambio, ahora, con infinitas influencias globales; los trastornos de alimentación no pueden ser percibidos de la misma forma hace veinte años a la fecha, ya que tecnologías, medios de comunicación, discursos médicos referentes al cuerpo y la comida, roles de género, e ideales corporales se han modificado. DiNicola

(1990) utiliza el término “anorexia multiforme” con el fin de incluir la aproximación diacrónica y contemplar que las evidencias de esta dolencia y de otros trastornos de la alimentación aparecen en otras épocas: “la anorexia es una enfermedad mediada socioculturalmente que reacciona de forma muy sensible al contexto: una especie de *camaleón cultural* con manifestaciones físicas que cambia a través del tiempo” (en Gracia, 2005:177).

En la edad media, las mujeres que practicaban el ayuno, eran percibidas como “hijas del demonio”, como “brujas” porque podían vivir sin comer. Posteriormente, en el siglo XII y XIII, en Europa, algunas mujeres como un acto de valentía y santidad, practicaban el autoayuno y se consideraba a aquellas como mujeres santas ya que milagrosamente podían vivir sin ingerir alimento (Gracia, 2005: 151); de los siglos XIII al XIX, las mujeres ayunadoras pasaron de ser santas a ser amenazadoras del orden social y fueron perseguidas y señaladas (Hepworth 1999, en Gracia 2005: 159). En esta época, la práctica del ayuno no era considerado como enfermedad, sino fue hasta el siglo XIX que las mujeres que ayunaban se empezaron a tratar como enfermas, histéricas con tintes de religiosidad (Gracia, 2005: 152).

El autoayuno ha sido considerado como patología médico-psiquiátrica desde 1870, fecha en que se registran las primeras descripciones de los síntomas por un médico británico llamado Sir William Gull, quien reconoció el autoayuno como condición psicopatológica y la describió como una entidad clínica aparte (Markey, 2004:149); en esa época, fue el momento histórico en donde el modelo médico buscaba la hegemonía y el desarrollo de la psiquiatría (Gracia, 2005: 16). Así como, el momento en que la medicina contribuye a la construcción y legitimación de un estereotipo de género (Gracia, 2001). De

tal forma que los trastornos de alimentación reconocidos por la ciencia médica-psiquiátrica, han sido concebidos por las Ciencias Sociales, como un holograma en donde se trasfiguran procesos políticos y paradigmáticos de la ciencia médica y de los roles de género.

Ahora, en el contexto urbano los trastornos de alimentación son percibidos y entendidos de muy diversas maneras; por un lado abunda la información en los medios masivos de comunicación en relación con ellos; los datos epidemiológicos aumentan; así como también aparecen en las grandes ciudades de México, clínicas de atención a estos padecimientos; se inauguran especialistas y especialidades médico-psicológicas para tratar dichos trastornos, y al mismo tiempo, existen en la red de internet *blogs* y páginas creadas por y para jóvenes con trastornos de alimentación que buscan “perfeccionar” su trastorno y hacer de estas prácticas un estilo de vida.

Zafra (2005) analiza los trastornos de alimentación como formas de “estar” (bienestar y/o malestar) y los llama “estares alimentarios”, la autora toma en cuenta y relaciona el contexto socio-alimentario en conjunción con los parámetros alimentarios considerados normales por la cultura; esta autora contempla la posibilidad de que no sólo son “malestares”, ya que no siempre son vividos de forma conflictiva. Sin embargo, considero que en la experiencia del trastorno, el malestar emocional está presente en las personas que lo padecen, encontrando “momentos” y “prácticas” que les son placenteras y que ayudan de manera efectiva a aminorar su malestar, razón por la cual “deciden” tal “estar alimentario”.

Por otro lado, nos encontramos con un discurso manifiesto por las instituciones de salubridad y la industria alimentaria y farmacéutica, un discurso en relación con la salud y

la ligereza de la comida y del cuerpo, como una forma de prevención de la obesidad⁴ y las enfermedades relacionadas con ésta; es por ello que las prácticas alimentarias características de la cultura occidental y del México urbano en particular, tienden a la normalización de las dietas y los productos *light*.

Estas preferencias y prácticas alimentarias y corporales han sido interiorizadas por los sujetos, acompañadas por el discurso en *pro* del cuidado de la línea y la estética; sin embargo, sólo en pocos de los casos de mujeres con trastornos de alimentación, fundamentan sus prácticas en el discurso en *pro* de la salud y la nutrición.

Autoras como Chermin (1985) y Orbach (1986) coinciden en desafiar el paradigma biomédico de entender los trastornos de alimentación y específicamente la anorexia como un trastorno mental, y reconocen los aspectos aprehendidos e incorporados de las prácticas características de la anorexia, resaltando los roles de la cultura y el género como factores de importancia para el inicio del comportamiento nombrado como anorexia (Gracia 2001).

Así, los trastornos de la alimentación han sido abordados por las ciencias sociales delineando los aspectos culturales, históricos y sociales en el que éstos se cimentan, la investigación que nos concierne, a demás de contemplar el contexto cultural que normativiza y reproduce prácticas corporales y alimentarias específicas, así como ideales corporales y de género, transmitidos por la familia, las redes sociales y los medios masivos de comunicación, nos atañe comprender la corporización de las mujeres que han sido diagnosticadas con algún trastorno de la alimentación, es decir, cómo han creado y recreado concepciones y prácticas corporales y alimentarias características de los trastornos de alimentación como una manera de ser/estar-en-el-mundo y afrontar su realidad y su historia

⁴ Contemplando que para el 2010, México ocupa el primer lugar en obesidad infantil y adulta

de vida, y cómo el placer y el sufrimiento están presentes en esta línea de su vida como un motor que las mueve a comer, a dejar de comer, a vomitar, a hacer ejercicio extenuante, a relacionarse con otras mujeres diagnosticadas, a pedir ayuda terapéutica y a compartir su experiencia.

Un terreno fértil para los trastornos de alimentación:

El contexto socio-histórico del cuerpo

La psiquiatría contempla que cuando alguna persona padece algún trastorno de alimentación, se conjugan varios factores de corte individual, emocional, biológico, familiar, cultural, histórico y social; es decir, la psiquiatría reconoce que los trastornos de alimentación tienen una etiología multifactorial.

Los seres humanos tenemos concepciones específicas del cuerpo y de la alimentación asociadas a determinadas prácticas del cuidado corporal, la estética, la comida, la normalidad corporal, la salud-enfermedad; y muchas de éstas prácticas son derivadas del devenir histórico, y otras tantas se van elaborando dentro de cada grupo cultural, en este caso, el contexto histórico, social y cultural es lo que colorean el terreno para que los trastornos de alimentación se presenten de manera determinada.

Es necesario mencionar que desde la fenomenología cultural, el concepto, la perspectiva teórica y la metodología del *embodiment* o corporización, es resultado del análisis teórico expuesto por otros autores que han abordado al cuerpo desde las ciencias sociales, y que uno de los objetivos de esta perspectiva teórica es unir o trascender el dualismo mente-cuerpo desde la teoría y el análisis social, cultural y psicológico. Entonces,

a continuación abordo las propuestas teóricas de algunos autores que han estudiado al cuerpo y las prácticas corporales y alimentarias.

Autores como Mauss (1971), Douglas (1966), Foucault(1975, 1980), Lock (1987), Norbet Elias (1988), Bryan Turner (1989), David Le Breton (1990), López Austin (1996), entre otros, fueron pioneros en analizar y describir cómo el cuerpo y sus prácticas son una construcción social y cultural, sitio en el cual, discursos, creencias e imaginarios se articulan con estructuras de significados; así, los autores dan cuenta de cómo el cuerpo deja de ser sólo ente biológico para hacer evidente cómo en cada cultura y en cada momento histórico se le ha cargado de simbolismos, valores, concepciones y cuidados específicos.

El cuerpo era concebido y vivido por los seres humanos como un microcosmos, como reflejo y parte de un macrocosmos (Granet, 1978; Mary Douglas, 1988; Le Breton, 1990; López Austin 1996). En la época medieval, en el folklore popular llevaban a cabo la fiesta del carnaval, en la cual se trasgredían los límites y el cuerpo era desbordado al grado de la irrepresión en los excesos, la burla, el misterio, las carcajadas; sin embargo las fiestas se fueron extinguiendo, Le Breton lo describe: “La retirada progresiva de la risa y las tradiciones de la plaza pública demarca la llegada del cuerpo moderno como instancia separada, marca la de distinción entre un hombre y otro” (1990: 31). Para el siglo XVI las expresiones del carnaval fueron despreciadas y poco a poco y sobre todo en las clases sociales altas las actitudes carnavalescas se fueron haciendo privadas (cfr. *Ibíd.*: 32).

En ese mismo siglo, la ciencia de Occidente considera al cuerpo como objeto de conocimiento, para explicarlo y analizarlo lo divide y lo fragmenta (Vera, 2002), “el cuerpo adquiere peso; dissociado del hombre, se convierte en un objeto de estudio como

realidad autónoma” (Le Breton, Op. cit.: 47). A partir del siglo XVI y XVIII, se configura el “hombre de la modernidad”, impregnado de la concepción dualista mente-cuerpo que parte de los postulados y la enseñanza de la anatomofisiología, así como, de las prácticas de Vesalio y de Leonardo Da Vinci de diseccionar a los cuerpos para estudiarlos (cfr. *Ibíd.*: 49).

La filosofía mecanicista atribuida a René Descartes, fue dándole a la razón la superioridad y el dominio del cuerpo, ya que éste era visto como una máquina de movimientos y hechos, “la filosofía es un eco del acto anatómico, distingue en el hombre entre alma y cuerpo y le otorga a la primera el único privilegio del valor” (*Ibíd.*:61). El dualismo cartesiano, separa al alma del cuerpo, éste último es despreciado e inspira desconfianza; el pensamiento está separado del cuerpo, es el alma funcionando y siempre es privilegiada y subvalorada; es la división ontológica entre el ser y el cuerpo.

Norbert Elias (1988) estudia el proceso civilizador que se lleva a cabo en Europa, dentro de la sociedad cortesana, Elias analiza cómo el hombre fue modificando sus pautas de comportamiento y sus emociones para ser civilizado, así se presentaron transformaciones en la estructura política y social: “cambios sociogenéticos”, pero también se dieron transformaciones dentro de las estructuras psíquicas de los individuos: “cambios psicogenéticos”. En el siglo XVI la clase nobiliaria estaba en decadencia y se estaba gestando una nueva clase cortesana-absolutista, así los manuales de conducta dictaban las maneras comportamentales que la sociedad esperaba. Esta situación dio pie a la experiencia de la vergüenza y los escrúpulos, dando lugar a la manifestación del control y la presión en dos direcciones, por un lado las personas ejercían presión sobre otras y al mismo tiempo las personas experimentaban la presión interna para conseguir el autocontrol.

Así, el individuo, se cree y se experimenta como distinto a los otros; un cuerpo separado del ser y de los otros es necesario disciplinarlo y dominarlo, instituciones como la familia, la iglesia y el estado inculcaron y lograron incorporar el dominio de los deseos del cuerpo por las razones de la mente, como lo expresa B. Turner “la historia de las sociedades modernas puede verse como la racionalización de este proceso ascético a través de las diversas ciencias del cuerpo” (1989: 196). El cuerpo fue visto como un medio para el control de los individuos, movilizándolos a la fuerza de trabajo que era requerida para la época, las instituciones como la fábrica, la escuela, los hospitales pretendían hacer “cuerpos dóciles” (Foucault, 1975).

En este contexto las tendencias de la vida social eran oprimir, silenciar, sublimar y reemplazar al cuerpo: “el hogar moderno se organiza con la intención de ocultar la presencia del cuerpo, reduciéndolo al nivel de lo inmencionable, haciéndolo no sólo privadas sino directamente secretas aquellas funciones que habían estado expuestas a la visión pública” (Heller y Fehér, 1995: 18). El siglo XIX fue característico por la tendencia de fundir lo higiénico con lo ético, ya que las medidas de higiene fueron impuestas por el estado para enfrentarse a los nuevos peligros de la urbe y la sobrepoblación; y la ética se basaba en la sobrevaloración de lo espiritual sobre lo corpóreo, es ahí cuando comienza la biopolítica (cfr. *Ibíd.*: 18).

Así mismo, en la tradición judeocristiana se culpabiliza los placeres del cuerpo, y se marca la escisión entre el yo y la carne; el cuerpo, la materia, los deseos, deben de ser trascendido por el espíritu, el individuo se descorporaliza a través del ayuno y la penitencia, el ascetismo es valorado, reconocido y santificado, así se construye la ética corporal (cfr. Uribe, 2006).

Desde el siglo XIX y XX, los discursos de género procedentes de la sociedad conservadora y religiosa, han normalizado las conductas y la intimidad de hombres y de mujeres, como lo menciona List Reyes (2008), los géneros han sido educados y normados bajo las formas “correctas”, “normales”, “adecuadas”, educación basada en las diferencias anatómicas y que marcó las diferencias y expectativas de lo que es ser hombre y mujer. Por lo que las características de los géneros son construcciones sociales, de la misma manera que el cuerpo femenino y masculino. La norma de género va delineando muy claramente todos los ámbitos de la vida de los sujetos. De esta manera, cada género carga con expectativas corporales, comportamentales y emocionales relativas a cada cultura.

Entonces, esta noción dualista cuerpo-mente, cuerpo-espíritu, colorea las concepciones y las prácticas del cuidado que se le da al cuerpo tanto en hombre como en mujeres, dentro del contexto contemporáneo y urbano; y de igual forma marca la concepción de persona individual dentro de la estructura social, una persona separada de su propio cuerpo y de sí misma, separada de los otros, y del cosmos, el hombre individual (cfr. Le Breton Op cit.: 22). El mismo autor comenta:

El cuerpo, [...] está disociado del sujeto y es percibido como uno de sus atributos [...], resultado del retroceso de las tradiciones populares y de la llegada del individualismo occidental, marca las fronteras entre un individuo y otro, el repliegue del sujeto sobre sí mismo (*Ibíd.*:23).

Aguilar y Morfín mencionan que en la historia del pensamiento occidental existe un salto entre la concepción dualista cuerpo-alma y cuerpo-persona, ahora el cuerpo nos distingue de los demás, por lo que es necesario cultivarlo, como una manera de pertenencia (en Muñiz y Reyes, 2007: 22), así nos encontramos con la paradoja del cuerpo en el mundo

occidental, el cuerpo como signo del individuo que lo diferencia de los demás y al mismo tiempo el individuo que vive dissociado de su propio cuerpo; sin embargo, el mismo individuo ha encontrado maneras para reencontrar significado en su cuerpo y “volver a él” a través de ciertas prácticas y rituales instaurados y validados por la misma cultura; por su parte, Braudillard (1974) menciona que el cuerpo ha sido redescubierto después de la era del puritanismo como un medio de liberación física y sexual (Contreras y Gracias, 2005:73).

El saber anatómico y la medicina biomédica, han construido la concepción oficial del cuerpo, los discursos, que aun hoy predominan, de lo que “es” el cuerpo, cómo funciona y qué necesita, discursos racionales que se encuentran impregnados del dualismo cartesiano que como lo menciona Le Breton (Op. Cit.: 58) “consagran la autonomía del cuerpo y da una especie de ingravidez del hombre a aquél, que sin embargo encarna”. Para el saber biomédico el cuerpo es percibido como un ente biológico, así, la medicina con sus saberes y prácticas manipulan al cuerpo a través de la medicalización de la vida cotidiana y de la legitimación de la normalidad, y de igual forma le extirpan todo ingrediente inmaterial: el alma, el espíritu, el Yo y el ser, que son relegados a los saberes populares y a las creencias religiosas.

El cuerpo contemporáneo y urbanizado se ve influido por la medicina clásica y la tradición judeocristiana, y así, nos encontramos con un cuerpo y con una experiencia corporal individual y fragmentada, regulada y reprimida tanto por los otros como por sí mismo, estas características del cuerpo son el resultado del devenir histórico y cultural y es el escenario en el cual los trastornos de alimentación se desarrollan en conjunto y/o paralelamente al consumo de bienes, la búsqueda de pertenencia y el culto al cuerpo.

Así hallamos que las mujeres con trastornos de alimentación se encuentran disociadas y fragmentadas de sí mismas, el cuerpo es vivido como un extraño enemigo al que es necesario reducir y lastimar, “viven un proceso de *ajenidad del cuerpo*, en el que el yo no puede sentirse como en casa” (Uribe, Op. Cit.:50), razón por la cual Giddens (1995) explica que las mujeres con trastornos de alimentación pueden llevar a cabo el “ayuno hasta la muerte” (en Uribe, Op. Cit.: 50).

La experiencia del malestar emocional y corporal, tienen una relación dialéctica con la experiencia de disociación y constituyen la piedra angular para que los trastornos de alimentación se desarrollen y así las mujeres comiencen a cambiar sus prácticas corporales y alimentarias. El malestar emocional es resultado de una historia de vida e historia familiar con carencias afectivas, vínculos emocionales laxos y/o violentos, así como episodios de violencia corporal, emocional y sexual; el malestar corporal es la concepción negativa de los contornos del propio cuerpo en comparación con la imagen del cuerpo ideal; los parámetros de este cuerpo ideal son construidos por el grupo social y cultural inmediato, así como por la familia de origen.

La familia es la trasmisora de patrones culturales y a través de ella se crean y recrean las maneras de concebir al cuerpo, desde la expresión de las emociones, el contacto corporal, el cuidado del cuerpo, la estética, la normalidad del cuerpo y la alimentación. También, los valores asociados al cuerpo con todas sus manifestaciones físicas y emocionales, las expresiones de enfermedad, del cuidado y la alimentación.

La cultura occidental, la familia y los medios de comunicación han mostrado el valor de tener un cuerpo delgado, sobre todo en las mujeres; así la imagen corporal ideal

encuadra los trastornos de alimentación (cfr. Markey, Op. Cit.:148). De esta manera, Guzmán explica la relación de cómo una imagen del cuerpo ideal afecta la manera de concebir al propio cuerpo:

Tenemos entonces una “postura corporal” y un propio “cuerpo interpretado” por los demás que nos dicta qué tan cerca o lejos nos encontramos del cuerpo que nos ha sido deseable. Interiorizamos así una imagen que se involucrará con nuestra propia “imagen corporal” – estoy gordo o flaco – que modificará nuestro cuerpo percibido al igual que nuestra propia “imagen corporal” lo que a la postre marcará la “vivencia” de nuestro “esquema corporal” (en Muñiz 2008: 454).

Además que, como lo menciona Uribe (Op. Cit.: 62) cuando “las presiones sociales se expresan en el distanciamiento que ella percibe entre la imagen de su cuerpo y el ideal corporal que asume como adecuado de acuerdo con los parámetros sociales” es entonces, cuando la disociación, el malestar y la percepción negativa del propio cuerpo se acentúan y se corporizan en la persona.

Por un lado, los medios de comunicación reflejan y configuran la realidad (Giddens, 1991), y por ello, las representaciones simbólicas del cuerpo también son proyectadas por los medios, lo que contribuye a que las mujeres interioricen diversas exigencias, parámetros y normas en relación con el cuerpo y la comida.

Pero al mismo tiempo, el modelo cultural apunta al cuerpo, como base y fuente del individualismo, es objeto de poder, por lo que es necesario moldearlo y controlarlo. En esto, la publicidad y los medios masivos de comunicación presentan al cuerpo desvinculado de sus necesidades, presentan un cuerpo higiénico, sin las marcas de la cotidianidad, un cuerpo a todas luces aséptico; este cuerpo es equiparado con el bienestar, el éxito y la estética; de esta manera, los medios de comunicación incitan a consumir productos que

adelgazan o productos para “cuidar la figura”, fundamentados no nada más en el discurso de salud, sino en discursos dirigidos a satisfacer necesidades existenciales y hasta ontológicas, dirigidos específicamente a sus principales clientes: las mujeres. Puesto que la misma cultura es la que equipara el género femenino con la estética y ésta con la delgadez. Mabel Gracia hace mención que el interés por la delgadez tiene diversos orígenes que afectan a las mujeres: “la función que adquieren el vestido y el cuerpo como objeto de moda, el triunfo del modelo juvenil y prematernal y la afirmación de los derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo” (2005:49). Razón por la cual los trastornos de alimentación, se asocian a dos tipos de discursos que se entrelazan, el de la salud y el de la estética; así delgadez es salud y también belleza.

Entonces vemos que el valor de la delgadez se asocia con los trastornos de alimentación. Algunos epidemiólogos han demostrado que el aumento de su incidencia coincide con la evolución del patrón de belleza femenino delgado, que toma fuerza en la década de los noventa (HSU, 1996; Garner & Garfinkel, 1980 en Gracia, 2005; Chernin, 1981; Orbach, 1978; Lawrence, 1979); sin embargo, algunas mujeres adoptan estos discursos y prácticas con diferentes simbolismos, como por ejemplo, la delgadez como una manera de tener control de sí misma; se ha encontrado que en periodos históricos en que las mujeres se han sentido presionadas para demostrar su habilidad y competencia intelectual, el ideal corporal delgado ha sido dominante en las mujeres que buscan el privilegio y el estatus de los hombres y por lo tanto, aspiran al ideal de la delgadez (Toro & Vilardell, 1987, en Gracia, Op. cit.: 48). Algunas feministas como Bordo y Chernin, analizan los trastornos de alimentación como una contradicción que viven las mujeres en relación con las dicotomías público-privado, razón-deseo, naturaleza-cultura, contradicción en la cual

viven su cuerpo como una manera de tener el control de sí mismas, como protesta de los roles sociales y las expectativas de género, aunque paradójicamente utilizan su cuerpo siguiendo cánones de belleza establecidos.

Así, hay mujeres que buscan responder a las exigencias de la cultura en relación con la delgadez, el consumo y las expectativas tradicionales de género, mismas exigencias que en ocasiones son contradictorias y pueden provocar en la mujer malestar y rechazo por su cuerpo; pero algunas otras mujeres adoptan prácticas corporales y alimentarias como medio de poder y autocontrol ante tales exigencias, obteniendo placer y seguridad en el ayuno, las dietas y el ejercicio excesivo.

También, se ha entendido la adopción de las prácticas alimentarias restrictivas como contestación a los vínculos sociales y simbólicos creados por la alimentación (B. Turner, Op. cit.: 236); Turner hace mención que las prácticas manifestadas, son un acto simbólico contra la madre y la familia, que en muchos de los casos existe una sobresocialización de los vínculos, es decir, una extrema sobreprotección y vigilancia.

Elsa Muñiz expone que la sociedad posindustrial llamada “sociedad de riesgo” (Ulrich Beck, 1996) es el contexto en el cual “el cuerpo de los sujetos es su ‘verdad’ palpable, la única certeza en momentos inciertos” (Muñiz 2007:7). Ante la ambigüedad contemporánea y en el contexto urbanizado, el cuerpo adquiere una dimensión para la construcción de identidad, y más aún es la manera en cómo el sujeto expresa su individualidad a través de la gran diversidad de prácticas. De esta forma, las prácticas corporales y alimentarias características de los trastornos de alimentación, son experimentada por las mujeres como un estilo de vida y como una manera de pertenecer,

son una forma de empoderamiento, que a través del “cuerpo agenciado” (Wolkowitz, 2006), las mujeres experimentan su contexto con sus cuerpos, el cuerpo que se resiste a ser sólo objeto, resiste a la objetivación del exterior; así, ellas resignifican las prácticas para ampliar su control y poder de sí mismas. La capacidad de decisión y de resistencia se corporiza.

Entonces, ahora en la era posmoderna, el cuerpo deja de ser una máquina y la hostilidad hacia el cuerpo y sus placeres se invierten, en la búsqueda del placer inmediato y aplacamiento del dolor y se convierte en el medio de la liberación del yo, es la identidad, es el *self corporal* (Lipovetsky, 2003).

De esta manera se puede observar cómo el cuerpo está influido por la cultura, es cultura; el cuerpo como ente biológico se enferma, pero la enfermedad “siempre está mediatizada y modificada por la acción social y por el medio cultural que esa actividad crea” (Rosen, 1985:77). Los simbolismos culturales se encarnan en el cuerpo como convenciones culturales y dentro de éstas se encuentran las concepciones de salud/enfermedad, así como valores éticos y estéticos que se reproducen y legitiman a través de las prácticas.

Así, los trastornos de alimentación, tienen un trasfondo sociocultural profundo, más allá de aquellas mujeres que llevan un *habitus* en relación con prácticas de moldeamiento del cuerpo y regímenes alimentarios. Los trastornos de alimentación van acompañados de rechazo al propio cuerpo, redes familiares fragmentadas, malestar emocional y la experiencia de la carencia de una adhesión a un grupo social; así aunque muchas mujeres adopten prácticas características, el padecimiento y el malestar emocional es el punto de

quiebre para que tales prácticas se lleven al extremo de causar enfermedades orgánicas irreversibles, así como desequilibrios bioquímicos debido a las carencias nutricionales.

Asimismo, podemos distinguir entre las nociones de *illness*, *disease* y *sickness* que apunta la Antropología Médica; por un lado nos encontramos que *illness* se refiere a la experiencia de la enfermedad (o de la enfermedad percibida), es el padecimiento y las formas de malestar que afectan e incapacitan a la persona en su vida cotidiana; el término *disease* denota un funcionamiento incorrecto interior, o una mal adaptación de procesos biológicos y/o psicológicos, es la enfermedad interpretada por el médico como entidad nosológica; y *sicknesses* el significado y la reacción social de la enfermedad y el papel social del enfermo (Lisón, 2007:188). Así las mujeres que llevan a cabo prácticas corporales y alimentarias características de los trastornos de alimentación y que experimentan un malestar emocional y corporal (*illness*); al ser diagnosticadas por un especialista se convierten en pacientes con trastorno de la alimentación, con una mala adaptación o mal funcionamiento a nivel psicológico y en ocasiones a nivel bioquímico (*disease*); entonces ahora ellas son pacientes (*sickness*), “anoréxica” o “bulímica” para sí mismas, para el médico o terapeuta, para la familia y el contexto que las rodea.

Corporización de los trastornos de alimentación

El cuerpo es producto de una historia colectiva, construido desde la biografía personal y familiar, producto de un contexto histórico, social, situacional; resultado de normas y políticas; sin embargo, como lo menciona Mora (2010) “El cuerpo no es sólo receptor, él también produce, desde él se produce. Con el cuerpo también se conoce, y a la vez lo que

nos pasa en el cuerpo impacta en la construcción de nuestra subjetividad”, es la relación entre cuerpo, cultura y experiencia.

Vera (Op. cit.: 122) argumenta que el acto de sentir el cuerpo y el mundo es un acto de participación, “es un acto activo, no pasivo, que demanda una toma de conciencia, al menos de conciencia corporal y por ende de existencia, que, a su vez, implica en un sentido la conciencia del yo y el otro”. Merleau Ponty (1957) menciona que las percepciones y experiencias del mismo cuerpo son las que construyen la realidad, la existencia está encarnada en el cuerpo, y las relaciones intersubjetivas parten del cuerpo, de esta manera el cuerpo no sólo manifiesta ciertas situaciones o estados interiores, sino que es el lugar de la apropiación del mundo, es la función primordial de la existencia. Merleau Ponty plantea que el “cuerpo vivido” es la manera de estar-en-el-mundo, subjetividad e intersubjetividad. El cuerpo es fuente de conocimiento y de experiencias: “En el análisis de las experiencias y sus conexiones se ve que desde el cuerpo se produce subjetividad, se producen formas especiales de vincularse con el mundo y con los otros, se produce conocimiento” (Mora, 2010).

El concepto de “estar-en-el-mundo”, retomado de la tradición fenomenológica, se refiere al “sentido de la inmediatez existencial” (Csordas, Op. cit.: 10), es la presencia histórico-temporal con los significados que representan al sujeto y le dan su existencia. Este término es utilizado a lo largo de todo el escrito haciendo referencia a la experiencia de las mujeres en el momento presente conteniendo su devenir histórico y contextual coloreado por la gama de significados y emotividades; es el posicionamiento que cada una hace en su presente de acuerdo a lo que son incorporadamente y manifiesto en la acción ante ellas mismas y sus relaciones intersubjetivas.

Así, las mujeres con trastornos de la alimentación, son/están-en-el-mundo a través de su figura, peso y talla corporal, sensación y vivencia corporal, concepciones y prácticas alimentarias y del cuerpo, que han adoptado movidas por la búsqueda constante de placer que les aporta el ideal estético difundido en su contexto familiar y en los medios de comunicación, así como también la sensación corporal de ligereza; esto como una respuesta ante el sufrimiento emocional y corporal que experimentan. De tal forma que están presentes elementos subjetivos (sensación de placer), elementos objetivos (discursos en relación al cuerpo-delgadez-bienestar), así como mecanismos intersubjetivo que crean y recrean las prácticas corporales y alimentarias realizadas como una manera de relacionarse y ser/estar-en-el-mundo motivada por su experiencia e historia personal.

Mauss (1971) propone el estudio del cuerpo a través de las técnicas corporales, éstas son el uso que se le da al cuerpo de manera tradicional, mismas que son enseñadas y aprendidas. De esta forma, la posición del cuerpo y el movimiento son una construcción social y cultural. Se puede considerar que las medidas de talla y peso, ahora impuestas por la cultura son técnicas corporales que algunas mujeres aprehenden e incorporan por procesos educativos y de trasmisión de la cultura que ocurren al interior de la familia y del grupo social; tal trasmisión de saberes, concepciones y técnicas corporales, se encuentran mediadas por la influencia mediática. Las técnicas corporales son sistemas simbólicos y la experiencia física del cuerpo es modificada por las categorías socioculturales que nos aportan el conocimiento y entendimiento del cuerpo. De esta manera, la forma de *llevar* el cuerpo nos hace referencia a la cultura, en este caso es la búsqueda de la delgadez y la ligereza; precisamente en los medios de comunicación y como prototipo de ideal corporal, nos encontramos con mujeres con cuerpo de adolescentes, sin marcas de clase, cuerpos

higiénicos, melancólicos y de apariencia extinta. A partir de esto, algunas autoras feministas apuntan que ésta apariencia corporal nos refiere la posición de la mujer en la cultura, en relación consigo misma, con otras mujeres y con el género masculino.

Bourdieu estudia las prácticas corporales en su interacción con los campos sociales, y llama *habitus* al punto en donde convergen la estructura objetiva del campo y las prácticas, las maneras de un campo social da pautas para las formas de interacción y de experiencia de los individuos, construyendo así sus prácticas, su *habitus*; que al mismo tiempo proporciona formas y parámetros de percepción, pensamiento y acción. Mora (2010) explica la relación del *habitus* y la corporidad:

El *habitus* puede entenderse como lo social incorporado o hecho cuerpo, dado que las disposiciones que lo constituyen se encuentran inscriptas en el cuerpo. El *habitus* es una estructura incorporada, que se ha internalizado y hecho cuerpo de modo duradero. Las condiciones objetivas que se incorporan se convierten en disposiciones más o menos permanentes, que incluyen la postura corporal, las maneras de moverse, de hablar, de oler, de mirar, de percibir, de inventar, de pensar, de sentir, los esquemas de percepción, apreciación, clasificación y jerarquización.

Gilberto Giménez (2005) cita a Archer (1988) para exponer la relación entre la cultura objetivada y la cultura corporizada: “La cultura puede ser operativa y eficaz sólo en cuanto incorporada por los individuos y los grupos, y en cuanto invertida en el flujo vivo de la acción social”.

Es necesario tener en cuenta que el *habitus*, es el conjunto de técnicas corporales no sólo para satisfacer necesidades sino modos de ser/estar-en-el-mundo (Muñiz, 2007:26), maneras del sujeto con “lógica real de acción”, lo que sería la “agencia”. Así, acción y

estructuras se influyen mutuamente, como lo expresa Mora (Op. cit.) “los cuerpos abrazan y expresan el *habitus* del campo en que están situados”.

Crossley estudia “lo que se le hace al cuerpo” a manera de entender y abordar lo corporal, pero también “lo que el cuerpo hace”; es decir, esta perspectiva le da “el rol activo en la vida social”, teniendo en cuenta las bases incorporadas (*embodied*) internalizadas en y producidas por el cuerpo, de los constituyentes prácticos y simbólicos de una formación social, partiendo de que el cuerpo no es sólo algo sobre lo que se actúa sino que también es sujeto productor de acción, es decir, el cuerpo actúa. Crossley (2005) ha propuesto el concepto de “técnicas corporales reflexivas”, que al concepto de Mauss (1971), le adhiere la cuestión reflexiva y de la corporización, contemplando lo social, lo corporal y lo cognitivo. Crossley define a las técnicas corporales reflexivas como “aquellas técnicas corporales cuyo propósito principal es realizar un trabajo sobre el cuerpo, para modificarlo, mantenerlo o tematizarlo en alguna forma” (en Mora Op. cit.); éstas son “técnicas corporales cuyo principal propósito es actuar sobre el cuerpo para modificarlo o mantenerlo” (*ibíd*: 11), y pueden incluir a más de un agente.

De esta forma nos acercamos a los planteamientos de Csordas, que integran tanto la experiencia corporal como las prácticas sociales: la corporización, la experiencia del cuerpo y sus prácticas como manera de ser/estar-en-el-mundo.

Corporizar es integrar en el cuerpo, en la experiencia y llevar a cabo, lo que se ve, escucha y siente de todas aquellas concepciones, emotividades y prácticas que provienen de la familia, del contexto inmediato y los medios de comunicación.

En este caso, las mujeres con algún trastorno de la alimentación, más que ser una “víctima del trastorno” resultado por determinadas circunstancias ajenas, las prácticas características de éste, son adoptadas con la intención de encontrar satisfacciones individuales asociados a la experiencia corporal de ligereza, a un ideal corporal y a una pertenencia social; idealización buscada como una manera de mejorar lo que son y lo que sienten, como manera de buscar el placer ante el sufrimiento, idealizando y legitimando lo que los medios masivos y las imágenes muestran: el cuerpo delgado como medio de bienestar y éxito social, así las “actuaciones correctas” son vividas desde la intimidad y el secreto, ya que al mismo tiempo, saben que tales prácticas son estigmatizadas. De tal forma que el querer alcanzar el yo idealizado se expresa en términos de sacrificios (dejar de comer, ejercicio extenuante) con el fin de mantener la “fachada” de un yo ideal (Goffman, 1981: 48).

De igual manera, cuando ya no es posible vivir “la actuación” desde la intimidad y el secreto, ella pide ayuda y socializa su malestar, y toma y/o se le asigna el papel de “paciente” y éste es vivido como una actuación ritual, como otra “fachada” que es la actuación expresiva “intencional o inconscientemente” como manera de socializar su rol dentro de la familia.

El corporeizarse es una forma de conocimiento que surge de la experiencia, la cual siempre es intersubjetiva, construida de la relación con los otros a través del lenguaje en un proceso social. Así, el cuerpo “habla” y re-significa conceptos que se “toman por dados”, como el sexo, el género, la diferencia, la cultura manifiesta en las prácticas (cfr. Muñiz 2007: 28).

El cuerpo en la experiencia de los trastornos de alimentación, es como un engrane que se vincula con los otros engranes de la cultura dietética, del cuidado del cuerpo, los roles de género, la cultura emocional y las prácticas ritualizadas de las manifestaciones de los procesos de salud-enfermedad. Esto me permite distinguir dos conceptos utilizados por G. Bateson (1936), *eithos* que son los aspectos cognitivos normalizados y *ethos* que es la expresión de aspectos afectivos normalizados, Bateson argumenta que para poder contemplar “la cultura como un todo integrado”, es necesario conceder importancia “a los valores afectivos como concepciones compartidas de lo que es deseable dentro de un grupo” (en De los Cobos, 1998:65-66), por lo que el estudio de la cultura emotiva del contexto está inmersa en la corporización de los sujetos.

Las mujeres con trastornos de alimentación, son los “agentes que corporizan su realidad en la práctica” (Archer 2000, en Muñiz Op. cit.:28) resultado de su historia personal y familiar, a través de su *habitus*.

Los trastornos de la alimentación como Drama Social

Víctor Turner analizó el proceso que surge de situaciones conflictivas en sociedades africanas, y lo llamó “drama social”. Los dramas sociales ofrecen una pauta analítica de los procesos sociales, en los cuales hay un cambio o transformación en los actores que participan en dicho drama, en su desarrollo los dramas pueden ser contemplados como procesos regenerativos. Los dramas sociales se dan cuando la vida cotidiana es irrumpida por algún “proceso inarmónico o disarmónico que surgen en situaciones de conflicto” (Turner, 2002: 49).

El drama social se puede equiparar al proceso de la vivencia que las mujeres diagnosticadas con algún trastorno de la alimentación experimentan, acompañadas de su contexto familiar y social. Atravesando así, por las “cuatro fases de acción pública” (Turner 1974, 1987, 2002), cada fase se define por su propio ritmo, estilo y duración, y cada una se expresa de distintas maneras. Estas cuatro fases en términos de Turner son:

1. Brecha en las relaciones sociales
2. La crisis
3. Fase de acciones y procedimientos de ajuste
4. Fase de reintegración del grupo social o reconocimiento del cisma irreparable entre las partes.

Cabe aclarar que, de acuerdo a Turner (1988: 34-35), no en todos los dramas sociales se presentan la misma secuenciación de las cuatro fases de acción; sin embargo para facilitar el análisis y la redacción del documento las describo de manera lineal. Encontré que las mujeres que fueron diagnosticadas con algún trastorno de la alimentación viven y experimentan la “irrupción de una brecha⁵ en las relaciones sociales”, familiares y consigo mismas, viven la “crisis” y la “liminalidad” del drama social del padecimiento, tanto ellas como su familia llevan a cabo “acciones y procedimientos de reajuste” y finalmente, en algunos casos se da la reintegración de aquellas relaciones que se rompieron y en otros casos se hacen conscientes del cisma irreparable entre su medio social, familiar y consigo mismas.

La ruptura de las relaciones sociales y familiares, así como consigo mismas se da por varias razones, según la historia de cada una. Turner menciona que esta primera fase

⁵ Algunas traducciones a la obra de Turner, hacen referencia a

comienza cuando se rompe una ley o una regla, ya sea deliberada o espontáneamente, existe un mal entendido en la comunicación o hubo una transgresión simbólica (Turner, 1987). Las mujeres con trastornos de alimentación comparten antecedentes y una historia familiar relacionada con la mala comunicación entre sus miembros familiares, en donde ha habido violencia, críticas y represión física, emocional y sexual, además las mujeres comparten la vivencia de algún tipo de transgresión a su cuerpo como algún accidente, o específicamente una transgresión a su *cuerpo femenino*, como puede ser acoso, abuso sexual, o un aborto.

En la fase de la crisis de este drama social, es cuando la mujer se siente y se vive “sola”, es ahí cuando se crean nuevas facciones o las viejas se activan, se hace acopio de recursos, se exigen lealtades y obligaciones (Turner, Op. cit.), de tal forma que en este momento es cuando las mujeres, exploran las maneras de estar-en-el-mundo a través de las prácticas y concepciones específicas en relación con su cuerpo y la comida; movilizan recursos personales para buscar el sentido y el placer ante la crisis, por lo que sentir su cuerpo ligero, lograr la autodisciplina de las dietas y los ayunos, expresarse a través del vómito, alterar el estado de conciencia con el ejercicio extenuante; hacen de estas prácticas, una nueva manera de relacionarse consigo mismas y con su contexto inmediato (familia, amigas, parejas), al recibir comentarios favorables en relación con su imagen corporal; de esta manera utilizan su cuerpo como un recurso para encontrarse a sí mismas y para darle sentido a su vida. Sin embargo, con el seguimiento de tales prácticas, se hace una incisión entre su cuerpo y su Yo, lo que hace que al mismo tiempo estas prácticas se tornen rígidas y agresivas y el malestar se acentúa.

Dentro de esta etapa, según Turner se encuentra la liminalidad, cuando se da el rompimiento de las regulaciones sociales, mismas que son cuestionadas. Las mujeres, se

encuentran disociadas de sí mismas, se encuentran desvinculadas de los y las demás, están alienadas y confundidas entre la estructura y la anti-estructura, entre la jerarquía y la anti-jerarquía; el cuerpo se convierte en su única forma de encontrarle sentido a esta confusión, que se expresa a través de las prácticas corporales y alimentarias. La etapa de liminalidad da pie a procesos reflexivos, como lo apunta Rodrigo Díaz:

se busca asignar significado a lo que ha sucedido, también se articulan los eventos de un modo que tengan sentido; ahí se orienta la atención del pensamiento a las estructuras limitadas e imperfectas del lenguaje y el pensamiento de la sociedad y del poder, ya sean las propias, ya las limitadas e imperfectas estructuras de los otros. Ahí se exponen desde oblicuas y delicadas alusiones al nosotros hasta vigorosas producciones dramáticas; (...) [los sujetos] señalan sus propósitos y naturalezas, se interrogan sobre sí mismos. (Díaz, 1993:10)

La tercera fase de acción social, Turner la llama la fase de acciones y procedimientos de ajuste, éstos pueden ser formales o informales (Turner 1987). En esta fase las jóvenes empiezan a buscar alguna comunidad de sentido, es cuando piden ayuda terapéutica, cuando rompen con el silencio del padecimiento de su malestar y de la elaboración de sus prácticas. Algunas mujeres encuentran la comunidad cibernética en donde pueden expresarse y en la cual reciben retroalimentación, lejos de la estigmatización, para poder continuar y legitimar sus prácticas corporales y alimentarias y así lograr el cuerpo ligero y/o el cuerpo ideal. Otras mujeres y sus familias buscan la ayuda de algún especialista médico o psicológico y otras más se adhieren al grupo de Alcohólicos Anónimos con el fin de darle sentido a su vivencia y a su estar-en-el-mundo.

Es el momento en que son diagnosticadas y comienzan con el proceso de atención al padecimiento; sin embargo para que este proceso sea terapéutico⁶, es necesario de la relación-alianza médico/especialista-paciente, si ésta no se logra y/o si el tratamiento no es eficaz y suficiente, la “paciente” lo abandona y vuelve al estado de “crisis”. Pero si por el contrario el tratamiento provoca la consciencia de enfermedad, para el caso que nos acontece, la mujer cae en una segunda etapa de liminalidad, en la confusión de nuevo entre aceptar o no la estructura y jerarquía a través de la medicalización de la vida cotidiana.

La cuarta fase del drama social, es cuando se da la reintegración o el entendimiento de que hay un daño irreparable; esta etapa comienza cuando se “acepta” el diagnóstico y se crea la consciencia de enfermedad. Poco a poco y con ayuda de la comunidad terapéutica⁷, van logrando que las mujeres comienzan a darse cuenta y a contactar⁸ con su historia personal y familiar, a contactar con su cuerpo y sus emociones en el momento presente y a darse cuenta del daño irreparable que le han ocasionado a su cuerpo, razón por la cual las posibilidades y formas de reintegración se hacen necesarias en la vida cotidiana y para toda su vida.

Como lo menciona Turner (1987), en esta fase algunos actores del drama ganan legitimidad, otros la pierden, también se crean nuevas alianzas y comunidades de sentido, así como se crean y recrean los lazos afectivos y de amistad.

⁶ Hago la distinción entre “el proceso de atención” y “el proceso terapéutico”, el primero es característico de las instituciones de salud y atiende el padecimiento en sus signos y síntomas, el segundo busca tener eficacia en el estado de su salud en todos los niveles, basado en la consciencia de enfermedad.

⁷ Muchos de los casos, la ayuda que reciben es sobre todo de la comunidad terapéutica, más que de la “ayuda familiar” que podrían recibir, ya que por los lazos fragmentados al interior de la misma, ellas son estigmatizadas y regañadas por la manifestación de su trastorno. Es necesario que la comunidad terapéutica “convenza” y “enseñe” a la familia cómo ayudarla.

⁸ Hago referencia al hecho de además del “darse cuenta” racional, el contactar es “tocar” aquellos sentimientos de vivencias familiares, corporales y alimentarias experimentadas como negativas

Turner describió el drama social basado en sociedades africanas, por lo que encontramos diferencias estructurales entre las formas y expresiones del drama social que él exponía y el drama social que yo describo; sin embargo, el análisis de los trastornos de alimentación como drama social permite encontrar aquellos significados y prácticas que se van creando y reelaborando con y en cada fase de acción, de esta manera las mujeres van transformando su corporización y corporizando su transformación, en el oscilante círculo de placer y de sufrimiento de su cuerpo, de su yo y de su entorno.

Preguntas de Investigación

La investigación está guiada por las siguientes preguntas:

Dentro del análisis de los trastornos de alimentación como drama social, ¿Cuáles son los factores expuestos de su contexto social y su contexto inmediato que corporizan las mujeres, partiendo de su experiencia corporal de placer y sufrimiento?

¿Qué papel tiene la agencia de las mujeres con trastorno de la alimentación, dentro del proceso de salud-enfermedad-sanación?

¿Qué correlación juega el contexto familiar, cultural, histórico y social en el padecimiento, atención y sanación del trastorno de la alimentación?

Metodología

Los trastornos de alimentación como formación cultural dentro de las formas glocales⁹ de expresión en México y en específico en San Luís Potosí, me permite dilucidar varios aspectos que comparten, sin importar que los casos se encuentran diseminados en muy diversos contextos dentro de la ciudad, estos aspectos incluyen cuestiones subjetivas como el malestar corporal, las prácticas y concepciones en relación con el cuerpo y la comida como manera de estar-en-el-mundo, las pautas familiares en relación con los vínculos emocionales, la violencia, así como también las formas de relaciones y conexiones que ellas tiene con la cultura de la imagen y la sobrevaloración del cuerpo femenino delgado. Así, para estudiar los trastornos de alimentación como formación cultural me fue necesario “reconfigurar condiciones para el estudio” que permitieran abarcar y al mismo tiempo romper con cuestiones relativas a lo local y a lo global. Entonces, la etnografía que elaboro, es una etnografía multisituada (Marcus 1995), en la cual el objetivo mismo es el etnografiar la experiencia de la corporalidad de las mujeres con trastornos de la alimentación en relación con su proceso salud-enfermedad-sanación.

Para la metodología de la etnografía multisituada, es necesario desarrollar estrategias de investigación en las cuales, el investigador construye etnográficamente los mundos de vida de varios sujetos que se encuentran en varios lugares y niveles de la sociedad, así como también aspectos del sistema que se encuentran en los sujetos que han sido asimilados por conexiones y asociaciones sugeridas en su entorno (cfr. *Ibíd.*:112). Para el caso de la tesis, el objetivo es la etnografía de la corporalidad, más que los mundos de vida que menciona Marcus, por lo que construí la estrategia de etnografiar la corporización

⁹ Neologismo que busca definir la influencia e interacción entre las dinámicas globales y locales

de 13 mujeres diagnosticadas con algún trastorno de alimentación, dentro de un determinado momento cronológico del proceso salud-enfermedad-sanación por el que atraviesan. Algunos fueron los casos en los que pude realizar etnografía de los aspectos familiares, culturales, sociales y terapéuticos que se conectan y se relacionan con la corporización de ellas mismas. Así, la etnografía multisituada me permitió entender la relación de las mujeres, con diversos mundos de vida y con objetivos similares, y cómo se entrelazan estas relaciones entre ellas mismas y con el sistema (medios de comunicación y sistema de salud). De igual manera comprender la forma en que ellas van construyendo sus concepciones y corporizan su enfermedad y su sanación; Marcus hace referencia a esta relación entre los sujetos y la estructura:

en la medida en que de este modo se investiga y construye etnográficamente los mundos de la vida de sujetos diversamente situados, también se construyen etnográficamente aspectos del sistema mismo a través de las asociaciones y conexiones que sugiere entre los sitios (Marcus, *Ibíd.*: 96).

La construcción de los sujetos fue a través de la narrativa que las mujeres entrevistadas me iban aportando, ellas me fueron relatando su experiencia en relación a su proceso salud-enfermedad-sanación y en algunos casos obtuve su historia de vida, fue así como pude materializar los trastornos de alimentación como formación cultural, de esta manera: “Las historias de vida revelan yuxtaposiciones de contextos sociales mediante una sucesión de experiencias narradas individualmente” (Marcus, *Ibíd.*: 121).

En el plano intersubjetivo de elaboración de la investigación y desde la perspectiva del *embodiment*, más allá de ser el cuerpo mi objeto de estudio, el cuerpo en su dimensión biológica y material es el punto de partida para el entendimiento de la vivencia de la cultura

y el sujeto: partiendo del ser-en-el-mundo corporizado (*embodied*); buscando sintetizar la inmediatez de la experiencia corporizada, con la multiplicidad de sentidos culturales en que estamos inmersos (Csordas, 1999). Es ver a través del la luz del cuerpo a la experiencia y a la cultura, entender la experiencia con la perspectiva de la cultura y del cuerpo y contemplar la cultura desde el cuerpo y la experiencia; reconociendo siempre que “las prácticas corporizadas (*embodied*) son llevadas a cabo por agentes que pueden producir una objetivación conceptual sobre las mismas” (Mora, 2010).

Entonces, las observaciones y las entrevistas, tuvieron como actitud metodológica “la sensibilidad de entender al cuerpo como el sustrato existencial de la cultura” (Mora, 2010).

También, es necesario señalar que los datos aquí mencionados han pasado por el filtro de la interacción de dos sujetos sociales que intercambian, ya que como investigadora y como sujeto social produzco una mirada frente a otros sujetos sociales, por mi presencia, mi imagen, mi edad, mi género y mi formación como psicóloga obtuve cierto impacto en ellas, en sus respuestas, en sus relatos, y mi actitud fue siempre, (o por lo menos eso pretendía ser) de construir juntas las historias y el texto, pero también “obtuve el conocimiento por mi propio conocimiento”, producido por mis propias experiencias corporales en el proceso de investigación, por mi propia posición de mujer, y de esta manera pude entender muchas otras cuestiones que me relataban.

Trabajo de Campo

En un inicio, esta investigación estaba enfocada a estudiar jóvenes con anorexia, sin embargo, esta iniciativa la modifiqué por el estudio de los “Trastornos de la Alimentación”, ya que la nosología¹⁰ concreta de la anorexia cumple con ciertos criterios estrictos y específicos por el DSM IV usado tanto por psiquiatras como por psicólogos de orientación clínica; de igual forma y como lo comentó la doctora Silvia Medellín¹¹: “es difícilísimo encontrar una anoréxica pura”. Además, que la manifestación de los trastornos de alimentación es irregular y cambiante en sus signos y síntomas en cada persona y en cada caso. Los especialistas clínicos optan por diagnosticar como “Trastornos Alimentario no Especificado” (TANE), razón por la cual, amplié el universo de investigación a mujeres con cualquier tipo de trastorno de alimentación.

De la misma forma, mi primer interés era acercarme a jóvenes mujeres que hubieran sido diagnosticadas con un trastorno de la alimentación, pero en la realidad de campo me encontré que los parámetros de edad en los que una mujer era considerada como “joven”, se hallaba reducido, ya que me encontré con mujeres que ya eran adultas y tenían diez años con el padecimiento o en el proceso de rehabilitación, por lo que el universo de investigación dejó de “ser mujeres jóvenes” y pasó a ser “mujeres”.

En trabajo de campo, el primer acercamiento que tuve con las mujeres diagnosticadas con algún trastorno de la alimentación en la ciudad de San Luís Potosí fue mediante las instancias de la Secretaria de Salud y los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), posteriormente contacté con los especialistas privados (psiquiatras, psicólogos y

¹⁰ Descripción, clasificación y diferenciación de las enfermedades y procesos patológicos

¹¹ Dra. Psiquiatra Silvia Medellín, jefa del servicio de psiquiatría infantil, Instituto Temazcalli; conversación personal, 2009

nutriólogos) y finalmente estudié los espacios cibernéticos, específicamente los *blogs* pro “anorexia” y “bulimia”. De esta manera, puedo identificar cuatro áreas en las cuales fui encontrando especialistas y mujeres diagnosticadas con trastornos de alimentación, cada área con concepciones específicas en relación con los trastornos de la alimentación y en relación con las mujeres que lo padecen. Así, las instancias públicas de atención a la salud mental, las instancias privadas que incluyen especialistas en los trastornos de alimentación, los grupos de AA y por último el ciberespacio, fueron los sitios etnografiados y fuentes de vínculos con las mujeres. Tanto mujeres como especialistas se entrecruzan de un sitio a otro y se relacionan con un mismo objetivo aparente: comunidades de sentido y comunidades terapéuticas.

En primer instancia, en cuanto a las instituciones de Salud Pública me encontré con la burocracia del sistema de salud del Estado, tanto en la Secretaría de Salud, como en el Instituto Temazcalli¹², ya que los trámites para que me proporcionaran los datos de las “pacientes” que son atendidas por salud mental, es decir por el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), en lo relacionado a trastornos de alimentación, me llevó literalmente los tres meses del primer periodo de trabajo de campo, y esto fue por una serie de peticiones que incluían oficios dirigidos a diferentes personas, concertar citas con los responsables, presentación del protocolo de la investigación ante comités de bioética, dictámenes al respecto, etcétera. Además este periodo coincidió con el cambio de gobierno del estado, lo que alargó aún más el proceso; sin embargo los funcionarios se mostraban interesados en la investigación y muchos de ellos se disculpaban por tal pérdida de tiempo. Para el segundo periodo de trabajo de campo, ya contaba con los datos de las pacientes que habían sido

¹² Institución dedicada a la prevención y rehabilitación de adicciones, así como a la salud mental infantil y del adolescente, es un organismo descentralizado que recibe subsidio del DIF

diagnosticadas tanto por el CISAME como por el Temazcalli, por lo que hice visitas domiciliarias para presentarme y poder realizar las visitas correspondientes para llevar a cabo la etnografía y las entrevistas. Algunas de estas mujeres eran menores de edad, por lo que fue necesario, a petición de las instituciones, firmar consentimiento informado, así como cartas de aprobación de los padres. En la primera visita de mi parte a su casa, era necesario llevar una carta oficial de la Institución de Salud y otra del Colegio de San Luis, por su gesticulación y comentarios, esto les parecía extraño, sin embargo en todos los casos, recibí la aceptación para participar en el estudio; muchas de ellas, tanto las mujeres como la familia, aceptaban con alguna esperanza de que aquella participación tuviera un efecto positivo en la salud, el ánimo o la situación de la mujer, misma esperanza me la hacían saber explícitamente, sin embargo yo expresaba el fin inmediato de las entrevistas.

Otra instancia pública que visité fue el Instituto Potosino de la Juventud (IPJ), para las fechas del primer periodo de trabajo de campo, la psicóloga Irma ya me conocía, porque con anterioridad le había presentado mi protocolo, me contactó con una secundaria pública en donde se estaban presentando casos y conductas relacionadas con los trastornos de la alimentación, sin embargo, las adolescentes no habían sido diagnosticadas como tales, por lo que decidí no dar seguimiento a tales casos. También busqué ser invitada por el IPJ a las pláticas preventivas e informativas de trastornos de la alimentación que ofrecen a las escuelas, sin embargo, las pláticas no estaban programadas y la psicóloga quiso que yo me encargara de concertarlas y programarlas, cosa que me fue imposible. Para el segundo periodo de trabajo de campo, los funcionarios de IPJ ya eran otros, debido al cambio de gobierno, así el psicólogo Moisés Zárate era el encargado del área de psicología, así que lo

entrevisté y extendió la invitación para presenciar las pláticas que realizan con el tema de trastornos de alimentación.

En lo concerniente a los especialistas privados, la relación fue a través de los grupos de AA de la ciudad que anunciaban ofrecer ayuda a personas con trastornos de alimentación, fue así, que encontré un grupo de AA “exclusivo” de trastornos de alimentación, se trata de mujeres que se reúnen y que son tratadas por el mismo psiquiatra, el doctor José Noyola, mismo que las ha diagnosticado, y las atiende con un plan de tratamiento que incluye atención psiquiátrica, psicológica, nutricional, terapia de grupo, de familia y asisten a las juntas de AA. En el periodo del primer trabajo de campo, este grupo era conformado por alrededor de nueve mujeres, sin embargo su presencia en las terapias y en el grupo era irregular, dependiendo de la fase que se encontraban del tratamiento y de la enfermedad, aún así, una vez que mi presencia se hiciera familiar en las juntas del grupo de cada lunes por la tarde, fui entrevistando poco a poco a cada una. Para el segundo periodo de trabajo de campo, tal grupo “exclusivo” de trastornos de alimentación ya no existía como tal, ahora algunas mujeres que continuaban en tratamiento con el doctor Noyola seguían asistiendo a las juntas de un grupo “exclusivo” para mujeres, en el cual las asistentes expresaban ser “adictas”, “enfermas emocionales” o “alcohólicas”, sin embargo, en el grupo también eran bienvenidas las mujeres con trastornos de alimentación, es por ello que seguí asistiendo para hacer la etnografía correspondiente, por la importancia que ellas le daban al grupo para su recuperación. Así, se fueron sumando a las mujeres que eran tratadas por el doctor Noyola que aunque ya no continuaban en el grupo, yo seguí frecuentándolas.

De igual forma acudí a dos instituciones pertenecientes al sistema de grupos de AA, llamadas “comunidades terapéuticas” en el que internan a personas tanto hombres como mujeres y en ocasiones menores de edad, para la rehabilitación de alcoholismo y/o drogadicción, en una de estas comunidades terapéuticas conocí a Ivón*, que fue el primer acercamiento que tuve con una joven diagnosticada con trastorno de la alimentación en la ciudad; Ivón, una joven de 23 años, fue diagnosticada con anorexia desde los 13 años, ella venía de la ciudad de México, me pareció un caso característico por su historia de vida y la gravedad de su estado de salud, así como su peregrinaje médico; el caso era significativo ya que en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente fue considerado como “caso desahuciado” y ante esto, su madre buscó por Internet y encontró que en San Luis Potosí podía ser atendida en otra comunidad terapéutica de AA, misma que al ver su estado de salud la derivó a ésta última, en donde yo la conocí y así empecé a visitarla todos los días y a hacerle las entrevistas. El segundo acercamiento que tuve con otra mujer con trastorno de alimentación fue Maru, una joven de 25 años que había sido diagnosticada con bulimia desde los 17 años; ella trabajaba en la otra comunidad terapéutica para adicciones. La conocí porque fui a buscar a jóvenes internadas, sin embargo ella trabajaba ahí, me recibió con mucho gusto y “ganas” de platicar, como si tuviera la necesidad de hablar de ella, sin embargo por su trabajo era poco el tiempo el que yo podía acompañarla y un día no quiso recibirme, la encargada del lugar me dijo que había “caído en crisis”, fue ahí cuando me percaté que era posible que ellas estuvieran vulnerables a hablar de ciertos temas y que por su estado emocional pudieran tener o no las ganas de compartir su experiencia.

* Cabe aclarar que los nombres de las mujeres son seudónimos (a excepción y con consentimiento de María Clara), sobrenombres que en la mayoría de los casos fueron escogidos por ellas mismas. Esto realizado de tal manera, ya que la información brindada fue bajo la consigna de manejarse de manera anónima y confidencial.

María Clara, fue un elemento clave en el estudio, ya que ella, una mujer de 34 años, como parte de su recuperación con el doctor Noyola, es la que inició con el grupo de AA “exclusivo” para trastornos de alimentación hace ya siete años. Ahora ella es una especialista en el tema, es terapeuta y se dedica a compartir su experiencia e imparte pláticas testimoniales a colegios y preparatorias particulares.

En total, conocí un total de doce historias de mujeres que habían sido diagnosticadas con algún trastorno de la alimentación y que vivían en la ciudad de San Luís Potosí o estaban ahí para recibir tratamiento; primero conocí a Ivón, después a Maru y luego a María Clara, y así poco a poco fui conociendo a cada una, algunas las conocí en el grupo de AA en las juntas de los lunes y los jueves por la tarde; a otras más, en específico a las que son atendidas por las instancias públicas de salud, las conocí a ellas y a sus familias en sus casas.

Historias relatadas por medio de entrevistas a profundidad y en cuatro casos significativos realicé historias de vida, estos casos sobresalían por su peregrinaje médico (itinerario terapéutico), por la gravedad de su salud y por el tiempo que tenían padeciendo el trastorno. Así fue que en algún café, en algún parque, en el lugar donde trabajaban, en la sala de su casa, en su cuarto o en la cocina de su casa, fuimos dándole forma y seguimiento a los relatos, las expresiones, las dudas de cada una de nosotras. Todas las entrevistas que realicé, tenían un formato semiestructurado, que incluía varios tópicos, que pudieron ser abarcados en varias sesiones de entrevista, entre mínimo tres entrevistas y máximo ocho a cada una, todas las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas, también, como herramienta metodológica elaboraron dibujos de sí mismas e hicieron una línea del tiempo de su vida, marcando eventos y experiencias importantes.

De igual forma me dediqué a hacer ciberetnografía, esto porque existe un número significativo de *blogs*¹³ de y para las jóvenes que comparten prácticas relacionadas con algún trastorno de la alimentación y porque algunas de las mujeres entrevistadas consultaban y llevaban a cabo consejos y prácticas relacionadas con el cuidado del cuerpo, hábitos alimentarios y de consumo, muchas de ellas habían sabido que tenían un trastorno de la alimentación por la misma información que circula en Internet (ya sea de carácter pro o contra), antes de ser diagnosticadas por algún especialista. Me encontré con miles de *blogs* pro trastornos de la alimentación, que fui delimitando poco a poco, hasta llegar a sistematizar sólo los que según el perfil de las autoras eran pertenecientes a México, incluso a la ciudad de San Luis Potosí. En este mismo sentido participé en *chats*¹⁴ de los mismos *blogs*, en donde también encontré cantidad, por lo que me concentré particularmente en uno¹⁵ por su fama en el medio y por el número de participantes. El primer acercamiento fue como investigadora, así me presenté, sin embargo, no tuve respuesta alguna ya que la mayoría son conocidas entre ellas y comparten sobrenombres y avatares¹⁶ similares, de esta manera, quién no comparte estos símbolos son llamadas *wanna be* y son excluidas del *chat* y de las conversaciones, así opté por cambiar mi identidad, crear una cuenta de mail, un nombre y escoger una imagen para mostrar, con el fin de parecer una de ellas y así poder participar en la plática, incluso ser agregada a mensajería instantánea particular. En estos espacios cibernéticos *pro* trastornos de la alimentación, las jóvenes se hacen llamar “princesas” e identifican sus prácticas por ser *Ana* = anoréxica o *Mía* = bulímica.

¹³ Sitio *web* gratuito

¹⁴ Espacio para la conversación en línea, en tiempo real, en donde hay varios participantes.

¹⁵ Llamado chatango. En línea <http://anaymiasiempre.chatango.com/> Agosto-diciembre 2009.

¹⁶ Imagen pequeña y sencilla que los usuarios escogen para personalizar sus correos electrónicos o la cuenta de mensajería instantánea.

La experiencia de trabajo de campo, la etnografía, las entrevistas, las historias de vida y los dibujos, me llevaron a plantearme que lo que yo quería estudiar en un principio: “concepciones del cuerpo”, quedaba reducido a lo que las mujeres me expresaban y a lo que yo observaba; contemplar sólo el cuerpo era fragmentar la vivencia y el contexto cultural y familiar en que las mujeres estaban inmersas, en cómo ellas se relacionaban y cómo a través de su cuerpo y sus prácticas estaban-en-el-mundo, razón por la cual fui haciendo más profundo el análisis y me fui apegando al concepto de *embodiment*, que como ya lo he mencionado contempla la experiencia, el cuerpo y la cultura. De esta manera, he integrado los discursos cargados de emotividad que ellas refieren con las prácticas corporales y alimentarias que observé y que ellas relataron. Por lo tanto, el cuerpo es el punto de partida para el entendimiento de la experiencia y de la cultura específica que viven las mujeres con trastornos de alimentación. Estas mujeres pertenecen a diferentes estratos socioeconómicos, se encuentran en diversos lugares de la ciudad, diferente religión, diversos grados educativos, pero comparten la agencia por la búsqueda de placer por ciertas prácticas corporales y alimentarias, ciertas sensaciones corporales, por buscar un ideal corporal y saciar así el sufrimiento emocional y corporal que experimentan.

Para entender la corporización de los trastornos de alimentación, en una unidad procesual de experiencia, como sería el momento y la experiencia que ellas identifican como el desencadenante hasta el momento de la reflexión en la entrevista, la Antropología de la experiencia, me ayudó a entretejer la experiencia misma de las mujeres en una línea del tiempo, tomando en cuenta los significados, valores y afectos que ellas elaboran en relación con el proceso salud-enfermedad-sanación y la corporización de todos ellos en su práctica cotidiana. Tanto en la vida cotidiana como en la historia de vida hay “experiencias

formativas y transformativas” (Turner 2002: 92) dentro de la secuencia de eventos, así como respuestas internas a estos nuevos eventos, Turner lo explica de la siguiente manera:

Estas experiencias que irrumpen de la conducta rutinaria y repetitiva comienzan con evocativas sacudidas de dolor o de placer: suman precedentes y semejanzas del pasado consciente y del inconsciente, [...]. Entonces, las emociones de las experiencias pasadas colorean las imágenes y contornos revividos por la sacudida presente. Enseguida se presenta la necesidad ansiosa de encontrar algún significado de lo que nos ha desconcertado, ya sea por dolor o por placer, y que ha convertido una “mera experiencia” a “una experiencia”, lo cual sucede cuando tratamos de unir el pasado con el presente (*Ibíd.*:92).

Así, las mujeres con trastornos de alimentación, en su historia de vida, muestran una secuencia en la cual distinguen “las experiencias” que irrumpieron su cotidianidad y que juntas fueron dando paso a la corporización del trastorno, estas experiencias se relacionan con alguna transgresión que experimentaron en relación con ellas y con su cuerpo. La necesidad de encontrar significado lo que las ha trastocado sucede cuando piden ayuda terapéutica y/o cuando se adhieren a alguna comunidad de sentido, ahí ellas van reelaborando sus concepciones de ellas mismas, de su cuerpo, de la comida, van entendiendo el malestar y el placer que les provoca las prácticas restrictivas, y de esta manera, el presente empieza a cobrar sentido en relación a las.

Mujeres, pacientes, amigas, compañeras

A continuación presento en pocas palabras, a cada una de las mujeres que con sus experiencias le fueron dando forma a esta investigación, presento algunos datos

contextuales que me parecen relevantes para adentrarnos al mar de experiencias que cada una compartió.

María Clara, es una mujer de complexión delgada y alta, cabello largo castaño y rizado, ojos grandes y expresivos, tiene 34 años y ocho años en recuperación, sigue un plan nutricional y asiste tres veces por semana al grupo de AA de las once de la mañana, algunos días va a las juntas del mismo grupo pero en el horario de la noche, a las ocho y media. Ella fue la que inauguró las juntas para los trastornos de alimentación en el grupo “Las Lomas” de San Luis Potosí. Ahora ella se ha convertido en una experta en el tema, y se ha dedicado a compartir su experiencia de lo que es tener un trastorno de alimentación, cómo darse cuenta si se tienen síntomas o si alguien cercano los tiene. María es invitada a dar pláticas en diversas escuelas secundarias y preparatorias privadas, como una forma de prevención que las instituciones llevan a cabo, también el Instituto Potosino de la Juventud, en el 2007 realizó una serie de conferencias con María Clara y Ana Darguense, en el marco de la campaña institucional “+que imagen” dedicada a prevenir los trastornos de alimentación. Ahora ella también es terapeuta en el área de terapia del arte, se ha preparado y utiliza su experiencia como herramienta para entender y ayudar a sus pacientes, muchas de ellas con trastornos de la alimentación.

Ivón, es una joven de 23 años, de tez morena, ojos grandes y rasgados, ella nació en Nicolás Romero, estado de México. Es hija única, vivió con su madre y creció a lado de ella y sus tías y primas, conoció a su padre hasta los veinte años. Fue diagnosticada con anorexia desde los 13 años, siete años después por su gravedad en su estado de salud, los especialistas del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente consideró su caso como “caso desahuciado”.

Paola es una joven de 16 años, pero aparenta más edad, es alta y de complexión gruesa; ella fue diagnosticada por el CISAME en el 2008 con “depresión severa” y “bulimia”, empezó a ir a las consultas por varios intentos de suicidio, estuvo yendo a consultas durante tres meses, luego abandonó el tratamiento “porque ya no le pusieron cita”. Estudió hasta segundo semestre en el CONALEP, al momento de la entrevista estudiaba un curso en una academia de belleza. Alrededor de los cuatro años, su madre migró al estado de Sonora quedando ella y su hermano a cargo de su abuela materna, trece años después su madre regresa a la ciudad de San Luís Potosí, se “junta” con un señor de tal forma que Paola vive por tiempo intermitentes en casa de su mamá o en casa de su abuela. Al momento de la entrevista, llevaba cinco meses con su novio, mismo que meses después había fallecido su hermana por “la gordura”, podría ser que también tenía algún trastorno de la alimentación ya que tomaba medicamentos para adelgazar sin prescripción médica.

Ana es una mujer de 34 años, casada, madre de una bebé de año y medio, para ella su papá es alcohólico. Desde los 25 años empezó con prácticas alimentarias características de los trastornos de alimentación. Tiene cuatro años en tratamiento con el doctor Noyola, mismo que la diagnosticó, con “trastorno de alimentación no especificado” y depresión, estuvo internada en Avalon¹⁷. En el momento del segundo periodo de trabajo de campo, ella ya no asistía a terapias ni al grupo de AA, sólo continuaba con su plan alimentario.

Maru es una joven de 25 años, rubia, tez blanca y ojos claros; ella fue diagnosticada con “Bulimia” desde los 17 años, pero empezó a “dejar de comer”, cuando se fue a estudiar inglés a Washington, ya que “veía la comida muy grasosa”, ha estado internada repetidas

¹⁷ Clínica privada, especializada en atender trastornos de alimentación. En el capítulo 4 hago mención de ella.

veces en clínicas de rehabilitación en la ciudad de Monterrey. Al momento de las entrevistas ella trabajaba en una comunidad terapéutica de la ciudad de San Luís, misma en la que había estado internada por “depresión” meses antes. Su hermano también había estado internado ahí por alcoholismo y drogadicción. Ella llegó a pesar 32 kilogramos.

Betty es soltera, tiene 27 años de edad, es de complexión delgada, de tez apiñonada y ojos cafés; desde que tenía 17 años empezó a practicar ayunos y a consumir té para adelgazar. Desde hace dos años es paciente del doctor Noyola asiste a terapias y al grupo de AA, estuvo internada en Avalon por 4 meses, ella fue diagnosticada con “Anorexia”, “Ansiedad y Depresión”. Betty considera que su mamá es “comedora compulsiva” y que su papá es “muy obsesivo por comer de manera sana”, también considera que su hermana mayor, tiene “anorexia”.

Perla es una joven de 17 años, desde hace un año que empezó a vomitar para bajar de peso, ella vio en una telenovela que “así le hacían”; llegó a pesar 40 kilos cuando estaba deprimida porque el novio había decidido terminar la relación. Al momento de la entrevista llevaba 4 meses como paciente del Temazcalli, pero ya no quería seguir yendo a terapia, porque dice que “ya puede controlar la comida” y puede comer poco para no vomitar; en ese momento comentó que sólo vomitaba cuando comía mucho, dos veces a la semana. La mamá de Perla identifica el momento en que ella empezó a vomitar y a “cambiar su manera de ser”, esto fue cuando mataron a su hermana y su esposo, y los tres niños huérfanos se fueron a vivir a casa de Perla y su mamá.

Edith tiene 18 años, ella se auto-diagnosticó con “anoréxica” y formó parte de la comunidad de sentido cibernética de “Anas” y “Mías”. Actualmente es paciente del doctor

Noyola y asiste al grupo de AA. El momento de las entrevistas su padre tenía depresión, ella considera que porque él tuvo problemas económicos y porque perdió a su papá cuando era niño, además que el señor tuvo poliomielitis. Edith, por medio de las prácticas elaboradas ha bajado alrededor de 30 kilogramos. Edith dice que ha tenido “momentos de alcoholismo y drogadicción”, pero dice que “siempre” se ha sentido “incomoda con su peso”, por lo que se empezó a “fijar en la comida”.

Lucía tiene 22 años de edad, de tez clara, cabello negro y largo; fue diagnosticada por el doctor Noyola como “bulímica” desde hace 9 meses al momento de conocerla, asiste a terapias y al grupo de AA, ella dice que su papá es muy agresivo.

Lidia es una joven de 16 años, de complexión delgada y tez morena, ella fue diagnosticada por el CISAME por prácticas características de anorexia y bulimia; al momento de la entrevista había dejado de asistir a las consultas, por estar en rehabilitación en otra dependencia de la secretaría de salud por “adicciones”.

Brenda tiene 20 años, y fue diagnosticada por el doctor Noyola con “bulimia”, desde los 18 años empezó a cambiar sus prácticas alimentarias en conjunto con sus tres amigas que compartían hábitos, ahora ella asiste a terapia, lleva un plan nutricional y va a las juntas de AA. Ella dice que su papá es “alcohólico y drogadicto”, su hermano mayor “alcohólico, maniaco-depresivo con tendencias suicidas” y sus dos hermanas también son “anoréxicas” y “bulímicas”, aunque una de ellas al parecer ya no continúa con las prácticas características del trastorno.

Rosalía tiene 19 años, aparenta más edad, estudió hasta la preparatoria e hizo examen de admisión para estudiar Psicología en la Universidad Autónoma, comenta que

desde pequeña ha estado “gordita” para su edad; para sus quince años ella quiso adelgazar, dejando de comer y vomitando, llegando a pesar 45 kilogramos. Fue diagnosticada con “anorexia y bulimia”, en el CISMAE, también su madre asiste a consultas ahí por “cuadros depresivos” y por “ser neurótica”, Rosalía también dice que su papá es “alcohólico”.

CAPÍTULO

1

Las transgresiones y los placeres del cuerpo

La primera “fase de acción” de los dramas sociales según Turner (1987), comienza cuando se rompe una ley o una regla, ya sea deliberada o espontáneamente, existe un mal entendido en la comunicación o hubo una transgresión simbólica, (Turner, *Ibíd.*). En este capítulo abordo ese primer momento en donde se da el desencadenante en cada caso para que ellas comiencen a cambiar sus prácticas alimentarias y corporales, así como el contexto en el que se encuentran inmersas. En el primer apartado hago un acercamiento al contexto familiar referente a las relaciones y roles al interior de la misma. En el segundo apartado describo aquellas cuestiones relativas a las expectativas de género que fueron delineando las formas de concebirse a sí mismas como mujeres, así como la violencia sexual que en la mayoría de los casos estuvo presente. En el último apartado del capítulo describo todas aquellas prácticas corporales y alimentarias que empezaron a realizar en este primer momento, prácticas relacionadas con sensaciones de placer y bienestar.

a. Transgresión familiar: sobreprotección y rechazo

Retomando el concepto de drama social de Turner (1987), el primer momento del análisis procesual de los trastornos de alimentación, es cuando se “abre una brecha” en la vida de las mujeres; en las diversas historias ellas expresan un primer momento y una secuencia de hechos que dan paso a la apertura de una brecha en sus relaciones sociales, es el momento

cuando se da la ruptura en las relaciones sociales y familiares, los lazos afectivos dejan de proporcionarle seguridad y pertenencia, los eventos considerados como transgresiones a su persona y a su cuerpo, van marcando la escisión entre su Yo y su cuerpo, pero al mismo tiempo van haciendo del cuerpo el instrumento para encontrar sentido a su existencia, apegado a lo que la familia, el contexto, la cultura, los medios de comunicación expresan, la búsqueda del cuerpo delgado y el cuerpo ligero.

La línea entre las prácticas específicas del cuidado del cuerpo, la restricción alimentarias y el abismo de los trastornos de alimentación está fundamentado en múltiples factores sociales, culturales, familiares y personales¹⁸, hay desencadenantes en estos niveles para que se abra paso al padecimiento. El desencadenante es la transgresión en sus múltiples expresiones y significados.

La transgresión contenida dentro de un contexto urbano y posmoderno en donde prolifera la violencia; contemplando ésta como violencia étnica, violencia de género, violencia sexual, violencia autodestructiva, etcétera. En un contexto con múltiples formas de violencia, el ser humano puede otorgarle muchos significados a ésta, colmar las formas de experimentarla y dar sentido al dolor y a la autoalienación que vive (Csordas, 1994: 3).

En este primer momento de la experiencia de las mujeres con trastornos de alimentación, de acuerdo a sus narrativas, se da la consciencia de la existencia de transgresión dentro de su contexto inmediato. Esta consciencia se remonta a edades tempranas, desde agresiones aparentemente mínimas que desvalorizan a la persona en la convivencia cotidiana familiar, agresiones vinculadas a los modelos femeninos ideales,

¹⁸ Motivos psicológicos, emocionales, de complejidad corporal, metabólicas, hereditarias. Por mencionar algunas, sin embargo todos estos elementos, así como el contexto no se pueden aislar uno de los otros, los menciono de esta manera con fines ilustrativos.

sobreprotección y represión, hasta agresiones obscenas. La toma de la consciencia de la agresión, es un detonante de confrontamiento en sus relaciones familiares, un parteaguas en el cual la mujer empieza a develar un conflicto en la intimidad de su experiencia, conflicto procedente del interior de la familia, conflicto que se va corporizando en una manera de relacionarse consigo misma, con su cuerpo y con la comida.

Así, los trastornos de alimentación están estrechamente vinculados a desajustes en los roles familiares y los lazos afectivos dentro del contexto inmediato. Además, tales desajustes no son expresados entre los involucrados por un tipo de normatividad implícita en las relaciones sociales locales, sino asumidos como parte de una cultura emocional que silencia lo considerado transgresión. Esta es la pauta, entonces, a partir de la cual las emociones silenciadas son corporizadas.

María identifica claramente los eventos desencadenantes que dieron pie, a que en su caso se fuera gestando poco a poco el trastorno de alimentación que padeció por trece años, con síntomas recurrentes de anorexia y de comer compulsivo. María sabe que en su familia, “las cosas no estaban bien”, a pesar de que “aparentemente era una familia perfecta”, ella reconoce que en su historia familiar y en las historias familiares de otras mujeres con trastornos de alimentación hay antecedentes familiares como depresión, alcoholismo, drogadicción o enfermedades físicas y/o mentales crónicas, provocando que ellas, adopten “roles que no les corresponden”; por eso María concibe a los trastornos de alimentación como una “enfermedad familiar, y que la enferma es la que levanta la mano por toda la familia” (Entrevista, Noviembre 2009). Ana comenta:

vengo de una familia disfuncional, mi papá toma mucho y mi mamá es muy codependiente, cuando yo era chica mi papá llegaba tomado, ella (su mamá) se

refugiaba con nosotros y lloraba con nosotros, yo me sentía la mamá de mi mamá, y a mi papá le tenía mucho miedo, nunca fue de pegarnos pero si llegaba tomado y discutía con mi mama (Entrevista, Noviembre 2009).

La corporización tiene su sociogénesis en la familia, en las relaciones intersubjetivas que se dan al interior de ésta, es la interiorización de concepciones y prácticas corporales, alimentarias y emocionales. Entonces, los trastornos de alimentación se gesta en el cuerpo de las mujeres, en su vivencia y se manifiestan en sus prácticas; pero la familia en la que se encuentran es el contexto inmediato para que esto sea posible, con desajustes en las relaciones intersubjetivas, en los roles familiares y de género asignados, la cultura emocional específica y las prácticas del cuidado del cuerpo y la comida aprehendidas, legitimadas e interiorizadas.

Las historias de las mujeres muestran cómo ellas cuando eran pequeñas experimentaron extrema protección y vigilancia de parte de su familia, específicamente de parte de su madre, Ivón platica al respecto de la sobreprotección:

mi mamá me reprimía, el cúmulo de tonterías que hice, era el no aceptarme... irme a escondidas a fiestas porque no me dejaban, a mis primas sí las dejaban, mi tía le decía a mi mamá –déjala que viva, que salga- mi mamá no se daba cuenta de eso... lejos de hacerme bien me hizo un mal porque me sobreprotegía, ya casi se metía conmigo a muchas cosas. Era una exageración, fui la hija única” (Entrevista, Octubre, 2009).

María encuentra un patrón repetitivo en los casos de trastornos de alimentación en donde las familias “no saben expresar el amor” y la sobreprotección es como una compensación al vínculo entre madre e hija, la madre por esa incapacidad de demostrar

amor, se sobre relaciona con la hija de muchas maneras, coartando su capacidades de decisión y expresión de sí misma.

Así mismo, para María “el síndrome de sobreprotección es el mismo que el de abandono porque el mensaje es: -estás menuda y no puedes con nada-”. Ella expresa que su mamá le hacía todo y María pensaba que, efectivamente era incapaz de resolver las situaciones, así María ahora se da cuenta con su experiencia y con los casos que conoce que la sobreprotección es: “un círculo que genera mucha inseguridad, incapacidad para adaptarte e indecisión”. La inseguridad que provoca el vínculo madre-hija de sobreprotección se relaciona con la falta de confianza edificando la “fachada” (Goffman, 1981).

En esta relación madre-hija, la comida y el acto de comer juegan un papel simbólico muy importante, como el amor hacia la hija dado a través de la comida y el amor de la madre buscado en la comida. Nayeli, en algún momento dejó de comer la comida que le preparaba su madre, misma que era paciente del CISAME con un diagnóstico de Esquizofrenia, Rosario Saldaña psicóloga del lugar y terapeuta de Nayeli, explica que ella “no comía como por un rechazo a su madre”.

La experiencia que tienen las mujeres con trastornos de alimentación en relación con su realidad de placer, sufrimiento e imagen corporal, se encamina a una búsqueda de sentido a su vida, que en muchos de los casos está relacionada a una manifestación de desacuerdo y rechazo a lo que podría ser su propio destino dentro de su familia, la cultura y la sociedad, Así, hay rechazo a su entorno, empezando con su madre, desde los motivos físicos y estéticos, como cuestiones de carácter y de relación. Por ello Ana dice haber

tenido miedo a estar “gorda”, por estética y porque no quería “estar como su mamá”, o Rosalía que conscientemente se encuentran en desacuerdo con la vida de su madre:

mi mamá tiene muchos conflictos y todo, pero es mi mamá, la valoro muchísimo, ha soportado muchísimo; mi mamá tiene una vida muy difícil y a la mejor hasta ella misma se la ha complicado. A ella no le enseñaron a dar cariño o amor y cómo va a dar algo que no sabe y yo no quiero ser así con mis hijos ella me ha ayudado, pero ella ha sufrido mucho por su esposo, su familia de ella, entonces, yo no quisiera tener una vida como la de mi mamá. (Entrevista, Julio, 2010)

También hay un rechazo por las expectativas de género que su grupo de referencia tiene en relación con el papel que desempeña ella misma en particular y la mujer en general. Mismos que por su misma historia familiar son desalentadores, como el caso de Edith que describe:

mi mamá dice cosas muy fuertes cuando se enoja, yo desde chica me quería ir de la casa y me peleaba mucho con ella... y yo le decía las cosas y me dijo que no me quería y que ojalá nunca me hubiera tenido. Mi papá tuvo problemas económicos, perdió a su papá cuando era niño, además tuvo polio... y nos ha llegado a decir aprovechen las cosas que tienen! Y mi mamá dice –vean a tu papá todos los problemas-¹⁹” (Entrevista, Junio, 2010).

Rosalía también relata:

mis papás tienen muchos problemas yo no sé por qué están juntos, no se llevan bien y dicen –estamos por ti-, y pues ¡no!; tienen muchos problemas, mi papá es alcohólico, mi mamá tiene un grave problema de cuadros depresivos, es muy neurótica; no es estable el ambiente, y por lo mismos ¿Cómo quieres ser estable si no te dan estabilidad?, si es muy difícil porque soy la única que estoy aquí, soy la

¹⁹ El papá de Edith ha sido diagnosticado y tratado por depresión.

más chica, dejé de estudiar cuando salí de la prepa y no fue muy feo!, además los problemas económicos [...] (Entrevista, Junio, 2010).

Paola, rechaza la gordura explícitamente, y al mismo tiempo rechaza a su madre: “ahorita me da asco verme como estoy, no quisiera parecerme a mi mamá, ella se me hace gorda, como le tengo mucho coraje no me gusta nada de ella” (Entrevista, Junio, 2010).

Como una manera de protesta y manifestación de desacuerdo, ellas controlan su cuerpo a través de la comida, el cuerpo se convierte en algo controlable sólo por ellas, paradójicamente, entran al juego de las expectativas, mismas que ellas han interiorizado desde la infancia y la adolescencia, expectativas corporales que se encuentran dentro de su contexto familiar, de los medios de comunicación, los pares de amigas y los juguetes²⁰, expectativa encaminada a la imagen corporal delgada para formar parte, para encontrar sentido de sí misma y ser aceptada por los demás para quienes el cuerpo delgado es importante, mismos que valoran y aceptan las prácticas encaminadas a “cuidar” una imagen corporal. Así, ellas encuentran en este modo de vida una “elección” bajo el múltiple abanico de opciones característico de la modernidad (Berger y Luckman 1997).

El doctor Noyola, argumenta que éste es un motivo por el que los trastornos de alimentación son “muy difíciles de tratar”, ya que los síntomas son valorados socialmente. Él hace la comparación con la esquizofrenia, en donde hay rechazo y miedo por la locura, en cambio en los trastornos de alimentación, no hay rechazo ni miedo a la delgadez, “si no todo lo contrario”, por eso es un trastorno egosintónico, es decir, que su formación está arraigado al Yo de la persona que lo padece.

²⁰ Rogers (1999) analiza específicamente las muñecas Barbies como un ícono de racismo y sexismo, pero además encuentra ambigüedades entre la identidad sexual y la situación de clase del personaje, sin embargo, “existe para consumir” y su cuerpo es la metáfora de éstos tiempo: el plástico.

En este mismo sentido, las prácticas alimentarias y corporales que cada una lleva a cabo, están motivadas por creencias y gustos que ellas tienen, en relación con la imagen corporal delgada, la comida y la gordura, inclusive con el cuerpo y la feminidad²¹.

Ellas buscan el sentido de su vida queriendo ser congruentes con tales creencias y con la “fachada” de la apariencia, llevando a la práctica lo que creen, valoran y piensan, convirtiéndose así en *habitus*, el campo social dio las pautas para que cada una elaborara sus prácticas características, y lo convirtiera en una forma de vida. Admirando de esa manera a las mujeres que sí han bajado de peso, aquellas que sí pesan 45 kilogramos, a las que dejan de comer por completo; Y piensan “quiero ser como ella”, como Ivón que dice lo que siente cuando ve en la televisión a una modelo de pasarela:

ellas eran bellas no por lo que ellas tenían (el cuerpo), si no también por lo que expresaban, a veces tristeza o soledad, pero también mucha alegría, algunas con miradas tristes, desalineadas, mirada perdidas... no sé el ambiente; pero era lo que yo veía, a mi así me fascinaba, me emocionaba. También mis primos veían las *Maxim*, se me pegó eso de ver a los modelos, chavas o chavos, en ellas (las revistas) que estaban delgadas y que estaban muy bien arregladas (Octubre, 2009).

Betty se compara con sus compañeras de catorce y quince años de su clase de *fitness* del deportivo La Loma y dice “quiero estar como ellas”. Rosalía, también se comparó con su vecina y mejor amiga que es “delgada” y “está bonita”, Rosalía dice que “mucho tiempo quería ser como ella”. Ivón iba a los gimnasios a ver a otras mujeres, veía lo que comían y ella les preguntaba cómo le hacían para “estar así, comiendo tres veces al día?...” Ivón las describe: “estaban bien formadas, su cintura, su pompas bien paradas, bien duras, yo quiero estar así”.

²¹ Razón por la cual, no se encuentran “diagnósticos puros” correspondientes a la nosología del DSM-IV, que es sólo una descripción de la compleja realidad social, cultural, familiar y personal.

Ellas reproducen el *habitus* de estarse comparando con otras mujeres, en querer ser como otras mujeres, haciendo del cuerpo un objeto visual, dándole una sobrevaloración a la apariencia, la estética y el cuerpo visto.

b. Cuerpo femenino escindido

Los trastornos de alimentación son mucho más comunes en mujeres, esto tiene un significado para María, ella reconoce que en esta cultura y dentro de las familias de las mujeres con trastornos de alimentación se hallan mensajes de expectativas de género en relación con ser “linda”, “amable” y “dar hasta que duela” que en combinación con la baja autoestima, se experimenta como “expectativas bastante difíciles de cumplir”. Al mismo tiempo perpetúa la inseguridad en sí mismas devenida de su historia personal y familiar, inseguridad que buscan compensar con un ideal cultural femenino, con exigencias y normatividades corporales definidas por el cuerpo delgado.

La realidad corporal y la corporeidad tienen sus fundamentos en la realidad social, cultural, psicológica y personal del sujeto, en donde los roles de género, la sexualidad, la dieta, los cuidados corporales y los procesos de salud-enfermedad-sanación se van construyendo. El cuerpo como una entidad material activa, incluye toda una gama de procesos corporales y facultades dentro de esquemas de actuar, percibir, de conocer, de sentir y de expresar, que conforman las representaciones sociales del cuerpo, y que constituyen el contenido material de ambos, tanto del cuerpo como de las representaciones, así momento a momento se dan las interacciones de los actores corporizados dentro del mundo de los objetos y los procesos de la socialización (T. Turner, 1994: 44).

Así, la regulación emocional de género al interior de la familia, dio paso a que la mujer modificara su vida o eligiera ciertas cosas y no otras, reflejándose en la cotidianidad donde se realzan algunas prácticas y se extinguen otras, de tal forma que tal regulación es producto de procesos históricos y sociales, dentro de los cuales las prácticas y la cultura emocional²², han delineado y configurado las distintas formas de representar el “ser mujer”.

En las mujeres entrevistadas menores de veinte años de edad, el cuerpo delgado es el objetivo de sus prácticas; existe una brecha generacional, en donde las mujeres más jóvenes se vieron más influidas por los medios de comunicación y los estereotipos de belleza a diferencia de María y Ana, quienes no tenían muy claro el querer estar delgadas o poseer un estereotipo corporal al inicio del trastorno. Por lo que hombres y mujeres pueden interiorizar de la cultura la valoración del cuerpo delgado que además se equipara con la belleza y el bienestar.

Perla cree que todas las mujeres tienen miedo de verse “gordas y feas o de no sentirse bien”, ella dice que “el cuerpo bonito sirve para todo, en un trabajo te discriminan si estas gordita, para tener pareja porque los hombres quieren pura flaca talla cero... para sentirse bien contigo misma” (entrevista, Junio, 2010). Perla reconoce que el cuerpo delgado es una exigencia del exterior pero también un deseo interior “para sentirse bien contigo misma”. Así, aunado a la experiencia de las expectativas familiares y culturales, está la decisión y el convencimiento, el poder y la agencia de buscar en la apariencia y la imagen corporal una manera de ser/estar-en-el-mundo. Rosalía comenta que los hombre

²² Entendiendo la cultura emocional como las concepciones y las maneras de nombrar las experiencias emocionales; las normas que regulan las circunstancias en las que estas emociones deben ser sentidas; y, el modo en que se debe comportarse respecto a estas emociones (Le Breton, 2009)

“juzgan a las chavas, y están buscando que estén bonitas o flacas”, ella dice: “si quieres tener pareja o si te gusta un chavo...y yo quiero verme bonita para él”.

Ellas interiorizan el estereotipo de belleza del cuerpo delgado que culturalmente tiene un alto valor estético y es normado y legitimado con discursos de salud, éxito y bienestar; razón por la cual Lucía, Edith, Perla, Paola y otras mujeres más, buscan estar delgadas, sin embargo su discurso no era el de la salud sino el de la estética y la preferencia por el cuerpo ligero.

Los estándares de belleza mostrados por los medios de comunicación fueron interiorizados por la familia y los compañeros de la escuela, quienes las estigmatizaron con burlas y apodos en relación con su imagen corporal; así, Paola como defensa decidió empezar a vomitar, por que ella ya no quería seguir siendo blanco de apodos y comentarios en relación con su cuerpo:

La primera vez, (que vomitó) fue porque me decían que estaba gorda, me ponía apodos, en la escuela me decían Fiona, me ponían muchos apodos, en mi casa un tío me decía cochinita o así, que estaba bien gorda, y les contestaba pero si me daba... se me metía a la cabeza y ahí estaba imaginándome cosas de que voy a estar bien gorda, toda la familia esta gorda, me decían como una vecina que estaba bien gordota que así iba a estar, y no quiero, le tengo coraje, no me gusta, no puedo comer lo que yo quiero (Mayo, 2010).

La escuela y el salón de clases es un medio social de referencia, en el cual la delgadez es valorada y apreciada, así ellas al recibir burlas por su complexión se sentían apenadas y alienadas por ser así, de ahí que empezaron también, a cambiar sus prácticas. Rosalía se sentía “muy gordita para su edad”, ella veía a sus compañeras y quería estar más

delgada, sus compañeros decían: “está bonita porque esta flaquita” y fue cuando ella misma dijo “yo también quiero estar bonita”.

Las expectativas del exterior no cumplidas y la experiencia emocional de sufrimiento y malestar por la historia personal y familiar y como una manera de sentirse mejor emocionalmente y físicamente (y por consiguiente socialmente), ellas encuentran en las prácticas corporales y alimentarias las maneras para afrontar su experiencia corporal y su realidad; sin embargo, la dinámica de estas prácticas está encaminada a fragmentarse a sí misma en partes y componentes como la imagen corporal, la apariencia, los deseos, las emociones, las necesidades y se van desvinculando y separando una de la otra, es el cuerpo escindido; Betty, ahora se da cuenta cómo ella se auto-valora sólo por su imagen corporal, sin importar cuáles sean su otras características como persona, en tribuna del grupo de AA, una tarde comentó que ella pensaba que su novio la había terminado por su cuerpo:

...el domingo en ropa interior me senté y en la cama, yo sentía que me veía la panzota, igual y él (el novio) ni me volteaba a ver la panza, esa imagen la tengo súper metida, me mandó a la fregada porque me vio la panzota y tengo las piernas aguadas pero mínimo... como que me vuelvo a reprochar que me mandó a la fregada por mi cuerpo (tribuna AA, Noviembre 2009).

En las mujeres con trastornos de alimentación el cuerpo rechazado por los otros y por sí misma, al mismo tiempo se convierte en el único elemento de sí misma visible y experimentable, borrando de esta manera todos los demás elementos de sí misma.

María cuestiona los estereotipos de belleza, el cómo la cultura ha explotado el cuerpo femenino, y la relación desigual con la experiencia de las mujeres de sentirse satisfechas consigo mismas; ella expresa que al contrario de los discursos que equiparan

delgadez con bienestar y salud, las mujeres encuentran una exigencia y un ideal difícil de conseguir que termina siendo perjudicial para su vivencia y su salud:

te sientes insegura, y no sabes cómo compensarlo, vives en una exigencia tremenda de no poderte equivocar en nada, de siempre estar amable y sonriendo, es una combinación mortal de baja autoestima y de mensajes de la apariencia de ser linda, amable, ayudar a todos, dar hasta que duela; y hay enojo contenido, es violencia hacia ti misma, estas enojada y como no lo puedes expulsar entonces te vas contra ti misma, no dudo que todo el aspecto de querer ser bonita influya mucho y el estándar que se te pide de ser bonita (Entrevista, Noviembre 2009).

Brenda hace una reflexión en donde se cuestiona cómo es que ella busca el estereotipo de belleza, en donde racionalmente está en desacuerdo con las exigencias de género en relación con la apariencia, pero el *habitus* que ha tenido está encaminado a “verse bien”, ella dice:

Por qué, bajo toda mi filosofía y mi sistema de creencias, está en mi sistema de valores estar delgada? Ese punto me pica porque si lo acepto y me cuesta un chorro de trabajo estar delgada, es bien raro puedo razonarme que no me importa pero sí me importa y digo ¡Qué pedo!... me da coraje como si yo no tuviera esa enfermedad y digo -es una belleza estúpida-, antes la gente era gorda y está mejor, si lo pienso es también como... es muy feo decirlo pues obviamente como una aceptación del sexo apuesto, bien es por ahí si me gusta ser bonita.

La familia y la cultura valoran el cuidado del cuerpo y la figura, valoran la apariencia delgada, “cuidar la alimentación” y “cuidar la línea”; ellas lo interiorizan y encuentran que las prácticas corporales y alimentarias características de los trastornos de alimentación les brinda placer, además de una nueva manera de estar-en-el-mundo.

El doctor Noyola explica que ellas sobrevaloran la apariencia, pero no nada más del aspecto físico y corporal, sino la apariencia en el sentido de fingir, de dar una actuación hacia el exterior, Noyola dice:

entonces también se aparenta en todo el terreno de las emociones que es precisamente de donde deriva después el problema ya físico pero que se originó en una aparentada de lo emocional, el aparentar es una defensa ante emociones dolorosas de diversos tipos y que ya sea por particularidad de la paciente pero más habitualmente por el estilo familiar basado en sólo mostrar emociones positivas, en eso consiste la apariencia (Entrevista, Mayo 2010).

La “fachada” en términos de Goffman (1981), es actuada con base en la cultura afectiva de la familia, las emociones que son valoradas y las que son despreciadas, así ella actúa y aparenta sólo las emociones positivas, como el “estar bien” y el “verse bien”. Noyola explica que ellas, entonces aprenden a aparentar y de esa manera, “las emociones que demuestran son sólo positivas y síntomas físicos que a su vez son aceptables socialmente porque van de acuerdo a la apariencia física aceptable, estar a dieta, estar en línea, no comer, que es secundario pero la raíz está fundamentado en todo lo anterior” (Entrevista, Mayo, 2009).

De tal manera que la “máscara” (Goffman, 1981) de la apariencia del cuerpo visto es el concepto que ella se ha formado de sí misma, el rol que se esfuerza por vivir, ésta máscara es el sí mismo más verdadero, el yo ideal que quisiera ser (cfr. *Ibid.*:31).

El sentimiento de perfección es fundamental, ellas asume unas exigencias de sí mismas y unas expectativas exteriores que no son congruentes con su manera de ser, ellas quieren “ser perfectas” para compensar el sentimiento de falta de pertenencia y seguridad, es el “perfeccionismo y exigencia de ser amables con todo y querer estar bien contigo”.

María era “perfeccionista” en sus relaciones con los demás, “con las amigas ser la primera que llega a la fiesta, con el regalo más bonito y era súper detallista y exigente conmigo, me acuerdo que yo creía que sabía más que los demás, de todo alegaba, pero hoy me doy cuenta que era por compensación”.

Para Brenda el llevar a cabo las prácticas de alimentación “era como una cuestión de perfección total”, dice ella: “en todo quería ser lo mejor y si podía tener el mejor cuerpo que me vendían, también”. A Brenda la gente que estaba a su alrededor la reconocían en muchos aspectos, pero ella sabía que “no era tan buena”, que no “conocían sus demonios”, pero al mismo tiempo ella se auto-exigía para poder lograr ser así como la gente pensaba que era; ella comenta que se creó muchas culpas “cuando dije que no era honesta, y no llegar al molde de lo que quería llegar a hacer, que había que chambearle un chorro... me hacía sentir mal y hacer eso (atracones y vómito) era también como decir soy de la mierda y tortúrame más” (Entrevista, Julio, 2010).

c. Placer y gloria por el cuerpo ligero

El sujeto, el cuerpo y la corporeidad participan y actúan en múltiples relaciones corporales, interpersonales, sociales que pueden irse construyendo de manera activa aceptando o rechazando y resistiendo lo establecido y normado, proceso en el cual “el cuerpo” como tal es el espacio para la auto-producción, contemplando al mismo tiempo lo subjetivo y lo objetivo, materia y significado, lo personal y lo social, como agente productor discursivo y como receptor del mismo (*Ibíd.*: 46).

Algunos de los aspectos de la cultura contemporánea y de la vida social pueden ser observados en la corporeidad de los sujetos; en el contexto del capitalismo tardío el uso del cuerpo es el espacio desde el cual el sujeto se expresa de muy diversas maneras, las personas se crean y recrean expresándose a través de las identidades sociales, derivadas del consumismo individualista que ofrece un sin límite de opciones para construirse como “ser encarnado”.

Ante la libertad social y cultural para que cada individuo cree su identidad, el cuerpo es la primera forma y manera de reapropiarse de sí mismo con la misma libertad y agencia de escoger un estilo de vida que la posmodernidad ofrece, y que en algunos casos es una manera de resistencia hacia las formas establecidas de vida y de relaciones. Dentro de la realidad política, las políticas de género, raciales y étnicas delinean la realidad cultural fenomenológica del cuerpo y sus representaciones, la elección de las formas de reapropiación de sí mismo son movidas por las posibilidades de la conciencia subjetiva individual y la acción política (*Ibíd.*). Para T. Turner poder y resistencia son emanaciones naturales del cuerpo y la sociedad: “‘resistance’ is thus explained as a sort of natural (i.e., pre-social and political) emanation of the body, as ‘power’ is conceived as a natural (trans-historical and trans-cultural) emanation of society” (*Ibíd.*: 38).

El cuerpo es una entidad con potencial inherente a la búsqueda de placer, el sujeto a través de la experiencia es quién lleva a cabo las prácticas para la búsqueda del placer; de esta manera, el cuerpo y sus prácticas no sólo son creados por las estructuras de poder, sino también, es construido por la capacidad innata del placer ante la resistencia al poder y por la alianza e identificación con los otros en esta disidencia a las formas normativas; que paradójicamente, el capitalismo ha puesto nombre, marca y etiqueta al placer corporal

ofreciendo “mercantilización de fantasías y placeres” (B. Turner, 1993: 53), pero al mismo tiempo hay un sin número de opciones, formas y alternativas para la manifestación del placer y del sujeto.

Las prácticas corporales y alimentarias características de los trastornos de alimentación y las concepciones en relación con el cuerpo delgado y joven forman parte de esa multiplicidad de opciones, y adquieren importancia como símbolo de la distinción de clase (Bourdieu, 1984). Los trastornos de alimentación son un continuo de las prácticas dietéticas y del cuidado del cuerpo que se ofertan, la mujer que en su búsqueda de placer y bienestar, actuante y sensitiva busca y encuentra en éstas prácticas un placer paliativo a su realidad.

Por ello algunas personas encuentran en el cuerpo y en las prácticas corporales formas de poder y de reapropiación del propio cuerpo. Prácticas que son retomadas de su contexto y elaboradas de manera individual, en la intimidad donde es posible acceder a una forma placentera de la resistencia ante las transgresiones vividas.

Los relatos de las mujeres expresan que a través de las prácticas corporales y de alimentación lograban tener la sensación de control de su vida, como una respuesta ante la sobreprotección o el rechazo por parte de su familia. De igual forma, algunas de ellas expresaron que sentían descontento por el papel que desempeñaba su madre, y tales prácticas, sobre todo en esta fase primaria de lo que sería el trastorno de alimentación, eran vividas como disidencia a la disciplina o al orden impuesto implícito o explícito en su casa y en las relaciones familiares. Así, la agencia por el cambio en las prácticas corporales y de alimentación corresponde a la “agencia incorporada” (Lyon & Barbalet, 1994:50), es decir,

la emoción incorporada y/o vivida es la motivación para el proceso de agencia. La emoción tiene el rol de ser una guía significativa para preparar al organismo para la acción social a través de la cual las relaciones sociales se generan (*Ibíd.*).

Las mujeres con trastornos de alimentación, con todo su bagaje de experiencias, su historia personal, su complexión, su corporeidad, viviéndose simultáneamente *en y como* un cuerpo, actúan en la praxis, cambiando esquemas ideológicos y prácticas habituales. De tal forma que es el inicio de lo que posteriormente se convertiría en el trastorno.

Entendiendo la emoción como una guía para la agencia, se contemplan las emociones encarnadas devenidas de una historia personal y familiar como la inseguridad que la sobreprotección le generó, la inconformidad con su medio familiar o el malestar con su cuerpo, su complexión y/o por el abuso sexual. Pero también, la emoción que la práctica elaborada les provoca es elemental, como la sensación de control y seguridad inmediata, así como el placer del cuerpo ligero.

Las mujeres, exploraron y crearon nuevas maneras de relacionarse consigo mismas y con los demás, nuevas maneras de ser/estar-en-el-mundo a través de las prácticas y concepciones específicas en relación con su cuerpo y con la comida, todas ellas derivadas del pluralismo moderno (Berger y Luckmann, Op. cit.). Cada una de ellas movilizó sus recursos personales para buscar el sentido a su vida y el placer de la experiencia; entonces, incorporaron aquellas concepciones y prácticas que habían sido interiorizadas desde su infancia y habían sido reforzadas y valoradas por su grupo social; de esta manera, el sentir su cuerpo ligero, lograr una autodisciplina por medio de los regímenes alimentarios y los ayunos, expresarse a través del vómito, limpiarse por medio de los laxantes, alterar su

estado de conciencia con horas de ejercicio y sentir el dolor de los músculos, les provoca placer y al mismo tiempo las disocia de su malestar emocional.

El lado placentero de la vivencia de los trastornos de alimentación de los casos revisados se manifiesta de múltiples formas, es el placer de ser como ellas eligen ser y el placer de sentir su cuerpo de diferentes maneras; el placer y la satisfacción de tener el control de sí mismas, de su cuerpo, sobre sus deseos y antojos; así como el gusto por la autodisciplina que las hace sentirse mejores personas que los y las demás.

Antes de entrar en la llamada crisis, ellas atraviesan por la “etapa de gloria de la enfermedad”, en donde se sienten contentas y satisfechas por todas las prácticas que llevan a cabo y por los logros corporales obtenidos, como una manera de reelaborarse a través del cuerpo y las prácticas; una nueva manera de relacionarse con los demás, con su entorno (familia, amigas, parejas) del que recibe la retroalimentación positiva, la aceptación, el halago, en relación con su imagen corporal; de tal forma que ellas van incorporando las maneras de utilizar su cuerpo como un recurso para encontrarse a sí mismas, de relacionarse con los otros y para darle sentido a su vida.

En esta conjugación de emociones y comida, sensaciones corporales, necesidades y gustos, las mujeres fueron escogiendo las estrategias corporales y alimentarias que más se acomodaba a su estilo de vida y a su contexto; algunas familias habían llevado a cabo prácticas relacionadas con el cuidado de la imagen corporal en cuanto al adelgazamiento del cuerpo y la pérdida de peso, así como el consumo de productos para adelgazar, “cuidar la línea” o la salud, como el caso de Ana que su familia materna utiliza los laxantes y cuando tenía algún problema digestivo desde que era niña, le aplicaban un supositorio o

una lavativa; o como Ivón que desde los doce años y junto con su mamá, hacían dietas para bajar de peso y le suministraba tés y fibras laxantes; o como la familia paterna de Edith que se dedica a elaborar y comercializar productos naturistas y herbolarios, por lo que para ella estaban normados los productos para bajar de peso y laxantes que ha utilizado. Por otro lado, la mamá de Paola tenía una tienda de abarrotes, entonces ella tomaba de ahí los productos para los atracones que realizaba. Ivón, Betty y Perla consumieron productos *light* o productos para “cuidar la figura”, como los productos *Special K* que tienen un claro discurso para consumirlos y para que “saborees tu logros²³”, es decir, para bajar de peso.

Ivón, Edith, Betty, Maru, Camila, Nayeli empezaron a dejar de comer poco a poco, omitiendo alguna comida al día, empezando por el desayuno o la cena, y después omitieron la comida; también fueron realizando dietas rigurosas que encontraban en las revistas, en los programas de televisión o en el internet, algunos días hacían ayunos con el fin de “purificarse” y “bajar de peso”. Todas estas prácticas eran acompañadas conscientemente y para sí mismas por el discurso en relación con el cuerpo delgado, dando paso a la búsqueda de placer a través de los logros de restricción e inanición: “y si sentía que se movía el estómago y que me empezaba a doler... sentir eso era un premio, ¡Estoy logrando tener hambre!, era un logro, un orgullo” (Ana, entrevista Noviembre 09).

La satisfacción corporal, emocional y social que ellas sienten al realizar las prácticas, las perpetúa y motiva para seguir al pie de la letra las rigurosas dietas, de pasar días y semanas completas en ayuno, de hacer rutinas de ejercicio de hasta cuatro horas seguidas; el sudar, el vomitar, el evacuar las llena de un buen sentimiento, las hace sentirse satisfechas, ellas experimentan esta manera de contactar con su cuerpo disociado a través

²³ Slogan de la campaña publicitaria de año 2010

de lo material e inmaterial que dan salida, para renovarse y para sentirse ligeras, Ivón dice: “entre más sudaba, más me sentía bien y empecé a bajar (de peso) un poco y de ahí me agarré...”. Betty describe cómo vivió este período de la enfermedad: “en esa época estaba flaquísima, trabajando, ocupada, con novio, ¡wow!, para mí si fue una época súper padre, no la sufrí; estaba súper enferma pero padre, estaba flaca, no me sentía tan mal (Entrevista, Mayo. 2010).

También, se sienten autosuficientes por ser ellas las que deciden qué comer y cómo, en muchas ocasiones retando a la figura de autoridad: “es como querer tener el control... como en el conflicto (con los demás) no tienes el control, en la comida si lo tienes, controlo lo que como, si quiero y lo que hago del baño, también” (Maru, Conv. Per. 2009). Ana relata cómo ella “utilizaba” sus prácticas alimentarias como una manera de relacionarse con su marido:

me enojaba con mi marido, entonces de coraje comía, así como que –mira cómo estoy comiendo estúpido-, pero la que me estaba haciendo daño era yo, o dejaba de comer para... -ay come, de verdad come, te hace bien-, pero no es cierto, no se daba cuenta. Trataba de controlar una situación pero con la comida (Entrevista, Noviembre 2009).

María invitaba a comer a su familia a algún restaurante, se sentía contenta de ver que toda su familia había comido, ella les decía “-pide más-”, y cuando ella pedía la cuenta se sentía orgullosa de que todos habían comido y ella no. Cuando iba a las reuniones ella se sentía: “bien chingona de decir –son bien pendejos yo toda esta reunión sin comer nada-”; se comparaba con las demás personas que sí comían y sentía bienestar que ella lograba no comer nada, esto le daba fuerzas para continuar con sus prácticas: “me sentía lo máximo por ser muy disciplinada y aguantar no comer, y era una soberbia terrible que pensaba –

ellas no pueden hacer lo que yo-” (Testimonio TEC, Noviembre 2009). Edith, se sentía satisfecha cuando compartía sus logros obtenido por los ayunos a otras mujeres con trastornos de alimentación que encontraba en el internet, les decía orgullosa que había perdido treinta kilogramos y la cantidad de días que llevaba sin probar alimento, ella también se sentía diferente y especial a las demás personas por no comer:

se siente un poder de que no cualquiera puede lograr eso y el que tú lo puedes lograr lo disfrutas, cuando estuve sin comer cinco semanas o comía y vomitaba fuera lo que fuera; [...] dejar de comer me causa placer en mi mente y en mi cuerpo, sentir mi cuerpo y decir ¡Ya llevo una semana sin comer nada! (Entrevista, Junio, 2010).

Ana, ahora se da cuenta que ella dejaba de comer como una manera de estar mejor en ese momento por el que ella estaba pasando, que eran conflictos con su marido aunado a cuestiones familiares que traía del pasado, expresa cómo se sentía:

yo pensaba –soy bien chida porque no como-, era padre sentir hambre, ya después ya no sabía cuando tenía hambre o no, yo decía mugres gordos no saben cómo dejar de comer; yo puedo controlar mi vida, ustedes no, era un poco el quererme sentir mejor de lo que estaba viviendo (Entrevista, Mayo, 2010).

El placer interno de hacer cambios en su vida cotidiana reflejados en las prácticas alimentarias y corporales, como una búsqueda de ser mejor persona, de saciar la ansiedad y obtener el control de sí, conlleva a la sensación del cuerpo ligero logrado a través de bajar considerablemente su talla y peso por tales prácticas que se tornan extremas; entonces el cuerpo ligero es buscado también, como un móvil placentero, hacen y dejan de hacer para sentir el cuerpo ligero como manera de sentirse bien consigo mismas: cuerpo ligero para sentirse y verse bien. Para Perla el mayor placer era sentirse ligera, comer poco para sentir su vientre plano, ella dice que hacer dietas es una manera de controlar su cuerpo, para: “no

subir o bajar (de peso) y es bien harto sacrificio de aguantarme a las cosas ricas por estar bien, y no tengo tanto problema en controlarlo, yo creo que a mi me gusta, me siento más segura” (Entrevista, Junio, 2010). A María le provocaba placer sentir un hueco en el estómago de tener tantas horas sin comer, ella dice “hasta la fecha, la comida la disfruto más si traigo la panza vacía”.

Paola, Ivón, Edith y Perla se enorgullecían de haber perdido talla, de obtener la talla que ellas querían ser y de lograr ver el peso deseado reflejado en la báscula del gimnasio o del centro comercial. Edith se siente satisfecha porque fuese como fuese ella ha logrado perder peso, y comenta:

lo bueno es que sí he podido bajar de peso de cualquier forma; antes cuando hacia ejercicio y sin comer y así, era de los lunes pesarme y aguantarme (sin comer) hasta el viernes y pesarme y ver que había bajado dos kilos, eso era un súper éxito!; algo bueno para mí porque estaba haciendo lo que estaba buscando, bajar de peso (Entrevista, Junio 2010).

El medio social y familiar les retroalimenta los logros corporales alcanzados, el peso traducido en kilos perdidos, las tallas disminuidas y así una vez más las prácticas se corporizan, ya que los resultados son buenos para cada una y sobre todo son aceptados y admirados por su entorno: “te vez más bonita flaquita”, le decían a Rosalía su familia y las amigas de su mamá. Entonces, ellas encuentran esta manera de estar/ser-en-el-mundo, hallan el sentido de sí.

Edith contó 5 semanas tomando sólo líquido y haciendo ejercicio, pero rompió su ayuno con galletas integrales que la “ayudan a ir al baño”, en esa etapa, ella comía dos galletas en el día, dos días a la semana, cuando salía de su casa se tomaba un té *chai* del

Starbucks con leche *light*, una *Coca-cola Zero* o un *be lite*. Ella dice que dejar de comer le causa placer en la mente y en el cuerpo: “sentir mi cuerpo y decir ya llevo una semana más sin comer nada”, además del placer corporal ella lo vive como un éxito en su persona: “dejar de comer significa mucha fortaleza, como un logro, porque no es fácil dejarlo y menos por completo y pues yo lo he podido dejar, entonces si lo veo como un triunfo, desde hace cuatro años lo veo así”. Pero si rompe al ayuno comiendo las galletas se siente “derrotada”, porque la meta era “llevar el ayuno lejos”. También Ana cuando sentía que su estómago le dolía por hambre se sentía orgullosa, como cuando estuvo quince días consecutivos comiendo sólo 100 gramos de chocolate Costanzo, pensando que eso le iba a “aportar los nutrientes necesarios”.

Ivón “logró” estar en ayuno tres meses seguidos, agua, jugos y té era todo lo que ingería y cada quince días, en domingo, llevaba a cabo una comida: “un pan con atole de avena, un pedazo de bistec, con nopales, tres quesadillas... era divino que llegara ese día según yo, porque yo me merecía comer”, en ese momento ella se sentía orgullosa y merecedora por haber dejado de comer por catorce días, ella había logrado tener el control sobre su cuerpo y sobre sí misma.

En esta etapa, crean estrategias para dejar de comer y no ser descubiertas por su familia, porque reconocen que éstas prácticas no serían consentidas por ellos, por lo que mienten y actúan para poder continuar con la dieta, el ayuno o el vómito; guardan, tiran o esconden la comida; Ana se acuerda que cuando vivía en casa de sus papás, y ya que todos terminaba de comer (menos ella), sus papás subían a tomar la siesta, ella guardaba la comida en una servilleta y la tiraba en el baño o la metía debajo de la alfombra del comedor. Rosalía y Edith se han escondido en su cuarto para vomitar en bolsas de plásticos

que después tiran sin ser vistas. También, cuando están en alguna casa ajena o hay familia en su propia casa prende la música de su celular adentro del baño “para que se confunda” y no se oiga el sonido del esfuerzo y del vómito.

Algunas compañeras de clase de la secundaria y preparatoria de Lidia e Ivón, les daban consejos para poder continuar con su ayuno, a Ivón una de ellas le decía: “-a veces uno piensa que es hambre y es sed- me metió mucho la idea de que no era hambre era sed, y me empezaba a auto-engañar y tomaba mucha agua” (Entrevista, Octubre, 2009). Estas compañeras se identificaban unas con otras, y se compartían sus trucos y logros, dice Ivón que hacían competencias de quién bajaba más kilogramos y se “echaban porras”, ella siempre cargaba con la cinta métrica en la mochila para medirse, una de sus compañeras le dijo que metiera *All Bran* en una bolsa de Sabritas para que se viera y se escuchara como si estuviera comiendo papitas y no “sentirse excluida”.

Betty hacía sus propias dietas, dice que no iba con la nutrióloga porque “no la entendían”, entonces hacía sus dietas: “la dieta de la manzana dos manzanas al día”, era cuando fumaba muchísimo y tomaba café o una *Coca-Cola* de dieta, y se “sentía llena”, así pasaba sus días. Perla hacía la dieta de la papaya, consistía en comer pura papaya un día antes y un día después de la luna llena, “tres días de pura papaya y me sentía bien ligerita”. Rosalía duró “meses” comiendo lo mismo, una dieta que empezó junto con su mamá y sus hermanas: pollo y pescado a la plancha y verduras, después de hacer la dieta empezó a comer “de todo, pero lo vomitaba”.

Edith y Perla empezaron a fijar su atención en las calorías de los alimentos, Perla sentía que iba a engordar si comía algo con muchas calorías, y cuando era mucho el antojo

se lo comía y después lo vomitaba “para sentirse mejor”. Paola ha pensado en fumar marihuana como lo hace su hermano para ver si ella también puede “enflacar”.

Los anorexigénicos, son supresores del hambre, son fármacos en forma de pastillas que venden en farmacias, tiendas naturistas y de complementos alimenticios sin necesidad de receta médica, éstos son indicados para el tratamiento de la obesidad, sin embargo Betty e Ivón los han tomado; Betty desayunaba fruta “para poder ir al baño” y se tomaba “la pastilla supuestamente naturista” y no comía durante todo el día, estuvo tres años seguidos tomándolas, se angustiaba cuando se le acababan en fin de semana porque no podía volver a comprarlas. Para Ivón estas pastillas “no podían faltar en su bolsa”, ella recuerda con tristeza que tuvo que trabajar en un bar de la ciudad de México “fichando” para podérselos comprar, ya que su mamá sólo le daba cincuenta pesos a la semana.

Laxarse es otra manera que han encontrado para sentirse mejor, para sentir su cuerpo ligero, ellas han probado tés, fibras solubles, pastillas con el fin de evacuar todo lo que han comido y saber que de esa manera no subirán de peso.

Paola ha tomado el “té de palo” que un maestro de la academia de belleza en donde estudia se los recomendó a todas las alumnas: “que sí da resultado, es para enflacar”, Paola dice que se está cuidando mucho porque no quiere volver a subir de peso. Ivón tomaba la *fenoltaleína amarilla* en pastillas, como laxante, se compraba el frasco más grande porque toman diez pastillas diarias por la noche. Edith tomaba fibras laxantes que se disuelven en agua, ella se las tomaba como agua de uso, todo el día. Ana usaba laxantes, supositorios y lavativas, ella dice:

después descubrí un té maravilloso, el té de las bailarinas, es terrible, sientes que se te desbarata todo el cuerpo cuando vas al baño porque te laxa de una manera increíble y pues te desnute, me empecé a tomar una taza a la semana y terminé tomándome tres o cuatro a la semana para ir al baño (Entrevista, No. 2009).

María también tomaba laxantes, ella ya tenía el tiempo y su cuerpo “medido”, se los tomaba a las diez de la noche para que a las cinco de la mañana le hicieran efecto. Edith y Rosalía también han probado de casi todos los laxantes, *xenocot*, *ciruelax* y *dulcolax* son los que recuerdan, ellas tuvieron que ir subiendo la dosis hasta llegar a siete, Edith explica cómo los usaba: “cuando no quería vomitar, decía bueno voy a comer y me tomo los laxantes y sí me ayudaban a bajar de peso, porque comía sin grasas, sin azúcar, porque estaba consciente”. Perla se tomaba los senósidos, que son laxantes “naturales”, que el seguro social le había administrado a su mamá, pero Perla se tomaba seis u ocho diarios escondidas, siendo que la dosis es de dos pastillas, ella dice: “después de hacer del baño me hacia sentir bien, todo salía, me hacia sentir ligera porque en realidad no quedaba nada y me sentía a gusto y luego ya no desayunaba y comía cualquier cosa estuve como cuatro o cinco meses así” (Entrevista Julio, 2010).

Otra práctica que Rosalía, Ana, Paola, María, Edith y Brenda recurrían para sentirse mejor y “calmar su ansiedad”, es el atracón de comida acompañado del vómito, algunas veces el atracón era planeado y otras veces era espontáneo, es decir empezaban a comer algo que ellas sentían que les iba a engordar y decidían seguir comiendo para después vomitarlo todo.

En el momento del atracón, Rosalía y Ana comían lo que tuviera en su alacena, Paola escogía los productos de la tienda de abarrotes de su mamá, ella comía dos paquetes

de Sabritas, unos cacahuates, jugo, todo lo que se le antojaba, “todo, todo”; y Brenda salía a comprar panes y helados a la tienda a dos cuadras de su casa. Esperaban a quedarse solas, cuando su familia no estaba o estaban dormidos, ellas, en la cocina o enfrente de la televisión comían sin parar, un alimento tras otro, sin saborearlo, pensando en lo que iban a comer después, hasta llegar a su límite, con dolor de estómago y la sensación de asco.

Edith ha estudiado la manera de hacer el atracón, porque ella escoge su comida, por ejemplo come dos paquetes de galletas “La Integral”, quesadillas y Zucaritas; ella “acomoda” los alimentos porque sabe que aunque vomite, el 15% de lo que come se queda dentro de su cuerpo, es por eso que empieza a comer algo que no la va hacer subir de peso, como las galletas “La Integral”, que además tienen fibra y la laxan.

Brenda entiende que “hay cosas” en su vida que le provocan llevar a cabo los atracones, pero también para ella es: “como un momento y espacio que tengo para soltarme, es como una fuga”, entonces los planea, piensa en lo que se le antoja en ese momento y va a comprarlo a la tienda: “un tubo de galletas *Chokis* y otro de *Oreo*, con leche, tres panes dulces”, llega a su casa, mete la leche al refrigerador, se sienta frente a la televisión y come, ella dice: “sentarme a ver la tele mientras me atraco, es como fugarme de mi fuga [sic] porque es como muy confrontante hacerlo de frente”, Brenda describe sus sensaciones mientras come sin parar: “me da taquicardia cuando estoy comiendo, como si estuviera haciendo un asesinato... esta bien feo, como si alguien me estuviera viendo como más rápido y como más; como si me juzgaran que está mal, tengo miedo de que alguien de mi familia me vea” (Entrevista, Junio, 2010). Brenda y Ana se sienten como “fuera de sí”, cuando llevaba a cabo el atracón, como si no pudieran controlarse.

Después de comer, “llega el remordimiento”, en su pensamiento aparecen imágenes de gordura, sienten desesperación y asco, es el momento de vomitar lo que han comido, en el baño de su casa o en su cuarto silenciosamente para no ser descubiertas.

La mayoría de las veces que llevan a cabo un atracón de comida, es porque conscientemente saben que lo van a vomitar; otras de las veces comen “de más”, se sienten “abotagadas” y para sentirse mejor deciden vomitar, como el caso de Lucía que cuando come mucho, siente un malestar físico y prefiere vomitar; en algunos casos la comida “se les regresa sola”, como dice Paola: “si no vomito no puedo estar tranquila, me empieza a dar mucho asco, me empieza a doler la cabeza, estoy con ansias de ir, se me viene la comida, y cuando empiezo a hacerlo se me viene sólo, me meto a bañar y vomito y así no se dan cuenta” (Entrevista, Mayo, 2010), Paola ha durado hasta quince días vomitando todos los días, las tres comidas, cuando está “mejor”, sólo vomita tres veces por semana. Edith expresa la relación que ella encuentra en cuanto al cuerpo vacío y el bienestar que siente, y la justificación que encuentra:

la mente genera ideas: no comes y es lo que está bien, en cambio si llego a comer es lo que está mal, cuando me siento vacía me siento muy bien, como muy bien conmigo misma, me llego a sentir llena que ya es muy raro y es cuando vomito, también es así como costumbre porque ya es a lo que acostumbre a mi cuerpo; si me siento llena, como que me siento mal físicamente porque mi cuerpo esta acostumbrado a que es al revés (Entrevista, Junio, 2010).

Edith lleva cuatro años vomitando, ella dice que ya “le da flojera” vomitar pero que si no lo hace se frustra muchísimo porque piensa que va a engordar todos los kilos que ha llegado a bajar y no quiere, al contrario ella quiere seguir bajando de peso.

También el ejercicio excesivo es adoptado como una manera de sentirse bien, sentirse ligeras, de sentir su cuerpo y saber que también les ayuda a bajar de peso. María comenta que el ejercicio se convirtió en “su síntoma favorito”, porque ella quería sentir que su cuerpo le dolía de cansancio, entonces pensaba en ir aumentando las horas de ejercicio que hacía en el día. Betty dice que hacía ejercicio “compulsivo”, hacia *spinning* en el deportivo La Loma, varias fueron las veces que su instructor la sacó cargando del salón porque ella se desmallaba, por el esfuerzo físico y por no comer nada, ella señala que cuando no hacía ejercicio sentía mucha tristeza, se sentía culpable y al día siguiente hacía el doble: “yo sabía que no era normal hacer tanto ejercicio y me escondía y le mentía a mis papás cuando salía del depo, era el único lugar en donde me sentía aceptaba” (Entrevista, Mayo 2010). Brenda también se desmayaba haciendo ejercicio, hacía natación también en el club deportivo La Loma, ella acostumbraba a cargar su botecito de alcohol en gel para inhalarlo cuando sentía los síntomas del desmayo. Rosalía ahora se da cuenta que utiliza el ejercicio para “apagar la tristeza o el enojo”.

Ellas buscan hacer cualquier cosas para bajar de peso y dejan de hacer cualquier cosas que signifique subir de peso o ganar de nuevo los kilogramos perdidos y que con mucho esfuerzo han bajado, de tal forma que Edith dice que si “engordara besar, entonces dejaría de besar a mi novio”.

El doctor José Noyola, comenta que con la falta de alimento se altera el estado de conciencia: “llega un momento que como ya no comes, tu cerebro, para defenderte de los mismos malestares que te provoca la malnutrición, te provoca un bombazo de endorfinas continuo, entonces andas como drogada, entonces de verdad no sientes, no te duele nada” (Entrevista, Noviembre 2009). Luego entonces, ellas incorporan esta manera de evadirse de

la realidad a través de no comer y de tener hambre; el doctor Noyola lo llama el “*power de enflacar*” y la sensación de este mecanismo se vuelve adictiva, de ahí una de las razones para que los trastornos de alimentación sean considerados para él y para su equipo terapéutico como una adicción.

Para María la sensación de ligereza es la sensación de “desconexión con el cuerpo, como si levitaras”, para ella sentir hambre era sentirse liberada y ligera, como cuando estaba con el cuerpo vacío después de laxarse, ella se acuerda y relata:

yo me acuerdo de la sensación de que ya fuiste cinco veces al día y literalmente te fuiste por el escusado es una sensación de que de verdad el estómago se te pega a las tripas es una sensación de ligereza, por eso dicen que es como el efecto de una línea de coca, te sientes como poderosa, ligera, como si estuvieras flotando; porque si comes mucho te sientes abotagada, como que el cuerpo te pesa (Entrevista, Jun, 2010).

Así, llega el momento en que ellas de verdad no experimentan la sensación de hambre, están desvinculadas de su cuerpo físico. Al principio, el hambre se inhibió por cuestiones emocionales y familiares, ahora ya la sensación de hambre física se ha confundido, ellas lo saben y los sienten, no tiene hambre, es un secreto que guardan con orgullo: no tener hambre, no comer, laxarse y vomitar; paradójicamente la familia sólo alcanza a ver el cuerpo delgado que ella ha logrado y la felicitan, no se dan cuenta aún lo que hay detrás de la silueta y los kilos perdidos, ellas han logrado guardar muy bien su secreto.

La familia de María, así como el entorno de Ivón, y Rosalía, apreciaron su cuerpo delgado y les hacían halagos por su apariencia. Paola dice: “me meten la idea de que estoy bien gorda, quiero que no digan eso, quiero que digan que estoy flaca, que no me estén

diciendo... y una vez sí me dio resultado” (Mayo 2010), Ivón comenta: “empecé a bajar de peso y llegó la aceptación de mi familia, de mí misma, pensaba –a la mejor si adelgazas más te van a querer más- y pues empecé a adelgazar a lo bruto, empecé a perder kilos por semana, por días, perdía kilos muy rápido, como agua” (Entrevista, Octubre, 2009).

Ellas, al sentirse y verse delgadas sienten seguridad social, como el caso de Perla y Betty quienes afirman sentirse seguras cuando están delgadas, ya que son aceptadas y reconocidas por el logro personal de haber bajado de peso y a la vez por portar una silueta delgada. Ivón dice: “al principio empecé bien, me empezaba a ver delgada sana” (Octubre, 2009). Perla platica:

ahorita ya no me rechazan es lo que me gusta, antes ni siquiera me volteaban a ver los niños y ahorita tengo pegue me gusta que me digan cosas bonitas aunque no me las crea, pero me gusta, en la primaria se alejaban de mi y se iban con la más bonita y popular, mis amigas de la secundaria son delgadas (Entrevista, Junio, 2010).

Goffman (1981), identifica tres tipos de individuos según sus “actuaciones”, basados en la “confianza que deposita en sus actos”, para Goffman, entre “el individuo sincero” en un extremo y el “escéptico” por el otro extremo se encuentran aquellos “individuos cínicos” que buscan “querer guiar la convicción de los otros” obteniendo “placer de su mascarada, experimentando una especie de gozosa agresión espiritual ante la posibilidad de jugar a voluntad con algo que su público debe de tomar seriamente” (*Ibíd.* :30); teniendo en cuenta que esta mascarada no es siempre por el bien y el “interés de sí mismo”, sino también por el bien de los otros que él considera; de tal manera que en este momento las mujeres se encuentran en la actuación de la apariencia controlando el cuerpo, sus necesidades, deseos y emociones, buscando siempre el bienestar emocional de manera

consciente y en algunos de los casos de manera inconsciente el bienestar de su familia (aunque sean paradójicas las formas).

Conclusiones

Las experiencias de las distintas transgresiones hizo que el malestar estuviera presente en ellas, en sus cuerpos y su cotidianidad, su emotividad estaba inclinada por el sufrimiento, lo que provocó y/o acentuó la experiencia de inconformidad ante las percepciones de sí mismas y de su realidad.

Cuerpo, comida y emociones se entrelazaron en su experiencia para saciar la insatisfacción de su cotidianidad, haciendo de las prácticas corporales y alimentarias su forma de relacionarse consigo y con los otros.

Ellas adoptaron prácticas y concepciones corporales y alimentarias que poco a poco fueron incorporando, y experimentando cómo en su día a día éstas prácticas y concepciones les aportaron sensaciones placenteras con el objetivo de sentirse, expresarse, ser mejor persona y relacionarse con su contexto.

Fue la “etapa de gloria”, ellas lograron guardar su secreto, se sintieron satisfechas por sus logros corporales y personales, el entorno social reconoció sus logros y apreció su imagen corporal. Ellas se sintieron seguras consigo mismas y se relacionaron de esa nueva manera con las amigas y los hombres, encontraron una nueva manera de ser/estar-en-el-mundo; en la experiencia de su vida cotidiana hicieron de sus prácticas un *habitus*.

Sin embargo, detrás de esa apariencia se encontraba la experiencia del miedo a subir de peso, la inseguridad a ser descubiertas, el malestar emocional. La adopción de prácticas que les aportaban la sensación de placer y control sobre sí mismas, fue como una expresión a la búsqueda de autonomía, una lucha entre ellas y un otro u otros por el control de su cuerpo.

En este sentido encuentro la paradoja de la acción, ellas retomaron prácticas que les aportaban la sensación de poder y control, pero de manera implícita se auto-agredían, así paradójicamente como un acto de desobediencia y resistencia podría parecer que ellas “reproducen una norma de belleza femenina” (B. Turner, 1989: 244). Además, Si se atiende a la lógica que las mujeres expresan y a su historia corporal, su actuar *tuvo sentido* en lastimar al primer transgresor lastimándose a sí misma; como una respuesta ante las transgresiones vividas.

De esta manera, encuentro que las mujeres vivieron la transgresión en dos planos distintos; por un lado, se experimentaron transgredidas hacia la integridad de su personalidad y su cuerpo por su contexto inmediato; ante esta transgresión de los otros y apoyadas por una estructura emocional normativa, ellas actuaron auto-transgrediéndose. Aunque esto parezca contradictorio, en la con-fusión entre la estructura normativa y la capacidad de agencia, ellas retomaron desde la experiencia corporal, prácticas que les aportaron placer, atendiendo a las demandas exteriores de sí misma en cuerpo y persona.

CAPÍTULO

2

Cuando “sentirse ligera” no es suficiente

En el presente capítulo exploro la segunda fase de acción del drama social, es el momento de crisis, es la experiencia del padecimiento a su máxima expresión. En el primer apartado abordo las formas en cómo cada una de ellas corporizó maneras de relacionarse con la comida y su cuerpo. En el segundo describo el contexto inmediato en el que se encontraron las mujeres, coloreado por la violencia y la represión. El tercer apartado está configurado por la experiencia en el momento de la crisis del padecimiento. Y por último el cuarto apartado está dedicado a la descripción de la experiencia que cada mujer tiene en relación con un cuerpo visto por los otros.

a. Ayunar el cuerpo, alimentar las emociones

En el contexto de una sociedad individualista, la experiencia del sufrimiento aparece como una experiencia individual (Le Bretón, 2009); de manera que hombres y mujeres dan significado al dolor y al sufrimiento por sí mismos, al menos que se presente y legitime alternativas para encontrar el significado en un sistema normado. Dentro de la cultura familiar de las mujeres con trastornos de alimentación cada una elabora con sus recursos y aprendizajes una manera particular de vivir su experiencia de malestar que es expresado a través de las prácticas incorporadas, prácticas en donde el cuerpo y la comida son

elementos importante como forma de ser/estar-en-el-mundo, de relacionarse consigo misma y con su contexto y como una manera de expresar sus emociones.

Las historias que las mujeres narran están cargadas de experiencias en relación con las agresiones que habían vivido en su cuerpo y en su persona, ellas relataron que vivían con algún tipo de angustia o inseguridad por esas malas experiencias. Además, en las historias contadas, ellas expresaron que desde niñas había experimentado la relación entre su estado emocional y las sensaciones de hambre o saciedad. A Lucía, Ana, María y a Perla la angustia que sentían les hacía perder el hambre, de tal suerte que en ocasiones no quisieran comer por cuestiones emocionales, además de los motivos estéticos; a diferencia, Edith, Brenda, Paola y Betty la angustia que sentían les hizo tener un deseo de comer hasta no poder más, comían grandes cantidades de comida para saciar la ansiedad, en algunos casos sin importar la cuestión estética y en otros casos recurriendo al vómito “para no engordar”.

En su vivencia, las emociones están estrechamente vinculadas al acto de comer, entonces sus hábitos alimentarios fueron siendo regulados, en primera instancia y de manera inconsciente por las cuestiones emocionales; Ana, ahora sabe que las “emociones las deposita en la comida”, ella se da cuenta que: “si estaba muy contenta me premiaba yo sola, si estaba triste no comía y me castigaba, si estaba triste pensaba en la situación y comía despacito... triste” (Entrevista Noviembre 2009). La emoción es depositada en la experiencia corporal, en la comida y en el acto de comer, y de la misma manera, las emociones que experimentan también son reflejadas en las preferencias de los alimentos y sabores como Maru que cuando está contenta come un *Chocorrol* por tener chocolate, cuando está enojada o triste come manzana o lechuga y cuando está “mas o menos” estable

come “queso con salsa o algo así...”. Ana en su experiencia, fue aportándole un simbolismo a la comida, según la emoción como ella dice: “comer rico era un placer delicioso, con eso me cobijaba, me sentía protegida, me quería un poquito al comer algo bien rico”. Edith expresa el significado que le da a cada alimento; que sin embargo, es un significado proveniente de la cultura alimentaria y el discurso médico basado en la comida ligera, y la comida “sana”, para ella: “la comida sana representa amor, como limpieza; a veces me da mucho miedo comer las harinas, representan como el pecado, como un castigo que me encanta, un castigo de mí hacia mí”.

En las historias contadas, ellas encontraron en las prácticas alimentarias y corporales, una manera de evadirse de todas aquellas emociones que les causaba malestar y que al mismo tiempo, no podían expresar ya que en la cultura emocional del contexto familiar no eran escuchadas; de esta manera, fueron incorporando la importancia de las sensaciones corporales que les aportaban placer como el control por la comida, el hambre, el cuerpo ligero, el vómito; valorándolas por encima de la saciedad, el cuerpo pesado y la gordura. El interés y la preferencia por las prácticas alimentarias y corporales que les brindaba placer se fue haciendo una manera de estar-en-el-mundo. Sin embargo, así como Ana y Edith, todas dicen haber perdido “el control” para comer de manera “normal” debido al juego de las emociones y su relación con las sensaciones corporales, además de las cuestiones estéticas que estaba presente en la mayoría de los casos.

Lucía, Brenda, Paola, Perla y Lidia prefirieron comer y después utilizar el vómito para “sacar” lo comido; cuando ellas comían o llevaban a cabo un atracón de comida las concepciones e ideales estéticos se hacían presentes en ellas como imágenes, sensaciones y

pensamientos obsesivos lo que las impulsaba a vomitar para “no engordar”, como lo dice

Paola:

siento el estómago lleno que me va a explotar, y pienso que si no lo hago voy a engordar mucho, y viene la imagen de que no quiero estar como mi mamá y cuando lo hago me siento tranquila cómoda; digo, no pues ya, se me va a quitar, voy a bajar de peso, no me va a pasar nada (Entrevista, Mayo, 2010).

También ellas encontraron en el vómito una manera de sentirse mejor consigo mismas, ya que a través del vómito lograban también expresar lo no dicho, como Ana lo refiere:

me sentía llena y con mucho asco y para liberarme de eso vomité y encontré una tranquilidad después de vomitar y esa sensación... bueno pues yo la siento, quiero sacar lo que tengo, la emoción o no sé y empezaba a vomitar, era inconsciente ahora ya lo sé y si era como ¡Ahh sacar algo! (Entrevista, Mayo, 2010).

Para Ana su relación con la comida fue una estrategia, un paliativo a su malestar, sin embargo el sufrimiento siempre estuvo ahí, dentro de ella:

yo comía mucho y luego me laxaba, era como una solución que yo había encontrado y me sentía siempre con una angustia muy grande, como dolor de examen, no quería salir de mi casa, me empecé aislar, si sonaba el teléfono no contestaba, ni la puerta, y lloraba y lloraba, estaba en depresión como que no encontraba salida, todo oscuro y negro y me quería morir, llegué a pensar en cortarme las venas (Entrevista, Noviembre 2009).

Ivón recuerda el uso que le daba a los laxantes y la relación con el sufrimiento que sentía, ella los considera como:

un medio de poder sacar ... [suspiro]... lo que no nos sirve, a veces los llegaba a amar y a veces los llegaba a odiar. A veces pensaba que sacaba emociones, odio,

resentimiento, sacaba culpa, sacaba muchas cosas, era una necesidad, que me había provocado, pero era una necesidad y yo tenía que ir al baño corriendo, sentía yo que sacaba emociones y mucho dolor, eran muchas cosas, terminaba débil, deshidratada, me bañaba, me acostaba y ponía música, daba un trago de té y me la pasaba sola otra vez, toda la noche y todo el día... así era como yo vivía (Entrevista, Octubre, 2009).

Ellas incorporaron prácticas corporales y alimentarias como una estrategia para la expresión de sentimientos, para relacionarse con los otros y como una manera de ser/estar-en-el-mundo; éstas prácticas son motivadas por concepciones y sensaciones específicas de la correlación cuerpo-emoción-alimento. Tal encarnación de prácticas, sensaciones y concepciones tienen su indicio en el contexto inmediato, así como de ahí provino la mayoría de las transgresiones recibidas.

b. Malestar emocional encarnado: Violencia y Silencio

En el caso de las mujeres con trastornos de alimentación, el sufrimiento que ellas experimentan de manera individual, corresponde a un malestar familiar, cultural y social; ellas padecen y se enferman, como menciona Freud al referirse a la neurosis del sujeto “porque no logra soportar el grado de frustración que le impone la sociedad en aras de sus ideales de la cultura” ([1929] 2007: 38), ellas encaminan su malestar utilizando la imagen corporal y la apariencia como un objetivo de placer, perfección y valoración; misma imagen corporal que la misma cultura elabora y aprecia. Retomando que la belleza, el orden y la limpieza tiene una posición particular en la exigencias culturales (*Ibíd.*: 46) de ahí que ellas siguen en la mayoría de los casos, patrones de prácticas y concepciones referentes sobre todo a la belleza que la misma cultura muestra: el cuerpo delgado y joven.

Las historias de vida de las mujeres, están enmarcadas por episodios de violencia y abusos, represión y silencio, vivencia de críticas, burlas, violencia física, acoso y/o abuso sexual, rechazo social y emocional; de tal manera que el sufrimiento “provino” de las relaciones con otros seres humanos de su contexto inmediato, y según Freud (*Ibid* :24) el sufrimiento que proviene de los otros es posiblemente la experiencia más dolorosa. En este momento ellas se experimentan desvinculadas de un grupo que les de soporte social y entendimiento emocional, se sienten solas para poder expresar su malestar devenido de su contexto inmediato, su historia y sus experiencias.

Las vivencias que ellas experimentan como transgresiones por parte de los otros, impactaron de manera importante a sí mismas y a su cuerpo; éstas transgresiones que experimentaron desde su infancia y su adolescencia tienen diferentes matices y provienen de diferentes y/o varios actores, como puede ser su familia, su madre, compañeros de escuela, pareja o incluso, de alguien desconocido.

Los relatos de las mujeres coinciden con historias de eventos en donde su cuerpo ha sido blanco de burlas, apodos, insultos, golpes, acoso y/o abuso sexual. Se viven rechazadas emocionalmente y corporalmente, recibiendo, desde edades tempranas, críticas y comentarios de sus defectos de carácter, complexión e imagen corporal, como lo expresa Maru: “a los cuatro años que te digan que estas pendeja, que tienes mierda en la cabeza, sí te chinga” (Entrevista, Septiembre, 2009), o como el caso de Ivón, que cuenta cómo desde pequeña recibía burlas y apodos en su escuela y con su familia por tener sobrepeso:

la crítica de mi familia, de mi mamá, de mis amigos, de mí misma, todo eso me hizo decaer yo misma... mamofanta, botijota, gorda, elefante, ballena eran los apodos, burlas, miradas, yo ya no quería sentirme así, sentía una rabia y un coraje y ganas de

bofetear a todos, yo merecía un trato igual que todos, yo no me metía con nadie, por qué me rechazan?, por qué no juegan conmigo?, por qué?... me sentía más mal... basta, si voy a seguir viva, voy a seguir viva bien, no voy a dejar que se sigan burlando de mi, como que llego una consciencia: -no permitas que se sigan burlando de ti- (Entrevista, Octubre, 2009).

Las agresiones al cuerpo femenino, a través del acoso y el abuso sexual, son un parteaguas en la vida de las mujeres que lo vivieron, como Ivón que en dos ocasiones fue acosada por su padre y fue en la segunda ocasión que recayó gravemente, dando pie a la manifestación más aguda de su enfermedad, cuando llegó a pesar 34 kilogramos y fue desahuciada por el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Ana identifica el episodio del abuso sexual por parte de su primo, cuando tenía siete u ocho años, ella reconoce que a partir del abuso su vida cambió: “fui una niña feliz hasta que llegó el abuso, ahí mi vida cambió, mi vida completamente, me hice insegura, con miedos todo tiempo, pánicos, feo, feo...” (Entrevista, Noviembre, 2009).

También Brenda recuerda que la experiencia de abuso sexual que tuvo, provocó que las prácticas alimentarias que realizaba como los atracones y el vómito se hicieran más agudas:

un señor abusó sexualmente de mí y eso me destrozó bien cabrón, al día siguiente me sentía engañada, estúpida, usada, y fue de la verga, todas las desilusiones, y ese día no hice yoga, y dejé de creer en mi camino recto y fui por unas galletas, y comí panes y vomité enojada y todo el día comí y vomité y desperté sintiéndome bien mal y lo volvía hacer y estaba muy enojada (Entrevista, Junio, 2010).

María interpreta el abuso sexual que sufren las mujeres con trastornos de alimentación como un elemento muy importante para ir trasformando el cuerpo:

yo si he visto que el abuso sexual es un factor súper importante, por eso las ganas de irse muriendo poco a poco porque es tanto el dolor... en mi caso así fue y lo que quieres es no ser femenina para que nadie te vuelva a atacar, es una lucha interna por dejar de ser quien tu eres [...] por eso el miedo a tener carne en el cuerpo (Entrevista Noviembre, 2009).

Entonces, a partir del abuso sexual, las mujeres van reelaborando una manera diferente de relacionarse consigo mismas, con su familia, con sus amigos, con el mundo y van transformando su manera de percibirse en relación con su imagen corporal, con los simbolismos de ser mujer y tener un cuerpo de mujer, que es a partir de ahí que paradójicamente rechazan las formas del cuerpo femenino para no volver a “ser tocadas”. Como el caso de María que ella interpreta de esta manera el hecho de que a los dieciséis años se cortó el cabello “como hombre” y no se lo dejó largo hasta que fue internada, y también comenta: “me vestía como hombre y todo el tiempo estaba pintándomelo de rojo (el cabello), haciendo lo que fuera para que nadie me volviera como atacar” (Entrevista, Octubre, 2009).

Así, la experiencia de violencia y abuso fueron marcando las líneas para que el sufrimiento se fuera incorporando, como Ivón lo expresa: “porque yo rechazaba mi cuerpo pero fue por todo el rollo que yo había vivido desde la violación, el abuso, los apodos, eso fue todo lo que a mí me afectó, fue parte de todo el proceso, la evolución de la enfermedad, todo eso se apoderó de mí” (Entrevista, Octubre, 2009). La brecha entre sí misma y el cuerpo se marca como lo explica María: “yo no tenía una relación con el cuerpo, que yo creo que eso es lo que pasa como producto del abuso sexual y por consiguiente inconscientemente generas un trastorno de alimentación porque estas desconectada del alma y del cuerpo” (Entrevista, Mayo, 2010).

La represión al interior de la familia de las mujeres con trastornos de alimentación, es una constante en los casos encontrados, la represión se entiende como las formas y dinámicas en que la familia se manifiesta, se expresa, se relaciona y educa dando pie a la negación de la persona y sus expresiones, por lo que es considerada como una forma de violencia; la represión vivida por ellas tiene diferentes matices, como lo puede ser la represión emocional o sexual; la represión emocional está encaminada a la negación de la expresión de emociones y sentimientos, y la represión sexual se relaciona con la educación basada en el castigo y el pecado, en la negación de los placeres del cuerpo, como en el caso de Ivón:

yo crecí con la idea de que tocarse, mirarse y auto-explorarse era pecado entonces crecí reprimida –no te toques ahí porque es malo, que no se te ocurra verte- [...] crecí con mucha represión, ahí es cuando me empecé a revelar, entre más me reprimes más me voy a salir del huacal y empecé a ser un cúmulo de puras tonterías para revelarme (Entrevista, Octubre, 2009).

Ana cuenta la reacción que tuvo su mamá al decirle que se masturbaba, la regañó fuertemente, le dijo que era pecado, que se iba a ir al infierno, que no merecía ser su hija, ella dice al respecto:

fue de lo más fuerte que me pasó en mi vida, porque yo era mala, yo había cometido un pecado muy grande, me marcó más el regaño de mi mamá que el abuso de mi primo, me dormía siempre con mis papás, no dormía sola, tenía miedos, mi inseguridad era más grande, sentía que me espiaban en el colegio, todo el tiempo estaba angustiada y así viví muchos años (Entrevista, Noviembre 2009).

La cultura emotiva de las familias de las mujeres entrevistadas muestran, que al interior de la dinámica familiar no hay cabida para la expresión de emociones y sentimientos de ningún tipo, y en especial por aquellos sentimientos considerados como

negativos; algunas familias, sobrevaloraban las cuestiones y posibilidades positivas de la familia, como la posición económica, los viajes, o el hecho de “estar juntos”, sin dar pie a que se expresaran cuestiones que incomodaran en este caso a la niña; como María que comparte su experiencia: “yo desde niña aprendí a guardar mis sentimientos y a pensar que a la mejor lo que me pasaba no era importante y así fui callando muchas emociones y cosas que yo tenía” (Testimonio TEC, Noviembre, 2009). Rosalía también comenta: “aprendí a controlar lo que sentía o lo que quería decir y no dije, si he callado muchas cosas que he sentido y no he dicho, desde un –te quiero- hasta un –te aborrezco, ni te me acerques-” (Entrevista Julio, 2010). El vínculo social de la familia es el que regula los sentimientos, marca y describe lo que es expresable y lo que no (Le Breton, Op. cit.), así ellas aprendieron a ir silenciando sus expresiones, y al mismo tiempo buscaron otras formas y maneras de expresar aquello que sentían.

María comenta que sus papás no se enteraron del abuso sexual que sufrió cuando ella tenía cuatro años, ése era el malestar que ella quería expresar, sin embargo su papá la acallaba inconscientemente diciéndole que la iba a llevar con los niños del orfanato para que viera lo que era no tener familia y tener algo porque sí estar triste, ella comenta: “yo a los cuatro años ya había habido el vecino estúpido que se entrometió en mi vida, ya me había atropellado un coche, ya me había quemado el cuerpo con agua caliente y fueron demasiados eventos que guardé en el cajón y se convirtieron en una enfermedad” (Testimonio TEC, Noviembre, 2009).

Ella empezó a vivir con una contradicción en lo profundo de sí, había un malestar en ella que no podía expresar y por lo tanto ella fue reelaborando el significado de esta contradicción encontrando en la obsesión por cambiar su cuerpo, una fuga ante la

contradicción que vivía: “como no podemos hablar de nuestras emociones decir que algo nos estas pasando o que algo no esta bien en nuestra vida, el cuerpo y la comida se convierten en un escenario perfecto para controlar las emociones” (María, testimonio TEC Noviembre, 2009).

De la misma manera Ana aprendió a reprimir y a silenciarse después del abuso que sufrió por parte de su primo, ya que su tía le dijo: “que no dijera nada, que me callara, que a todo mundo nos pasaban esas cosas y que no pasaba nada, eso me frustró y empecé a tener trastorno de déficit de atención” (Entrevista, Noviembre, 2009). En este caso, el malestar, la contradicción, y el silencio se fueron manifestando ya, en un padecimiento y en una enfermedad. Al respecto María dice: “dime la cantidad de secretos y te diré que tan saludable estás” (Testimonio TEC, Noviembre 2009), ya que para ella los silencios se van quedando en el cuerpo y al cabo de algún tiempo se manifiestan como enfermedades o adicciones.

Así, en las relaciones intersubjetivas al interior de su familiar, el placer se reprime y el sufrimiento se calla, el cuerpo es el escenario para calmar el sufrimiento a través del placer que les brindan las prácticas corporales y de alimentación, y así se va dibujando la escisión del cuerpo y al mismo tiempo ofrece las herramientas para la búsqueda de la evasión de su realidad. Ivón platica: “tanta represión, tantas emociones, tantas cosas que uno ha vivido... siento que a muy contadas personas les da esta enfermedad por tantas situaciones o experiencias (Entrevista, Octubre, 2009).

La violencia experimentada en el cuerpo y en su persona fueron los cimientos de cómo ellas fueron enfermando; callaron lo que sentían, callaron lo que pensaban, callaron

su enojo, su tristeza y su inconformidad por la realidad en la que se encontraban, por la incomodidad con su cuerpo; no contaban con alguien para expresarse, carecían de algún otro para ser escuchadas y estos silencios fueron haciendo aún más grande el malestar sentido.

Las historias de las mujeres revelan que ellas experimentan o experimentaron un sufrimiento profundo, identificando que este sufrimiento tiene su origen desde edades tempranas. Ellas expresan malestar emocional, inseguridad, insatisfacción con su vida e inconformidad cotidiana y con su modo de vida particular.

Entendiendo las emociones como un eje en la vida cotidiana, Oatley y Brother, escriben: “(las emociones) manejan la vida mental y proporcionan la base heurística que relaciona el flujo de los eventos diarios con metas individuales y con preocupaciones sociales” (en Jimeno, 2004: 239); por consiguiente, las emociones de malestar y sufrimiento que ellas experimentan en interacción y vinculación continua con sus pensamientos y percepciones de ellas mismas y de su entorno van impregnando su vida cotidiana, haciendo de sus relaciones y de su estilo de vida algo carente de sentido y satisfacción.

María encuentra el sentido de la enfermedad como algo más allá de la apariencia corporal y lo estético, ella dice al respecto: “en realidad no es que quieras verte bien, estás buscando destruirte, castigarte, maltratarte para ver si así puedes sacar todo el dolor que traes dentro” (Entrevista Noviembre 2009). La experiencia de ella fue que se sentía como “muerta en vida”, cuando se levantaba decía: “¡Ya me quiero morir!, no quiero estar en esta vida... y tenía todo para ser feliz”.

Este malestar y sufrimiento llega a tal grado que se hace crónico, es decir, es persistente en su vida cotidiana y se manifiesta como una profunda depresión que acompaña las prácticas del cuerpo y la comida que para este momento se siguen realizando de forma obsesiva, carentes del elemento placentero.

Algunas de ellas se autolesionan, se cortan sus extremidades y/o se dan golpes en su cuerpo; para ellas es una manera de compensar ansiedad o el malestar, buscando bienestar; así, las autolesiones llevan implícitas el sentido de la búsqueda de placer y de sufrimiento. También pueden ser entendidas como una salida a las demandas culturales y familiares, demandas que pueden vivirse como violencia para ser de tal forma y no ser aceptadas como en realidad son. Estas prácticas auto-agresivas algunas veces son inconscientes y otras veces son realizadas conscientemente creando un ritual doloroso.

Ivón y Lidia y Edith se cortaron los brazos con vidrios y navajas para “calmar la ansiedad” y el malestar. Edith desde los once años se corta la piel, los brazos y las piernas, ella tiene algunas cicatrices, dice que a veces es inconsciente y a veces se corta con toda la intención. Lidia, también se ha cortado de manera inconsciente y en una ocasión, después de sentirse “muy mal”, se hizo el dibujo de una estrella con sus cicatrices en su brazo derecho.

Es tal el malestar y el sufrimiento que Edith y Ana han pensado en quitarse la vida cortándose las venas o tomando pastillas, pero no lo han intentado; sin embargo, Paola y Lidia ya intentaron suicidarse, así como Rosalía que intentó suicidarse tomando alrededor de 60 pastillas que le recetaron a su madre para la hipertensión, y Maru que al séptimo intento de suicidio estuvo a punto de morir quedando con un pulmón dañado por la

sobredosis de medicamento psiquiátrico que ella misma tomaba por prescripción médica. Ivón, reconoce que con sus prácticas se estaba “suicidando poco a poco”. Ivón, como algunos otros casos en donde la apariencia física llegó a ser deplorable, actuaban el rol de estarse auto-matando a la vista de todos y todos como testigos, desatando sentimientos encontrados sobre todo de su familia; combinación de miedo, impotencia, tristeza y coraje que imposibilitaba el actuar y el relacionarse de manera adecuada con ella.

Dentro de su vida cotidiana de malestar y sufrimiento, había momentos o situaciones que las hacían sentir aún peor, como el caso de Ana, Betty y María quienes viajaron al extranjero y vivieron la experiencia con mucha ansiedad por la separación de su familia y la dependencia que ellas había creado. También, las separaciones y los rompimientos con las parejas fueron eventos que causaron aún más tristeza como el caso de Perla, Camila, Ivón y Rosalía, quienes después de haber terminado con su novio agudizaron sus prácticas alimentarias como una manera de afrontar la situación.

La doctora Cony Moreno directora de la clínica Avalon, en donde varias de las mujeres entrevistadas estuvieron internadas dice que cuando alguna persona recurre a las prácticas alimentarias de restricción alimentaria y a la purga para quedar “vacía”, es porque lo que está diciendo es que “hay algún vacío dentro de ella, de su sentimientos, de sus espíritu, que hay una sensación de que no ha sido suficientemente amada y no es capaz de poder amar” (Video, YouTube, en línea, Mayo, 2009). Ese vacío existencial no lo dejan de sentir en ningún momento, ni cuando lograron tener el peso y la talla anhelada y mucho menos cuando esa talla se sobrepasó y se encontró por debajo de los cánones aceptados como estéticos, Ivón lo describe de la siguiente manera: “no lograba llenar ese hueco, ese

vacío, cuando ya estuve apunto de morirme, cuando estuve como quería estar, como un fideo, no estaba bien, me sentía mal” (Entrevista, Noviembre 2009).

De este modo, con la vivencia de las transgresiones de los otros, así como con la elaboración y la experiencia de las prácticas corporales y alimentarias extremas, se escinde entre su cuerpo y sus necesidades, sus emociones, sus gustos, la expresión de lo que piensa y siente; es ahí cuando las paradojas, la confusión y el sufrimiento se hacen presentes. Como lo expresa Ivón: “las burlas y las críticas me han dado en la torre, apodos, también el rechazo por parte de mi mamá, ella me compraba pastillas para adelgazar, entonces decía pues si ella no me acepta pues menos yo” (Entrevista, Octubre, 2009).

El rechazo hacia la vida se hace evidente cuando niegan la comida de forma material para la sobrevivencia y de manera inmaterial basada en los simbolismos que la cultura le atribuye de alimento-vida. Los casos en donde las prácticas fueron extremas y su estado de salud era grave, ellas caminaban por la línea de la vida y la muerte; muerte impregnada en sus sentimientos, en sus prácticas y en su pensamiento. Y si nos remontamos a su experiencia de vida, podremos darnos cuenta, desde cuándo es que proviene la falta de alimento simbólico para la vida, rodeadas de un contexto familiar, cultural y social, en el cual la falta de contacto corporal y de expresión de vida de manera libre se dificulta y/o se inhibe.

c. Control, culpa y castigo

El control es parte importante en la vivencia de la los trastornos de alimentación, para el momento de la crisis en los relatos de las mujeres, se encuentra extrema vigilancia en sus

prácticas alimentarias y en su imagen corporal, incluyendo las técnicas corporales reflexivas (Crosley 2005), como una manera de tener el control de su vida. Por tal motivo, ellas controlan sus deseos, sus hábitos, su cuerpo, su peso, la siguiente frase de una *bloggera*²⁴ lo describe: “*I never wanna be a supermodel, only I wanna have control in my live*” (*Bloggera mexicana*, 2009); María llama a los trastornos de alimentación como “la enfermedad del control”, en este intento por controlar sus emociones y relaciones, controlan sus prácticas alimentarias y corporales.

La disciplina es la vía para encontrar el control sobre su vida, es una manera de reencontrarse consigo, el régimen las hace tener y sentir el control de su vida. Así el cuerpo es pensado como ese organismo que se puede controlar ante los deseos, los gustos, las funciones y manifestaciones, y es así como se relacionan con él y a través de él, para ello es preciso el ritual del “autodominio”, del control físico y mental y el sacrificio, es necesario que el cuerpo esté dominado por la razón y motivado por la delgadez o la ligereza, que los deseos no lo venzan, el control de la dieta rigurosa y el ejercicio extenuante: “diez sentadillas antes de querer comer algo: Siempre terminas haciendo más, te sientes bien y tienes más autocontrol para darte la media vuelta y no tomar nada” (*Bloggera mexicana*, dando consejos, 2009).

Edith expresa cómo en ella el control le hacía sentir mejor y cómo el control que ella ejercía sobre los alimentos se terminaba extendiendo al ambiente en su familia:

yo me podía controlar, sentía mucho control y me encanta la sensación, por ejemplo cuando te ofrecen galletas y decir –no gracias- es muy difícil y por un lado me doy cuenta que estoy muy enferma y por otro lado digo –sí he llegado a un punto que

²⁴ Término utilizado para hacer referencia a las jóvenes que realizan y participan activamente en los *blogs*.

nadie o que muy pocos- y me siento de cierta forma con orgullo porque es algo muy difícil, controlando eso siento que puedo controlar todo, en mi casa no controlo a mis hermanos o a mis papás, pero si puedo controlar el ambiente (Entrevista, Mayo 2010).

Para María, la necesidad de control que tienen las mujeres con trastornos de alimentación se deriva de dos cuestiones, por un lado es la necesidad de aprobación de los demás que ellas tienen, así como también, la baja autoestima, la falta de adaptación a sus relaciones familiares y sociales; entonces ellas, busca la aprobación de los demás y llega a “sistemas rígidos de control y perfeccionismo para regular la relación con lo demás”. Por otro lado, la necesidad de controlar su cuerpo tiene que ver con la experiencia del abuso sexual: “alguien se metió en mi cuerpo y ahora yo voy a decidir [...] como un tiempo perdí el control del cuerpo con el abuso, es necesario tenerlo de nuevo” (María, entrevista, Junio 2010).

La disciplina es la manera en que ellas logran sus objetivos, es dominar al cuerpo y que sea objeto de poder sobre sí misma. Ivón utilizaba el lema “si quiero lograrlo, pues que me cueste”, y así por medio de la razón y el objetivo del cuerpo delgado sometieron su cuerpo al dolor y a la enfermedad. Rosalía dice que “era muy disciplinada para comer muy poco” y también para hacer ejercicio: “a tal hora y diario dos horas, pensando que quería estar más delgada, y hasta que me dolía el cuerpo, al abdomen, las piernas... como me dijo una maestra –si duele es que funciona-” (Entrevista, Julio, 2010).

El sentimiento de culpa está presente en la vivencia de cada una de las mujeres, se sienten culpables de lo que sienten, piensan e incluso de haber sido víctimas de abuso

sexual; sienten la culpa por sus deseos, por sus antojos, por comer, por no comer, por vomitar o no hacerlo.

Edith se siente culpable por “estar enferma”, y al mismo tiempo porque su papá tenga depresión, siente que su familia por la misma razón no la “ayudan” o la “tratan mal”, como si ella realizara las prácticas con el objetivo explícito de hacer sentir más mal a los demás, ella dice: “mi papá tiene depresión, ahorita está mal y yo me siento súper culpable, lo veo y es una cara de mortificación y de tristeza”.

La culpa está presente en todas las etapas del trastorno, primero se presenta la culpa por comer demasiado, después por haber dañado su cuerpo, como el caso de Ivón:

antes me daba risa verme muy flaca, luego tristeza, coraje conmigo misma porque se me había pasado la mano porque lo había maltratado mucho, sentía mucha culpabilidad, no de que había comido un montón, sino porque me desgasté tanto (Entrevista, Octubre, 2009).

También Edith expresa la culpa por lo que le ha hecho a su cuerpo: “siento culpa por el daño que le he hecho porque si me cuesta muchísimo trabajo moverme, levantarme”. Para Brenda la culpa está presente en sus pensamientos en relación con su congruencia como persona, y también en relación con sus papás y su situación económica:

es lo que me carcome, la culpa de no ser responsable de lo que soy consciente, la vida me ha hecho consiente de un chorro de cosas y no soy responsable de esos regalos, he pagado con muerte; también de que mis jefes gasten tanto, ahorita ya no me da, pero me daba culpa acabarme la alacena... (Entrevista Junio, 2010).

Los deseos, en específico aquellos deseos que se relacionan con el comer, el saborear, el nutrir, fueron ignorados buscando estrategias para lograr superarlos como una

especie de autodisciplina y control de sí misma, como Ivón lo señala: “me daba mucha hambre pero me la aguantaba, me la reprimía yo sola, y veía revistas y recetas, si había un sándwich según yo me lo comía, a mi mente tal vez engañaba... (Entrevista, Octubre, 2009).

Las necesidades del cuerpo como el hambre y la sed, así como el malestar físico por el no comer y el malestar emocional son “ignorados” e incorporan prácticas que sienten y creen que les ayudan a sentirse mejor, pero que al mismo tiempo las desvincula de su propio cuerpo y de la experiencia emocional, como una evasión de sí mismas y de su realidad y como una manera de estar-en-el-mundo. María los relata:

muchísimo tiempo me ponía zapatos apretados y no me daba cuenta que era una manera de maltratarme; pasar hambres, comer de más, los laxantes, que vas al baño y sientes como si tienes diarrea, me acuerdo de esas madrugadas que yo tenía retortijones, sudor horrible, ¿Qué necesitas tener en la cabeza para provocarte tú sola? Horrible... ejercicio excesivo hasta que me ardieran las piernas de dolor, mucho ejercicio con poca comida era un cansancio brutal, no era hacer ejercicio por hacer ejercicio, ni para ponerme buena porque hubiera ido al gimnasio era para acabar cansada y sentir dolor, te vuelves adicta al dolor (Entrevista, Junio, 2010).

Ana llevaba a cabo los atracones de comida seguidos de vómitos porque ella pensaba que se iba a sentir mejor. Brenda describe el círculo de emociones que experimentaba: “se siente feo vomitar pero me sentía tranquila, porque la neta antes de vomitar me sentía súper mal, si comía muchísimo si era un alivio, físicamente sentía un alivio, era malestar físico y emocional siempre era como una lucha interminable” (Entrevista, Junio, 2010). Para Brenda, es como un círculo en el cual come para vomitarlo porque le da miedo volver a estar como antes, no le gusta hacerlo pero siente miedo de

engordar, entonces piensa “vomito y vuelvo a empezar”, dice siempre tener esa sensación de “volver a empezar”, después de vomitar, piensa y siente como una nueva oportunidad para ya no volverlo hacer, pero al mismo tiempo no puede dejar de hacerlo.

Tanto Brenda como Perla en el momento del vómito piensa en que se salga toda la comida, se imagina su estómago contraído y a veces pensaban en que se iban a morir, Perla describe a detalle:

me provocaba el vómito con el dedo, luego no podía y luego con dos dedos, luego con tres y luego ya no podía... no sé qué pasaba como que sentía la garganta más cerrada y hacía mucho esfuerzo y luego ya no alcanzaba con el dedo ya no sentía la sensación de la náusea, y necesitaba de más dedos para más náusea y sacarlo... alguna vez usé el cepillo de dientes y sí me funcionaba y al vomitar pensaba en estar delgada, en no engordar, en qué comí, en sacarlo y no traerlo ahí, yo veía el vómito y decía –no falta más, comí más, falta- y luego hasta que ya no salía y era pura náusea ya me sentía más segura de que lo que comí no lo iba a engordar (Entrevista, Julio, 2010).

Al sentimiento de culpa se le suma el castigo, ellas se sienten merecedoras del castigo, castigarse por lo que son o no son, por lo que han comido o por la manera en que se han laxado, y cada una va creando en su vida cotidiana rituales para castigarse, para recordarse que no son valoradas por lo que son. María relata su experiencia:

todo lo que buscaba inconscientemente era castigarme, es una enfermedad como de castigo, porque mi diálogo interno era, ya cenaste y ahora estas castigada, ya no vas a comer, ni desayunar; yo ahora lo pienso, ¿Quién en su uso razonable de su mente se va a querer hacer daño? (Testimonio TEC, Noviembre 2009).

Como una forma de estar en desacuerdo y como defensa a las transgresiones de los otros, ellas se castigan a sí mismas de diferentes maneras, en sus diálogos internos, en las

restricciones alimentarias, en las autoagresiones, en las prácticas impregnadas de pensamientos de daño a sí mismas; como lo expresa Edith: “cuando vomitaba lo veía como un tipo de castigo, porque sentía un castigo hacia mi, de decir –que estúpida fuiste (por permitir que abusaran sexualmente de ella), me quería tratar mal” (Entrevista, Julio, 2010). Rosalía pensaba cotidianamente, que “no se merecía las cosas”, por pensar que le había hecho “daño” a su familia y por ello se castigaba restringiéndose las cenas o los desayunos.

De la misma manera María comenta:

qué peor castigo que esa enfermedad que no te das de comer nada, cuando empecé a estar más enferma era un dialogo: -oye ¡estás castigada!, te comiste un pan y en la noche ya no cenas-, cosas locas de –ya te diste permiso, dos días que siguen no vas a comer y aunque tengas hambre, me vale gorro-. (Entrevista, Junio, 2010).

María se sorprende por unos escritos que encontró en un cuaderno tipo diario, en el cual ella se escribía y decía a sí misma:

entiéndelo niña, estas de hueva, nadie te quiere, ni aunque seas listilla, ni mona.....eres abominable, detestable..... dan ganas de no verte ni en pintura, no vales mierda, no comas nunca mas para que así te mueras.... púdrete en el infierno de una vida desgraciada, eso es lo único que te mereces, eres una demente, dañada, estás loca, no puedes evitarlo, estas completamente loca,.. no puedes vivir en este mundo..

Una tarde, Edith se subió a la báscula en el club y tenía dos kilogramos “de más”, ella lo describe:

fue una frustración cabrona y no sabía cómo sacarla, quería hablarle a alguien y no sabía a quien, no estaba en el grupo y con un arete me corté el brazo, es una forma de sentirlo o verlo y de decirme –tienes que bajar de peso, ya engordaste, bájale a la

comida, o haz más ejercicio-, también el vomitar es una forma de lastimarme (Entrevista, Mayo, 2010).

De esta manera, el simbolismo del sufrimiento vivido es recreado como una forma de castigo hacia sí misma, contradictoriamente buscando sentirse mejor, buscando quererse expresar contra aquellos que la transgredieron en su cuerpo y en su persona.

d. Cuerpo visto: vergüenza, gordura y distorsión

En el contexto urbano se ha favorecido al uso de la mirada por sobre encima de los otros sentidos, “la mirada se convirtió en el sentido hegemónico de la modernidad” (Le Breton, 2002: 103). La importancia de la imagen corporal se beneficia del contexto urbano, ellas miran para apropiarse de los cuerpos de las otras mujeres y “querer ser como ellas”, pero al mismo tiempo se sienten constantemente evaluadas por la mirada de las otras personas, propias y desconocidas. Así, a partir del contexto y el *habitus* van construyendo su imagen corporal, entendida ésta como la percepción, sentimientos e imagen que se tiene de sí mismo, relación entre identidad y cuerpo dentro del contexto urbano en este caso. Para Aguado (2004) la imagen corporal habla de la “cosmovisión” de cada persona, es decir, la imagen corporal construye la visión del mundo de cada uno y esta visión del mundo y de sí, es la que construye la propia imagen corporal.

Para este entonces, las mujeres con trastornos de alimentación reconocen el distanciamiento entre su percepción de su imagen corporal y el ideal corporal que asumen como adecuado según los parámetros de sus grupos de referencia, por lo que ellas corporalizan expectativas y exigencias corporales percibidas como manera de ser/estar-en-

el-mundo; así el cuerpo social, su cuerpo, el que puede ser visto y es visto, es su mayor objetivo, por encima del cuerpo biológico, y del cuerpo sentido; razón por la cual anteponen el adelgazamiento del cuerpo por encima de su propia vida, como Maru que quería romper el “record *guinness*, por ser la anoréxica más flaca”, quería que en su tumba pusieran cuántos kilos “había logrado tener”.

Incorporan en su cotidianeidad la importancia del cuerpo visto, Ivón veía su cuerpo en los espejos y reflejos, para “ver si no había subido un gramo”, se veía alrededor de treinta veces al día. Brenda cuando se despertaba, todos los días se veía la “panza”, en espejo de cuerpo completo que tiene en su cuarto.

Betty, Edith, Ivón, Camila, y Perla en cada oportunidad que tenían se veían en el espejo o en los aparadores, viendo el reflejo de su cuerpo, y pensando en todo momento que estaban siendo evaluadas por las demás personas; siempre con el pensamiento dentro de sí de no ser capaces de cumplir con las expectativas de los demás en relación con la normatividad del cuerpo, sus formas y sus maneras de cuidarlo y alimentarlo, que en combinación con la baja autoestima se sienten avergonzadas de sí mismas, vergüenza de mostrar su cuerpo y/o vergüenza de que las vean comer; viven pensando y sintiendo que “alguien” las observa, las juzga, las critica; así, su cuerpo es objeto de ser visto en cualquier lugar y a cualquier hora.

Maru, contradictoriamente en el momento que estuvo más delgada, llegando a pesar 39 kilogramos, usaba ropa holgada para que no la vieran porque le daba “pena” que le “vieran las lonjas”. Edith, Perla, María y Camila ocultan su cuerpo, sintiendo vergüenza o

incomodidad de mostrarlo, evitan usar faldas y blusas con tirantes, para que los demás no les vean los brazos, los hombros, el pecho, ni las piernas.

A Rosalía e Ivón les daba “pena” comer enfrente de las demás personas. Ivón, cuando estuvo internada en la comunidad terapéutica Vista Hermosa, al momento de estar comiendo con los otros internos y con los terapeutas, decía: “¡chin! Me están viendo comer”, aunque dice que procuraba “comer normal, como todos”, pensaba que Elizabeth²⁵, la iba a criticar, hasta que se le quitaba es sentimiento comiendo.

Brenda y Edith por su parte, se escondían y mentían cuando iban a comprar cosas a la tienda de abarrotes, pensaban que cualquiera que las viera las iban a criticar por comprar comida chatarra, ya que para ellas, ambas se encontraban por arriba de su peso ideal, se consideraban “gordas”. Edith pensaba que si la veían comprar algo la gente iba a pensar: “-¡no manches!, ¿Cómo puede tragar tanto?, si está bien gorda, ¿Cómo puede comer tanto?, si yo fuera ella, yo no comería esas papitas-”, ella dice: “no me gusta que me vean ni comprar cosas, ni comer, me da vergüenza, siento feo” (Entrevista, Junio, 2010).

El trastorno, se manifiesta en el mal funcionamiento que se da a nivel intersubjetivo, la falta de congruencia entre “su realidad” y “la realidad” de no ser evaluada por los otros, las incongruencias y las distorsiones corporales.

El perfeccionismo acompaña a la vergüenza, María argumenta que por la falta de autoestima ellas se compensan a sí mismas con la búsqueda de perfección, la perfección de la apariencia sea esta de carácter emocional, relacional, así como de la imagen corporal. Ellas al no lograr tal “perfección”, se avergüenzan, como explica Brenda:

²⁵ Una de las psicólogas de la comunidad terapéutica

Cuando regresé de Italia todos me decían -¡Estás bien gordita!- no me gustaba, como que era muy perfeccionista, exigente conmigo misma; yo siempre tuve buen cuerpo la neta y de repente sentía fallarme a mí misma, entonces si me avergonzaba, hasta no salía tanto porque no me gustaba que me dijera toda la banda, si me veía muy diferente y todos mis amigos, mi familia me decían y no me quedaba mi ropa... no me gustaba, me daba pena (Entrevista, Junio, 2010).

La percepción social que se tiene de la gordura es negativa, por lo que las personas con sobrepeso son estigmatizadas por el medio social. Rosalía sentía vergüenza “porque estaba gordita”, Brenda, Ivón, Betty, Edith, Perla tienen “miedo” a volver a esta “gordas”, la gordura en ellas es temida, porque les recuerda lo que algún momento pasaron antes de haber bajado de peso: críticas, burlas y exclusiones. Para Edith es su miedo más consciente: “el volver a engordar y perder lo que he ganado”. Ana comenta: “yo tuve miedo de estar gorda, más que nada por estética, pensaba que no quería estar como mi mamá o que gorda no me iban a aceptar y que flaca si me iba a aceptar la sociedad... ideas mías” (Entrevista, Noviembre 2009).

María comenta que a ella no le importaba estar gorda o flaca en extremo, estuvo trece años compartiendo prácticas tanto de anorexia como de comer compulsivo, transformando su cuerpo de un año a otro, como lo pude ver en las fotografías que me mostró, en las cuales parece ser una persona distinta con sólo dos años de diferencia, ella buscaba alterar y modificar su imagen corporal, siempre pensando en lo que mostraba al exterior, a los demás.

Por otro lado, a Paola le molesta la gente gorda y dice: “la gordura me da asco, no me gusta la gente que esta muy gorda, me da asco”, pero por el contrario Betty prefiere que sus amigas “tengan pancita”, para no estarse comparando con ellas y sentirse mal a su lado.

La gordura, es percibida y simbolizada de distintas maneras, tanto en ellas como en las personas que las rodean, pero siempre remite al cuerpo visto, al cuerpo evaluado por los demás, por una familia que valora la delgadez, por las parejas que reclaman que luzca delgada, por las amigas que hacen dietas para enflacar. El cuerpo expuesto, “la fachada”, es lo que las mueve para cambiar las prácticas corporales y de alimentación, sin importar y ni siquiera recordar al cuerpo biológico con sus funciones, necesidades y enfermedades.

Como manifestación de la enfermedad, el ideal confuso de la imagen corporal que tienen cobra gran importancia, como Edith lo expresa: “no sé ni siquiera cómo quiero estar sólo quiero que la báscula marque X peso... mmm quiero pesar 50 kilos”, Ivón, ahora se da cuenta que no tenía claro su ideal estético, y tal inconformidad se relacionaba con su estado emocional: “no había contentillo conmigo misma porque cuando había logrado estar flaca, ya quería estar buena, cuando ya estaba poniéndome más o menos, quería estar más flaca, nunca hubo una estabilidad emocional en mi misma” (Entrevista, Octubre, 2009).

El cuerpo delgado se sobrevalora y tienen un ideal corporal que en muchas ocasiones éste no es claro y definido y no necesariamente coincide con lo que social y culturalmente es concebido como estético, como la extrema delgadez que deja de ser estético para su entorno social. María y el doctor Noyola le atribuyen la creación de un ideal corporal imaginario confuso a la vivencia de abuso sexual, por esto la mayoría de los casos de trastornos de alimentación inician o se hacen más agudos en la época de la adolescencia, con la evidencia de los cambios corporales femeninos, María relata su experiencia:

el momento en que mi cuerpo se volvió mi peor enemigo, yo detecto que cuando era adolescente tenía el cuerpo bien formadito, yo creo que a cualquier chava se le hace

bonito –me voy a vestir sexy a así-, y para mi ahí empezó mi peor pesadilla pero muy inconsciente porque yo no decía –guácala tener bubis o estar buenilla-, pero si me doy cuenta que desde que me empiezo a desarrollar fue cuando más empecé a transformarlo y deformar porque yo creo que si yo me odiaba a mi, pero también a la vez al cuerpo (Entrevista, Junio, 2010).

Y al mismo tiempo, en su experiencia corporal dejan de lado aquellas características que podrían valorarse social y culturalmente como estéticas, María lo describe de la siguiente manera:

...es que la mayoría son inseguras, autoestima baja y no son feas pero se sienten dadas al traste y se empiezan a transformar; me tocó ver en la clínica... tú veías una foto y decías ¡Qué le pasó estaba guapísima!, que parecía modelo sin quererlo ser, muy guapa y de pronto horrenda convertida en un calaca (Entrevista, Noviembre 2009).

María relata cuando era adolescente, ella recibía halagos por su apariencia, sin embargo ella no se sentía cómoda ni satisfecha con su físico, ella estaba desvinculada de su cuerpo y lo rechazaba:

...qué haces cuando ese cuerpozito no te sirve de nada más que para estar petrificada, pues te dedicas a destruirlo, yo tenía el pelo chino, güero y de repente, me empecé a estropear toda, porque a mi eso que me decían que era guapa no me servía de nada, me sentía horrible y empecé a transformar mi cuerpo como fuera (Entrevista, Noviembre 2009).

El cuerpo se escinde, la imagen corporal imaginaria es lo más importante y las necesidades y deseos se hacen a un lado; el cuerpo social, el cuerpo visto cobra mayor importancia que el cuerpo sentido. Paradójicamente María, Ana, Edith ahora se dan cuenta que no cuidan su cuerpo, al contrario, lo descuidan y maltratan, como una manifestación del cuerpo escindido, Ana dice: “me corto y no me doy cuenta, me quemo y no me doy

cuenta, es una inconsciencia pero no pienso las cosas, ahorita igual traigo moretones en las piernas porque no me doy cuenta”, María describe:

mi relación con mi cuerpo era muy mala, me aguantaba años para hacer pipi, no me ponía crema... no es el aspecto de la flacura, es un descuido total, me valía gorro tener pelos, yo me bañaba súper rápido, no me ponía crema, olvídate de tener cosas como para la belleza (Entrevista, Junio, 2010).

La distorsión corporal es uno de los síntomas que ellas experimentan, que las hace tener una confusión en concebirse a sí mismas, de ver y sentir su cuerpo de manera contraria a cómo están en realidad; se ven y se sienten “gordas”, “pesadas”, “grandes”, con esta auto percepción de nuevo pueden entrar al círculo de rechazar su cuerpo, rechazar el tratamiento y continuar con sus prácticas corporizadas.

Ana platica que antes de internarse, ella quería estar “flaca”, que se le vieran los huesos, lo más delgado que se pudiera, “sin pompis, ni bubis, quería ser un hueso” y se veía al espejo buscando eso, y ella se veía gorda en el espejo pero estaba delgada, en segundo grado de desnutrición, ella dice: “me veía súper ancha, panzona, y las pompis nunca me gustaron, no quería que me vieran, no quería llamar la atención, yo pensaba que lo que veía en el espejo era verdad hasta que me interné” (Entrevista, Mayo, 2010).

Con ayuda del tratamiento psicológico que empiezan a recibir, ellas se dan cuenta por sí mismas que lo que ven en el espejo no es real, Betty dice: “no puedo confiar en lo que mis ojos ven” cuando se ve al espejo y sabe que puede estar viendo su cuerpo distorsionado.

La distorsión es el resultado del miedo a subir de peso y la desnutrición, lo que provoca que la percepción de sí mismas sea aumentada, tal percepción es vista a través de

algún reflejo de su cuerpo o es “sentida desde adentro”. Perla cuando había adelgazado, se veía y se sentía “gorda” cuando se veía al espejo o cuando se tocaba el estómago después de haber comido cualquier cosa, por pequeña que hubiera sido la porción. Betty puede “sentirse grande” las piernas o los brazos, y a ella misma le sorprende que la mente pueda distorsionar la realidad, pero sabe que es parte del trastorno. Ivón se veía hasta treinta veces al día en el espejo, para ver “si había subido un gramo”.

Es la paradoja del cuerpo, casi mueren de hambre y ellas no pueden ver cómo está su cuerpo, no pueden apreciar el “logro” del cuerpo delgado. Edith dice:

Ahorita mi cuerpo físicamente está mal... estéticamente lo sigo viendo como hace tres años, cada vez la distorsión va aumentando más, pienso que si cambio mi rutina como que voy a regresar al pasado y a mi cuerpo, que voy a volver al peso de más, lo siento grande en pocas palabras, y me da frustración y enojo porque a pesar que le he echado todo el tiempo y todos los días y todo mi ser a bajar de peso, no veo cambios radicales, sí me frustra y me enoja... he bajado treinta kilos (Entrevista, Mayo, 2010).

Camila, se siente confundida de lo que ve en el espejo y lo que es realidad, a ella le causa “asco” ver su cuerpo en el espejo, pero ella al mismo tiempo sabe que lo que ve es causa de la distorsión.

Una manera de saber si han bajado de peso es sentir su cuerpo desde afuera, es decir tocarse los huesos, para saber que sí están delgadas, Edith dice: “puedo sentir los huesos pero no los puedes ver”, para ella “es frustrante”, no poder ver la realidad, ella se ve y se siente como hace cuatro años, para ella otra manera de saber que sí ha bajado de peso a parte de la báscula es comprarse tallas más chicas de ropa, ella dice: “me da frustración y enojo el hecho de no poder disfrutarlo (el cuerpo)... y no poderlo ver, ver los cambios”.

La distorsión puede “aparecer”, en algún momento en relación con su estado emocional, María si tenía un “día muy malo” sentía que los brazos los tenía más grandes, o si se peleaba con su hermana, sentía las piernas más anchas y al día siguiente regresaban la sensación normal.

También se puede presentar la distorsión con las prácticas corporales y alimentarias que les representen que van a ganar el peso perdido, a Betty se le presenta la distorsión cuando come algo que no debe de comer por su tratamiento, por ejemplo los carbohidratos.

María dice que con la distorsión es muy fácil recaer en el juego de no querer continuar con el tratamiento, porque para ella, las mujeres con trastornos de alimentación “no soportan la sensación de ver su cuerpo más grande”. De esta manera, si Betty tiene distorsión, entra de nuevo al círculo de verse o sentirse “gorda” y luego de ya no querer seguir con la dieta de su tratamiento, “recayendo” y de nuevo queriendo dejar de comer.

A Betty, la distorsión se le quitó una vez que ya no estaba desnutrida, eso fue cuando estuvo internada en la clínica. Rosalía dice:

un tiempo estuve como yo quise y no lo vi, yo me seguía viendo gorda o llenita aunque pesaba cuarenta y cinco; y en mi ropa, cuando se me caía era cuando decía estoy flaca, y veo esa ropa y digo -¿Apoco yo cabía ahí?-.... si se me hace bien extraño y si digo -¡Qué raro!, es muy feo porque nunca me di cuenta (Entrevista, Julio, 2010).

Y así, resulta que la distorsión corporal hizo del cuerpo anhelado un sueño, aquel estado corporal deseado pasó y nunca se dieron cuenta, no lucieron aquel cuerpo ansiado, no les causó más placer, no gozaron su cuerpo delgado.

Conclusiones

Podemos ver que las historias de las mujeres con trastornos de alimentación, entretejieron una serie de transgresiones que vivieron desde edades tempranas, provenientes de su contexto, de los otros hacia su persona y hacia su cuerpo²⁶. De tal suerte que a través de la relación que construyeron con su cuerpo, la comida y sus emociones, transgredieron las normas sociales en relación con el cuidado del cuerpo y la salud, dando pie al malestar físico, que en conjunto con el malestar emocional, ellas se encontraron en la crisis del padecimiento.

Ahora que el cuerpo, también se convirtió en una fuente de dolor y malestar, este malestar “abrió paso” para “sentir” también aquel sufrimiento emocional que siempre estuvo ahí encarnado, en la intimidad de su cuerpo, sus pensamientos y su experiencia.

De esta manera, ellas comenzaron a pensar que podían tener “bulimia” o “anorexia”. La enfermedad se empezó a manifestar, el desequilibrio y los desajustes a nivel mental, emocional, físico y social comenzaron a aparecer; aunque la experiencia de tal fuera interna, privada y silenciosa, porque ellas continuaban en el *performance* de la apariencia, en la importancia del cuerpo visto.

La brecha del cuerpo escindido de la primera fase de acción del drama social, se hizo más profunda, las prácticas se tornaron rígidas y violentas, cargadas de múltiples simbolismos, que se relacionan con el castigo hacia sí misma y con sentimientos de culpa por no lograr su objetivo íntimo de haber cambiado sus prácticas alimentarias, objetivo que se traduce en el sentimiento de pertenencia y la experiencia de seguridad en sí misma.

²⁶ Hago énfasis en que tales transgresiones fueron en ambos sentidos, hacia su persona y también hacia su cuerpo, lejos de hacer hincapié en tal dualismo, me parece fundamental aclarar que tales transgresiones corporales son causa esencial de que se haya desarrollado un trastorno alimentación, con preocupaciones y fijaciones en la imagen corporal y el cuerpo.

En su experiencia, el cuerpo fue su único recurso para la acción como defensa y resistencia, por lo que fue a través de éste que ellas elaboraron su manera de ser/estar-en-el-mundo, sólo que su actuar fue materializado en contra de sí mismas, contra su cuerpo. Las transgresiones que ellas experimentaron fueron corporizándose y dando pie a escisión consigo mismas y con su cuerpo físico, éste es el segundo plano de la transgresión, cuando ellas, después de sentirse transgredidas por los otros, se transgredieron a sí mismas.

Estas prácticas auto-transgresoras sobrepasaron el objetivo que en un inicio fue contemplado: una nueva manera de construirse a sí misma y de relacionarse con los otros. Estas prácticas fueron llevadas al extremo derivadas de un tipo de aceptación de las críticas de su contexto inmediato, de tal manera que rechazaron lo que ellas mismas eran, cambiando de forma radical a lo que los otros buscaban o exigían; y paradójicamente, las prácticas fueron realizadas y expresadas con un simbolismo contrario, como una respuesta subversiva y de resistencia ante lo que los otros reclamaban de ella misma.

En el momento en que tales prácticas incorporadas dejaron de ser placenteras y cesó la seguridad corporal y social, y además empezaron a padecer los daños físicos derivados de tales prácticas, ellas dejaron de tener el control de su cuerpo padeciendo incapacidades para realizar su vida de manera “normal”. De tal forma que ellas empezaron a vivir en la contradicción de querer tener el control de su cuerpo, pero ahora se encontraron en una especie de “círculo” compuesto por emociones, prácticas y pensamientos que se contradecían unos a los otros, como el querer dejar de llevar a cabo la práctica pero no poder dejarlo de hacer; o llevar a cabo una especie de “castigo” a sí misma como una forma de expresarse su enojo e inconformidad ante los otros; en la incongruencia de estar dañando a su cuerpo físico como un acto de resistencia y expresión ante las deficientes relaciones

con los otros y las transgresiones sufridas, y al mismo tiempo para cumplir lo que los otros quieren de ellas y de sus cuerpos.

Turner, encontró que en la segunda fase de acción del drama social, se manifiesta un estado de liminalidad entre los actores sociales, en esta etapa es cuando se da el “retiro involuntario o voluntario de un individuo de una matriz de estructura social” (Turner 2002: 63). Es el tiempo en donde se marca la alienación del individuo apartado del grupo social mediante alguna conducta simbólica. El actor social en estado liminal sale de “la estructura social o de un conjunto de condiciones culturales” (Turner 1974: 232).

En la etapa de liminalidad para las mujeres con trastornos de alimentación, fue el momento decisivo en que las circunstancias del padecimiento se agravaron, fue el momento determinante en que se reveló la gravedad de la situación, la experiencia del malestar se acentuó; y en este momento, ya no pudieron seguir fingiendo al interior de sí mismas, ni al interior de la familia.

Ya no “pudieron solas” con el malestar físico y emocional que experimentaban, derivado de las transgresiones sufridas por parte de los otros y de las auto-transgresiones de la crisis, ellas han “tocado fondo”, es decir se encontraron en la fase máxima de crisis y malestar, por lo tanto es el momento en que empiezan a reconocerse enfermas, a reconocer que necesitaban ayuda, de algo o de alguien para poder estar mejor, es el momento que inicia la tercera fase de acción social, la fase de ajuste.

CAPÍTULO

3

La consciencia de enfermedad

Turner nombra a la tercera fase de acción social del drama social como la “fase de acciones y procedimientos de ajuste”; por lo que en el primer apartado de este capítulo, abordo el momento después del momento de crisis, cada una reconoce y expresa que necesitan ayuda del exterior, se reconoce enferma ante sí misma y ante uno o varios elementos de su contexto, momento de inicio del procedimiento de reajuste; en el segundo apartado explico las concepciones de su enfermedad a partir del discurso médico y la experiencia del proceso de la consciencia de enfermedad; para dar paso al tercer apartado que se refiere a las evidencias del cuerpo biológico lastimado por ellas mismas.

a. “Tocar fondo”: pedir ayuda, reconocerse enferma

“Tocar fondo” para las mujeres con trastornos de alimentación es el momento en el cual han llegado al límite de la experiencia de sufrimiento y ya no encuentran placer en sus prácticas alimentarias y corporales, que las mueve a reconocerse como “enfermas” y a reconocer que necesitan de la ayuda de alguien para poder seguir vivas.

En un principio, cada una busca ayuda sobre todo en las redes sociales próximas, la familia, o alguna mujer conocida que también tiene o haya tenido algún trastorno de

alimentación; y así, ella sola o en conjunto con su familia buscan y acuden con algún especialista médico – psicológico o a alguna institución de salud para ser atendida.

En ocasiones, la familia por sí sola, pide ayuda de algún especialista o institución, una vez que se han dado cuenta que su hija o hermana no come o han descubierto que vomita; sin embargo, ellas al no haber tenido la experiencia de haber “tocado fondo” y de haber pedido ayuda, quiere decir que el sufrimiento y el malestar no es extremo y que aún encuentran placer en las prácticas, continúa con sus prácticas alimentarias y corporales, como dice María: “a mí si me tocó ver a muchas chavitas que estaban en la clínica porque los papás las llevaron, y te haces como que te recuperas y cuando sales vuelves a lo mismo”, María se da cuenta que sobre todo, las mujeres con trastornos de alimentación más jóvenes son las que llegan a los consultorios “negadas” a ver que las prácticas extremas que realizan son parte de un “trastorno”: “de pronto hay muchas chavitas que las tenían en tratamiento sus papás, porque ven que se están poniendo súper *calavéricas* y así... pero si la chava no han entendido que esta enfermedad es espantosa, no se puede hacer tratamiento” (Entrevista, Julio, 2010).

El “tocar fondo”, tiene que ver cuando los sentimientos de soledad y sufrimiento se agudizan, no pueden continuar viviendo así, como el caso de Rosalía que ya “se sentía muy mal” y Betty quien un día le habló por teléfono a María y le dijo: “-no puedo, me estoy muriendo de la tristeza y desesperación-”, María le dio el teléfono de la clínica en donde ella estuvo internada para que hablara y ahí le ayudaran.

También una manera de “tocar fondo”, es cuando se hacen conscientes de que las prácticas que ellas realizan se han salido de todo control, como si ellas quisieran dejar de

hacerlas y les fuera imposible y sintieran miedo de sí mismas, se sienten como “poseídas”; Ana recuerda la tarde que pidió ayuda, ella estaba en su casa y estaba llevando a cabo un atracón de comida, ella relata: “eran como dos personas en ese momento porque estaba yo comiendo como loca, y llorando porque no me podía detener, era la Ana que estaba viendo todo y la Ana que se estaba atragantando, me dio mucho miedo, me asusté mucho y la hablé a María” (Entrevista, Noviembre 2009). Un amigo de Ana la contactó con María, porque él sabía de las prácticas que Ana realizaba, así como de que María la podía ayudar porque había pasado por lo mismo.

Brenda se dio cuenta que no podía sola y que necesitaba ayuda, después de haber intentado varias veces sanarse ella misma con métodos de psicomagia y “pidiendo voluntad para comer sano”. La voluntad de estar mejor no era suficiente para dejar de llevar a cabo atracones y vomitar, ella se dio cuenta que era necesario que “alguien más” le ayudara.

Otra manera de “tocar fondo”, es cuando se dan cuenta de que han causado daño a su cuerpo físico, y tienen miedo de enfermarse gravemente o morir. Perla “tocó fondo” después de haber terminado la relación con su novio, ella empezó a vomitar más frecuentemente y se asustó al ver sangre en cada vómito y fue cuando pidió ayuda. Conscientemente, no quería dañarse, sus acciones estaban encaminadas a que ella estaba adelgazando, tenía confusión por la paradoja de que las prácticas posiblemente no eran “algo apropiado”, pero las seguía realizando por las ventajas y logros alcanzados.

Edith, necesita ver los resultados de la endoscopia para saber “qué tan lastimada está” del esófago, para de esa manera, dejar de vomitar, ella dice: “a la mejor así como que me controlo, porque ahorita básicamente he estado vomitando sangre” (Tribuna AA, Mayo

2010). El hecho que Edith “necesite ver” los resultados cuantitativos del estudio, nos habla del dualismo del cuerpo escindido, busca en el exterior, en el dato médico-científico algo que le hable de su propio cuerpo, algo más fuerte que ella para “controlarse” y dejar de vomitar. El imaginario que Edith pudiera tener de sí misma, de su cuerpo y específicamente de su esófago no es suficiente, ella necesita una “prueba tangible del cuerpo propio que sólo la técnica podía ofrecerle” (Le Breton, 2002: 207), para que al saber su cuerpo dañado, el sentimiento provocado fuera la motivación para la acción de dejar sus prácticas.

El hecho de reconocerse enferma es un proceso, hasta este momento ellas se dan cuenta que todo lo que han venido practicando, así como sus concepciones son producto de un trastorno, que se ha dado un mal funcionamiento en la precepción de sí mismas, de su cuerpo y de la comida, como una forma elegida que en un principio les hizo sentir bien, como una manera de ser/estar-en-el-mundo, sin embargo, tales prácticas causaron el mal funcionamiento físico-químico en su cuerpo, lo que provocó que con obsesiva rigidez continuaran con las prácticas ya corporizadas.

Ana dejó de tener el control de sus prácticas, ella dice: “una vez que empecé a comer un chorro y me empecé a laxar, y ya no quería laxarme y me di cuenta que tenía algo porque no podía dejarlo de hacer”. También, Perla al principio llevaba a cabo las prácticas sin saber en realidad que ella tenía un trastorno, fue hasta cuando vio que dejó de tener el control sobre su cuerpo con el reflejo del vómito y el funcionamiento del mismo cuando pensó que tenía una enfermedad:

al principio no lo veía como una enfermedad y me vieron que estaba adelgazando muy rápido, y me decían –cómo le haces te ves muy bien-, no les decía nada; ya

después fue como más el vómito y dije –ya estoy mal-, me empezó a salir sangre, ya se me venía sólo (el vómito) (Entrevista, Junio, 2010).

De la misma manera, Betty necesita ver sus resultados del análisis de sus huesos para “crear consciencia de enfermedad”, ella dice: “ya me entregan el resultado el lunes y pues bueno, la verdad que si me dicen –estas del nabo y a ver que te hacen-, pues es lo que necesito a lo mejor, tener consciencia de enfermedad” (Tribuna AA, Mayo, 2010).

Por otro lado, Ivón fue diagnosticada con anorexia desde los doce años, por un médico general; por hacer una dieta rigurosa, Ivón empezó a bajar de calificaciones y le dio anemia, el mismo médico “la analizó” y la diagnosticó con “Anorexia”, la mamá de Ivón pensó “-se le va a quitar con el tiempo-”, y ella continuó con sus prácticas, pasaron siete años y estuvo internada varias veces en hospitales generales a causa de la hipokalemia²⁷ y del malestar físico, aún así ella no podía dejar de hacer sus ayunos, ni dejar de tomarse las pastillas; dos años después ella se reconoció enferma y aceptó que necesitaba ayuda, fue hasta el momento en que fue internada en la comunidad terapéutica Vista Hermosa que con las diferentes terapias y la participación en la comunidad de Alcohólicos Anónimos ella hizo consciencia de enfermedad.

Rosalía pensó en algún momento que las prácticas que había corporizado eran un trastorno de alimentación, sin embargo, tales prácticas están inmersas en el discurso de los medios masivos de comunicación y de la industria alimentaria y farmacéutica: el cuidado de la línea, la salud, y la belleza, por lo que existía una negación a creer que al mismo tiempo de llevar a cabo tales practicas también era un trastorno; un doble discurso corporizado, ella dice: “había escuchado de los trastornos de alimentación, pero decía –no

²⁷ Bajos índices de potasio

es eso-, como que me imaginaba que podía ser, pero no lo veía tal cual”. De igual manera, Edith dice: “yo no lo veía como una enfermedad, sí lo sabía pero yo no creía que me afectara, como que ya lo veía parte de mi vida, algo que ya estoy acostumbrada, no lo veía como algo fuera, me gustaría llevármela como me la estaba llevando”, para Edith al momento de las entrevistas, todavía había ambivalencias entre dejar sus prácticas o continuar con ellas, en ese entonces ella estaba pasando por el proceso de “hacer consciencia de enfermedad”. Sus papás la llevaron a psicoterapia y al grupo de AA, y ella estaba cayendo en cuenta poco a poco: “pienso que tengo que pasar por muchas cosas para aceptarlo y caer en cuenta, estaré enferma y afronto las consecuencias, pero no es algo de lo que me arrepiento la verdad, si fuera por mí seguiría igual pero como mis papás se involucraron mucho...” (Entrevistas, Junio, 2010). Las prácticas están arraigadas a sus concepciones de vida, a su experiencia en su realidad, no las “veía como algo fuera”, ya eran parte de sí, fueron sus padres y el sistema médico lo que hizo que ella pensara que lo que ella realizaba era enfermedad. Así, Edith continúa en la contradicción de seguir aquellos patrones impuestos por sus padres, aunque éstos sean por su propio bienestar, ella permanece en la resistencia de ceder el control por su cuerpo, a pesar del malestar físico que experimenta, contradicción entre la vida y la muerte, ella “necesita pasar por muchas cosas para aceptarlo”, aceptar que está enferma y que se está dañando, sin olvidar en ningún momento e inclusive añorando, todas las ganancias obtenidas.

Perla dice en relación a dejar o no de vomitar: “siento como la necesidad de no hacerlo y a la vez de hacerlo, y es cuando me desespero... ahora que sé que es una enfermedad” (Entrevista, Junio, 2010). Ella de igual forma se encuentra confundida, por un lado sabe que es una enfermedad y está atentando contra su cuerpo moral y físicamente, y

por otro lado el llevar a cabo tales prácticas han hecho de ella una nueva Perla, ¿Cómo dejar de hacerlas, si éstas le aportaron la seguridad y el reconocimiento que ella buscaba?

En este momento de contradicción, en la cual, imaginan que pudieran estar enfermas, siguen llevando a cabo sus prácticas corporizadas, con una doble consciencia de continuar o no, algunas de ellas incorporan la concepción de que hay una “mente enferma” y una “mente sana” dentro de sí, concepción expuesta en el discurso terapéutico; ellas se encuentran confundidas entre continuar o no, entre querer dejar de hacer las prácticas y no poder lograrlo.

b. “La mente enferma” se apodera de “la mente sana”

Las mujeres con trastornos de alimentación se van dando cuenta de que las prácticas corporizadas han dejado de ser normales para su entorno y para ellas mismas y que por lo mismo, son parte y expresión de un trastorno. También empiezan a reconocer por medio de los discursos de los especialistas y de otras mujeres con las que se encuentran en el proceso terapéutico que hay una “mente enferma”. El compartir su experiencia con otras mujeres que han incorporado las mismas concepciones y prácticas en relación con el cuerpo y la comida, además del sufrimiento por el que atraviesan, es la manera en como ellas se dan cuenta que su “mente está enferma”, esta comparación social es la que les permite hacer consciente que las prácticas alimentarias y corporales que han llevado a cabo son extremas causando daño a su cuerpo que se evidencia con enfermedades físicas y daño psicológico, mismo que se manifiesta con desajustes y alteraciones en la comida y el cuerpo como la distorsión experimentada.

Edith se da cuenta que atiende a su “mente enferma”, privando a su cuerpo de salud, porque hay veces que ya no puede caminar por dolores de los huesos y aún así ella continua haciendo ayunos, ella dice: “ahorita nada más he chingado al cuerpo, no le estoy haciendo ningún bien; nada más mi mente es la única que ahorita le doy placer y cuidado, mi mente enferma” (Entrevista Junio, 2010). Ahora la “mente enferma” es la que “mantiene” al cuerpo visto, el cuerpo biológico y el bienestar físico quedan nublados por las obsesiones de la “mente enferma” enfocadas en un cuerpo social delgado.

El cuerpo escindido se polariza en “parte sana” y “parte enferma”, como si dentro de ellas hubiera dos personas, cada una luchando por su objetivo; la “parte sana” busca la recuperación y por lo tanto el dejar las prácticas que le han dado al cuerpo la forma y apariencia apreciada por ellas y por su contexto, pero al mismo tiempo también producen dolor y malestar físico; la “parte enferma” busca continuar con las prácticas, mentir al exterior y “engañar” al interior, engañarse a sí misma con sus propios recursos, para continuar con las prácticas, o de lo contrario “regaña” y ofende al interior de sus pensamientos en caso de no continuar con tales prácticas. Como si la enfermedad tuviera vida propia, algunas de ellas la antropomorfizan con formas específicas de cuerpos delgados de mujeres que habitan en su interior, Ivón la llama “Ana”, tiene cuerpo delgado, es alta, tiene el cabello oscuro y ojos verdes, Ivón se siente “protegida y comprendida” por Ana que habita en sus pensamientos, ella la motiva para seguir, ella la “entiende” en su búsqueda de la delgadez.

En los discursos de los *blogs* hay una clara antropomorfización de la enfermedad, también la llaman “Ana”, le hablan, le atribuyen un poder superior por lo que le rezan y se entregan: “Ana no me abandones te necesito más que nunca no quiero seguir siendo una

gorda”, “Reza por mi Ana, y libérame de este infierno en donde vivo. Me encuentro sola, triste y mareada, pero orgullosa de ser lo que tu esperabas” (*bloggeras mexicanas*, 2009). En varios de los *blogs*, aparece una carta que “Ana” les escribe a las *bloggeras*, en ella les explica “quién es” y les ofrece todos sus beneficios al momento de seguir sus “mandatos”, el siguiente es un fragmento de la misma:

Hago posible para ti que dejes de pensar y tener emociones que solo te estresan. Pensamientos de coraje, tristeza, desesperación y soledad pueden detenerse porque yo los llevo lejos y lleno tu cabeza con el conteo de las calorías. Me llevo tu lucha de encajar con las demás niñas de tu edad, la lucha de complacer a todos. Porque ahora, soy tu única amiga y soy la única a quien necesitas complacer. Tengo un punto débil pero no debemos decírselo a nadie. Si decides luchar, si encuentras a alguien y le cuentas qué he hecho con tu vida, todo el infierno desaparecerá. Nadie lo debe descubrir, nadie debe romper esta coraza que he creado a tu alrededor. Te he creado, esta delgada, perfecta, y exitosa niña.

Tú eres mía y solo mía. Sin mi eres nada. Entonces no luches en mi contra. Cuando otros te comenten algo ignóralos. Tómatelo con tranquilidad, olvídalos, olvida todas esas lágrimas para alejarme. Soy tu mejor opción e intento mantener las cosas de este modo. Sinceramente ANA

Edith, ahora con el proceso terapéutico y de consciencia de enfermedad, reconoce de manera clara ambas partes; una tarde, su “parte enferma” “engañó” a su prima que la estaba “cuidando” como estrategia y prescripción médica, de tal forma que Edith buscó las formas para poder vomitar en su cuarto, en silencio y dentro de una bolsa de plástico y para que su prima no se diera cuenta. Pero al mismo tiempo, al momento de la entrevista y estando presente su prima le confesó todo, cuándo y dónde había vomitado un día anterior, Edith dice: “mi lado sano ya le dijo mis escondites”.

Esta “mente enferma” se manifiesta con pensamientos en relación con prácticas y concepciones del cuerpo y la comida, las mujeres pueden “escuchar” la voz de la “mente enferma”, en algunas ocasiones estas conversaciones tienen un carácter punitivo, que castiga, culpa y ofende. Maru se tomaba 10 laxantes diarios y si le faltaba uno empezaba la voz que le decía “mañana te vas a levantar con lonjas, ¡consigue ese laxante y otros más porque estas gorda!”. Perla, en el momento del vómito, ahora que ya tiene consciencia de enfermedad, en sus pensamientos se debate el hecho de vomitar o no hacerlo. De la misma manera Rosalía dice:

cuando vomito mis papás no se dan cuenta, ya me quiero controlar, pero en el baño me espero un poco después de comer, hay como una voz que dice –no lo hagas- y otra que dice –puedes volver a estar delgada-, y quiero creer que lo puedo controlar pero no es así, para detenerme cuando yo quiera, cuando esté delgada pero no es así (Entrevista, Julio, 2010).

Ellas están en la contradicción de sus prácticas y concepciones corporizadas, sienten que han comido mucho y no quieren engordar, también se encuentran entre la ambivalencia de las nociones de salud-enfermedad corporizadas, pero ahora poco a poco desmentidas con el malestar sentido y el discurso médico-psicológico.

Brenda dice que está aprendiendo a “observar sus pensamientos”, para ella, la mente enferma está en la cabeza y es la que le “dice” que continúe con sus prácticas de comer compulsivo y vómito por cómo se podría ver ella en el espejo, sin importar que la imagen que vea sea un cuerpo distorsionado; también la voz le dice que coma alimentos que por su tratamiento están “prohibidos”: el siguiente es un monólogo de su “mente enferma” que escucha con frecuencia: “-ay ya tienes más panza, mejor haz la dieta, ya tiene muchos días bien, cómete una galleta, cómete el mango completo, come antes porque estas ansiosa, ya la

rompiste (la dieta prescrita por tratamiento) ya rómpela bien-”, Brenda puede estar llevando a cabo un atracón y estar “escuchando la voz de pepe grillo” como ella le dice, diciéndole que es autodestructivo, para ella esta voz es su “parte sana”, que la hace estar en la contradicción de “entregarse al momento del atracón”, pero al mismo tiempo no logra saborearlo comiendo de manera rápida y con nerviosismo.

La nutrióloga Mariana Álvarez, le explica a Ana, a Betty, a Lucía, a Edith, a Brenda y a Perla lo relativo a la “mente sana” y la “mente enferma”, Brenda ahora sabe que en ella se manifiesta y distingue los pensamientos, ella dice que ya puede “detectar la mente enferma y la mente sana”, comenta: “ya puedo escucharla sin hacerle caso, sin juzgarla”. Edith describe su experiencia en relación con la “mente sana” y “enferma”:

La voz que oigo es la voz que está todos los días fastidiando, -estas muy gorda-, ahorita que llevo más tratamiento es mi voz enferma que es la que me dice que estoy más gorda, la que me hace todos los días recordarme y sí me dice qué haga porque, por más que mi lado sano me diga es normal, ya la voz enferma es la que gana, la que predomina. Me dieron una hojita la nutrióloga, para poner de un lado la mente sana y la mente enferma y me he estado dando cuenta que la única que habla es la enferma y la sana me decía –es come aunque sea verduras, te estas desmayando- pero ahorita la enferma ya se apoderó de todo, antes del tratamiento pensaba que era normal, antes no lo distinguía, pensaba que era normal querer bajar más de peso o hacerme daño, para mi meta, estaba basada nada más en eso y era lo único que quería (Entrevista, Mayo, 2010).

María se ha dado cuenta con su experiencia que después de la etapa de negación, “cuando la mente empieza a recibir tratamiento, la enfermedad se alborota más” y es como si “la enfermedad tomara más poder”, entonces están en el juego de aceptar la ayuda y el tratamiento o continuar con sus prácticas, sin embargo ya no pueden continuar realizando

sus prácticas como antes porque ahora ya sabe que están dañando su cuerpo y que es manifestación de un trastorno.

c. El daño ya está hecho

Las mujeres poco a poco se van haciendo conscientes de que tienen un trastorno que pudieran ser “anorexia” o “bulimia”, y se dan cuenta que además del padecimiento también hay un daño en su cuerpo, con deterioros orgánicos que ellas mismas han causado.

Cuando las mujeres llevaron al extremo y de manera obsesiva sus prácticas alimentarias y corporales, se causaron daño en su cuerpo físico, le hicieron marcas visibles e invisibles, males reversibles y lesiones crónicas e irreversibles. Y aunque muchas de ellas no “parecían” ser “anoréxica” o “bulímica”, es decir, no tenían la imagen que según María la gente tiene, de que “para tener anorexia debes de estar sin pelo, esquelética o chimuela”. Ella dice: “la mayoría de las personas con esta enfermedad tú te las puedes encontrar en la calles y pueden ser normales”. En apariencia son mujeres “normales”²⁸, pero sería posible que a al interior de su cuerpo tuvieran desgastes físicos considerables y enfermedades crónicas graves.

Ivón llegó a pesar veintinueve kilos cuando entró a la comunidad terapéutica Vista Hermosa de la ciudad de San Luís, ella presentaba daños visibles, signos físicos que se fueron develando por sus prácticas, a ella se le caía abundantemente el cabello y perdió tres dientes. Por la pérdida de grasa corporal y como una defensa del cuerpo, a Ivón le salió

²⁸A excepción de Ivón que cuando yo la conocí, pesaba 36 kilos y tenía algunas evidencias físicas, caminaba y se movía muy lento y se mostraba adolorida con su cuerpo

lanugo²⁹ por todo su cuerpo mismo que desapareció hasta que empezó a ganar peso. Estuvo dos años con amenorrea³⁰, ella pensaba que no iba a poder tener hijos y eso le daba tristeza, fue hasta el tercer mes de haber estado internada cuando ella pudo volver a menstruar, lo que le dio una nueva esperanza; también, por el desajuste hormonal, ella dice no haber tenido apetito sexual por mucho tiempo. Tenía desajustes neuroquímicos, relacionados con la serotonina, ella dice que dejó de “tener sueño”, además de tener desequilibrios en el estado de ánimo, padeciendo una depresión crónica.

Por otro lado, debido al uso de las pastillas anorexigénicas³¹, los riñones de Ivón ya no funcionaban, reteniendo gran cantidad de líquido, ella comenta que estuvieron a punto de dializarla; su cuerpo estaba muy hinchado y al ver su cuerpo así, le daba “mucho coraje y tristeza”, porque ella se “veía gorda”. Ivón fue internada varias veces en hospitales de la ciudad de México por hipokalemia, por el uso de laxantes, con un fuerte riesgo a sufrir un paro cardíaco por la falta de potasio, ella así lo describe:

llamaron un taxi para llevarme a internar a un hospital de la ciudad de México, estaba tiesa, me llevaron cargando, es una sensación muy fea, los músculos se acalambran, las manos se me engarrotaban, no podía respirar, no podía dar un paso, tenía que gritar para que me levantaran, me pusieron potasio por suero y a los tres días empezaba a caminar y yo tenía miedo de quedarme así, llegaba mi familia y me decían -¿Y si te quedas parálitica?-, todo me lo provocó las laxadas, no comía y me metía las pastillas para bajar a lo bruto (Entrevista, Octubre, 2009).

Una de las veces que estuvo internada en el hospital, le diagnosticaron osteoporosis por la falta de calcio. Noemí describe cómo estaba antes de llegar a la ciudad de San Luís

Potosí:

²⁹ Vello muy fino de color negro

³⁰ Interrupción de la menstruación

³¹ Inhibidoras del apetito

me seguía tomando las pastillas, se me cargó la mano, los senos se me hundían como pasitas, se me marcaban muchos las costillas, mi estómago ya no era plano, estaba hundido, me masajaba mi mamá, por los cólicos de los laxantes o mi tiraba al sol. Me ponía playeras muy pegaditas pero ya no lucía, me daba pena, estaba muy saltadas las costillas. Los huesos me dolían, mis piernas me dolían como que ya no me aguantaban, ya no quería seguir caminado. (Entrevista, Octubre, 2009).

Otro caso, cuando Maru estuvo en la universidad, por el uso excesivo de laxantes ya no controlaba sus esfínteres y tenía que llevar un cambio de ropa, ahora ella sabe por la explicación que le dio un médico de la ciudad de Monterrey que su intestino “ya no tiene la forma característica de un intestino, si no que ya está liso”. De la misma manera, estando en Monterrey le hicieron un análisis de sangre, cuando su mamá fue por el resultado, le habló a Maru de emergencia a su celular, ya que el resultado del estudio indicaba muy bajos índices de potasio, lo que la hacía proclive a un paro cardíaco, ella recuerda que estaba tomando café con algunas amigas y tuvo que quedarse ahí hasta que su papá fue por ella y la internaron en el hospital.

Cuando Ana entró a la clínica Avalon tenía desnutrición de segundo grado, ahí le hicieron exámenes médicos y análisis de laboratorio y le dijeron que tenía “tiroides y gonorrea”, así como altos índices en la prolactina, por los desajustes nutricionales; también le diagnosticaron “intestino perezoso”, por el uso de los laxantes. Ana, ahora se da cuenta que se hizo “daño” pero ella se veía “normal”, es decir, ella en apariencia no mostraba signos físicos que la delataran, fue hasta el momento de los análisis que se dio cuenta del daño que la había causado a su cuerpo.

Betty, al momento de la entrevista y del trabajo de campo, le prescribieron una osteometría para conocer si sus huesos estaban dañados, ella tenía “pánico” saber que

tuviera alguna enfermedad crónica en los huesos, por lo que había estado aplazando el análisis, sin embargo ella estaba “preocupada” por sus huesos, porque ella intuía que no estaba “nada bien”. Betty vive la experiencia del trastorno como una “enfermedad”, en la cual ella fue la que se hizo daño, la compara con el alcoholismo, en la cual ella no le hizo “tanto daño” a las personas que la rodeaban, y a su familia, porque “no era gacha ni contestona”, ella dice: “pero no se si está peor, porque yo creo que me hice muchísimo daño a mí”.

Para el momento de las entrevistas, Edith sufría de desmayos continuos, le daba frío y se sentía cansada, con dolor de cabeza la mayor parte del día, ella sólo quería estar acostada por la debilidad y por dolores intensos en los huesos y el estómago, así como arritmias cardiacas. A Edith le prescribieron una endoscopia, para saber qué “tan dañado” está su esófago, pero su papá dudaba en hacérsela por miedo a que la “fueran a lastimar más”, sin embargo Edith quería conocer “qué tan lastimada estaba”, porque en aquel momento vomitaba “pura sangre”; ella describe el malestar de su cuerpo: “son dolores muy fuertes... también en los huesos, el corazón me duele, lo siento aceleradísimo, me acosté y veía cómo mi cuerpo temblaba, horrible porque ni siquiera pude dormir, amanecí temblando bien feo, la verdad me siento de la chingada y tengo un coraje” (Tribuna AA, Mayo, 2010). Para Mayo del 2010, Edith se estaba sintiendo “muy mal” físicamente, dice que “nuca se había sentido tan mal”, con fallos importantes en la memoria, en su vida cotidiana se le olvidaban cómo hacer ciertas cosas o fallaba en los cálculos de cuando había visto a su novio. Así describe su estar cotidiano:

Ahorita me duele todas las articulaciones, los huesos, me salen moretones horribles, se me cae el pelo, también vellito trasparente, también mi mente, se me olvidan

cosas bien básicas, hasta qué punto... se me olvidan cosas cañón, también se me estaba dando lo de la lectura pero ahorita trato de leer y se me hace imposible no me puedo concentrar lo único que quiero es dormirme y todo lo que voy leyendo se me va olvidando, es mucho trabajo de concentrarme, igual estar en la computadora, porque en esos tiempos prefiero estar dormida para aguantar el día (Entrevista, Mayo, 2010).

Perla, al momento de la entrevista tenía seis meses con amenorrea, con cólicos intensos; cuando pesaba cuarenta kilogramos Perla comenta que los huesos se le marcaban, que le salió lanugo en la espalda, las uñas se le pusieron amarillas, el pelo se le calló, y los dientes se le rompieron de la orilla.

Rosalía ya no puede comer de manera “normal”, ya que le dan agruras, ella dice: “como que se me regresa la comida”, padece de estreñimiento y dolores agudos en el estómago, ella indica que ya no puede hacer ejercicio como antes, ya que ahora le resulta muy cansado. Comenta que a veces no recuerda algunas cosas, ella interpreta: “no se si es pérdida de memoria... a la mejor si me dañé neurológicamente”. Tuvo amenorrea por cinco meses.

Brenda para Julio del 2010, aún no había ido con ningún gastroenterólogo, y por lo tanto ella no sabía “que tan mal estaba” del estómago, aunque padecía de dolores intensos lo que la hacía pensar en que o se “curaba o se moría”, de tal forma que si seguía prolongando aún más su recuperación, ella dice: “cada vez voy a estar más atrofiada o voy a tener un hoyo en el estómago y eso me aterra mucho... qué calidad de vida voy a tener cuando sea grande... con el estómago bien destrozado...”. Para Brenda su cuerpo le “grita”, como una manera de comunicación, el cuerpo “le habla” con dolor de estómago le dice que algo está mal, que lo ha maltratado, que el cuerpo ha luchado y “sigue ahí, noble y

fiel”, ella busca reencontrarse con él, busca que la “mente” y la “compulsión por comer” deje de “dominarlo todo”, y poder reintegrar su “mente, cuerpo, espíritu y corazón”.

Conclusiones

Con la enfermedad y el malestar, el cuerpo físico fue visible para ellas, dejando en segundo plano el cuerpo visto, la imagen corporal; ahora la enfermedad física se manifestaba afectando muchos o varios de sus sistemas y órganos corporales, en la medida que sus prácticas fueron intensivas o radicales. Ahora, conscientes del estado de su cuerpo físico, decidieron empezar a tomarse de la prescripción médica, para sobrevivir al trastorno.

El estado de liminalidad por el que atravesaron las mujeres con trastornos de alimentación, fue un “momento fecundo” Turner (2002). La etapa de liminalidad es propicia para la transformación de la corporización, ya que tal experiencia las movió a la búsqueda de sentido de su sufrimiento y malestar. Entonces, vemos en este capítulo cómo la fase de reajuste inicia en el momento en que después de la experiencia de “tocar fondo”, se dio la ruptura en las concepciones que ellas tenían de sí mismas, del cuerpo, la comida, su familia, las relaciones sociales y la cultura; se dio “el rompimiento de la estructura”, lo que las hizo reconocerse enfermas, mover sus recursos personales y pedir ayuda a sus redes sociales próximas; con el objetivo de abrir el secreto guardado, buscar sentido y encontrar ayuda a través de sus redes sociales próximas, y de las opciones de atención ofrecidas en la ciudad de San Luís Potosí.

CAPÍTULO

4

Los caminos de sentido, atención y sanación

En este capítulo continúo en los terrenos de la tercera fase de acción social del drama social, la etapa de reajuste, momento cuando ellas van transformando las concepciones y las prácticas en relación con el cuerpo y la comida, así como también van cambiando las maneras de relacionarse con los/las demás. Ellas se movilizan para buscar alternativas en sus relaciones sociales, pues aquellas dejaron de proporcionarles sentido de pertenencia y satisfacción.

Los procedimientos para el reajuste pueden ser formales o informales (Turner 1987), así como también, oficiales o alternativos. En el primer apartado del capítulo, describo la información que encuentran algunas de las mujeres con trastornos de alimentación en el internet y los *blogs*, así como los casos en donde ellas han encontrado sentido a su experiencia a través de los *blogs* del ciberespacio.

En el segundo apartado refiero el papel de la Psiquiatría en la atención de los trastornos de alimentación, y la forma que las Instituciones de Salud de la ciudad de San Luís Potosí, ofrecen atención a estos padecimientos.

El tercer apartado explico las concepciones alternativas de salud-enfermedad-atención-sanación que el doctor Noyola tiene y con las cuales atiende a las mujeres que han incorporado las prácticas características de los trastornos de alimentación. Así como el

proceso de internamiento la clínica especialista y el manejo terapéutico que el mismo doctor lleva a cabo.

En el cuarto apartado de este mismo capítulo, analizo la “replica de la crisis” que muchas de las mujeres atraviesan en este periodo de reajuste, que son las llamadas recaídas que experimentan dentro del proceso terapéutico.

a. La búsqueda de sentido; Internet, *blogs* y “princesas”

Las mujeres en su búsqueda de sentido experimentan nuevas relaciones sociales, como lo son aquellas que entablaron con otras mujeres con prácticas corporales y alimentarias similares que se congregan en la red cibernética en forma de *blog*.

Los *blogs* fueron una forma de compartir su experiencia, de expresarse y de encontrar nuevas maneras de relacionarse con otras mujeres con experiencias similares sin importar el espacio geográfico en el que se encontraban.

Al tener la experiencia de sufrimiento en su emotividad, en su cuerpo y en sus relaciones sociales y familiares, las mujeres buscaron encontrarle sentido a su experiencia, y comenzaron a abrirse a la posibilidad de que en ellas se estaba manifestando un “trastorno de alimentación”, empezaron a ser conscientes y a identificarse con aquellos casos que escuchaba, o veía en la televisión, fueran estos reales o ficticios. Ellas vieron a mujeres famosas o desconocidas, con las mismas prácticas alimentarias y los mismos padecimientos. Poco a poco se empezó a reconocer e identificar en las otras mujeres, con sus prácticas, sus sentimientos y experiencias.

En el internet circula información que está en contra y “a favor” de los trastornos de alimentación, es decir, hay páginas de internet en donde se informa y alerta de los trastornos de alimentación con un discurso médico, buscando que se pueda reconocer cuando alguien está “enferma (o)” y “prevenir” los trastornos. Como María que ella se dio cuenta que tenía un trastorno de alimentación por medio de la información que circula en el internet; una noche hace trece años, después de haberse laxado y en estado de deshidratación y debilidad, María se sentó frente a la computadora que había en casa de sus papás y tecleó la palabra “anorexia” en algún buscador de internet, ella leyó testimonios de otras “chavas con anorexia” y se hizo un test cuyo resultado fue “pide ayuda, tienes un grave trastorno de la conducta alimentaria”, ella ya tenía alrededor de seis años con las prácticas alimentarias y corporales. María no acostumbraba a usar el internet y esa fue la primera vez que lo intentaba, a partir de ahí fue cuando “aceptó la enfermedad”, identificándose con otras mujeres que realizaban las mismas prácticas y tenían los mismos sentimientos. A partir de ahí le dijo a su novio y a su mamá lo que había encontrado y pidieron ayuda especializada.

Pero por otro lado, también se da el uso de la información del internet que está “a favor” de los trastornos de alimentación, y ésta es una opción dentro de todas las posibilidades de la modernidad que, sobre todo Ivón, Edith, Brenda, Perla y Lidia, usaron como una herramienta de información para obtener dietas y “consejos” con el fin adelgazar y mantener la figura esbelta; esto, cuando ellas aun no tenían consciencia de enfermedad y posteriormente, también utilizaron el internet para encontrar respuestas a sus dudas en relación con los trastornos de alimentación y cómo una búsqueda de sentido de su estar-en-el-mundo.

La comunidad de sentido es el “espacio” para construir y satisfacer en la vida cotidiana las necesidades, motivaciones y expectativas en conjunto y con la referencia de otros, por lo que dentro del contexto de la modernidad, de la saturación de la lógica de identidad, la excesiva racionalización y el individualismo (Giddens, 1991), las diversas comunidades de sentido se crean, como “agregaciones no constituidas institucionalmente como grupos, pero con prácticas sociales determinadas que las une en ciertos momentos y les otorga ciertos valores, y una cierta visión del mundo, que les devuelve certezas y direccionalidad” (Piña, 2003: 59), y sus agregados acuden a ella como una defensa ante la gran diversidad de opciones.

En la búsqueda de sentido y pertenencia, Ivón y Edith encontraron una opción en las redes de relaciones congregadas en la comunidad de sentido cibernética, llamada *blog* pro “anorexia” y “bulimia”. Los *blogs* son páginas *webs* gratuitas, que casi cualquier usuario de internet puede crear y mantener, los *blogs* pro “anorexia” y “bulimia” son creados por jóvenes, en su mayoría mujeres de todas partes del mundo³², entre 15 y 24 años que se han “(auto) diagnosticado³³” como “anoréxica” o “bulímica”.

Las autoras de estos *blogs*, utilizan el espacio cibernético para presentarse, hablar de ellas, su historia y su vida cotidiana, suben imágenes y fotos diseñadas *ex profeso* de cuerpos delgados (ver imágenes), las autoras hacen públicas sus prácticas alimentarias y corporales con el fin de sentirse respaldadas y continuar con el esfuerzo y la satisfacción que para ellas representa tener este estilo de vida.

³²Como estrategia metodológica, analicé sólo los *blogs* que fueran de autoras mexicanas o incluso de la ciudad de San Luís Potosí; sin embargo, la comunidad está formada por participantes de cualquier espacio geográfico

³³ Se ha “(auto) diagnosticado”, por que ellas tienen información de lo que es “ser bulímica” o “anoréxica”, información que abunda en internet y en los medios de comunicación.

Los *blogs* son una comunidad de sentido ya que permiten la interacción con otras mujeres con trastornos de alimentación en un mundo social más amplio, con el fin de compartir su experiencia y expresar sus sentimientos, así como recibir reforzamientos y apoyo; ahí reelaboran sus significados, y dan sentido a su vida, comparten prácticas, información, valores y una concepción de su cuerpo en particular y del cuerpo femenino en general, así como también, una visión del mundo.

Esta comunidad de sentido está conformada por sentimientos profundos e intensos de lo que significa tener un trastorno de alimentación o “ser una princesa” como ellas se autodenominan. Las participantes de los *blogs*, se vuelven productoras y reproductoras de sentido.

El sentido objetivado de los *blogs*, es la pertenencia al grupo y la expresión de sí; el sentido subjetivo de los *blogs* se relaciona con el ser “princesa” afectando de manera grave su cuerpo físico y subrayando el trastorno; la experiencia les aporta en su función objetiva la sensación de pertenecer al grupo de “las princesas”.

Los *blogs* de “princesas” fueron una alternativa para formar parte de una comunidad de sentido, darle significado a su experiencia y expresión a sus sentimientos. La cultura cibernética permitió la libre expresión de sus prácticas que han corporizado y que son estigmatizadas por el resto de la sociedad por el rompimiento de la regla social de “cuidar y respetar a tu cuerpo”, que culturalmente está presente en el discurso médico y religioso; también ellas rechazan la norma estética establecida mostrando gusto, predilección y hasta obsesión por la delgadez extrema. Campos (2007) considera los *blogs* de “princesas” como

un fenómeno subcultural, debido a la generación de un discurso en relación con la anorexia y la bulimia que confronta el discurso médico instaurado y socialmente aceptado.

Las participantes de los *blogs* se inscriben de dos maneras a la comunidad cibernética, ser “Ana”, es decir, llevar a cabo prácticas relacionadas con la anorexia, o ser “Mía” llevar a cabo prácticas relacionadas con la bulimia. Se pueden identificar fuera del espacio cibernético con pulseras de cuentas rojas para las “Anas” y moradas para las “Mías”.

Todas las “princesas”, expresan un objetivo en común: “luchar por un sueño” traducido en peso y talla perdida y apariencia frágil e intocable, como lo expresan: “Porque nadie dijo que fuera fácil ser princesa”, “juntas lograremos este sueño”, “seré la princesa de tus sueños” (*Bloggeras mexicanas*, 2009).

En los *blogs*, existen jóvenes que son “conocidas” por las otras participantes, la mayoría de ellas son autoras de algún *blog* pro “Ana” o “Mía”, tiene un sobrenombre (*nickname*)³⁴, una identidad aparentemente real ya que se sabe quiénes son por su foto en la cual lucen su cuerpo y su cara, se conoce su edad y su lugar de residencia; ellas participan en concursos de “carreras de kilos³⁵”, les hacen entrevistas (para otros *blogs*), y eventualmente viajan para encontrarse en alguna ciudad³⁶. Estas participantes serían lo que para Castells (1999:395) sería los “aldeanos electrónicos”, ya que “viven” ahí y su interacción es constante y regular.

³⁴ Nombre o palabra que eligen ellas mismas para ser identificadas por las otras. Por ejemplo: “Sobredimensionada”, “Lissy”, “casiputaenventa”, “pinky”.

³⁵ Las “princesas” envían a la autora del *blog* sus medidas corporales, y fotos de sí mismas enseñando su cuerpo para ser publicadas y para que al cabo de algún tiempo vuelvan a mandar fotos y medidas y hacer la comparación de la pérdida de peso.

³⁶ El 27 de noviembre del 2009, hubo un encuentro en la ciudad de México, en donde se encontraron alrededor de 10 “princesas”

Hay otra categoría de participantes, las “princesas” que aunque no sean autoras de algún *blog* participan activamente en ellos haciendo comentarios, formando parte de las “carreras de kilos” e interviniendo en el *chat*³⁷. De igual forma, existen las llamadas “*wanna bes*” o “*wannas*”, otra categoría de participantes que son nombradas así de manera despectiva por las mismas “princesas” ya que “quieren ser” “anoréxicas” o “bulímicas”, las “*wannas*” no conocen a ninguna de las participantes anteriormente mencionadas, muchas de las veces es la primera vez que ingresan al *chat* y piden consejos para “bajar de peso”.

En el *blog*, la autora hace “entradas”, es decir, escribe a manera de diario cómo se encuentra ese día, cómo se siente, qué ha hecho, qué ha comido, etcétera. Los temas son libres, pero van relacionados con su vida cotidiana y su vivencia de ser “princesa”, las demás pueden escribir o no algún comentario o pensamiento a esa “entrada”. En sus escritos, es evidente cómo se expresan emociones y sentimientos entre ellas, y entre todas se manifiestan apoyo, admiración, consuelo y amistad; forman parte de la comunidad de sentido de ser “princesas”. Hay un grupo de jóvenes en particular, que se conocen desde hace alrededor de dos años³⁸, se hablan con familiaridad y unas conocen las historias de las otras.

El *chat* es otro espacio cibernético que utilizaron para la libre expresión, en el cual ellas pudieron platicar en tiempo real y en algunos casos se lograron relaciones sociales. El espacio del *chat* forma parte de los *blogs*. En especial el *chat* de nombre “Chatango”³⁹, se ha popularizado ya que tiene gran cantidad de participantes y entre las “princesas” se llaman la “familia chatango”, por la familiaridad que hay entre los participantes.

³⁷ Conversación en línea en tiempo real

³⁸ Para Noviembre del 2009

³⁹ En línea <http://anaymiasiempre.chatango.com/> Agosto-diciembre 2009.

Hay tres maneras de acceder a la plática en tiempo real del *chat*:

1. Ser miembro con sobrenombre e imagen, las participantes regulares están bien identificadas y se reconocen entre ellas. Es el mayor nivel de interrelación, participación y compromiso entre ellas.

2. Tener un nombre temporal, mismo que la participante escoge al momento de su ingreso (que al igual que el sobrenombre, hace referencia a ser princesa), el nivel de interacción es medio, ya que no son conocidas por las demás, sin embargo son aceptadas como “princesas” y sí responden a su saludo, dudas y en general a su interacción.

3. Tener un sobrenombre asignado por el sistema (con números y letras ej. DG2930), estos últimos en el mayor de los casos son las llamadas “*wannas*” que es la primera vez que entran al espacio y en ocasiones no saben “de qué se trata”.

Las jóvenes que lo frecuentan oscilan entre 12 y 24 años y de distintas nacionalidades y ciudades como Perú, Barcelona, Distrito Federal, Chile, Colombia, Venezuela; ellas platican de diversos temas, como los novios, los cigarrillos, las clínicas de rehabilitación, usan un lenguaje tipográfico común, y en ocasiones se dan consejos; sin embargo, en la mayoría de los *chats* hay una advertencia:

“Bienvenidas Princesas... ***Atención, están entrando muchas *wannabes* al *blog* y al *chat*, tengan en cuenta que somos personas que aceptamos nuestra enfermedad, pero no queremos que más personas la padezcan, en este grupo queda prohibido dar TIPS! Gracias....” (Entrada de chatango, *Chat de Blog pro Ana y Mía* 2009).

Por lo que utilizan la mensajería instantánea particular como el *Messenger* para poder pedir y dar consejos específicos de dietas y poder tener una conversación privada.

La red de relaciones que se entretienen en los *blogs*, en los *chats* y en la mensajería instantánea, son relaciones en donde ellas expresan su identidad⁴⁰. El tener un trastorno de alimentación implica estigmas sociales en un contexto cultural más amplio, por lo que en el ciberespacio abogan por la “libertad de expresión”.

Las “princesas” de los *blogs* comienzan dialogando de su talla y peso, después comparten sus prácticas, y después hablan de sentimientos y experiencias; en varias ocasiones, pasan de ser relaciones anónimas a relaciones que se encuentran cara a cara. Cibernéticamente expresan afecto, cariño, comprensión, admiración, envidia, apoyo, amor y erotismo entre algunas que dicen ser bisexuales. Edith se ha sentido identificada con las “princesas”, ella dice:

como ellas tienen la misma meta, sí me siento más entendida, a muchas las tengo agregadas por *147eoría147er*, antes si me conectaba mucho ahora ya casi no, me quedo dormida, me cuentan cómo las ha ido o yo, luego te sorprende porque no sabes si es casualidad, te sorprenden las cosas tan comunes que ellas pasan en su vida y yo también; como el que las quieren internar como a mí, que tenga alguna crisis en ese día y yo la haya tenido también (Entrevista, Junio, 2010).

Según Orihuela (en Gracia 2005:174) las redes sociales operan en tres ámbitos: Comunicación (el común de los conocimientos), comunidad (encontrar e integrar comunidades), cooperación (hacer cosas juntos); la comunidad de sentido de “princesas” opera en estos los tres ámbitos, lo que da el sentido de pertenencia a algunas de ellas.

⁴⁰ En muchas ocasiones ni sus amigas saben que ellas *tienen un trastorno*

La comunidad de sentido de los *blogs* se organiza en torno al interés y el objetivo de tener el cuerpo delgado y ser “princesa”. Castells menciona que “a veces la comunicación se convierte en sí misma en la meta” (Op. cit.: 395) al referirse a las redes cibernéticas. Sin embargo, las “princesas”, además de comunicar su experiencia y sus emociones como una manera de desahogo y expresión, a muchas de ellas les dio pautas para modificar sus prácticas alimentarias y corporales, afirmándolas como un estilo de vida. Como fue el caso de Edith que con las “princesas” de los *blogs* encontró una opción para sentirse apoyada para continuar con sus prácticas, ella comenta al respecto:

ellas (“princesas”) me entienden porque pasan por lo mismo, leo (los *blogs*) porque siento que me hace falta como repetírmelo que voy bien, a pesar de que ahorita estoy como lo contrario que debería ir por otro lado, pero la verdad es algo a lo que estoy acostumbrada, los descubría hace como un año, ellas no me critican (Entrevista, Junio, 2010).

La red cibernética, está abierta a que nuevas “princesas” se integren y formen parte de la red de intercambios, siempre y cuando se hable el mismo lenguaje, es decir, que compartan los mismos valores e intereses por el cuerpo, la comida y la moda. En los *blogs* no hay cabida para los juicios de valor y la estigmatización de las prácticas características de los trastornos de alimentación, y si alguien expresara su desacuerdo ante estas prácticas, ellas no prestan atención a los comentarios.

Las redes que se establecen son efímeras; es decir, los participantes no son constantes, a excepción de las “aldeanas electrónicas”, las contribuciones y participaciones son esporádicas; ya que como las “princesas” expresan se ausentan por tiempos, ya sea por ocupaciones en su vida cotidiana lejos de la computadora, porque en ocasiones quieren

dejar de ser “princesas” o porque son internadas en alguna clínica de rehabilitación por sus familiares.

Los *blogs* también son blanco de intereses comerciales de empresas cuyos productos están enfocados a “mantener la línea”, como lo es *Kellog’s*, ya que a manera de *blog* se filtra en la lista de *blogs* por consultar de las mismas “princesas”; llama la atención que esta compañía tenga un *blog*, además de su página comercial, en éste *blog* tienen información nutrimental relacionada con el moldeamiento físico. De esta manera, se pueden ver los intereses de la industria alimentaria, en un primer momento, para atraer clientes interesadas en “bajar de peso” y “cuidar la línea”, y por medio de su discurso *Kellog’s* ofrece opciones a través de sus productos y “consejos”.

Así, las mujeres encuentran en el internet una herramienta que va desde la información necesaria para “perfeccionar” el trastorno y la figura, la pertenencia y sentido en la comunidad de “princesas”, y/o la información para auto-diagnosticarse y comenzar a reconocerse con algún trastorno lo que podría ser el inicio del “procedimiento de reajuste”.

b. La psiquiatría: incapacidad narcisista

En la ciudad de San Luís Potosí, la Secretaría de Salud ofrece atención a las mujeres con trastornos de alimentación en el CISAME, además de las consultas con los psicólogos de las clínicas del IMSS e ISSSTE; también está el Instituto Temazcalli que atiende estos padecimientos.

Las opciones de atención en el ámbito privado son los médicos, psicólogos y psiquiatras, “especialistas” o no en el tratamiento; es decir, las mujeres acuden con ellos, aunque éstos no necesariamente estén preparados profesionalmente en la materia y ofrecen tratamiento por ser “especialista en la salud”.

Por otro lado, las mujeres que atravesaron por la experiencia de “tocar fondo”, y que ellas y/o sus familiares, “pidieron ayuda”, buscando la orientación de algún especialista; esta búsqueda, en muchos de los casos fue un peregrinaje médico en el cual acudieron a los consultorios de médicos, psicólogos y psiquiatras, del ámbito privados o público.

Ellas buscaban la atención a su padecimiento, pero sobre todo buscaban entendimiento y el cese de su malestar. Sin embargo, en muchos de los casos y por múltiples razones tanto del especialista como de la mujer y la familia consultante, la relación terapéutica no pudo establecerse, impidiendo que encontraran el bienestar y la comprensión que buscaban.

Los trastornos de alimentación como enfermedad mental, son descritos, diagnosticados y tratados por la Psiquiatría. Así, los medios de comunicación, impregnados del discurso médico, “previenen” o “informar”, haciendo hincapié en que son “trastornos de la conducta alimentaria”, haciendo poca o nula relación con cuestiones emocionales, existenciales y/o familiares; el mensaje está enfocado en los síntomas físicos que pueden ser evidentes y a los criterios diagnósticos del DSM IV.

La información que se da a la población en general para identificar si alguien tiene un trastorno de alimentación, son los índices de masa corporal, la caída de dientes, el signo de la amenorrea, por poner ejemplos. Sin embargo, estos síntomas físicos son relativos

dependiendo de las prácticas que se realicen y del tiempo realizándolas. La enfermedad como dice María: “es compleja y se da de muchas maneras, y como es silenciosa y hay poca información incluso a nivel profesional”. El discurso médico “preventivo” hace del “trastorno” algo ajeno a la realidad cotidiana de muchas mujeres que pudieran estar realizando prácticas de riesgo en su cuerpo y con la comida; María dice al respecto: “en las escuelas me doy cuenta cómo todos tiene la idea fija, nadie te dice que es de las emociones, y dices –no yo no la tengo, a mi sí me sigue bajando (la regla), no estoy como calaca, ni chimuela-, y pues si te comparas nunca vas a estar así” (Entrevista, Junio, 2010).

Para Brenda este discurso tiene el efecto contrario; en lugar de prevenir, lo que hace es “dar ideas” a otras mujeres jóvenes que quieren bajar de peso, como el caso de su hermana que “ha tomado ideas”, Brenda dice:

ese mismo intento por dar información sobre el peligro también te da ideas, y pues cuando estas chavita no piensas en la consecuencia de la consecuencia, tú lo que quieres es enflacar. Yo no se qué pensar sobre eso de combatir la anorexia y la bulimia con esa información, más bien deberían hablar de expresar sentimientos y curar el alma (Entrevista Julio, 2010).

Al parecer hay “muchísima información” de los trastornos de alimentación, María dice que es una enfermedad en “boca de todos”. En la ciudad de San Luis Potosí, la Secretaría de Salud a través del CISAME y el Instituto de la Juventud dan “pláticas preventivas” a secundarias y preparatorias en relación con los trastornos de alimentación.

Específicamente el discurso que ofrece el Instituto Potosino de la Juventud, a través de las psicólogas⁴¹ está construido con tintes biomédico, moralistas y estigmatizantes que

⁴¹ Que para el 2010 se encargaban de dar las “pláticas informativas”

se alejan del objetivo de prevención ya que las mujeres se podrán sentir poco identificadas con tales discursos.

En la ciudad de San Luis Potosí, las instituciones que dan atención a los trastornos de alimentación por parte del Estado son dos, uno es el Centro Integral en Salud Mental (CISAME) perteneciente a la Secretaría de Salud, y otro el Instituto Temazcalli, que es un organismo descentralizado que recibe subsidio del DIF.

El CISAME está ubicado en avenida Salk en la colonia Progreso, al momento del trabajo de campo (2009), el centro tenía trabajando año y medio atendiendo a la población sin seguridad social⁴². La unidad está al lado de una iglesia católica, en la entrada del edificio se encuentra un guardia de seguridad, quien en ocasiones recibe a las personas y algunas de ellas se apuntan en un libro de registro. Dentro del edificio hay un área de “recepción” y una mujer vestida de enfermera recibe a las personas y da la información correspondiente, entre otras muchas actividades y funciones, ella recibe a los paciente, verifica que su carnet tenga la cita con alguno de los médicos o psicólogos, a cada paciente le toma sus signos vitales antes de la consulta y ella los llama por su nombre en el momento que van a entrar al consultorio.

Enfrente del área de recepción, hay una sala de cuatro sillones negros de vinil con una mesa de centro cuadrada de color negro, con folletos editados por el gobierno y la SSA de la influenza, esta sala está ahí con el objetivo de que se sienten los pacientes a esperar su cita o los papás de los niños que están en consulta y viceversa. El espacio es amplio e iluminado, las paredes son de color beige con detalles naranjas, abundan carteles que

⁴² En caso de que llegará algún paciente que sí tuviera Seguro Social, la trabajadora social lo regresarían a la clínica que le corresponde o si la trabajadora social considera que es de “urgencia”, les de cita, como fue el caso de Rosalía quien fue atendida por el CISAME

buscan prevenir el tabaquismo y la drogadicción, e invitan a talleres para los niños y a un grupo de autoayuda, algunas plantas decoran el lugar y en una de sus esquinas hay una televisión de aproximadamente 42 pulgadas instalada en la pared, en las ocasiones en que estuve en la sala de espera, la televisión estuvo prendida con interferencia visual y un audio claro, en donde se podían escuchar además de anuncios comerciales, llantos, gritos y violencia de alguna telenovela de Televisa.

Paola, la primera vez que fue al CISAME, como todos los pacientes que llegan por primera vez pasan con la trabajadora social quien les hace algunas preguntas y les llena su expediente, días después regresan a su cita con algunos de los seis psicólogos quienes trabajan en el lugar, tres trabajan por la mañana y tres por la tarde; los psicólogos o el médico de alguna clínica de la SSA determinan si el paciente necesita pasar a consulta con alguna de las dos psiquiatras, una que trabaja por la mañana y otra por las tardes.

Rosalía, fue al CISAME, porque en el ISSTE le daban cita “dentro de cuatro meses”, cuando ella fue al CISAME en el año 2008, no había pacientes, “estaban solos los consultorios”. Sin embargo, para junio del 2010, había una lista de 537 personas esperando ser llamados para iniciar sus consultas, por lo que los últimos en apuntarse recibirán su consulta para el 2011⁴³. Paradójicamente, la De cómo Alma Mireya Romero Vásquez⁴⁴ me comenta que, hubo una reforma en la cual “el consejo” decidió que los psicólogos de las unidades de salud de la SSA dejaran de dar consultas para derivar a todos los pacientes al CISAME, haciendo la lista de espera aún más larga.

⁴³ La licenciada Norma, trabajadora social me comenta que ella les explica a los pacientes y que si es “urgente” les dice que vayan a un centro de salud para que les den una “hoja de referencia” para que los pasen directamente, ya que con esta hoja es como si procedieran de las clínicas “es un servicio que requiere salubridad”, entonces se “brincan a la lista de espera”.

⁴⁴ Directora del CISAME

Rosalía y Paola iban a consulta una vez por semana, y ellas como todos los pacientes del lugar, no pagaban nada por la consulta ni por el medicamento; sin embargo, tanto especialistas como pacientes se quejaron de la falta de éste. La directora piensa que el centro “debería de cobrar las consultas, diez o quince pesos”, haciéndoles a los pacientes un estudio socioeconómico para que paguen la consulta, porque “hay gente que sí puede pagar”, y así entrarían un poco más de recursos. Ella se expresaba consternada al saber que “no se le da la importancia necesaria a la salud mental”, comenta que sus compañeros de la misma Secretaría de Salud dicen del CISAME: “ni hacen nada”, “no sé para qué lo abrieron, no sirve”, “no sirve más que para dar problemas”, la doctora dice: “es ignorancia y lo más triste que entre nosotros tenemos ignorancia de la salud, imagínate la población... los mitos”, me citó un estudio del 2005 que resultaba que el 28.5% de la población tiene algún “problema mental”, y que para el 2020 las enfermedades mentales van a estar en un 2º lugar, ella dice: “¿Cómo pueden pensar que no se requiere?, al contrario debían de estar pensando en abrir otro”.

En ese mismo sentido, la doctora dice que su universo de pacientes necesitan de un proceso terapéutico:

no son pacientes, de que vienes te doy tu tratamiento y ya... se les da medicamentos muy caros, no te puedo decir que muy buenos, porque depende del paciente, unos requieren dos o tres medicamentos; y sí nos preocupamos cuando no tenemos medicamentos, luego se nos descompensan y a internarse... el gasto más” (Conv. Per., Noviembre 2009).

Las psicólogas y psiquiatras atienden en consultorios de aproximadamente tres metros por tres metros, las paredes y el piso son de color beige. En el consultorio que comparten la psicóloga Rosario Saldaña y el psicólogo Federico, hay una ventana que da a

la calle cerrada con una persiana color blanco. Al entrar al consultorio hay un escritorio con varios expedientes, una computadora, una máquina de escribir y tres sillas, en el espacio tienen varios muebles archiveros y del otro lado una mesa redonda de formaica con cuatro sillas alrededor y en el centro una maceta pequeñita con un cactus. Ahí se llevan a cabo las consultas de cuarenta minutos cada una, en ocasiones Rosario no usa la bata blanca, sobre todo cuando está con niños y adolescentes, y Federico prefiere no usarla aunque sea norma y obligación de la institución, a ambos les gustaría tener diferente el consultorio, sobre todo tener sillones, pero “así está la institución”.

Paola fue a consulta al CISAME, en donde le diagnosticaron “depresión severa PB. Bulimia”, su mamá la llevó porque “se ponía muy agresiva y se quería matar”, la señora, dice que los síntomas de bulimia “fue algo que salió...”, pero no fue el motivo de la consulta, al momento de la entrevista la señora no sabía que Paola continuaba vomitando. Madre e hija iban a consultas separadas con la misma psicóloga y ella le decía a la señora “lo que estaba mal” en su relación con su hija, y a Paola la “mandaron” con la nutrióloga del seguro popular y le dijo que “fuera por una hoja para la dieta”, pero ella ya no regresó. Estuvieron en sesiones sólo tres meses, porque “ya no les pusieron cita”.

Rosalía estuvo internada en la Clínica psiquiátrica Everardo Newman por dos semanas, esta clínica está en el municipio de Soledad de Graciano y depende de la Secretaría de Salud del Estado, en ella se consultan pacientes con diagnósticos de depresión, ansiedad, epilepsia y esquizofrenia, la clínica cuenta con alrededor de 85 camas para internamientos de urgencias y mediana estancia. El costo de consulta e internamiento depende del estudio socioeconómico que les realizan. Rosalía fue llevada por su mamá a la clínica, porque un día tuvieron un “problema familiar” e intentó suicidarse y en la clínica

“se dieron cuenta que venía por la enfermedad de bulimia” ahí le dieron psicoterapia “diario” y la “llenaron de comida”, Rosalía dice que “le ayudaron mucho”. Saliendo del internamiento ahí estuvo yendo a consulta psicológica y psiquiátrica en el CISAME porque en el ISSTE había una lista de espera de cuatro meses para darle la cita.

Rosalía dice que el psicólogo Federico de CISAME le “ayudó mucho”, a los dos meses ya pesaba cincuenta y cinco kilos, recuperó su peso, Federico le dijo “ni subas ni bajas”, Rosalía dice: “pero no le hice caso, tomé mi ritmo y ya no seguí yendo con él”. Al momento de la entrevista Rosalía iba a terapia con una psicóloga particular, quien le comentó que en la clínica psiquiátrica debieron de haberle hecho una dieta especial. La psicóloga con la que va a consulta le dice que es una “enfermedad crónica, que no se cura y que puede recaer”, ella se da cuenta que hay “alarmas” en las que está recayendo pero ella misma dice que no quiere volver a estar “así de mal”. Al momento de la entrevista, ella seguía vomitando cada tercer día.

La doctora Raquel Medina psiquiatra del CISAME comenta que ellos no están capacitados para atender a las pacientes con trastornos de alimentación, y que es necesario llevar a cabo un tratamiento multidisciplinario, mismo que no se realiza en la Institución, como tal, aunque la psicóloga Rosario me comenta que ella se trata de “apoyar” con la nutrióloga del SORID que es una clínica para atender sobre peso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, también perteneciente a la SSA.

El Instituto Temazcalli, es una institución “dedicada a la prevención y rehabilitación de adicciones, así como a la salud mental infantil y del adolescente en el Estado de San Luis Potosí”, está ubicado en Calzada Fray Diego de la Magdalena Colonia Industrial

Aviación, Es un edificio con diversas áreas que se divide en la atención a “pacientes ambulatorios” y “pacientes internos”, hay una sala de espera con alrededor de veinte asientos que se encuentra a lado del aérea de recepción y trabajo social, en una esquina hay una televisión que en ocasiones está prendida con programación de televisión local, de lado izquierdo hay dos máquinas expendedoras de galletas y jugos. Los pacientes se sientan ahí una vez que pasaron con la trabajadora social y verificaron su cita, esperan a ser llamado por nombre y apellido. En la pared hay tres cuadros enmarcados, una con la “La política de calidad: que todos nos enfoquemos con entusiasmo y determinación a satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros clientes (internos y externos) con servicios profesionales de calidad, haciendo de esta un valor vivencial que nos motive al hábito de mejorar continuamente, apoyándonos en el trabajo en equipo, la autoevaluación, la comunicación efectiva y la integralidad personal” otro cuadro es la “Misión”, en donde especifica: “ofrecer servicios profesionales para colaborar de manera contundente a construir una mejor alternativa de vida para todos aquellos individuos familias y comunidades expuestas a las adicciones y problemas de salud mental infantil-juvenil, promoviendo siempre la mejora continua de nuestros modelos de atención” y uno más es la “visión” de la institución y describe: “Ser una institución líder en la prevención atención, tratamiento de las adicciones, la salud mental de la población infantil-juvenil y de sus familias”. En otra pared se encuentra enmarcado el “reglamento” y dice:

Reglamento de la consulta externa: mostrar carnet de citas, ser puntual, pagar antes la consulta, entregar carnet y recibo, esperar en la sala hasta que sea llamado, si llega tarde le corresponde sólo el tiempo que sobra, al terminar la consulta hay que programar la que sigue, si perdió la cita es necesario pagarla, no se dan recetas si se

ha suspendido el tratamiento, si se quiere constancia de tratamiento cuesta \$50, la pérdida de carnet \$30, notificar cambio de domicilio.

Brenda, Camila y Perla fueron a consulta al Instituto Temazcalli, la primera vez que fueron la trabajadora social les hizo “entrevista y examen socioeconómico”, para determinar si el costo de la consulta iba a ser de entre los \$50 y \$200⁴⁵, y posteriormente les dio cita con uno de los siete psicólogo del área “psiquiatría infantil” por ser menores de edad, de lo contrario las hubieran pasado con uno de los tres psicólogos de “adultos”, y así el psicólogo es quien determina si necesita tratamiento psiquiátrico y se da la cita con algún doctor o doctora.

Para Mayo del 2010, la doctora Silvia Medellín, encargada del área de “psiquiatría infantil” me comenta que están “ideando” un “plan de tratamiento multidisciplinario” para los trastornos de alimentación, ella dice:

próximamente se va a general la comunidad terapéutica de mujeres no para internarlas sino para que sea como una especie de comunidad de día, para que haya un tratamiento interdisciplinario psicología, nutriología, psiquiatría, medicina general y terapia familiar y que a través de una comunicación estrecha de todos nosotros podamos mejorar el pronóstico de estas pacientes, ahorita eso está en pañales.

Este plan de tratamiento se está llevando a cabo porque, según la doctora Silvia están llegando más pacientes con trastornos de alimentación. Sin embargo a Brenda, a Camila y a Perla lo que les ofrecieron fue una consulta psicológica semanal. Camila y Brenda sólo fueron un par de veces, Brenda fue a consulta con la psicóloga, quien se enfocó en los “antecedentes con drogas” que tenía Brenda sin haber sido ése el motivo de la

⁴⁵ En Mayo 2010

consulta, Brenda le decía: “-de verdad me estoy muriendo! Ya no puedo tener un día normal y necesito enfocarme en esto (a los síntomas de la bulimia), ya luego vemos (lo de las sustancias) pero ahorita ayúdame- y no pues no”.

Brenda no se sintió entendida, ella llegó buscando ayuda para los síntomas del trastorno de alimentación, sin embargo al contestar el cuestionario de ingreso y al tener antecedentes con varias drogas, la psicóloga centró su atención en el tema, siendo que para Brenda el consumo de sustancias no le representaba ningún problema. Ella dice que además la psicóloga que la atendió “tenía sobre peso” y que pensó “¿Cómo diantres me vas a ayudar si tú también tienes un trastorno?”, ella ya no quiso seguir yendo, no se sentía cómoda, ella dice: “yo iba con la disposición de abrirme, y sí necesitas sentir que sí entienden la enfermedad para poderte entender a ti, si no esta cabrón...”. Brenda sólo fue a dos sesiones y ya no regresó.

La psicóloga especialista en adicciones de CISAME que atendió a Brenda, dejó de lado los síntomas que ella le manifestaba, la psicóloga tenía una visión médica y posiblemente una moral que le permitió ver que Brenda tenía “un problema de adicciones”, sin hacer caso del malestar de Brenda relacionado con sus prácticas corporizadas que para ella eran prioridad.

Perla, al momento de la entrevista tenía yendo cuatro meses a consulta al Temazcalli, pero ya no quería continuar porque sentía que la psicóloga ya no le creía “nada” porque una vez le dijo que no estaba vomitando pero su mamá la desmintió y también le comentó que le había encontrado un té para adelgazar y la psicóloga pensó que también tomaba diuréticos: “yo ni sabía qué era eso” dice Perla. Por esta razón y porque

dice “poder controlar la comida”, ya no quiere seguir yendo a sus consultas de cada semana.

La doctora Silvia Medellín y el grupo de psicólogas del Temazcalli recibieron un curso de capacitación de una semana por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en donde se abordó el “manejo de estas pacientes”, sin embargo ella comenta que es necesario estarse actualizando.

El Instituto de la Mujer, así como el Instituto Potosino de la Juventud, derivan los casos que llegan de trastornos de alimentación al CISAME o al Temazcalli; los psicólogos del Instituto de la Juventud han tomado algún tipo de capacitación en relación con el tema por parte de ambas instituciones. Sin embargo, en la plática con el objetivo de “prevenir los trastornos de alimentación” llevada a cabo en Julio del 2010, en el museo Laberinto de la Ciencia dirigida al personal del lugar; las tres psicólogas representantes de Instituto de la Juventud, que impartieron la charla, dejaban notar su falta de información y preparación para abordar el tema.

Por otro lado, Ana, Maru y María, han ido a terapia con algún psicólogo desde que eran niñas, Ivón y Edith desde que eran adolescentes, los motivos han sido diferentes.

Ana, cuando era niña experimentó miedos, angustias e inseguridades, ella ahora sabe que todo eso se debió por callar el abuso sexual de su primo; así que, desde niña fue diagnosticada con “Trastorno de déficit de atención” y estuvo yendo a consulta con una psicóloga, sin embargo Ana nunca le dijo lo del abuso, ella “decía lo que quería”, Ana piensa que es necesario “sentirse cómoda para empezar a hablar”, por lo que ya no regresó con la psicóloga. Una vez que Ana se dio cuenta que tenía algún trastorno de alimentación,

le pidió ayuda a un amigo quien la llevó con otra psicóloga, con quien estuvo yendo “unos meses”, Ana cuenta que ella “le decía lo de la comida” y la psicóloga le decía: “-es normal no tienes nada-”. Por lo que en el caso de Ana la relación terapéutica nunca se concretó, cuando era niña no se sentía cómoda para expresar por lo que ella pasaba; ya de adulta, Ana le confesaba sus prácticas y la psicóloga no abordó la situación.

María dice que ya tiene “miles de tratamientos psicológicos”; desde los nueve años ha ido a consultas y tratamientos, ella dice: “era una niña problema, siempre estaba llamando la atención, era agresiva y a la vez era amable, como muchas conductas extrañas que estaba pidiendo ayuda a gritos”; su familia la llevó con una psiquiatra porque también tenía “angustias, ataques de pánico” y se “hacia pipi en la cama”. A los veintidós años empezó a ir con un psiquiatra que le daba antidepresivos, y duró en terapia con él cinco años en los cuales ella nunca le habló del abuso sexual, ni de sus prácticas con el cuerpo y la comida, María dice: “así, duré cinco años haciéndome mensa porque nunca le dije de mis síntomas que estoy todo el tiempo pensando en la comida y en estar delgada”.

En la relación que María entabló con su psiquiatra, ella no quiso o no pudo expresarle su experiencia ni sus pensamientos, el psiquiatra le daba antidepresivos, le cobraba la consulta, le tomaba el índice de masa corporal y le decía “tú no tienes anorexia”, ya que estos índices se encontraban dentro del rango considerado “normal”. María dice: “yo no le hablaba del abuso, ni de que tomaba laxantes, estaba bien pendejo; no le echo la culpa; hay muy pocos preparados, él me veía que el pantalón se me caía y no se daba cuenta, tienes que estar muy preparado porque una paciente así, te duerme...” (Entrevista, Noviembre 2009).

El psiquiatra consideraba el malestar de María como un mal funcionamiento que con antidepresivos se iba a restablecer, la concepción de la enfermedad del médico era como una “falla en el mecanismo corporal”, basado en saberes neuro-anatómicos y bioquímicos; el psiquiatra actuó como un técnico sobre los síntomas de tristeza y desesperación sobre los neurotransmisores de María.

Ivón pidió ayuda a los psicólogos de la secundaria y la preparatoria en donde había estudiado en el estado de México; los psicólogos no le daban “terapia”, si no que le decían a su mamá que la llevara con algún otro psicólogo, Ivón iba dos o tres veces a consulta con los psicólogos, iba un día y se “aburría” o su mamá ya “no quería o no tenía dinero”. La mamá de Ivón “no le tiene mucha fe a los psicólogos”, ella “cree en la Iglesia”.

Edith a los trece años empezó a ir con una psicóloga, porque tenía “crisis emocionales”, se cortaba los brazos y por motivos “como raros de conducta”, dice Edith: “era rebelde con mis papás, sobre todo con mi mamá, salgo mucho de su forma de ver el mundo y de cómo lo lleven ellos, son súper religiosos y yo no”; y un día le dijo a su papá que no quería estudiar, y a su papá le “afectó muchísimo” y fue cuando la llevaron con la psicóloga. Edith comenta que empezó la terapia pero ella sintió como que eran “muy parecidas” la psicóloga y ella, por lo que “tenía mucha conexión con ella”, Edith dice que la psicóloga la empezó a “ver como su hija”; para ella, esto no se le hacía que fuese “una relación apropiada” y dejó de ir a sus sesiones, también Edith cuenta que fue en el tiempo cuando estaba yendo a terapia con la psicóloga en que ella empezó a vomitar. Tiempo después Edith fue a sesiones con un psiquiatra, con quien no se “sentía a gusto”, cuenta Edith que lo primero que hacía el psiquiatra cuando ella llegaba a su consultorio, era escribirle la receta, y cuando Edith le lograba decir algo más de sí, el doctor le recetaba un

medicamento más, ella dice: “cuando estaba yendo con él se supone que me tenía que tomar cuatro medicamentos de receta, me tenía bien dopada, no lo seguía (la prescripción de los medicamentos), nunca lo seguí bien, entonces mejor dejé de ir, ¿Estar pagando mil pesos por la medicina?” (Entrevista Junio, 2010).

Las relaciones médico-paciente que se establecieron en estas historias hasta aquí contadas, estaban coloreadas por una relación desigual de dos personas que eran desconocidas en si; y no pudieron lograr ningún vínculo afectivo ni terapéutico. La relación, está delimitada por tiempos de consulta de máximo una hora. Y enmarcada por los espacios institucionales o del consultorio.

De igual manera, el recurso monetario necesario para acceder a la terapéutica era elevado por lo que significaba un esfuerzo extra por parte de la familia. De tal manera que, las experiencias que tuvo cada una como “pacientes” de algún “especialista” en salud mental, estuvo carente de lo que ellas estaban buscando que era darle sentido a su ser/estar-en-el-mundo, lograr expresar emociones y pensamientos, entablar una relación que les aportara algo a su sentido de pertenencia, en pocas palabras sentirse mejor y dejar de sufrir.

Lejos de encontrar sentido, atención y entendimiento por parte de los especialistas, ellas se sintieron aún más alienadas y desesperanzadas, pensando que incluso los especialistas no las entendían y no las podían ayudar.

Estos “especialistas” en salud mental, no se articularon con otras especialidades, creyendo y queriendo “tratar” con su especialidad los signos y síntomas del trastorno de alimentación.

En la historia de las experiencias de cada una de las “pacientes”, en su búsqueda de ayuda, de atención y de dejar de sufrir, faltaba un elemento que ayudara a zurcir el desgarro del tejido del sentido de su vida, de su ser/estar-en-el-mundo; este elemento era una comunidad terapéutica en donde se sintieran parte de un grupo para compartir-se y para expresarse.

c. Doctor Noyola: Concepción alternativa del trastorno

El doctor José Noyola es médico psiquiatra, hizo su especialización en psiquiatría de 1991 a 1994 en la Clínica Psiquiátrica Vicente Chico Sein, en San Luís Potosí, después se fue a vivir a la ciudad de Monterrey en donde cursó estudios de psicoanálisis en la Asociación Regiomontana de Psicoanálisis, A.C.. Noyola no tenía experiencia con algún caso de pacientes con trastornos de alimentación, fue hasta el 2001 que el doctor recibió en su consultorio a la primera paciente que trató, era una mujer canadiense. Los años posteriores recibió otros tres casos, con los cuales no hubo mejoría en sus síntomas: “Me sentía paralizado [...] de las tres pacientes tratadas, ninguna mejoró, sino es que alguna empeoró; me sentí impotente y muy a disgusto con mi fracaso, reconocí que no estaba preparado para ver este tipo de pacientes, y que mi enfoque terapéutico no era el adecuado” (Noyola, 2003).

El doctor le llamó a un amigo, psicoanalista y colega “de reconocida trayectoria en el tratamiento de estos trastornos” buscando una solución específica para la que había sido su última paciente y que estaba internada por un intento suicida; el colega le “dio el consejo” de que tenía que internar a su paciente en una “clínica especializada”.

En el 2003, Noyola estaba “convencido de que la indicación de internarse era la más adecuada” para las pacientes con algún trastorno de alimentación que llegaran a su consultorio, y fue en ese momento que llegó María, con veintisiete años de edad, buscando ayuda, así que Noyola le indicó internamiento, “para su sorpresa” ella aceptó y después de “lidiar con las resistencias de su propia familia y de batallar para encontrar financiamiento económico, se internó”. La clínica especializada era Avalon⁴⁶, en Naucalpan estado de México.

La clínica Avalon trabaja bajo el enfoque del programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (Ver Anexo). Para AA y por consiguiente para Avalon, la concepción del trastorno es una “enfermedad trifásica”, “ataca las tres partes: física, mental y espiritual”; con base en este enfoque, los directores y especialistas profesionales de la clínica (psicólogos, terapeutas, médicos, nutriólogos) dirigen las diversas terapias.

Noyola reconoce que fue gracias al contacto con la clínica Avalon que ha “aprendido otro enfoque de tratamiento”, partiendo de que los trastornos de alimentación son considerados una adicción, es por esto que se incluye el plan de los doce pasos de AA. De esta manera, se considera que hay una “adicción a la comida”, entonces el modelo de tratamiento que maneja la clínica, es el modelo del manejo de las adicciones. Noyola sabe que otros médicos no reconocen este modelo de atención, sin embargo, él usa el modelo de la clínica Avalon, que a él le “ha funcionado”; para él, funciona tener la concepción de que es una adicción, y por consiguiente, también funciona el plan del manejo terapéutico como adicción.

⁴⁶ Para inicios del 2009, la clínica tuvo que cerrar sus puertas por “números rojos”. Para el 2011 reabre sus puertas en el estado de Querétaro.

El doctor Noyola distingue que en las mujeres con trastornos de alimentación “hay elementos perturbados desde lo bio, psico, familiar y social”, por lo tanto él trata de “hacer intervención en todos los niveles para ir acorralando los síntomas, para darles una contención”. Noyola expresaba que sentía cierta “desesperación e impotencia” ante los casos de pacientes con trastornos de alimentación, de los cuales en apariencia hay mucha información pero los mismos especialistas “no tienen idea” de cómo tratar a “estas pacientes”; incluso él redactó un documento que se llama “impotencia en la contra-transferencia”, en el cual describe uno de los obstáculos del tratamiento: “sensación abrumadora de impotencia del psiquiatra, en su contra-transferencia⁴⁷”, en el cual concluye que:

al trabajar en equipo, al contar con el apoyo del centro especializado, al haber adoptado el programa basado en los doce pasos y al implementar la terapia grupal junto con la individual, ha renacido mi entusiasmo y afianzado mi confianza en el poder de recuperación que tienen estas pacientes, así como el poder de las herramientas terapéuticas (Noyola, 2003).

Es por ello que el doctor comenzó a trabajar con el apoyo de la clínica Avalon y posteriormente, junto con María crearon un “programa terapéutico” para pacientes con trastornos de alimentación, que llevaron a cabo por seis años hasta el 2009. Este “programa terapéutico” consistía en varias terapias y sesiones multidisciplinarias con diferentes objetivos: Psicoterapia individual con enfoque psicoanalítico y terapia farmacológica “individualizada a cada paciente, si lo requiere” ambas dirigidas por el doctor José Noyola. Así como terapia nutricional con Mariana Álvarez; sesiones nutricionales para los papás; terapia de grupo exclusiva de pacientes en recuperación de un trastorno de la alimentación

⁴⁷ Que es el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado

dirigida por dos psicólogas; terapia familiar a cargo de una terapeuta familiar; “sesiones psico-educativas para los papás”, terapia de arte con María; talleres terapéuticos cada quince días o una vez al mes de psicodrama, constelaciones familiares, terapia espiritual, músico-terapia, meditación y terapia corporal; así como la asistencia al grupo de autoayuda con enfoque de los doce pasos de AA.

De esta manera, “las pacientes” con trastornos de alimentación, fueron llegando al consultorio del doctor Noyola por derivación de otros especialistas o instituciones, así él se fue especializando en estos trastornos.

María se integró al equipo y de la misma manera, también le derivaban “pacientes” de personas conocidas, del Instituto de la Juventud y de escuelas, mismas que ella contactaba con el doctor o con la clínica Avalon. Así que muchas de las veces y hasta la fecha, María orienta a futuras “pacientes” y a sus familias, les explica el enfoque de enfermedad y tratamiento que tiene el doctor y el equipo terapéutico.

Una vez que “la paciente” o en su defecto la familia asumían que Noyola las atendiera, él de manera individual y de acuerdo a los recursos económicos les prescribía su plan de tratamiento, que en muchos de los casos él sabía que lo mejor era internamiento, sin embargo no en todos los casos fue posible por el gasto monetario. No obstante el plan de tratamiento incluía varias terapias, sesiones, y era imprescindible la asistencia al grupo de AA. Por lo que, a la fecha, “las pacientes” asisten a varias sesiones terapéuticas por semana, lo que representa fuerte gasto económico e involucra reajustes en la agenda de la familia.

Para el año 2009, el doctor Noyola tenía seis años siguiendo este “programa terapéutico”, en este período de tiempo han “pasado alrededor de ochenta pacientes”; Ana, Betty, Camila y Lucía formaban parte de este grupo terapéutico en el año del 2009. En este grupo, a pesar de que los miembros no eran estables, a algunas de ellas las unían lazos de confianza, ya que tanto en las terapias como el grupo de autoayuda ellas habían compartido y expresado muchas de sus experiencias, lo que al mismo tiempo fortalecía la empatía entre ellas.

Así, el grupo de “pacientes”, se convirtió en una red de relaciones, y como lo señala Long (2007:188) la relación “lleva consigo varias expectativas normativas y compromisos”. En esta red se hace evidente la adquisición de concepciones alternativas en relación consigo mismas, con el cuerpo, la comida, la vida misma, adquieren nuevas relaciones sociales con quienes comparten su experiencia de vida. En este caso los especialistas (Noyola psicóloga, nutrióloga y María) son los que norman las prácticas (alimentación, ejercicio, medicamentos) y buscan que ellas se hagan conscientes de sí mismas y expresen sus emociones y sentimientos, con el fin último de la corporización de una nueva manera de ser/estar-en-el-mundo.

Las diferentes terapias, a excepción de la terapia nutricional, se llevan a cabo en una casa de la colonia Lomas de la ciudad de San Luis Potosí, acondicionada para tres consultorios, en donde se encuentra el del doctor Noyola que está ubicado en el segundo piso de la casa. Es un espacio de aproximadamente cuatro por cuatro metros, alfombrado y decorado con cuadros de pinturas en tonos marrones, hay dos sillones confortables, un diván y una mecedora en la cual él se sienta, todos los sillones son de madera con vinil color marrón. En la planta baja, se encuentra el espacio en el cual María lleva a cabo la

terapia de arte, así como diversos talleres, el espacio es de aproximadamente cuatro por tres metros, alfombrado y amueblado con una mesa grande y varias sillas, hay un ventanal grande por el cual se puede ver el jardín de la casa. La sala de espera también está en la planta baja, está amueblada con dos sillones de piel color negro, hay un librero de pared con libros de psicología, psiquiatría e historia, hay una mesa de centro en la cual se encuentran pequeños libros engargolados de dibujos de Quino, revistas de yoga y yoguismo, y de salud integral, en la recepción, en donde se encuentra la secretaria hay dos grandes bocinas con música ambiental con el fin de crear una atmósfera de relajación.

Turner (2002:93), menciona que la cultura nos obliga “elaborar nosotros mismos cada significado, individualmente, sin asistencia, a menos que escojamos un sistema urdido por otro individuo no más legitimado colectivamente que nosotros”. Para Bourdieu la legitimización tiene lugar en la socioconstrucción de las formas subjetivas a través de disposiciones que se transfieren, reconociendo, interiorizando e incorporando, prácticas, discursos y concepciones. Así las pacientes que acuden con el doctor, van en busca de reelaborar sus significados de vida y de enfermedad, aceptan e interiorizan las disposiciones médico-psicológicas como un modelo propio o, por lo menos, como modelo deseable cuando reconocen que ellas pueden sentirse mejor a través de él.

La relación médico-paciente es una relación desigual y con un fin terapéutico, en donde la autoridad es el especialista y el “paciente” debe de acatar las prescripciones. La relación con el doctor Noyola, que es psicoanalista y dirige todo el tratamiento de las pacientes, está enmarcada por los términos psicoanalíticos de “transferencia y contra-transferencia”, es decir, el matiz de la relación entre paciente y terapeuta es la que determina el tratamiento, por lo que esta relación es “reconocida y manejada”, con el

objetivo de que la relación entre ambos sea propicia para el tratamiento. Retomando concepto de la teoría de la comunicación de Habermas (1987), en el proceso psicoanalítico y psicoterapéutico, en la relación especialista-paciente, ambos identifican el aspecto “ilocucionario” de los actos del habla, es decir, “componente que especifica qué pretensión de validez plantea el hablante con su emisión, *cómo* la plantea y en defensa *de qué* lo hace” (*Ibíd*: 357), por lo que los aspectos no verbales de la comunicación coordinan la acción y construyen la “estructuración de la interacción” (*Ibíd*.: 358).

El recurso simbólico de la relación médico-paciente esta inmerso en el tratamiento y en la eficacia simbólica del mismo, y depende de la empatía que logra José Noyola con su “paciente”, pero además, él provoca que su “paciente” conozca a otras “pacientes” con el fin de hacer la identificación entre iguales, que logra la “pertenencia a un mismo tejido de sentido, la dimensión comunitaria y el consenso social que les rodea” esto con el objetivo de entablar las relaciones terapéuticas, mismas que construyen las relaciones de la comunidad de sentido de las “pacientes”.

Así, antes de empezar el tratamiento, el doctor Noyola, busca hacer “consciencia de enfermedad” en “la paciente”, motivo principal por el que él pone en contacto con otras “pacientes”, que puede ser María o alguien más, el doctor dice:

provoco o facilito un encuentro entre la propuesta paciente y una enferma que ya está en la recuperación y ahí se da un tiempo variable, a veces una sola entrevista, a veces la segunda o la tercera, a veces meses, así antes de entrar al tratamiento la paciente tiene contacto con otras pacientes y pierde su miedo, como su perplejidad ante -¿Qué me está pasando?-, cuando conozco a otras pacientes que también (pasan por lo mismo) y se puede identificar con ellas y afloja sus defensas (Entrevista Julio, 2010).

La “acción reparadora” de esta tercera “fase de acción social” o los “rituales correctivos” como Turner los llama (Op cit.: 98), incluye “la adivinación sobre las causas ocultas del infortunio, el conflicto y la enfermedad, el ritual terapéutico y ritos de iniciación conectados con estos rituales de aflicción”. Para el caso que nos acontece, “la adivinación sobre las causas” serían las explicaciones que tanto el doctor como María y el grupo de AA dan al trastorno, el por qué se enfermó cada una.

Las concepciones de enfermedad del grupo terapéutico, parten de que el trastorno es una adicción y la adicción es lo “no dicho”⁴⁸. Trastorno que se manifiesta en la relación específica con su cuerpo por las agresiones que ellas han sufrido en éste; así como, las cuestiones y relaciones familiares que dieron la pauta para que en ella se gestara el trastorno. De igual manera la codependencia para el enfoque de AA es la “raíz madre” de toda adicción: “dependencia hacia las personas, la familia, los hombres o una pareja como una necesidad de cariño o aceptación [...] es vivir en función de los demás, estar obsesionado con los demás para no verse uno mismo, y trabajar la codependencia es la verdadera batalla” (María, Entrevista Julio, 2010).

Así, lo “no dicho” se expresa en terapia individual y grupal, a través del arte con María y en la tribuna del grupo de AA. En la terapia familiar se busca que ellas se den cuenta de “los defectos de la familia”, para verla a través de lente de la realidad y no de la “apariencia” que siempre han cuidado al interior de la misma familia y hacia el exterior por la el mensaje cultural implícito de “no hablar mal de la familia”. La codependencia en la familia y en cada una se va mostrando y se va haciendo consciente, como el caso de Brenda

⁴⁸ De ahí la palabra “a-dicción”, sin dicción, lo no dicho.

quien en los “talleres de manejo de emociones” impartidos por María, ella se dio cuenta del patrón de codependencia que ella repetía:

por lo general todos los adictos somos codependientes, pero yo no sabía que... yo me imaginaba que ser codependiente era estar sólo así pegada con otra persona, y aprendí que es un triángulo y están los que necesitan amor, los que todo dan pero por buen pedo, y los otros que son los represores de –no estas mal-, o que siempre están jodiendo a los demás como corrigiéndoles; pero igual es por baja autoestima y me di cuenta que yo soy muy represora y soy el tipo de hacer sentir mal a los demás como por tú sentirte mejor. [...] y supe por qué alguien es codependiente... porque hay una familia disfuncional (Entrevista, Junio, 2010).

El tratamiento lo que busca según el doctor Noyola, es que no se tengas “conductas compensatorias” en la alimentación, es decir, que no se utilice el acto de comer o no comer como una manera de expresión, otro objetivo del tratamiento es que no “utilicen la sintomatología para crear un mundo al que le llamamos anorexia que esta llena de rituales”, o sea, que pueda tener herramientas para ser capaz de dejar el papel y la fachada (en términos de Goffman), de la enfermedad, de la corporización del trastorno de alimentación, tanto al interior de su familia como en su contexto inmediato.

Para María en el tratamiento se busca la conciencia de enfermedad, pero más allá de saberse “anoréxicas” o “bulímicas”, es conciencia de saberse “enferma emocional”. Pero para esto es necesario que esté “detenido el síntoma”, es decir, que llevando un riguroso plan de alimentación indicado individualmente por la nutrióloga con el fin de aumentar o mantenerse en su peso “mínimo normal saludable”, “la paciente”, ahora con los saberes legitimados de la nutrióloga, pueda confiarse en que no va a subir de peso y su imagen corporal no va a ser causa de malestar, y de esta manera, pueda enfocarse en su malestar

emocional, María dice: “porque mientras la persona está distraída contando calorías, o manipulando la comida, o escondiéndola, escupiéndola, o vomitándola, obviamente no va a poder hablar de lo que le duele, de lo que ha sido su vida”, por esto es que se convierte al mismo tiempo en adicción para el enfoque de AA, lo “no dicho”; entonces, dentro de la terapia así como en el grupo de AA es el espacio para “hablar”, como María señala: “es muy complicado desarticular emociones que están contenidas y sin ser habladas, años y años de terapia y estar hable y hable”.

También, para María el tratamiento que se les pueda dar a las mujeres con trastornos de alimentación, tiene como objetivo llevar “una mejor calidad de vida”, con una recuperación en “todos los aspectos: en el área de la comida, en el área psicológica, en el área espiritual” por ser ésta una “enfermedad trifásica”, según explican en AA; por ello, como expresa María:

tú no puedes retacar a alguien de comida si psicológicamente se siente mal. Por ejemplo ahorita hay muchos caso nuevos de pubertillas, el papá dice –es que ya ustedes quieren que mi hija avance en lo psicológico pero mi hija se me está muriendo-, entonces le digo –intérnala en un hospital que le inyecten hierro, ponle comida intravenosa y va a tener el peso que tu quieras pero cuando salga, al minuto va a empezar a hacer mil huevadas-” (Entrevista, María, Noviembre 2009).

Esta concepción de enfermedad tiene un enfoque espiritual dirigido a llenar el “vacío del alma”, María expresa que en su caso era “un vacío que no se iba a llenar con *Ruffles*, ni con comida, no con millas corridas, ni con ejercicio, ni con personas”. Cubrir esta parte espiritual, o llenar este vacío se logra siguiendo los doce pasos de AA y con la experiencia de pertenecer a la comunidad de Alcohólicos Anónimos.

Además de la enfermedad “trifásica” concebida por AA, José Noyola contempla que los trastornos de alimentación son:

una enfermedad física, psicológica, familiar y social, entonces estos elementos nunca están separado; si uno te traiciona, te traiciona lo otro; todas (las pacientes) tienen elementos de las cuatro cosas y tiene que ver con asuntos de autonomía, de heridas emocionales en el desarrollo y predisposición física, la mayoría de estas chicas, nacen por así decirlo como ya equipadas físicamente para desarrollar el trastorno, no cualquiera lo puede desarrollar, [...] es como difícil, y al mismo tiempo es como difícil salir de... porque es como lo que tú ya eres” (Entrevista, Noviembre 2009).

Entonces, una vez que la “paciente”, puede lograr llevar el plan de alimentación, estar en su “peso mínimo saludable”, y por lo tanto que ya no esté desnutrida, puede empezar a “afrentar su realidad” emocional, familiar, su historia de vida, para desde ahí encontrar significados y resignificar su vida, su ser/estar-en-el-mundo. Para esto es necesario sentir el apoyo del grupo terapéutico y del grupo de AA, con el objetivo de “tener fuerzas” para afrontar su cotidianidad. María describe su experiencia en relación con el grupo de AA y su tratamiento:

yo de verdad lo he experimentado que con el grupo de los doce pasos y el grupo de autoayuda de verdad puedes tener una vida diferente y aguantar el plan de la alimentación, porque la comida deja de ser algo tan importante, como durante mucho tiempo lo fue; si el síntoma está sostenido, llevando la tarjeta (plan de alimentación) tal cual, empiezas a sentir las verdaderas razones por las cuales tú empezaste a tener estos comportamientos y empiezas a darte cuenta que en tu familia las cosas han estado de la corneta, que tu traes una vida nefasta desde tiempo atrás, que eres súper insegura, que eres súper controladora, y muchos tipos de cosas que mientras tu estés haciendo trampas con la comida, no vas a poder sentir (Entrevista, Noviembre 2009).

El “procedimiento de reajuste” del doctor Noyola, se basa en actos simbólicos y eficaces derivados de la terapia psiquiátrica y psicoanalítica, pero además se hace extensivo a los actos en la vida diaria y de acciones rituales simbólicas y terapéuticas elaboradas por el tratamiento psicológico, psiquiátrico, nutricional y familiar, que logran tener la eficacia terapéutica en algunos⁴⁹ de los casos. El tratamiento para “reincorporarse” exige la consciencia de enfermedad que se logran a través del tratamiento psicológico y de la comunidad terapéutica y de sentido del grupo de Alcohólicos Anónimos (AA).

El doctor Noyola, por su experiencia profesional y personal reconoció las dificultades y carencias del marco clásico de la psiquiatría para concebir y tratar los trastornos de alimentación; por ello construyó este “plan de tratamiento”, que además de todas las terapias, él incluyó sesiones de cuento y metáfora con enfoque ericksoniano⁵⁰, ya que tiene formación dentro de la Psicoterapia Ericksoniana.

Las técnicas ericksonianas “utiliza los mecanismos de la mente inconsciente y transforma los símbolos o los resuelve en trance sin tratar de interpretarlos” (Noyola, 2008). El doctor llevaba a cabo sesiones de cuento y metáfora con sus “pacientes” con trastornos de alimentación, él justifica el uso de éstos “porque tienen múltiples niveles de significado, son agradables para cualquier persona, no generan resistencia, el cambio sucede espontáneamente y sin esfuerzo por parte de la paciente, quien solamente tiene que escuchar y disfrutar”. Los temas que se abordan con los cuentos son: la historia personal, los aspectos disfuncionales en la familia de pertenencia, la obsesión por el control, el perfeccionismo, experiencias de abuso sexual, las pérdidas no resueltas, la imagen corporal

⁴⁹ Pocos o muchos, no tengo los datos; y de alguna manera, estos son ignorados por el propio doctor Noyola, por aquellas pacientes que abandonan a la consulta y no vuelve a saber de ellas.

⁵⁰ Erick Erickson, médico psicoanalista e hipnoterapeuta, que crea la terapia a través de su manera particular de hacer la hipnosis y también postula la teoría del desarrollo psicosocial.

distorsionada, la autoestima lastimada, la obsesión con el alimento, la figura y el peso, los límites sanos en las relaciones y la conciencia de enfermedad.

Esta terapia era llevada cada 15 días, los viernes por la tarde, era dirigida por una terapeuta familiar, en la modalidad de terapia grupal. Antes de comenzar se hacía un ejercicio de relajación e inducción a la lectura del cuento, al principio de la sesión la terapeuta les dice: “Vamos a poner este trabajo en manos de tu Parte Sabia... de tu Yo Soy, que trabaja para ti sin que tú hagas nada [...] Y así, mientras respiras naturalmente, y dejas que tu Parte Sabia se haga cargo del trabajo siguiente, y sin que tú hagas nada... escucha la historia que te voy a contar...” y después se les leía “un cuento”, para terminar la sesión se les hace “sentir” “el cambio y el proceso de curación”.

Entonces, el doctor Noyola hizo de su “plan de tratamiento”, algo alternativo que se antepone a la visión de enfermedad en donde el “paciente” se abandona a las manos del especialista esperando a que el tratamiento tenga efecto; en este plan, es necesario que las “pacientes” tomen un papel activo dentro de su proceso de tratamiento, se pregunten a sí mismas el sentido íntimo del malestar y del trastorno. Los especialistas las guían y apoyan para que ellas mismas se hagan cargo del proceso y con el apoyo de otras mujeres que comparten historias similares; así las mujeres o “pacientes” son más que una “anoréxica” o “bulímica”, sino un ser de relaciones y de símbolos que el tratamiento les ayuda a hacer visibles, a entender y a encontrarle sentido.

El “programa de tratamiento” demanda muchos recursos de la paciente y la familia, como explica José:

se requiere de unir todas sus capacidades intelectuales, emocionales, espirituales, su fuerza de voluntad, su interés en mejorar, su grado de consciencia de la enfermedad, se va a poner en juego sus capacidades físicas porque van a tener que alimentarse de otra manera, hacer ejercicio... sus facultades intelectuales y emocionales porque van a tener una terapia que es demandante, intelectual y emocionalmente, su capacidad de socialización porque van a tener terapias de grupo; pero también tiene que adaptarse cada una en su entorno laboral y escolar de una nueva manera y seguir un camino de espiritualidad que les refuerza todo eso que es el programan de los doce pasos en donde también se integra a una visión de la vida muy particular, todo estos recursos son utilizados para su propia recuperación” (Entrevista, Julio, 2010).

José Noyola, incluyó al equipo interdisciplinario, terapeutas que coinciden con este mismo enfoque y concepción de la enfermedad y que por lo mismo, pueden contribuir a la atención en todas las “áreas de la enfermedad”.

Sin embargo, para el año 2010, el doctor decide no continuar con el programa interdisciplinario por razones económicas, ya que él subsidiaba las consultas de estas “pacientes”; él cobraba alrededor de mil cien pesos por consulta a otro tipo de pacientes, pero contemplando que ellas tenían que ir una vez por semana con él, más a parte todas las demás terapias y consultas, él les cobraba alrededor de trescientos pesos, hasta que ya no pudo continuar subsidiando el tratamiento, por lo que las nuevas pacientes como Edith y Brenda sólo continúan yendo a terapia con él, con María al “taller de emociones” que tiene una tarifa flexible, de cuatrocientos, doscientos o cien pesos, dependiendo de lo que “puedan pagar”; así como también, es indispensable acudir con la nutrióloga Mariana quien cobra en su consulta trescientos cincuenta pesos semanales.

De esta manera el “ritual terapéutico” son todas aquellas relaciones que se establecen con los motivos arriba descritos, todas las acciones dirigidas al cuerpo, a lo psicológico, a lo familiar que se dan al interior del consultorio, pero también en su vida cotidiana con el objetivo de corporizar una nueva manera de ser/estar-en-el-mundo, en donde las prácticas, las concepciones y las relaciones sean “incorporadas a un sistema de signos que les de sentido” (Le Berton, 2009: 117).

José Noyola ha internado alrededor de diez pacientes, desde el 2003 en la clínica Avalon, en Naucalpan estado de México, antes de ser internadas, las “pacientes” van a la clínica a una “evaluación inicial”, la evaluación es psicológica, médica y psiquiátrica y a partir de los resultados el equipo de especialistas dan el diagnóstico y las recomendaciones del “plan de abordaje” y tiene como objetivo “cuidar la integridad física, mental, emocional y espiritual de la mujer que pide ayuda mientras vive un proceso de cambio ideal para la adquisición de herramientas emocionales, cognitivas y espirituales que la guíen a vivir en recuperación al egreso de dicho proceso” (página electrónica Avalon, en línea Febrero del 2011). El periodo de tiempo que la clínica recomienda para el internamiento depende de evaluaciones multidisciplinarias y puede ser de treinta y cinco, cuarenta y dos, sesenta o noventa días. “El plan de abordaje es multidimensional y multidisciplinario”, abordan la dimensión emocional, biológica, familiar y espiritual.

José decide prescribir el internamiento a las pacientes con trastornos de alimentación, ya que él considera que es “la enfermedad más difícil de todas” de tratar y de que la paciente se recupere, entonces en el internamiento se logra dar “contención”, en muchas áreas de la vida de manera intensiva y en compañía de otras mujeres.

Para María la eficacia del internamiento en el tratamiento se basa en que todas las actividades “desde las ocho de la mañana hasta las ocho de la noche”, son actividades para hablar de todo lo que las “llevó” al internamiento, “traumas”, “vacíos”, ella dice: “te entrenan para poder decir tal cual las cosas como son y para hacer consciencia de enfermedad”; dice María: “hay muchas cosas que hay que trabajar, la sexualidad, la feminidad, la autoestima, el trabajo con tu familia disfuncional, consciencia de enfermedad”; además de todas las sesiones de terapias, también dentro del plan de tratamiento recibían equinoterapia tres veces por semana, terapia de arte, de duelo, grupal, “de aventura”. También y como parte importante del tratamiento, tenían terapia nutricional en donde las “enseñan a comer”, aprehenden y hacen consciente todo lo que está relacionado con el acto de comer como las emociones, los eventos del día o de antes de comer, las sensaciones, todo con el fin de saber cómo “separarlos” y no confundir, el hambre y la saciedad “física y emocional” y empezar a comer las porciones necesarias y balanceadas; María dice que en la clínica “entrenar la mente para que realmente comas lo que es una porción”, con báscula y tazas, pesan y miden su alimento para que coman la porción correcta según sea la necesidad de subir o mantenerse en su peso “mínimo normal saludable”, ya que cualquier sensación de estar arriba de peso sería un motivo de recaída y además de que la percepción de la comida ha cambiado, y que por su corporización tienen errores en lo que es “mucho o poca comida”. Ella comenta:

el tratamiento es delicado, porque poco a poco te tienen que ir realimentando y no saben cómo tu cuerpo va a reaccionar, no te pueden subir de peso rápidamente como a muchas que las internan en un hospital, porque si te ves tantito como gorda no te va a parecer y vas a hacer algún comportamiento para quitarlo, en este sistema te dejan en un peso que es el mínimo saludable que a la mejor para la gente sigues

estando muy delgada pero es el peso mínimo para que sea paulatinamente; todo mundo se imagina que si tienes anorexia entonces debes de comer, pero no es así, el problema es que eres adicta a la comida entonces te fascina tanto la comida que dejas de comer para que no te gane la comida, para curarte un trastorno de alimentación, no es empezar a comer de todo otra vez, por eso debes de llevar un plan alimentario el resto de tu vida (Entrevista, Noviembre 2009).

Otro punto que para María es elemental, es el aislamiento de la familia que se da con el internamiento, porque la familia es el “peor disparador”, pero además se hacen sesiones terapéuticas familiares en las cuales se expresan todos aquellos “secretos” que se han tenido, como en caso de Ana que en sus tres meses de internamiento, tuvo un encuentro con sus papás, ella platica: “a mi papá le tuve que contar lo de mi abuso y eso fue súper difícil, fue hace tres años, pero y al final me liberé” (Entrevista, Noviembre 2009).

María, Ana, Betty y Lucía quienes estuvieron internadas en diferentes momentos cada una, coinciden que la convivencia con mujeres que vivieron lo mismo que ellas, “ayuda mucho”, entonces se convierte en una comunidad terapéutica, en donde todas han pasado por historias similares y pueden experimentar empatía unas por otras.

María, Betty y Ana, querían internarse, desde el momento en que les dieron la opción, eran tal su malestar que vieron en la clínica su única opción para ellas, de esta manera, “convencieron” a su familia que ellas necesitaban el internamiento; por el contrario Edith y sus papás, fueron “convencidos” por Noyola y por María que ella tenía que internarse.

Al momento que Edith se dio cuenta que con el tratamiento compuesto por consultas, talleres, plan de alimentación y grupo de AA, no era suficiente para empezar a dejar las prácticas corporizadas y recuperarse, ella reconoció que sí necesitaba el

internamiento, comenta: “fue un gran paso para mí, decir que me quería internar, porque yo decía –primero muerta que internada-, yo quería hacer lo más que pudiera, pero ya tengo dos semanas con la tarjeta (plan de alimentación) y la verdad que no”. Sin embargo Edith, una vez que decidió internarse, restaba contemplar el recurso económico, que como en su caso, en todos los demás casos que buscaban el internamiento el fuerte gasto económico era una fuerte razón para no poderse internar en la clínica de Avalon.

En el momento en que Ana acudió a la clínica a hacerse la evaluación inicial, el costo de ésta fue de cinco mil pesos, y el internamiento, tenía un costo de “cuatrocientos mil o quinientos mil”, María comenta que casi todas la “pacientes”, son internadas por tres meses, pero por “cuestiones de dinero”, y no salen “dadas de alta”; ella pudo haber estado siete meses porque había ahorrado dinero y había vendido su auto para pagarse el tratamiento.

Sin embargo en las experiencia que algunas de ellas narran, el tema del dinero y el pago de su internamiento y/o tratamiento tiene un halo de magia y espiritualidad; ellas perciben que “el dinero sale” (de la nada) como una acción divina. Para Ana y María, sucedió así, el recurso monetario “les llegó” para poderse internar, Ana dice: “hasta le fecha no sé cómo salió le dinero” (para su internamiento), y es a partir de ahí que Ana empezó a “creer en Dios”.

La clínica Avalon ofreció “apoyo” y orientación al doctor, así como a otros especialistas que internan a “sus pacientes” ahí. El doctor reconoció y utilizó su enfoque de atención a los trastornos de alimentación, y así él pudo internar a sus “pacientes” y darles

un seguimiento adecuado, el doctor está en constante comunicación con los directores de la clínica.

El doctor fue creando un equipo interdisciplinario basado en el enfoque de enfermedad y tratamiento de Avalon, para poder continuar con el “plan de abordaje”, sin embargo, para noviembre del 2009, aquel equipo de especialistas con los que trabajaba el doctor en un inicio, ya se había reducido debido a que eran demasiados los recursos para poder ofrecer y mantener un tratamiento multi-terapia, y por lo mismo eran muy altos los costos para que las familias los pudieran pagar.

En el mismo año el doctor Noyola, continuaba trabajando con un equipo reducido, pero interdisciplinario para atender a las pacientes con trastornos de alimentación; Mariana Álvarez es parte de este equipo, ella es licenciada en Nutrición y Ciencia de los Alimentos por parte de la Universidad Iberoamericana, en el 2004, tomó un diplomado en la facultad de Psicología de la Universidad de San Luís Potosí, en relación con los “Trastornos de la Conducta Alimentaria”, Mariana coincide con el enfoque de tratamiento y enfermedad que tiene el doctor Noyola y la clínica Avalon.

El consultorio de Mariana se encuentra en la torre de Especialidades del Hospital Ángeles en el noveno piso, ella comparte consultorio con otras dos nutriólogas, una de ellas Lucía Puente, también atiende “pacientes con trastornos de la alimentación”. En el consultorio de Mariana te recibe una señorita recepcionista, quien da las citas a los “pacientes” con las tres diferentes nutriólogas, ella contesta los teléfonos y da la bienvenida a los “pacientes” y los invita a que se sienten en la sala de espera compuesta por sillones de vinil, así como ella cobra la consulta: cuatrocientos cincuenta pesos para la primera

consulta y trescientos cincuenta pesos para las subsecuentes⁵¹. Cuando es el momento de pasar a consulta, se atraviesa por un pequeño pasillo que conduce a los consultorios, el de Mariana es el primero, ahí hay un escritorio con dos sillas para que se sienten sus “pacientes”, en el escritorio tiene una computadora en donde tiene digitalizados los expedientes y es ahí en ese escritorio en donde lleva a cabo las consultas. Mariana es una mujer de aproximadamente treinta años de apariencia joven; Lucía, Betty, Edith y Brenda la consideran “buena onda”, ella recibe a “sus pacientes” con una bata blanca, y en la primera consulta se hace “una historia clínica y dietética, una evaluación antropométrica para ver en qué condiciones llega la paciente y un recuento calórico de lo que consume al día”, y posteriormente Mariana les explica lo relacionado para que cada “paciente” empiece a identificar y diferenciar el “hambre física y el hambre emocional”.

Mariana les “deja tarea”, por ejemplo, las pacientes tiene que realizar un “diario de alimentos y emociones”, con el objetivo de “ver bajo qué situaciones específicas se está detonando el trastorno de alimentación”. En este diario se anota el lugar en donde se hace el alimento, qué se comió en cantidad, ella busca que especifiquen todo, si tenían hambre o no, si había algo emocional, por ejemplo, dice Mariana: “me dio culpa porque comí, o me siento presionada por los exámenes y comí de más, entonces se trata que ellas vayan ubicando qué es lo que emocionalmente les esta detonando el comer o no”.

Mariana atiende a las “pacientes” con trastornos de alimentación una vez a la semana, para lograr el “apego al tratamiento” e ir “personalizando el plan de alimentación”; en las consultas semanales, se trabaja la “orientación alimentaria” y el ir viendo “los disparadores” de los alimentos que las “hace perder el control”. El “plan de alimentación”,

⁵¹ Costos vigentes para Junio del 2010

es llamada por las “pacientes” como “la tarjeta”, en la cual con un sistema de equivalencias nutricionales, ellas hacen cinco comidas al día “sin poner ni quitar nada de lo que dice la tarjeta”, cubriendo todos los grupos de alimentos y cubriendo las necesidades de cada una, esto con el fin de mantenerse o alcanzar el peso “mínimo normal saludable”, pero también con el fin psicológico de que “la comida no sea un motivo para desconectarse, pensando qué comer o contando calorías”, de esta forma, como parte del plan nutricional miden, pesan y cuentan todas y cada una de las raciones así sea de cereal, lácteos, carnes, fruta, verdura, etcétera, por lo que ellas debieran de usar, sobre todo al principio del tratamiento, una báscula, tazas y cucharas medidoras.

Mariana les explica a sus “pacientes” que la experiencia del tratamiento de un trastorno de alimentación es como “un rompecabezas” y que poco a poco van armando las piezas “con la orientación alimentaria, justificándolo con la antropometría”; es decir, con la “orientación alimentaria” Mariana les ayuda a “hacer la pases con los alimentos”, ya que sus “pacientes” “traen ideas muy arraigadas y muy erróneas (en relación con los alimentos), que si engorda, que si no, que si es malo, entonces les doy un bombardeo de orientación alimentaria”, ella les explica “que los alimentos no son malos” les explica “científicamente” para qué sirve y la importancia de cada grupo de alimentos, les explica “todo, todo para que no satanicen los alimentos” y “respetando los gustos de cada quien” busca “quitar los mitos” a éstos, demostrando con evidencia físicas y con los resultados de un aparato que mide la composición corporal que en ellas “su cuerpo está mal” y les explica cómo pueden “irse mejorando”, sin hablar o centrarse necesariamente en el resultado cuantitativo que marca la báscula, porque para Mariana a sus “pacientes” esto les causa

“un terror espantoso”, por eso ella nunca les dice cuánto pesan; así el tratamiento que ella ofrece está centrado en lo emocional-alimentario.

Mariana personaliza los rangos de “peso saludable”, más allá del índice de masa corporal que se basa en el peso y la estatura, ella contempla también el índice de masa corporal para la salud ginecológica en cada paciente esperando que cada una tenga su periodo menstrual regular, por ejemplo, personalizar los parámetros tomando en cuenta su composición muscular y su composición de grasa corporal.

Ella llama “golpes de realidad”, cuando les explica a sus “pacientes” que su cuerpo “está mal”, les describe lo que pasa en su cuerpo cuando vomitan, cuando dejan de comer, o si los recursos económicos les permite les manda hacer una endoscopia, les explica lo relacionado con su salud ginecológica al hacer evidente su composición corporal y composición de grasa corporal, y también las “confronta” con sus signos físicos, el pelo, la piel, los dientes, Mariana señala:

...entonces el ir explicándole a las pacientes qué está pasando con su cuerpo, es como decir, ésta es tu realidad qué vas a hacer con esta realidad de que tu cuerpo está mal, es bien importante que ellas lo entiendan, no queremos subirle los diez kilos de peso, sino que su cuerpo esté funcionando bien (Entrevista Julio, 2010).

El tratamiento consiste en un “plan de alimentación personalizado” basándose en el recuento calórico de cada una y poco a poco se modifica la dieta para ir subiendo las calorías que consuma en el día, ella da la orientación nutricional y relativa al cuerpo físico. Pero además, Mariana, por su formación también interviene en las cuestiones emocionales relativas a la comida y a las sensaciones de hambre y saciedad, y da pautas para que las

paciente valla haciéndose consciencia de cuestiones que después trabaja en psicoterapia a profundidad.

Mariana sabe que es difícil seguir un “plan de alimentación”, y más “pensando en ellas que tienen todo el *background* de miedos y mitos” en relación con los alimentos y su cuerpo, lo importante para Mariana es personalizar a cada una el plan teniendo en cuenta qué alimento es el que se les dificulta comer y “negociar” con ellas, con el fin de que se “apeguen al tratamiento”. Sin embargo, para ellas, lo más difícil del tratamiento es este “plan de alimentación”, por las restricciones que conlleva, por la dificultad de llevar una “vida normal”, incluso, en momentos ellas tienen que hacer ajustes en sus relaciones sociales y familiares para cumplir con su dieta basada en determinada combinación de alimentos contados y en ocasiones pesados en báscula. Algunas de ellas expresaban que habían evitado viajes y comidas familiares, laborales y de amistades para evitarse explicaciones.

Mariana comenta que hay algunas “pacientes” que no se logran “apegar al tratamiento”, pero una vez que lo logran se dan cuenta que el “plan de alimentación es su tabla de salvación”⁵²; así, Mariana y las “pacientes” ponen atención en lo que comen, contando calorías, grasas, carnes, frutas, verduras, agua: “la nutrióloga lo hace por mi bien, porque si me deja en el peso que me encontró al ratito voy a empezar a quitar comida, puede pasar...” (Betty, tribuna AA Mayo, 2009). Para Mariana es importante “dar algo de estructura” en su manera de comer, ella dice: “aunque sea que la estructura les llegue por fuera, mientras ellas tienen el tiempo de armarse otra vez por dentro”, en relación con la

⁵² Ya que el modificar la dieta, sería estar de nuevo “en actividad (de la *enfermedad*)”, por su “falta de *capacidad*” para alimentarse, ya que basan ésta en su estado emocional, cayendo en los extremos.

sensación y el entendimiento para que las “pacientes” puedan confiar que están comiendo de manera “saludable” para lograr tener o mantenerse en un “peso saludable”.

El Instituto Temazcalli le deriva pacientes a Mariana, como fue el caso de Perla, quien según Mariana, a estas pacientes derivadas de la institución les tiene una “consideración económica”, esperando que algún día le subsidien, ya que para ella son consultas “bien desgastantes”, porque tiene que estar “cuidando cómo dice las cosas” para que le “crean”, dice que son “pacientes muy complicadas y familias complicadas”. Perla fue tres veces con Mariana, sin embargo dejó de ir porque para ella y su mamá era mucho pagar trescientos pesos a la semana; lo que hizo Perla fue basarse en su plan de alimentación que le había dado Mariana y en los grupos del “plato del buen comer”. Mariana, la “enseño a medir” sus porciones, así, al medir sus porciones de comida ellas se sienten seguras de que no subirán de peso, sin embargo, al momento de la entrevista Perla seguía vomitando.

Por otra parte, para el año del 2009, María formaba parte del equipo terapéutico del doctor Noyola. Después de siete años de tratamiento se sintió con la experiencia y la fortaleza para poder ser terapeuta; así que aparte de la licenciatura en Trabajo Social y el diplomado en atención social a la familia que estudió antes de iniciar su proceso de tratamiento. Para tener las herramientas y poder ser terapeuta María, estudió un diplomado en Desarrollo Humano y varios diplomados en Psicoterapia del Arte. De esta manera, ella atiende a “pacientes” que el doctor Noyola le deriva, cualquier persona con “trastorno emocional”, con cada uno trabajan en sesiones de terapia de Arte una vez por semana, “funciona muy bien, porque nos evadimos de hablar y como (los “pacientes”) no tiene que

hablar, te pones a hacer algo y sublimas, no importa lo que hagas, pintar, hacer pulsera, pegar recortes, se trabaja con eso y salen cosas de la persona”.

También María da cursos y talleres dirigidos a las “pacientes” con trastornos de alimentación que son atendidas por el doctor; Brenda y Edith van los jueves por la tarde al “taller de las emociones” con María, Brenda ha aprendido “cosas” en relación de su familia y su manera de ser “codependiente”, María les explica cuestiones teóricas de las emociones y las relaciones interpersonales y hacen ejercicios para que cada participante se dé cuenta cómo es que en su vida “maneja” las emociones y sus relaciones.

De esta manera, las sesiones con el doctor Noyola, las terapias de grupo y los talleres con María tiene como objetivo que las “pacientes” aprehendan la importancia de las emociones, los sentimientos, de reconocer y aceptar el pasado, de poder ver a su familia tal cual es, la importancia de expresar lo que sienten y piensan de manera “asertiva”, de reconocer su codependencia hacia sus relaciones familiares y sociales, en fin, son muchos los elementos que cada una, según su caso, va conociendo, aprendiendo, sintiendo, haciendo consciente, y en donde la corporización de cada elemento sería el paso a la sanación.

María es el contacto que las mujeres con trastornos de alimentación como Ana, Betty y Edith tuvieron para darse cuenta que lo que ellas estaban pasando era un trastorno de la alimentación. María fue a su casa o fueron juntas a un café y ella les explicó lo que es el “trastorno”, con el fin de hacer la “consciencia de enfermedad”. María tiene una gran ventaja frente a cualquier especialista que pueda “diagnosticar” un trastorno de

alimentación, porque ella tuvo la experiencia y sabe perfectamente qué y cómo decirles a las mujeres para que ellas hagan consciencia de enfermedad, como pasó con Edith:

hasta que de plano ya llegué a ese punto de no comer, hasta que hablé con María y ella me dijo que sí, yo no me la creía que era anoréxica pero hablando con ella capté que si era, yo creía que como que si pensaba que a lo mejor podría ser anoréxica pero como que yo decía no, no llego a ese punto, hasta que... un psiquiatra también me dijo qué era lo que tenía y como no me caía ese psiquiatra ni le hice caso (Entrevista, Junio, 2010).

De esta forma se logra la identificación más allá de los diagnósticos y prescripciones de especialistas, y es a partir de la identificación con alguien que ha pasado, sentido y pensado lo mismo cuando ellas logran empezar su tratamiento, razón por la cual María las invita y les explica que el grupo de AA es imprescindible para el tratamiento, ya que es ahí en donde puede encontrar una nueva comunidad de sentido.

d. Recaídas: la comida, las emociones y las relaciones

En este proceso de reparación de la crisis se dan pequeños estados de liminalidad, es el momento en que se está “entre y en medio”, (Turner; 2002: 52). En el caso de las mujeres con trastornos de alimentación, la confusión y contradicción en la experiencia de continuar o no llevando a cabo las practicas, se extiende hasta el momento que una vez que deciden recibir tratamiento, ellas se encuentran en la lucha de “soltar el control” de su cuerpo y de sus prácticas, para encontrarse con su realidad emocional, aquello que tienen mucho tiempo atrás guardando y silenciando, es el momento de abrir los secretos que han estado guardando, este momento no es fácil, es como un segundo momento de liminalidad en

donde nuevos paradigmas de vida se muestran y es necesario “hacerle frente” al sufrimiento y el malestar encarnado, para poder retomar las nuevas posibilidades de vida.

María lo describe así:

te lo digo con mucha humildad yo ya pasé la etapa difícil pero yo la viví horrible... haber llegado de la clínica, no entender ni qué me pasaba, ir a un grupo de AA, se te antoja horrible la comida, tu cuerpo cambió y no sabes ni cómo te llamas, empiezas a sentir muchas cosas que antes estabas completamente bloqueada, cuando inicias la recuperación, o cuando regresas de la clínica, no te la pasas bien en mucho tiempo, porque tienes que estar lidiando con un chorro de cosas de tu pasado (María, Entrevista, Noviembre 2009).

Esta segunda etapa liminal se caracteriza por el doble juego y la paradoja en todos los sentidos, en el pensamiento de querer dejar de realizar las prácticas corporizadas, pero al mismo tiempo tener miedo de volver a subir de peso; el querer llevar el tratamiento pero no saber cómo afrontar su realidad sin la seguridad que les aportaban las prácticas; querer tener una vida “normal”, afrontando una cotidianidad medicalizada con sesiones de terapias y grupos de autoayuda, y un plan de alimentación estricto; así como, tener que dejar el rol familiar y social de “ser enferma” soltando las ganancias que esto conlleva.

De la misma forma, en la experiencia del proceso terapéutico, cuando han logrado dejar de realizar las prácticas incorporadas, ellas tienen recaídas, es decir, vuelven a llevar a cabo las prácticas debido a que hay concepciones, experiencias y sentimientos que se relacionan con su pasado y vuelven a repetir aquellas prácticas que en algún momento les provocó placer o aminoró su sufrimiento.

María dice que las recaídas son comunes cuando se empieza a llevar “la tarjeta”, porque una vez que “la mente no está pensando en la comida”, es cuando empieza a

“brotar toda la enfermedad, el dolor, las dinámicas de la familia, los recuerdos de abuso, maltrato o abandono”, de esta manera se empieza a *sentir* todo aquello que fue ocultado y evadido, dice María es “sentir sin anestesia”, la mujer con la tarjeta, el grupo y la terapia está empezando a hacer consciencia de la “enfermedad emocional”; la consciencia de enfermedad provoca confusión y entonces la recaída. En algunos casos, en donde no se encuentran dentro del tejido pertenencia y no experimentan el apoyo de la comunidad de AA, ellas ya no continúen con el proceso de tratamiento, ya no asistan a las juntas y no se tenga conocimiento de ellas, como muchas de las mujeres que fueron “pacientes” del doctor.

Pero también, está como el caso de Lucía que con el apoyo de la comunidad de AA y su experiencia dentro del grupo, que después de la recaída regresó al grupo y recibió el apoyo necesario para reiniciar su proceso (posteriormente abordo a detalle el caso de Lucía relativo a la recaída y a la ayuda recibida por el grupo).

Las recaídas pueden ser por múltiples causas, la cultura, la experiencia y el cuerpo se entremezclan una vez más como elementos, circunstancias y contextos en el cual ellas experimentan la recaída. La cultura alimentaria y las concepciones que tienen en relación con la comida es un factor para ello, “la comida está en todos lados” es por ello que en todas partes y en todas las ocasiones están aquellos alimentos que por su plan de alimentación “no pueden comer”, porque si lo comieran estaría recayendo, porque sienten perder el control, sienten culpa, sienten y piensan que van a “engordar”, de tal forma que las comidas sociales y familiares, las fiestas, los antojos, pueden ser contextos en donde su fortaleza se pone a prueba para “no recaer”, dice María al respecto: “mis amigos alcohólicos me dicen –no si tu enfermedad sí está horrenda, yo como quiera dejo de tomar

y ya pero la comida esta en todos lados y a todas horas-”. Brenda por ello dice que es una enfermedad muy engañosa porque aparentemente la comida pudiera “ser inofensiva”, a comparación del alcohol que “se deja y ya”. Y es que aun se tiene corporizadas las concepciones de ciertos alimentos que “engordan”, como Perla que ella está consciente de que si come chocolates, aunque sean de sus alimentos preferidos, podría “recaer” vomitando, por eso mejor no los come, debido a que ella siente y cree que va a engordar, lo que se relaciona con su pasado, cuando ella se sentía rechazada por su cuerpo.

Las relaciones conflictivas con la familia o con la pareja, también pueden ser un disparador para que se produzca una recaída, así como las emociones de malestar que surjan de esta situación o de alguna otra, como Perla que cuando terminó con la relación con su novio, de nuevo empezó a vomitar de manera intensiva al sentirse “sola, rechazada y triste”.

La sensación de desagrado o incomodidad en la experiencia del cuerpo y con el cuerpo, es un factor para la recaída, como a Perla le sucede que lo que a ella le da “miedo” es “volver a engordar más”, porque ella cree que recaería, ya que no quiere “rechazos e insultos” por la forma de su cuerpo.

La distorsión corporal, también es un factor para la recaída, como ya lo revisamos en el capítulo tres, se relaciona también con cuestiones emocionales e intersubjetivas en las relaciones interpersonales. Betty, si se comiera algún postre, ella se iba a sentir distorsionadamente “gorda” e iba a empezar de nuevo a hacer dietas.

A Lucía se le conjuntaron varias cuestión que la hicieron tener una recaída, ella estaba en la ciudad de México con sus primas, porque su abuelita estaba muy enferma, ella

se sentía triste y estaba en sus días premenstruales, comenta que ella cuando ha tenido recaídas es cuando está con sus primas porque con ellas “come de más”; así, al momento de la cena, tuvo una recaída en relación con una porción de pan adecuada según su tarjeta⁵³, al darse cuenta que se había comido una porción de más, ella sintió mucha culpa porque “llevaba muchos días de seguir la tarjeta” de manera apropiada y al sentir que había fallado por comer una porción de más de manera involuntaria, recayó y estuvo dos semanas “rompiendo la tarjeta”. Además, días después, ya en su casa con su familia nuclear, una noche sintió la sensación de “hambre emocional” y ansiedad, en su casa hubo una pelea familiar con insultos y agresiones, ella se “alejó” y empezó a comer papas fritas. Ella, de manera consciente estaba comiendo pensando en que ahora “tenía una justificación” para comer aquello que tiene “prohibido” en su plan de alimentación, su familia siguió peleando y ella subió a su baño y vomitó. Lucía sabe que esta recaída se derivó de una primera acción de haberse comido “un pan de más”, ella dice “como la primera copa” que se dice en AA, que con “una sola copa de alcohol basta” para que “algún AA” se sienta recaído. Sin embargo, fue al grupo y pudo expresar todo su malestar y reincorporarse a su proceso de tratamiento y poder continuar de manera adecuada su tarjeta, ella dice: “siento que si no hubiera ido al grupo hubiera tenido otra recaída, el fin de semana vine también, ya no pasé a tribuna, pero el hecho de estar aquí me sentí mejor”⁵⁴ (Tribuna AA, Noviembre 2009).

Ivón tuvo muchas recaídas en sus intentos por “estar mejor” y antes de haber estado internada en la ciudad de San Luís, en una ocasión la recaída más aguda que tuvo fue cuando su papá a quien conoció hasta los veinte años, le insinuó que quería tener “relaciones con ella”, que “la quería como mujer, no como a su hija”, lo que la hizo sentirse

⁵³ En su “tarjeta” indica que si es pan de centeno se podía haber comido 3 panes, sin embargo no era de ese pan.

⁵⁴ en el siguiente capítulo abordo a detalle la dinámica del grupo de AA

mal emocionalmente y apoyarse de nuevo, en sus prácticas incorporadas. A ella le da “miedo” recaer, dice que “la manifestación de la anorexia, no es mental sino también emocional, espiritual, física, se siente uno muy mal se siente uno triste, por falta de apetito, de alimento, de vida, de nutrientes, los ojos se apagan, el alma se apaga, las ganas de amar se apagan, todo se apaga”.

Así Ivón, Camila, Lucía, Betty, viven su día a día, con la intención de no recaer, de asistir a sus sesiones de terapia, de grupo, llevan su plan de alimentación, todo con el fin y el propósito de no recaer, incorporando poco a poco las formas alternativas de concebirse a sí mismas, su cuerpo, la comida, su familia, las relaciones y la vida, con el fin íntimo de lograr trascender la enfermedad.

Conclusiones

Turner menciona que en la esta fase de liminalidad existe la posibilidad de ubicarse al margen de la propia posición social y de todas las demás para “formular una serie potencialmente ilimitada de relaciones sociales” (1974: 214); En las mujeres con trastornos de alimentación, estas relaciones sociales de la fase del reajuste fueron las comunidades de sentido y/o el grupo de AA, con el fin de compartir su experiencia, recibir apoyo emocional y parámetros de acción definidos, esto con el objetivo y la esperanza de poder sentirse mejor en la experiencia de su malestar emocional. Para esto fue necesario que hicieran “consciencia de enfermedad”, darse cuenta que “están enfermas” para identificarse con otras mujeres con las mismas experiencias.

La acción de reajuste es un proceso cotidiano que van experimentando para ir transformando su corporización y la relación directa con sus redes sociales que les aportan soporte para trascender la enfermedad; en donde experiencia, cuerpo y cultura se encuentran para una nueva forma de corporizarse.

La “acción reparadora”, en este caso va mucho más allá de pedir ayuda y asistir a “terapia” con algún especialista “psi”, “sostener el síntoma” o provocar el cambio de un síntoma a otro, lo que sería cambiar la práctica corporal o alimentaria por alguna otra relacionada con el cuerpo o la comida o en su defecto, alguna otra adicción; por ejemplo, dejar de vomitar y empezarse a laxarse o auto-lesionarse.

Es por ello que la acción reparadora del doctor Noyola contempla muchos (o todos, para su concepción) de los aspectos del ser humano, de la paciente en la experiencia de su enfermedad. Cada integrante del equipo multidisciplinario trabaja en la consciencia de enfermedad lo que le da el poder de la acción en sí misma, al saberse enferma y responsable de su vida, su cuerpo y su proceso de recuperación. Esto no fuera posible sin la experiencia del apoyo emocional y la sensación pertenencia al grupo de AA.

CAPÍTULO

5

Trascender la enfermedad:

Conciencia de la corporización-Corporización de la consciencia

La cuarta fase de acción social que describe Turner (1987) dentro del proceso del drama social, es cuando se da la “reintegración del grupo social” o cuando se da “el reconocimiento y la legitimación de una escisión irreparable”. Así, para el caso de las mujeres con trastornos de alimentación una vez que experimentaron la “crisis” y que ésta han pasado gracias a los procedimientos de reajuste, ellas poco a poco se van dando cuenta de qué manera su cuerpo biológico está enfermo y lastimado; hacen conciencia de enfermedad y daño fisiológico. En este panorama es cuando ellas van incorporando nuevas maneras de concebirse, experimentarse y expresarse ante los otros, procesos que presento en este último capítulo.

En le primer apartado, describo las cuestiones relativas al grupo de Alcohólicos Anónimos, las experiencias de asistir a las juntas y ser parte del grupo, así como las nuevas pautas de concepciones de enfermedad y de sí mismas que van incorporando. En la segunda parte explico las formas en que ellas han medicalizado su vida diaria, es decir, cómo a través de las prácticas legitimadas han podido “acomodar” su experiencia cotidiana y sus relaciones. En la tercera sección expongo las cuestiones referentes al contexto del momento que incorporan nuevas formas de relacionarse con éste, las amigas, la familia y la cultura

ahora son vividas de manera distinta. En la cuarta sección presento la concepción de enfermedad relacionada con aspectos espirituales y expongo las vivencias de cada una en relación con esta experiencia. Por último en el quinto apartado me refiero a los aspectos incorporados que dieron paso a la recuperación en algunos de los casos y a la sanación en algunos aspectos de su experiencia.

a. Alcohólicos Anónimos como comunidad de sentido

Para Turner, los momentos liminales, permiten la toma de conciencia de sí mismo y de las relaciones sociales que definen las estructuras sociales. Las mujeres con trastorno de alimentación que pasan el estado liminal tienen la oportunidad de redefinir su sentido de vida. En la experiencia de liminalidad, pudieron lograr conocimiento de sí mismas, y de examinar el lugar que en ella tiene de su mundo emocional, espiritual y social; así como también logran reinterpretar el patrón de las relaciones sociales que definen su estructura social. Así, es el momento en donde se pueden abrazar papeles y valores sociales alternativos.

Los grupos de autoayuda pertenecientes a la red de grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), son una de éstas alternativas que algunas de ellas incorporaron, los grupos de AA están ubicados por toda la ciudad, sin embargo, son pocos lo que “anuncian” poder ayudar a alguien con trastornos de alimentación.

El grupo de Alcohólicos Anónimos es el espacio en donde se ofrecen las alternativas de concepciones, alternativas de acción social y simbólica; por lo que el grupo tiene gran importancia en el procedimiento de ajuste y reintegración, ya que además es experimentado como un grupo de pertenencia.

De esta manera, el grupo de Alcohólicos Anónimos, es un espacio en el cual se plantean alternativas a la estructura social, como una comunidad de sentido para la expresión personal y las relaciones entre iguales. En la interacción social de los miembros del grupo de AA se plantean las formas de interacción, los valores y las representaciones simbólicas que se comparten, una vez que lo establecido por las estructuras familiares, culturales y sociales estuvieron en conflicto, fueron cuestionadas y sufrieron la ruptura que dejó de aportarles seguridad, pertenencia y bienestar a los miembros del grupo, motivo por el cual, ellos “son enfermos emocionales”.

En el año del 2003, María regresó a la ciudad de San Luís Potosí después de haber estado siete meses internada en Avalon⁵⁵, como parte de su tratamiento ella tenía que continuar en terapia con el doctor José Noyola, pero también con el grupo de AA y las sesiones de los doce pasos, así que al llegar a la ciudad se dio cuenta que en San Luís Potosí, no había algún grupo de AA “exclusivo” de trastornos de alimentación, es decir, que las/los asistentes a las juntas fuesen mujeres u hombres que estuvieran (auto)diagnosticadas/os como “comedor/a compulsivo”, “anoréxica/o” o “bulímico/o”; lo que contrasta con la ciudad de México que hay muchos más grupos de AA, María dice: “en México hay mucha más apertura, y ya hay muchos tipos de grupos, inclusive para la codependencia que es el peor mal que ataca a los adictos”. (Entrevista, Noviembre 2009).

⁵⁵ María fue la primera “paciente” de la clínica que venía de la ciudad de San Luis Potosí.

Entonces, cuando María regresó a San Luís, su mamá “estuvo preguntando” en relación con los grupos de AA, y fue que en el grupo AA “Lomas” la “aceptaron” y cuatro meses después, en Enero del 2004, ella inicia el grupo de AA “Exclusivo para Alimenticios y Codependencias”, para que se esta forma, tanto ella como otras “pacientes” del doctor Noyola se fueran integrando al grupo.

En un inicio las juntas de este grupo exclusivo de “alimenticios”, eran los Lunes y Miércoles de 4:30 a 6:00, después sólo había sesión los Lunes; a finales del 2009, se cerró el grupo por falta de asistencia de las “compañeras”, de tal forma que las “pacientes” del doctor, como Brenda y Edith que empezaban tratamiento, así como las “compañeras” que querían seguir asistiendo al grupo como Betty y María se agregaron a un grupo exclusivo para mujeres, en el mismo local que se reunía los jueves a las 5 de la tarde.

Castells define la red social, como “estructuras abiertas, capaces de expandirse sin límites, integrando nuevos nodos mientras puedan comunicarse entre sí, es decir, siempre que compartan los códigos de comunicación” (1996: 507). El grupo de AA, es una red social con un sistema de creencias, prácticas e interacciones, es una agrupación⁵⁶ de autoayuda relacionada con diversos “enfermedades” o “males”, como el alcoholismo, adicciones, comedores compulsivos, codependencias, trastornos alimentarios, etcétera Además que la eficacia terapéutica del grupo de autoayuda yace en realzar la solidaridad comunitaria y el apoyo social. Victor Tuner (1968) analiza la sanación ndembu, con estos elementos sociales, en donde los efectos terapéuticos son vividos dentro de un contexto en donde experimentan la contención emocional, con el objetivo de resolver tensiones intersubjetivas, así como también otro elemento en el proceso terapéutico es la experiencia

⁵⁶ Sin hacer connotación a las características organizacionales de un grupo, si no como expresión de congregación personas

de seguridad que les aporta tener una identidad específica con respecto a un grupo definido por estas prácticas de sanación, por un grupo que todos en su conjunto “están sanando” elementos de su persona.

El grupo de AA “Lomas” se encuentra en la colonia Lomas de la ciudad de San Luís Potosí, sobre la avenida Sierra Leona dentro de un conjunto de locales con el mismo nombre que la avenida, el espacio en el cual se realizan las juntas del grupo, es un local comercial de aproximadamente de veinticinco metros cuadrados. En el salón hay alrededor de 20 sillas acomodadas en filas y por pares, en las paredes del local hay carteles enmarcados con oraciones, los doce pasos que siguen, los doce principios, fotos de Bill Wilson y Bob S., ambos fundadores de AA, en la pared de la izquierda hay un gran espejo de casi todo lo ancho y largo de ésta. En la parte trasera está un baño, un lavaplatos, y un pequeño refrigerador.

Las juntas tienen una duración aproximada de hora y media, y en cada junta se turnan los “compañeros” que van a coordinar la sesión, por lo regular son los “compañeros” que tienen experiencia en los grupos de AA, esta persona se sienta en la mesa ubicada al frente del salón y toma la iniciativa para empezar la junta, lee los textos y reflexiones que corresponden al día y coordina quién pasa a la tribuna. En el grupo Lomas, exclusivo de “alimenticios y codependencias”, para los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2009 Ana, Betty, Lucía y Camila, entre algunas otras mujeres, asistían a las juntas y era María la que la mayoría de las veces coordinaba.

La sesión de la junta inicia con el sonido de una campana que toca quien coordina, mismo que se presenta diciendo su nombre y les da la bienvenida a nombre del grupo

Lomas, posteriormente se dan treinta segundos en silencio para “meditar”, con el fin de empezar la junta y “dejar en el exterior todos los problemas y preocupaciones, y tener una mente abierta y receptiva y para que Dios tal como cada quien lo conciba nos ayude a sacar el mayor provecho posible de los trabajos que llevaremos a cabo”. Pasando los treinta segundos, de pie se hace la oración de la serenidad⁵⁷, se leen los pensamientos del día y se pregunta quién quiere pasar a tribuna. La tribuna es de madera y se encuentra en frente del salón y de las sillas de lado izquierdo, está sobre una pequeña tarima de aproximadamente veinte centímetros, en la tribuna hay un letrero que sólo es visible para quién esté parado ahí que dice: “Háblanos de ti, no de los demás”. Una vez que alguien pasa, se presenta diciendo “hola compañeras soy (...) y soy adicta”, las compañeras responden “hola (...)”, y así quien está en tribuna empieza a hablar de sus “problemas o alegrías relacionadas con la enfermedad”; en hora y media pasan varias mujeres a tribuna a decir, a hablar, expresar y compartir su experiencia, del día o de la semana; su enojo, desacuerdo o frustración que viven en su día a día, también expresan lo que han descubierto de sí mismas o de sus familias.

Las sesiones de la junta se matizan de manera imprevista, es decir, de manera casual en los relatos prepondera un tema en particular, como pueden ser los exnovios, la decepción de las amigas, los problemas familiares, y así una a una se sube a tribuna diciendo “me identifiqué mucho con...”. Y en ocasiones María lee algún capítulo extra de la literatura de AA al respecto: “Ahora que el tema son los exnovios...”

Los aportes económicos de las juntas son voluntarios y se depositan en una canasta después de cada junta para la manutención del espacio, así como para la compra de agua,

⁵⁷ “Dios, concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar aquellas que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia”.

café, azúcar, refrescos; los grupos de AA hacen énfasis en la autonomía e independencia de otras instituciones.

En la estructura del grupo de AA predominan las relaciones equitativas entre pares que reemplaza el elitismo profesional por la solidaridad entre los miembros y por la autonomía de los grupos. La burocracia y asimetría de poder que son característicos de los servicios profesionales están ausentes en AA, pero es innegable el impacto que éste último ha tenido en esos recursos formales de tratamiento y en la cultura dominante (Nurco y Makofsky, 1981).

El doctor José encuentra una paradoja en este modelo de atención que se antepone al modelo “científico” de la medicina, la paradoja la describe de esta manera:

quien sabe de la codependencia son los mismos adictos y los que no lo tienen no hay manera que sepan, es como las sectas secretas porque tienes que ser iniciado, los doctores más eficaces son los que han sido alcohólicos y drogadictos y los que no somos adictos pues estamos fritos y la mayoría más científicos lo rechazan, también hay cuestiones de celo profesional, narcisismo y teorías en competencia (Entrevista, Noviembre 2009).

Sin embargo, en la experiencia del doctor él se ha dado cuenta que el plan de los doce pasos y el grupo de AA tienen “mucho más poder de contención de la sintomatología” y todo en su conjunto puede haber “buenos resultados” en la atención y recuperación de la paciente.

María comenta que el grupo “exclusivo de alimenticios”, no prosperó porque no iban con regularidad las mujeres al grupo, y como había pocas asistentes, no da la oportunidad de “vivir la hermandad de AA”, y “se pierden lo que realmente el grupo de AA

les puede dar”, y también que algunas de las mujeres con trastornos de la alimentación no quieren asistir a otro grupo que no fuese “exclusivo de alimenticios”, ya que “no se sienten identificadas con los alcohólicos”.

A María le ha funcionado ir a otras juntas de AA, que no son exclusivas de “alimenticios” ni de mujeres, ella va en la mañana o en la noche, cuatro veces por semana; para ella es importante porque “se supone que mientras más vas a AA más aprendes de la enfermedad, más aprendes a detener los síntomas, más estas hablando de las emociones, porque dicen –por la boca te enfermaste y por la boca te tienes que curar-” (María, entrevista, Noviembre 2009).

Según las concepciones de AA, “los adictos” se enferman por los silencios guardados, por no haber expresado su experiencia, sus pensamientos y emociones, porque no hubo un contexto en el que fueran escuchadas sin ser juzgadas y es ahí, en el grupo que son escuchadas y entendidas su experiencias, pensamientos y sentimientos. Lucía pudo “sacar muchos sentimientos atorados”, quejarse de su relación con su papá y su exnovio y logró sentirse muy diferente del momento de como llegó al grupo, al momento después de que pasara a la tribuna, ella sintió “paz” y salió “súper contenta”, aparte de que los compañeros se acercaron y le dijeron “-qué bueno que viniste, que lo sacaste-, ese día me dijeron que me admiraban mucho, eso me hizo sentir bien”, dice Lucía.

Para Brenda el grupo de AA y la tribuna es “como un templo para la enfermedad”, a ella le gusta “sentir la locura por todos lados y poderla expresar”, y dice que la enfermedad y “la desviación humana” sea el tema principal, amerita que tenga un espacio como lo son los grupos de AA. Ella se ha sentido mejor y le ha funcionado estar asistiendo a las juntas.

“La hermandad de AA”, es el sentido de pertenencia que el grupos de AA ofrece, Edith lo vive como si fuera “un milagro” porque se ha identificado con personas que para ella es difícil encontrar en otros contextos, ella dice:

desde el primer día sentí un apoyo impresionante y hay un amor desde el principio entre las personas, hay apoyo y comprensión de ellas, también cuando expresas tus emociones y todos te entienden o te expresas y nadie te dice -¿Cómo dices eso?!- para mí AA sí es como un milagro y más que nada que quiera seguir yendo y no quiera dejar de ir... ya me abrieron más los ojos (Entrevista, Junio 2010).

Los grupos de AA, se basan en doce principios, mejor conocidos como “los doce pasos”. Los tres primeros pasos del programa, hacen referencia a que las personas que forman parte del grupo reconocen que hay un “poder superior” que les puede ayudar en su recuperación; el primer paso es aceptar que se es “impotente” ante la adicción, el segundo paso es “creer que un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio” y el tercero es: “decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos”, entonces, los doce pasos empiezan reconociendo que lo que les hace falta es Dios, que se está “derrotado” y se pide ayuda a Dios.

Para formar parte del grupo de AA es necesario que cada uno “admita” que es “impotente” ante la “enfermedad” y que hay un “Dios” como éste sea concebido, para “poner en su manos” su vida y su recuperación. Para José Noyola “el adicto tiene ausencia de Dios” y por lo tanto “la cura es Dios”, así la adicción a sustancias o a las prácticas con el cuerpo y la comida de los trastornos de alimentación, es como una manera para sentirse mejor de esa usencia de Dios y el corporizar esta usencia a través de una forma definida de adicción, es “contingente a la situación esencial”. De esta manera, José piensa al respecto:

si Dios esta ausente de tu vida en forma activa, viva vas a caer en adicción porque vas a tener que suplir esa necesidad profunda, humana de Dios con algo y cualquier sustancia va a ser buena para eso, por eso AA y los doce pasos curan cualquier adicción porque la solución a todas es la misma: Dios (...). Como nuestra sociedad, como un todo que está vacía de Dios y no me refiero a una religión en particular si no la vivencia de Dios en lo personal y en lo comunitario pues entonces los elementos para que la adicción se desarrolle sigue y sigue y sigue y no es la abundancia de drogas lo que promueve la adicción sino la falta de Dios, y en los trastornos de alimentación es lo mismo no es tanto que sean adictas a las endorfinas o en lo físico, lo que si es que están vacías de Dios, y por eso lo que las va a curar es el programa de los doce pasos y volver a recuperar esa conexión con Dios” (Entrevista, Julio, 2010).

En el programa de los doce pasos se ve “el cuerpo como la casa de Dios”, José piensa que la persona abusada sexualmente, además encuentra sufrimiento y malestar en sus relaciones familiares, porque en el tratamiento con el doctor Noyola ellas se dan cuenta que la familia y la sociedad tiene que ver con el abuso sufrido, por lo que en voz del doctor Noyola, ellas:

pierden la confianza en Dios porque a fin de cuentas Dios es el encargado de todo, nada más que no te das cuenta... como si se te saliera Dios del cuerpo y así como que no puedes confiar en los adultos, en los hombres, en los tíos, o quien sea tampoco vas a creer en Dios y el rechazo al cuerpo es no nada más para protegerlo lo rechazo, sino también porque es un reclamo de que estoy vacía, no tengo alma, y entonces estoy pidiendo que algo llegue y de nuevo me infunda vida, pero a un nivel mas espiritual o en psicología diríamos más mágico y totalmente inconsciente (...) ellas se van a dar cuenta que de nuevo lo que les hace sentir vida es que Dios está en ellas de nuevo, Dios *what ever that means!* (Entrevista, Julio, 2010).

En los relatos de María, Lucía, Ana y Brenda muestran algún elemento religioso o relacionado con “un Poder Superiro” en diferentes momentos de su recuperación, para

comenzar a recibir ayuda, para continuar con el tratamiento, e inclusive para pagar su tratamiento: “me quede en la clínica⁵⁸, cómo le van a hacer mis papas?, hasta la fecha yo no se cómo le hicieron, de verdad es cosa de Dios; de verdad ahí me di cuenta que Dios existía, no me imaginé que algún día iba a estar ahí, carísimo para mis posibilidades y estaba ahí” (Entrevista, Ana, Noviembre 2009). Lucía cuenta cómo una tarde se sentía muy mal por cuestiones familiares y porque había recaído en su tratamiento, rezó la oración de la serenidad, se fue al grupo y pudo sentir “la presencia de Dios” que le hizo sentirse mucho mejor; de igual manera Brenda, una tarde “sentía la necesidad de comerse un pan”, acción que iba a desembocar en atracón y vómito, por lo que ella sintió como una “ayuda celestial” el haberse encontrado un libro de Jodorovsky que al leerlo encontró sentido a su enfermedad y a su sanación.

La vivencia de “paz” o la experiencia de la “presencia divina” se logra espontáneamente dentro de las juntas de AA o en la experiencia cuando se ha logrado sanar cuestiones personales; estas experiencias son redes de significado y/o de existencia corporal, que hacen de lo sagrado algo hecho realidad; de tal forma que, en el proceso de sanación símbolos y experiencias se funden (Csordas, 2002).

Comunicar “el mensaje de AA” con otras personas, es parte inherente de vivir los doce pasos de AA, razón por la cual María comparte su testimonio con el fin de evitar que más jóvenes tengan un trastorno de alimentación en las pláticas que imparte en las instituciones educativas.

María también es “madrina” de varias mujeres con trastornos de alimentación que ingresan al grupo; ya que cuando alguien inicia dentro del grupo de AA, se escogen a una

⁵⁸ De internamiento, cuyo costo era alrededor de \$100,000 mensuales

“madrina” o “padrino” que es la persona que los “guía” sobre todo al principio de la asistencia a las juntas y cuando se construye la pertenencia al grupo; a los padrinos y madrinas se les pregunta, se les consulta y se les busca en caso de sentirse en crisis y ellos/as, se encuentran disponibles para escuchar y compartir su experiencia o algún mensaje relativo a los principios de AA.

Módena (2009: 8) ha estudiado esta triada de reciprocidad (dar-recibir-devolver) de aspectos materiales y simbólicos, que se lleva a cabo al interior de los grupos de AA, en donde la norma es la ayuda mutua entre los “compañeros”, así sea por el intercambio verbal y afectivo al escuchar y compartir la experiencia de cada uno, ya sea dentro de las sesiones del grupo o en otros contextos como en algún café o por vía telefónica con el fin de recibir “palabras de aliento”, como dice María:

yo tengo muchas personas en el grupo con quien puedo confiar, está de risa, yo diario con varios hablo hasta tres veces al día [...] así es el sistema si a mí ahorita me está llevando la fregada, le marco y le digo me pasó esto, sea la hora que sea, y te vas a tomar un café con alguien (Entrevista, Junio, 2010).

La “devolución de lo recibido” es cuando a través de compartir el mensaje a otras personas que no se han recuperado o como el caso de María que comparte su testimonio a jóvenes en general, la invitan a colegios particulares, así como en el 2007 que formó parte de la campaña lanzada por el Instituto Potosino de la Juventud en contra de los trastornos de la alimentación; tal reciprocidad está mediada por el compromiso con el grupo.

La experiencia de pertenecer a un grupo de autoayuda, es similar con “haber encontrado un camino en su vida”, es importante para algunas de ellas o en algunos momentos de su vida, ir a terapia y asistir al grupo (ya sea el exclusivo para mujeres u otra

sesión en otro lugar u horario) con el fin de hablar de cómo se sienten, escuchar a los compañeros y aprender de los doce pasos: “lo más importante son las terapias y seguir yendo al grupo, porque si no voy, nunca voy a salir de esto” (Ana, tribuna AA 2009). Con frecuencia los discursos de AA están orientados a promulgar una ideología o valores, a través de los cuales los mismos miembros pueden alcanzar un mejor sentido de identidad personal.

Para AA la adicción es tener “una enfermedad emocional”, los integrantes del grupo se consideran “enfermos de por vida”, porque los problemas, las situaciones difíciles siempre están a lo largo de toda la vida y es necesario “fortaleza” para vivirlas, ya que la experiencia de AA es:

irte a encontrar con Dios para que te ayude y te de fuerzas y tolerar las cosas que tienes que vivir, porque te siguen pasando problemas y tienes que buscar una manera diferente (de afrontarlos) ya no te puedes evadir, ya no te puedes ir a correr, ni a tomar laxantes y muchas otras actividades que puedes hacer para estar bien y lidiar con tus emociones que esas no se van a acabar nunca” (María, entrevista Noviembre 2009).

El programa “no tiene fin”, como lo expresa María y lo que a ella le gusta del programa es que: “el crecimiento es infinito, siempre vas a tener emociones y cosas que te muevan y más si sabes que eres un enfermo emocional y la responsabilidad de que soy vulnerable”. Así, los procesos de sanación basado en “el crecimiento” son orientacionales, es decir, para el grupo de AA no existe un modelo o producto culturalmente establecido de “persona terminada”.

Entonces, las personas que viven los doce pasos, se saben vulnerables, sienten la necesidad de asistir al grupo, como dice Ivón que lo compara con la insulina para un

diabético: “es venir a sus juntas, por tu insulina para no caer, por lo que cuesta de la recaída”. De la misma manera, viven el principio “sólo por hoy”, a Brenda le ha funcionado seguirlo sobre todo, en momentos en donde se siente vulnerable a recaer.

María explica que a ella ya no le dan ganas de hacer dieta, de no comer, de que su cuerpo “esté más flaco”, ella lleva siete años yendo al grupo de AA y ahora está en otra “etapa de recuperación” y el programa y el grupo le sigue “ofreciendo otras cosas”, por ejemplo, a ella en este momento le da “la fortaleza para comprender” que a veces ya no se va a “entender con la gente de afuera y no pasa nada”. Su experiencia en su proceso de recuperación es la corporización de nuevas concepciones y visión del mundo, por ello dice que ya no se puede entender con “la gente de afuera”, sin embargo el grupo le da el entendimiento y la “fuerza” para continuar con su vida con un sentimiento de bienestar.

Las mujeres que asisten con regularidad al grupo y como el caso de Edith, Perla, Betty y María que además del grupo se frecuentan en las talleres con el doctor, conocen los detalles de la vida cotidiana de unas y de otras, conocen los miedos y angustias de cada una, así como también a sus familias; de esta manera las relaciones entre ellas son de igualdad, por lo que se construyen redes sociales cuyos miembros tienen características socioculturales diferentes, pero el objetivo es la construcción de sentido, identidad y la recuperación, además que en esta comunidad de sentido, ellas comparten las prácticas medicalizadas y los significados de las mismas y que en mucho de los casos, la familia extensa y las amigas no lo saben o no entienden.

Berger y Luckmann (1997) consideran las “instituciones intermediarias” como aquellas instituciones con “estructuras parciales”, y que impiden que las crisis de sentido

se agraven afectando toda la sociedad; el grupo de AA pudiera ser una “institución intermediaria” ya que ahí se albergan “pequeños mundos de vida” (Benita Luckmann, 1978), de esta manera la experiencia que cada “compañero/a” aporta a la sesión del grupo de AA, y la experiencia de vida que comparte a toda la comunidad de AA, son los elementos que construyen el sentido de la comunidad, y estos mismos son transformados en “elementos de la comunidad de sentido y de vida” (*Ibíd.*: 49).

b. Medicalización de la vida cotidiana

El inicio de la medicalización es cuando las “pacientes” “aceptan” ser parte de una clasificación y una nosología ante la consciencia de las prácticas incorporadas, el malestar y el daño a su cuerpo físico. Es la “aceptación” de un conocimiento legitimado, que inicia con el diagnóstico de la enfermedad (trastorno de la alimentación y enfermedad emocional) y se fundamenta en el seguimiento de pautas exteriores legitimadas que “controla” y rige la vida cotidiana de las “pacientes” en la mayoría de las dimensiones de la vida controlables para su presente y su futuro.

María, Ana, Betty y Brenda, buscan hacer de su vida cotidiana, una serie de prácticas prescritas en las cuales dieta, ejercicio, emotividad, comunicación y relaciones están en constante revisión por sí mismas y por sus terapeutas llámese doctor Noyola, nutrióloga Mariana o la misma María, y/o estos mismos son expresados en la tribuna, enfrente de los compañeros de AA.

Esta manera de vivir su cotidianidad sería el inicio de una nueva corporización, una nueva manera de ser/estar-en-el-mundo, contemplando e incorporando a sí mismas

elementos que con base a esta medicalización ha sido prescritos, pero además han sido reflexionados por la experiencia y la pertenencia al grupo de AA.

La medicalización busca la reinserción a estructuras alternativas, que por experiencias pasadas y la confusión de seguir un modelo de ser se ha perdido, de tal suerte que incorporando las pautas medicalizadas se logar restablecer la sensación de bienestar en varios de los aspectos de la cotidianidad.

La dieta es un factor muy importante por medicalizar, ya que según en la concepción de enfermedad del doctor Noyola el seguir el plan de alimentación es lo que les permite recuperar las funciones de su cuerpo incluyendo lo físico, lo cognitivo, lo bioquímico y que al mismo tiempo, esto les ayuda a ir alcanzando las demandas intelectuales, emocionales y sociales de las terapias psicológicas y el grupo de AA.

El enfoque de las adicciones busca “la abstinencia a la sustancia”, con la particularidad que en este caso la sustancia es la comida, por lo que se tiene que tener sumamente regulado lo que se ingiere, cantidades y formas, por medio de “la tarjeta” y con el objetivo de que ellas aprendan a comer de manera “sana” y que con el tiempo como el caso de María, logren corporizar esta dieta y estas practicas alimentarias.

El ejercicio también es regulado, ya que éste también fue utilizado como una práctica “compensatoria”, una práctica que fue llevada al extremo buscando bajar de peso, sentir su cuerpo, o lastimarlo; por lo que la nutrióloga Marina Álvarez, les prescribe la cantidad y forma del ejercicio, o en su defecto se los prohíbe cuando por su constitución corporal no les es posible llevarlo a cabo.

Las emociones también son medicalizadas, el plan de tratamiento busca que ellas se hagan conscientes de sus emociones en su vida cotidiana, y la manera en cómo éstas se relacionan con sus sensaciones de saciedad y hambre, también se busca que ellas expresen lo que sienten y para ello está las terapias psicológicas y la tribuna de AA, para que hablen lo callado de años atrás, pero también que expresen la cotidianidad emocional, los enojos, los disgustos, las inconformidades, de sí mismas, de su vida, su tratamiento, su familia, su pareja, sus amigas, y el contexto en general, María dice que “no se pueden minimizar las emociones que tienes en tu diario vivir, porque eso te podría hacer recaer”.

Como parte del programa de tratamiento de las mujeres que han sido internadas en la clínica Avalon, es necesario el “cuidado continuo”, que es cuando además del contacto que mantienen con la clínica vía telefónica y por correo electrónico, la “paciente”, regrese por tres días a la clínica con el fin de “consolidar las herramientas aprendidas”. En el caso de Betty que fue de las últimas pacientes internadas en la primera etapa de Avalon, ella tenía que llevar a cabo su “cuidado continuo”, y para el año del 2010 Avalon no brindaba servicio, por lo que se tuvo que internar en la clínica Oceánica por una semana.

Así el plan de tratamiento requiere de muchos recursos y capacidades por parte de la “paciente” y la familia: tiempo, dinero, actitud para recuperarse, fuerza de voluntad, disciplina, son sólo algunas de las capacidades que se requieren para llevar a cabo el proceso de tratamiento. María comenta: “cuando te das cuenta de que tienes la enfermedad y de todo lo que tienes que hacer para no recaer y recuperarte te da mucho enojo porque ya no eres una persona normal y todo el tiempo te estás cuidando, porque a mí, no queda de otra más que ir poco a poco”.

La experiencia de la medicalización en ocasiones provoca inconformidades con su propia vida y añoranzas de tener una vida “normal”, como lo han expresado Betty y Camila con sus compañeros/as en la junta de AA, Betty dice: “no me siento muy bien, la verdad emocionalmente como incómoda con mi vida, incómoda con mi vida con la tarjeta, grupo, no te desveles, ahorita no puedo convivir mucho en la sobremesa luego ya empiezan que el capuchino, el expreso , el postre...”, “no puedo chupar, no puedo comer lo que se me da la gana, no puedo hacer el ejercicio que se me da la gana, mínimo déjenme fumar lo que se me da la gana”. (Octubre, 2009). A Ana le ha causado problemas con su pareja, porque como dice ella “él no entiende mis trastornos y mis terapias, y pues a mí me han cambiado la vida, y empezamos a tener choques y pues como que me siento otra vez confundida qué debo de hacer”. Así, en el momento de la medicalización la “confusión” persiste, sólo que ahora en dirección contraria, ¿Cómo alcanzar el modelo de ser propuesto por los otros que ya han sanado y los especialistas?

Entonces el proceso de tratamiento y de sanación se vuelve paradójico, cuando ellas se dan cuenta y experimentan la demanda de esfuerzos del tratamiento, pero al mismo tiempo saben que es la opción que las puede ayudar a mantenerse bien; posibilidad mostrada con los ejemplos de vida de sus compañeros/as de AA y específicamente con María, lo que hace que ellas se den cuenta que “si es posible”, sanarse, recuperarse y sentir “aquella paz de la que hablan”.

La manera de empezar la recuperación, es rompiendo la ambigüedad y la paradoja que ha persistido, a través de la aplicación y la corporización de esquemas de percepción y de acción, mismos que ve reflejados en la recuperación de otros/as; o sea, la posibilidad es real, hay un modelo a seguir.

c. La familia, las amigas y la cultura

En el proceso de tratamiento, de recuperación y de sanación, lo que en un principio fue una práctica medicalizada, una vez que esa nueva forma de vida es experimentada como un proceso reflexivo, como una nueva manera de sentirse bien, de encontrar sentido a su vida, y empezar a tener una vida con “tranquilidad” y “plenitud”, se corporizan tales prácticas, haciendo de ésta su forma de vida y su manera de ser/estar-en-el-mundo.

Ana después de más de tres años de tratamiento y terapias “siente” que le “ha ayudado mucho” y le han “cambiado la vida”. Después de siete años, la familia de María sigue asistiendo a sus terapias familiares, ella dice “-ya no (van) por mí, si no porque se ponen muy buenas y porque se dieron cuenta que ellos la necesitaban (la terapia)”. Las relaciones familiares son entendidas a profundidad, contemplando los defectos de carácter de cada miembro y se puede llegar al entendimiento de que cada uno es responsable de sus emociones, logrando “ayudar” al familiar de la mejor manera. Brenda dice: “(la terapia) me ayuda a entender que yo también tengo un tipo de codependencia que viene de mi familia disfuncional, perdonarme y ser comprensiva también con los demás”.

Al interior del grupo de AA, los compañeros se identifican y van compartiendo una visión del mundo, de tal forma que las mujeres que asisten al grupo “Lomas”, coinciden en que es difícil conseguir pareja estando dentro del grupo, porque muchos se “asustaban” de que ellas fueran “enfermas emocionales” y que fueran a un grupo de AA, muchas concuerdan que después de haberles dicho que iban a juntas de AA, ya nunca mas volvían a ver a los hombres; ellas comentan que al mismo tiempo, era complicado ser AA, porque “la gente de afuera” no sabe de qué se trata pertenecer a un grupo, pero a la vez ellas comentan

que la “gente normal”, también está enferma, haciendo el comentario aquella tarde, justo cuando se escuchó repetidamente el claxon de un auto y dijeron en forma de sarcasmo “es un normal”.

Ellas también dicen que las amigas y la familia están en “otro rollo” y que les “da flojera” lo que piensan y platican. Esta discrepancia se da porque el programa de AA, ofrece un “cambio de vida”, el argumento está basado en la fe y en seguir y practicar los doce pasos como una manera de vida a lado de los “compañeros/as” del grupo, de tal manera que la sustancia o en este caso la comida o el cuerpo “pasan a segundo plano”, ellos/as dice: “tú sigue viniendo y vas a encontrar la paz que buscas”.

Esto hace referencia a las alineaciones endogrupales (Goffman, 2003), que es cuando los individuos de un grupo se encuentran en una posición semejante, dentro de la estructura social, con características de infortunio, susceptibles de sufrir las mismas carencias por tener un mismo estigma; comparten el rechazo por una sociedad que los rechaza.

Estos nuevos proceso reflexivos, empiezan a cuestionar los dominios del contexto cultural de los viejos patrones de concepciones y de relaciones; de tal forma que aquellas prácticas y relaciones son abandonadas, debido a que ya no se comparten las mismas visiones del mundo con viejos amigos o parientes, Edith, siente “que le han pasado muchas cosas” en su vida, por lo que ya no congenia con sus amigas que quieren ir al “antro” a ella le da “hueva” y las amigas no “la entienden”. María expresa su experiencia:

ya no me es fácil platicar normal con gente, es raro yo me tuve que meter obligadamente a este camino porque me iba a llevar la fregada, ahora yo ya lo elijo, mi visión es muy diferente a la de mis amigas, a la de mis hermanos, yo era muy

diferente antes, y la gente te reclama, y siempre en la terapia familiar sale –María es muy rara- ahora es muy evidente que yo ya me fui por otra línea y yo me siento feliz pero no les puedo explicar, ahora lo que quiero es hacer cosa que me dan paz, a mi ya no me interesan cosas como, por ejemplo que ni las compras, las viajes (Entrevista, Junio, 2010).

La reflexión hace que ellas se consideren como un “ser humano tan pleno como cualquier otro” y que están excluidas de lo que, en su reflexión es simplemente un área de la vida social, lo que para Goffman (2003) sería las alienaciones exogrupales, considerándose desde el punto de vista desde “los normales y la sociedad más amplia por ellos constituida”.

d. La perversa enfermedad del alma

María llama a los trastornos de alimentación como “la perversa enfermedad del alma”, debido a que existe un “vacío profundo” en la experiencia de vida de la mujer que los padece, es una enfermedad del alma que, como Brenda dice: “crees que se van a solucionar tus ondas enflacando y ya, y pues no porque lo que esta detrás está bien grandote porque el símbolo de la comida es para representar otras cosas, o que te quieres deshacer o que sientes la carencia y la sustituyes con comida”. Las mujeres que han tomado consciencia de sí mismas por medio de su proceso terapéutico, conciben que la “enfermedad” es un vacío existencial y una manera de hacerle frente a esta experiencia y por su historia de vida se relacionaron de tal manera con su cuerpo y la comida.

Para el doctor Noyola, los trastornos de alimentación son un trastorno egosintónico, porque está arraigado en el Yo de la “paciente”; la “enfermedad”, en un inicio no es temida,

sino todo lo contrario, sin embargo, una vez que las prácticas dejaron de causarles placer y que se han hecho conscientes del daño que se han causado a su cuerpo, se dan cuenta cómo es la “perversa enfermedad”, misma que es concebida por María, Ivón, Ana, Betty, Brenda y Perla como un “monstruo” que les “roba” la vida, María dice: “la parte espantosa de la enfermedad que es como un monstruo que de verdad debilita tu voluntad, que acaba contigo, con tu vida”, Brenda coincide y la describe: “es como un virus, un monstruo que se va expandiendo... ya estaba flaca pero me daba mucho miedo volver a engordar por eso seguí vomitando cuando comía chucherías”. Como si la “enfermedad” tuviera fuerza propia que se apodera del cuerpo y la mente de las mujeres que la padecen, la “enfermedad busca las grietas” en los pensamientos y las acciones de ellas para que lleven a cabo alguna práctica castigando y lastimando su cuerpo, sus emociones, su experiencia del momento preciso. Es por ello que es necesario que estén conscientes de sí mismas de sus pensamientos, como dice Brenda”:

la enfermedad busca cualquier grieta para poder hacer y tengo que estar muy alerta de esos pensamientos que voy a tener de –cómeme un pastel-... si he tenido atracones pero ya no le encuentro sentido, de verdad, no sé... no entiendo porqué siento que ya son muy conscientes, no quiero, me da hueva y la neta no entiendo porqué, ayer la neta tuve uno bien feo, estaba buscando un vestido y fui a una tienda que estaba regalando pan y me comí un pan y luego comí otro y terminé comiendo un chorro de pan, y luego una nieve y unas galletas un chorro de cosas que compré”.

Brenda, ahora se da cuenta de sus pensamientos y de cómo “la enfermedad” tiene fuerza que en cualquier momento se puede manifestar, ella ahora con la consciencia del significado de sus prácticas, ha perdido el sentido de llevar a cabo atracones y es paradójico realizarlos porque sabe que es “enfermedad”, por esto considera a estos pensamientos e impulsos como si fueran “las reservas” de la enfermedad, como las últimas

“manifestaciones”, Brenda lo entiende como si estuviera “destapando a la enfermedad”, como sí la estuviera “desnudando y se quiere arropar”, la ve grande como un monstruo, pero ella dice que ya tiene “muchas armas” y “medios para detenerla”, además que quiere dejar de hacerlo. Asimismo considera que la “llave” para detenerla es pensar que ella lo “provocó” con el fin de “sacar a relucir otras cosas que a la mejor fue necesario, llegar al extremo para darme cuenta de otras cosas”, cosas que ella quiere sanar de sí mismas y de sus relaciones.

La “enfermedad va avanzando”, es por ello que cada vez las prácticas son más violentas, y así se va haciendo un círculo en el cual la “enfermedad” se vuelve crónica, Edith sentía que su enfermedad “avanzaba” cuando “recaía”, ella dice: “yo he sentido que ha avanzado cuando recaigo es todo el día de comer-vomitarse, comer-vomitarse, comiendo para vomitar, puede haber como ocho atracones en el día”. Así, a la distancia y con la luz de la consciencia pueden ver que la experiencia de la “enfermedad” es un círculo de prácticas y emociones, un remolino que “las atrapa” y es difícil salir de él, sólo el debilitamiento, la sangre en el vómito, la parálisis en las piernas o la hospitalización es lo que le puede poner punto final. Brenda lo describe así:

Ya que enflaque no podía dejar de comer y luego pensaba que iba a engordar y cada vómito era otra oportunidad de empezar otra vez de cero, no podía parar y frenar mis atracones y era un círculo y me daba miedo engordar otra vez como que digo vomito y me atraco bien cabrón... vomito me siento bien mal y para fugarme de ese malestar vuelvo a comer, por eso duro muchos días atrapada en ese malestar porque me siento mal físicamente, mentalmente... me lacero, me siento mal y me fugo es un círculo vicioso bien feo. Yo la vez que me asusté fue una vez que vomité tres días seguidos una sola vez cada día y dije no está cabrón... ahorita si está intenso porque me fui atrapando, te vas haciendo tolerante al vómito, al principio me sentía

muy mal y me daba asco volver a comer, y luego empecé a comer cada vez más y el límite va haciéndose más ancho (Entrevista, Julio, 2010).

Es concebida como la “perversa enfermedad del alma”, porque para el enfoque de AA, la adicción es considerada como una “desconexión” con la “parte espiritual”. En el programa de los doce pasos llevado de manera cotidiana se busca que haya un “fortalecimiento de la espiritualidad”, que fue por la “desconexión” de ésta que se dan los trastornos de la alimentación, es por esto que como dice María: “por más que te atiendan lo físico y lo psicológico, y lo del cuerpo y la comida si en tu interior hay un vacío y no está fortalecido el espíritu pues te lleva la tostada y vas a seguir enferma”.

María, a siete años de que empezó su tratamiento, se da cuenta que en ella había una “desconexión” y un “vacío”:

ahorita yo asumo que estaba desconectada del alma y obligadamente también del cuerpo, van juntas, es como un todo pero lo que más presto atención en mi vida es el alma, la conciencia, los sentidos. Yo lo veo así como el alma, el cerebro, los sentidos y sentimientos, y la fusión de eso es lo que eres, ahorita le presto atención a todo lo que no existe y es a lo que estoy prestando atención, lo espiritual yo si sentía un hoyo interminable que trataba de llenar de cosas y con personas (Entrevista Junio, 2010)

Cuando María, Ivón, Ana y Brenda se hacen conscientes de esta “desconexión” y de este “vacío”, ellas buscan “llenar el vacío”, el grupo de AA y seguir los doce pasos es la manera que ellas han encontrado para lograrlo, de tal forma que Ana identifica que ahora en su cuerpo hay un espíritu, que ella es el “espíritu del cuerpo”, ahora se da cuenta que el cuerpo es de ella, que “no es ajeno”, ahora valora su cuerpo y sabe que a pesar del daño que la ha hecho tiene que cuidarlo al igual que a su alma, para poder estar tranquila. El

seguimiento de los doce pasos tiene como fin último el “cambiar de vida”, es decir, que todas aquellas concepciones que las hicieron “enfermarse” sean cambiadas por otras alternativas, como una acción de resistencia ante todo aquello, ya sea de sí mismas y de su entorno que las haría recaer. María dice: “con el grupo de autoayuda a través de la identificación y la catarsis tu puedes ir siguiendo un programa para dejar tu sustancia y tus comportamientos adictivos y centrarte en una nueva vida”.

e. Corporización de la consciencia

El proceso terapéutico, así como la pertenencia al grupo de AA y el seguimiento de los doce pasos, hizo como en el caso de María, Ana, Betty y Brenda que se fueran dando cuenta de que todas aquellas prácticas corporizadas eran parte de un trastorno, y además fueron corporizando poco a poco una nueva manera de ser/estar-en-el-mundo, una nueva corporización conscientes de sí mismas, de su cuerpo, de la comida, de sus emociones y sus relaciones, integrando la dimensión de la espiritualidad en su vida cotidiana, de tal manera que al momento de las entrevistas ellas se encontraban hasta cierto punto “agradecidas” por haber tenido la experiencia del trastorno de alimentación, porque ahora vivían mejor que antes, se sentían mejor o tenían una vida más plena o como el caso de Brenda que ella dice que estaba teniendo la oportunidad para “sanarse a sí misma y sus relaciones”.

María ahora está “agradecida” con su cuerpo, porque a pesar de toda la experiencia, ella piensa que es “un regalo”, no puede evitar pensar en el daño que le hizo, sabe que fue “injusta”, pero ahora lo “acepta” y lo “quiere”, ella lo ve con “gratitud” por todo lo que le

permite hacer y que a fin de cuentas “siguió funcionando”; María dice que también ha cambiado su percepción de su cuerpo, ahora lo ve “más espiritual”, así lo describe:

para mí el cuerpo nada más es una parte de un todo que es la persona y lo veo con mucha fuerza interna cuando estás bien emocionalmente, yo me di cuenta que todos tenemos mucha fuerza en el cuerpo, pero si está disminuida y visto nada más como lo estético pierde toda su fuerza, eso yo pienso ahorita, y lo que me gusta ahorita es que lo siento con mucha fuerza interna como si se hubiera fortalecido por arreglar muchas de las cosas que estaban mal. Yo me siento afortunada que no he tenido problemas mayores con el cuerpo, lo veo como algo que esta afuera pero... como si adentro viviera algo bien padre lleno de luz y el cuerpo acompaña esa fuerza (Entrevista, Junio, 2010).

María, una vez que se sentía “estable” empezó a dedicarse a compartir su experiencia de vida como el doceavo paso de AA lo dice, así ella encontró una manera de mantenerse bien, de tal forma que ella dedicó su vida y usó su experiencia para ayudar a otras mujeres con trastornos de alimentación, no conforme con ello se preparó profesionalmente para poder intervenir terapéuticamente en el área de las emociones y ayudara a “sanar a otros/as”:

estoy súper feliz por dar terapia, porque ahora tuvo sentido todo lo que tuve que vivir, porque ahora hasta me sirve toda la pesadilla que vivir para ser más compresiva y así... me gusta dar terapia, y creo que puedo ser más empática porque las cosas que la gente puede estar pasando yo las viví porque el mismo gato revolcado: vacío espiritual, depresión, ansiedad duelos no resueltos soledad (Entrevista, Junio, 2010).

De la misma manera, Maru dice que el “haber pasado por todo esto” le ha servido para “ser sensible a los demás” y le gustaría estudiar un diplomado para ser terapeuta en adicciones y ahora ella poder ayudar a los/las demás. Ivón piensa de la misma forma, a ella

le gustaría estudiar algo relacionado con la salud, como “medicina herbolaria” ya que le “va a servir” a ella misma y va a poder ayudar a otras personas que lo necesiten. De igual manera Brenda dice:

Me gusta el tratamiento, me está haciendo conocerme todo lo que hay detrás yo sé que me voy a curar y también sé que mi función de vida va a ser enfocado a los demás; tener la experiencia y entenderlo de saber que es una obsesión, de escuchar a los alcohólicos cómo sienten, porque es un reflejo de toda la sociedad y me va a dar ese punto de vista de ambos lados (Entrevista, Julio, 2010).

Betty se da cuenta que gracias a lo que ha pasado y al trastorno ella ahora vive sola, como “un premio” obtenido por haber pasado todo lo acontecido, ella está satisfecha de haberse salido de casa de sus papás, ya que desde que ella recuerda nunca sentía esa casa como suya, además que no tenía buenas relaciones con sus padres; entonces Betty dice que a veces “reniega de la enfermedad”, y cuando “reniega mucho” piensa en ese paso importante que dio gracias a ésta.

Teniendo dos meses en el proceso terapéutico, Brenda se daba cuenta de que hay muchas cosas de las que tiene que “sanar”, y por esto ella dice en cuanto a su experiencia y proceso de salud-enfermedad:

puedo bendecir esta enfermedad porque me ha hecho consciente de lo que tengo que trabajar porque la neta sigo creyendo en el ser humano y es lo que quiero y siento que este camino es desde el fondo, y he descubierto un montón de cosas desde mis antepasados; es como una purga del alma, porque esto es del alma, es como un grito de mi espíritu de –aliviánate desde adentro- porque hay un chorro de cosas que yo no veía, hay cosas atrás que las tienes que sacar una purga súper profunda y está chido! (Entrevista, Junio, 2010).

Como que esta enfermedad para mi fue así como un mensaje de mi alma de –nel güey tienes una pinche raíz bien cabrona que pos dale-; yo también creo que tú escoges la familia en donde estás, entonces no le puedo echar la culpa a mi familia es más bien como el camino de mi alma que está siguiendo para aprender y para hacerse más completo (Entrevista, Junio, 2010).

Me puedo atrever a bendecir esta enfermedad que neta se que son mensajes de mi alma –güey date cuenta-, si no me di cuenta a mis 18 años, a los 18 ya sacó este pedototote para que reaccionara y darme cuenta que tenía que sanar todo esto y darme cuenta que si realmente quería sanar esto y ser plena... como que mi sistema de valores como ahorita lo concibo estoy segurísima que es desde la raíz y sí falta un chingo de trabajo, un chingo, pero ahí voy ya empecé y definitivamente no quiero caer en la destrucción (Entrevista, Junio, 2010).

Así como en María, en Brenda también llegó el “momento trascendental” (Csordas, 2007) en el que la percepción y la reflexión de sí mismas aparece, “construida en medio de la arbitrariedad y la indeterminación, constituida por y constituyente de la cultura” (En Borda, 2009) ellas lograron hacer una reflexión de su corporización en medio de los mensajes esquizofrénicos de la cultura, la crisis fue el momento fecundo para que por medio de la práctica discursiva de la psicoterapia y el grupo de AA que al mismo tiempo cuestionan lo establecido culturalmente, ofrecieron caminos alternativos de ser/estar-en-el-mundo.

De tal manera, que como el caso de María, haber sido sanada y haberse sanado⁵⁹ del trastorno de alimentación, es reconocer que dentro de sí habita un elemento espiritual de tal forma que en su corporalidad integra varias partes de sí, de manera holística contemplando varias dimensiones de sí misma y llevándolas a la acción social.

⁵⁹ Haber y haberse sanado, es decir, incluyendo su poder y su fuerza personal para lograr el proceso, pero acompañada de un grupo social y del “poder superior”.

Conclusiones

Después de la etapa de liminalidad, es cuando se “asoma un modelo alternativo de sociedad” (Turner, 2002: 8), en este caso, con la toma de consciencia de enfermedad, el tratamiento psicológico y la experiencia en AA se “asoma” un modelo alternativo de concebirse a sí mismas, al cuerpo, la comida, su familia, las relaciones, la cultura y la vida misma, que juntos se entrelazan y poco a poco van corporizando como una nueva manera de ser/estar-en-el-mundo.

Dentro del proceso terapéutico que viven las mujeres con trastornos de alimentación, que incluye tanto la psicoterapia como la participación en el grupo de Alcohólicos Anónimos, poco a poco ellas van construyendo concepciones de sí mismas. Al saberse “enfermas emocionales”, y que esta “enfermedad emocional” se deposita en su relación con el cuerpo y la comida, necesitan medicalizar sus prácticas cotidianas corporales y alimentarias. Las prácticas previas son juzgadas como equivocadas al buscar corporizarse sobre fundamentos “erróneos” para acallar experiencias “patológicas”, entonces se hace necesario realizar una serie de actividades que las mantengan “bien”. Así deben continuar con las terapias y las juntas de AA, ya que de no ser así, se podrían sentir vulnerables a continuar con las prácticas previas consideradas como erróneas.

En la experiencia del proceso terapéutico van modificando las concepciones de la enfermedad contempladas desde la biomedicina como tal, en lugar de aceptar que se trata sólo de un problema biológico (alimentación y necesidades nutricionales) y/o mental, llegan a entenderla como “una enfermedad del alma”. Se trata de “un vacío” que necesitan reconocer y “llenar”; de manera que, para hacerlo como un proceso de vida, requieren ir

cambiando sus maneras de concebirse a sí mismas, ampliar su autopercepción y valorar e integrar otros elementos de sí mismas incluyendo la “espiritualidad”, así como experimentar relaciones sociales establecidas bajo los lazos de *communitas*⁶⁰.

La medicalización a la que se someten, se va corporizando de tal modo que las hace sentir estables con su vida cotidiana, con su cuerpo, su peso, consigo mismas. Luego entonces, se crea y construye una nueva corporalidad, donde son conscientes de sí mismas, de sus sensaciones corporales como el hambre, el asco, la saciedad; así como un-estar-en constante autorreflexión en cuanto a sus emociones y sentimientos, sus pensamientos y sus relaciones. De esta manera, en algunos de los casos, se puede incluso, aceptar “la enfermedad” y contemplarla como una oportunidad que vivieron desde su cuerpo, su cultura y experiencia para “crecer”, “aprender” o “cambiar” por una mejor calidad de vida, un sentido de vida y más conciencia de sí. En algunos casos inclusive, están agradecidas con algún poder superior por tal experiencia de vida, la experiencia de haber tenido algún trastorno de la alimentación.

Ahora, la nueva corporización incluye el cuestionamiento de relaciones sociales y formas culturales de convivencia, algunas de ellas cambian su círculo social de amigas, otras modifican sus expectativas de sí mismas, encuentran el sentido a su presente y a su futuro, de manera en que su vida cotidiana se va transformando en función de “sanar”.

⁶⁰ Modelo de interacción humana, propuesto por V. Turner, caracterizado por los vínculos de solidaridad, la vida comunal intensa, la relación igualitaria, la espontaneidad en el trato y el compañerismo

CONCLUSIONES

Ahora, al momento de escribir las conclusiones de este proceso de aprendizaje, puedo decir que he contestado las preguntas con las que inicié la investigación, sin embargo, he abierto otras muchas más preguntas en mi entendimiento y formación como antropóloga, preguntas encaminadas a la compleja realidad social y humana.

La primera pregunta de investigación hace referencia a los factores culturales y contextuales que se fueron incorporando con un determinado modelo de concepciones y prácticas en relación con el cuerpo y la comida. En el capítulo uno encuentro que las mujeres que tienen la experiencia de padecieron o que padecen un trastorno de la alimentación, comparten historias similares en varios elementos que componen o definen su vida social.

La violencia es un tema primordial en la vida y experiencia de todas y cada una, ellas crecieron en medio de relaciones familiares compuestas por críticas, ofensas y agresiones. La violencia sexual se mantiene como una sombra en la vida de las mujeres que fueron abusadas, causando conflicto y confusión entre *eithos* y *ethos* y esta confusión se corporizó. Tal confusión que se puede interpretar como la búsqueda de la desaparición de lo femenino, en sus formas y funciones, desde la manera en que cada una lo concibe.

Ellas legitimaron e incorporaron prácticas y concepciones que la misma cultura y contexto inmediato valoran, aprecian y reconocen, lo que les aportó una nueva seguridad a la experiencia de cada una. Las prácticas fueron validadas a partir de las representaciones y percepciones de su cuerpo (un cuerpo criticado, rechazado y violentado) y de la percepción que ellas tenían de cómo eran percibidas de los demás.

La fuerza para que las prácticas realizadas se incorporaran, radicó en la experiencia placentera con las que se relacionaron, experiencia de control e independencia sobre sí mismas, también las prácticas se relacionaron con el placer de la expresión de la ansiedad contenida por no saber cómo, con quién y en dónde hablar y expresar el sufrimiento que sentían.

En el capítulo dos encuentro que ellas se fueron relacionando de manera específica con los actos del comer y la comida, ellas cargaron de significados a la comida a su cuerpo y al comer, simbolismos que fueron aprendidos e interiorizados de su contexto. Las emociones se entrelazaron con las sensaciones y las prácticas del comer, encontrando en éstas una manera de ser/estar en el mundo y afrontarse así mismas y su realidad.

El aspecto de la cultura alimentaria de la familia, tiene muchas vertientes, por un lado, en algunos de los casos, determinados hábitos de consumo alimentario dieron las pautas para que la estructura corporal de las mujeres fuera lo que es considerado como “pasado de peso” o gordura, en el momento que ellas se hicieron conscientes del estigma ante ésta, ellas quisieron cambiar esta característica corporal de sí misma.

De igual forma se dieron los casos en que la cultura alimentaria de la familia legitimara patrones de rechazo a la gordura consumiendo productos para “no engordar”, “bajar de peso” o “cuidar la línea”. Algunas de las mujeres interiorizaron estas prácticas y desde temprana edad ya habían llevado a cabo dietas y habían usado laxantes.

Por otro lado, la cultura alimentaria incluye las formas del comer, por lo que ella incorporó significados de la comida y del momento de comer, específicamente los aspectos

relacionados con el cómo comer (mucho, poco, rápido, lento) y para qué comer (para saciar el hambre, para premiar, para castigar, para disfrutar, para expresar, etcétera).

Ellas fueron educadas bajo formas represivas y expectativas en relación con cuestiones de género e imagen corporal, vinculadas con lo interiorizado relativo a la imagen y el comportamiento de lo que es “bien visto” por el contexto cultural. Las expectativas de género están basadas en la regulación de la expresión emocional y de las prácticas, fundamentadas en pautas educativas colmadas de mensajes implícitos y explícitos de la represión y contención íntima de *su ser corporizado*. El contexto inmediato demandaba un modelo de ser mujer, algo externo a ella, que en conjunto con el sentimiento de inseguridad que refieren, así como el malestar devenido de las transgresiones, les provoca confusión y conflicto consigo misma, que fue expresado a través de los sentimientos y la experiencia de culpa y castigo hacia sí mismas

Las transgresiones corporales fueron un punto crucial para que el cuerpo fuera el campo de batalla y al mismo tiempo la trinchera de resistencia. El sufrimiento las movió para retomarse a sí misma como una forma de resistencia ante el control externo, a través de su cuerpo y la experiencia con éste. Las transgresiones a su cuerpo, violencia emocional y sexual provocó que cada una rechazara su cuerpo y buscara un modelo externo de *ser*.

Ellas se fijaron un modelo de ser mujer interiorizado; tal modelo, es muy diverso en cada mujer, ya que en éste albergan múltiples simbolismos del cuerpo, la comida y el ser mujer. Así, cada una retomó prácticas, concepciones y valores que se acompañaron de forma consciente e inconsciente con la representación del modelo de cada una de ser mujer.

De ahí, la diversidad en las manifestaciones de la enfermedad (*disease*), que responde a un modo particular de “cuerpo, cultura y experiencia”.

En cuanto a la agencia de las mujeres dentro del proceso de salud-enfermedad-sanación, el placer y el sufrimiento tienen un papel cardinal; es a partir de la experiencia de la búsqueda de placer que ellas llevaron a cabo ciertas prácticas corporales y alimentarias. En y desde su cuerpo, entre el placer y el sufrimiento, presente y pasado, interior y exterior se conjugaron para que el trastorno de alimentación se manifestara en ellas, definido por la rigidez y las alteraciones de sus concepciones hacia sí mismas, hacia el cuerpo y la comida. Provocando que el sufrimiento siempre ahí presente, herida por la cual ella se movilizó para buscar el placer, se revelara ante sí misma y ante todo su contexto inmediato.

El contexto cultural de la sobrevaloración de la estética, modificó su experiencia de la relación con su propio cuerpo, los mensajes explícitos en cuanto a los derechos estéticos, acompañados del consumo, tecnologías, conocimiento científico hacen de la valoración de los estereotipos corporales como el sentido para el bienestar y el sentido de la existencia. Los intereses económicos de la industria alimentaria y farmacéutica, hacen de la percepción del derecho por la estética, y del derecho al acceso a posibilidades corporales socialmente legítimas su terreno fértil y productivo.

El cuerpo puede ser entendido como vehículo de placer pero también como expresión de “sí misma”, ellas buscaron sentir y adelgazar su cuerpo como una forma de placer y de control; los resultados fueron un cuerpo delgado que fue apreciado y valorado por los otros y de manera progresiva ese cuerpo apreciado volvió a ser objeto de rechazo

por el malestar que causaba a sí misma y porque ya no era estético o estaba enfermo (*sicknesses*) para lo demás.

Así, para la vista de los otros, el cuerpo es disciplinado y sometido a un modelo externo, ante tal escisión de contemplar al cuerpo sólo como apariencia, la mujer “pierde su fuerza” para la agencia, es el momento que ellas “dejan de tener el control sobre su cuerpo” y necesitan de nueva forma, de un modelo externo para poder ser “dueñas de sí”, para reconfigurarse.

Placer y sufrimiento colorean su ser/estar en su experiencia de salud-enfermedad-sanación y es el móvil para la acción de re-tomar modelos de ser y estar en su realidad y en su contexto. Estos modelos parten de maneras alternativas de socialización y vivir la experiencia de estar en el cuerpo y la sociedad.

El “sentirse ligera”, dejó de ser suficiente, dejó de aportarles seguridad y placer, fue el momento en donde ellas se hicieron conscientes de su enfermedad y se dieron cuenta que necesitaban ayuda del exterior, y con ello pasamos a la tercera fase de acción social, el reajuste.

En el capítulo tres, noté que en esta tercera fase del drama social, las mujeres, experimentan la crisis del padecimiento; el malestar y el sufrimiento se conjugan en su experiencia, es un padecimiento que involucra todo su ser/estar en su realidad, hay confusión de lo que debe de ser y hacer con ella y con su cuerpo, empieza a darse cuenta que está enferma, empieza la consciencia de enfermedad.

Ellas vivieron un proceso de reflexividad, como una experiencia singular que partió del cuestionamiento de sí mismas, de lo que les sucedió; para entenderse dentro de el

mundo, valorar sus capacidades y posibilidades acción, para definirse y transformarse como personas con poder sobre sí mismas, en el donde el pasado cobró sentido y lo reconocieron para las posibilidades de replantear y modificar su corporalidad.

En el capítulo cuatro se mostró la movilización de recursos para salir de la crisis, encontrar sentido, buscar el cese del malestar y empezar la recuperación. Las opciones para esto fueron el internet y los especialistas médico-psicológicos.

El recurso económico es muy importante en el proceso de recuperación, ya que determinados campo sociales les posibilitaron opciones de tratamiento como la del doctor Noyola, con altos costos. Las mujeres que no tuvieron los recursos económicos y la opción para acceder a este tratamiento obtuvieron la “atención del trastorno” por parte de las Instituciones de salud que se reduce a cincuenta minutos dentro del consultorio del especialista que pudo y no ayudarle a aligerar el malestar.

El estorbo institucional es otro de los puntos negros de la investigación, el Estado mexicano, a través de sus instituciones de salud se encuentra ineficiente y obsoleto para lograr los objetivos de los procesos de prevención, atención y tratamiento a los trastornos en general; los procedimientos de atención se enfocan en el síntoma, desde la bio-medicina y la psiquiatría que poco abre el paso para otras formas de entender al ser humano. En algunos de los casos, aunque el psicólogo institucional quisiera ampliar su campo de acción con el propio paciente, el estorbo institucional estaba presente. En este mismo sentido, la eficacia de las normas y procedimientos se ve coartada en el momento en que son construidas desde una realidad lejana de la realidad experienciada por cada una de las mujeres que padecen estos trastornos.

Para ese momento las familias se encontraba incapacitadas para afrontar la situación, no sabían qué hacer, y en esta ignorancia causaban más malestar a su familiar debido a las paradojas y las confusiones en que se encontraban inmersas las relaciones familiares; fue hasta el momento que el especialista actuó como mediador y les dijo qué hacer y cómo hacerlo para poder “ayudar” o “no perjudicar” a su familiar.

En el capítulo cinco vemos que la corporización se hace posible con la experiencia del proceso terapéutico incluyendo definitivamente la pertenencia al grupo de AA. Abrindo la posibilidad para que nuevas concepciones se incorporen, nuevas concepciones que cuestionan y rechazan las viejas concepciones relativas al cuerpo, la comida, la expresión de sí misma, las relaciones intersubjetivas y la vida misma.

La consciencia de la corporización ocurrió cuando la experiencia del proceso terapéutico permitió que cada una descubriera y comprendiera qué fue lo que la llevó a incorporar ciertas prácticas y concepciones. Las razones fueron de índole personal, familiar y sociocultural, de ahí la importancia del tratamiento multidisciplinario, porque así cada especialidad explica desde su visión, el porqué y para qué de la incorporación.

La nutrióloga explicó cuestiones relativas al cuerpo-emoción-comida, los psicoterapeutas hicieron consciencia de los modos de concebirse y relacionarse, y el grupo de AA y las/os compañeras/os compartieron la relación entre el vacío espiritual y la adicción que ella incorporó. Estos modelos de concepciones y experiencias son estructuras exteriores que explican las dicotomías y las paradojas que fue construyendo desde su infancia y que fueron agudizadas por el trastorno mismo. Así la explicación de la paradoja

dada por cada especialista redujo la confusión y estas explicaciones fueron y son maneras de re-incorporarse a su realidad.

El proceso de sanación está encaminado a “reavivar la agencia” más allá de las conductas que se han vuelto obsesivas, repetitivas y adictivas. De tal forma que poco a poco, y de manera constante, viven y pueden vivir la experiencia de la “corporización de la consciencia”, con el fin de cambiar y sanar en ellas cuestiones patológicas y corporizar una manera alternativa de ser/estar-en-el-mundo, como una contribución de cambio personal y social.

La “corporización de la consciencia” es asumida cuando convergen las herramientas y los recursos necesarios para que la mujer en el proceso reflexivo se de cuenta que *es* y *está* en un cuerpo, cuando experimenta su presencia con todos los elementos de sí misma completa e íntegra, ante sí misma y ante los demás. Lo que proporciona un lugar emocional seguro, cuando toda ella se experimenta unificada, el *self* encarnado.

El grupo de AA, es el espacio y el momento para que a través de la resonancia de las relaciones que se establecen al interior del grupo, ellas se van experimentando de manera completa e íntegra, porque es ahí en donde “no se guardan secretos”. A diferencia del grupo de las “princesas”, en donde tampoco “hay secretos”, el grupo de AA se fundamenta sobre relaciones reales, no virtuales, relaciones en donde se reflejan la esperanza proyectada en la “vida recuperada” del/la compañero/a. Las princesas comparten experiencias y consejos prácticos relacionados a “cómo enfermarse más” y valoran cuestiones relativas a la imagen corporal, cuestiones que van de la mano con el trastorno mismo. Las princesas no buscan la sanación, porque aunque tienen cierta consciencia de

enfermedad, saben que con *Anas* o *Mías*, no quieren dejar de serlo, continúan sintiendo placer por sus prácticas, a diferencia del grupo de AA que se enfoca en la creencia de un Poder Superior que da confianza para poder devolver “el sano juicio”, mantenerse en la sobriedad, y aporta la experiencia del “despertar espiritual”, que es el “encuentro con Dios” aportando la paz en su buscaban.

La “corporización de la conciencia” ofrece las posibilidades de experiencia emocional y cognitiva, para que como el caso de María, pueda transformarse en terapeuta con ventajas por encima de los especialistas médico-psicológicos. Esta nueva corporalidad enfocada a la sanación de sí misma le dio el poder para entender y ayudar a otras/os y al mismo tiempo explorar de manera integral lo que ella es, sus capacidades y habilidades.

María como rito de paso o transición, se dedicó a ser terapeuta. Ella al hablar de su experiencia, se cristalizó en un discurso y un personaje que contribuyen a legitimar un modo de existencia social y ofrece referentes para la acción.

María descubrió sus potencialidades como terapeuta y al mismo tiempo se “preparó” profesionalmente; de modo contrario los “especialistas” pueden conocer y ser expertos en “el manejo y atención del trastorno”, pero valdría la pena revisar sus potencialidades como persona íntegra capaz de relacionarse de manera terapéutica con sus pacientes, razón por la cual en muchos de los casos fracasaba el tratamiento.

Nos damos cuenta pues, que estos desequilibrios tienen su raíz en cuestiones culturales y sociales, basados en aspectos relativos a la cultura emocional, las expectativas de género, la cultura alimentaria y el valor del cuerpo femenino delgado. Y es desde aquí que se pueden prevenir dichos trastornos desde la raíz, desde todas aquellas circunstancias

que impiden el tiempo y el espacio para que la relación madre-hija sea nutridora; para que las equidad entre hombres y mujeres nos beneficie a todas/os; para que podamos expresar y que sean escuchadas de manera libre las cuestiones más íntimas de cada uno, sin importar la edad cronológica en la que nos encontremos; para que todas/os tengan acceso a la información en pro de la nutrición para la salud de la persona, y que los intereses de la industria alimentaria y farmacéutica no estén por encima de este derecho que tenemos como ciudadanos y consumidores. Estas carencias estructurales afectan de manera distinta y específica a cada ser humano, las doce mujeres aquí conocidas, corporizaron un trastorno de alimentación, y el cuerpo se puede contemplar así, como el “campo de la cultura”.

Por último, puedo concluir escribiendo que la Antropología me aportó en mi constitución como persona y en mi apreciación social, la riquísima admiración de la diversidad humana, lo que amplió mis percepciones y experiencias de mí misma y de todo y todos los que me rodean en la cotidianidad y en el mundo entero.

Ahora al haber culminado este proceso de investigación, y con mi experiencia y mi formación dentro de la Psicología y la Antropología, el aprendizaje y la experiencia que obtuve como investigadora, está encaminada a saber y entender que estamos inmersos un tejido circular, y que todas las ciencias humanas y sociales nos aportan acercamientos a la fibra y al color del tejido, por esto son válidos todos aquellos estudios cuya intención está en dar parte de este tejido circular más que estar al servicio de la propia disciplina. Estudios transdisciplinarios, que por su distancia o acercamiento a la compleja realidad humana y social trascienden la disciplina.

En mi experiencia, la transdisciplina es la oportunidad para la creatividad y la innovación de las investigaciones sociales y humanas, con el fin de sabernos y entendernos parte de un todo complejo, que se relaciona constantemente; para sabernos y entendernos como seres en donde infinitud de elementos del contexto están dentro de nosotros y por ello nosotros mismos vamos haciendo de ese tejido circular la realidad que queremos tejer y que el hilo nos permite.

La “realidad científica” en los estudios sociales y humanos, creo yo, está encaminada a que el acercamiento al tejido tenga la bandera de querer establecer relaciones intersubjetivas con los otros, y a través de esa relación se pueda mostrar una parte cercana del tejido, porque es a través de las relaciones uno a uno, cara a cara, que se logra el entendimiento del otro y de que se acerquen los extremos del tejido.

En mi experiencia cara a cara con las mujeres que padecen o padecieron un trastorno de alimentación vi reflejadas un sin número de carencias y fallas estructurales que todos como parte del tejido tenemos, las padecemos y somos parte de la reproducción del mismo. Innegablemente, ellas son sensibles a estas carencias y fallas, de ahí que padecieron una trastorno, ellas son sensibles a lo que pasa fuera y dentro de sí, se han cuestionado y han reflexionado de cómo está todo a su alrededor, ellas por su experiencia se pueden dar cuenta y ser conscientes de que el tejido tiene grandes negaciones a la expresión de la vida en sus múltiples colores, de manera que ellas, como muchas de las personas que padecen y buscan la forma de sentirse mejor, aportan su sufrimiento y su recuperación para que cada ser humano elabore su tejido desde sus posibilidades, un tejido que incluya la sensibilidad y la apreciación por la diferencia humana.

De tal forma vemos como la Psicología y la Antropología, desde su campo de acción pueden conjugarse y entrelazarse para aportar al tejido sensibilidad y apreciación por la compleja realidad humana y social, en donde todos y cada uno formamos parte, ya que de no ser así, el individualismo propio fomenta y favorece a la alienación y los trastornos.

BIBLIOGRAFÍA

Aguado, C. (2004) *Cuerpo Humano e Imagen Corporal*. México: UNAM

Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.)* Washington, DC, EE.UU.: Masson

Ayús Reyes, R., Eroza Solana, E. (2008) *El cuerpo y las ciencias sociales*. Revista pueblos y fronteras digital, diciembre-mayo, numero 004. México: UNAM, en línea <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/906/90600403.pdf> al 3 de noviembre del 2010

Berger Peter y Luckmann Thomas (1997) *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido: La orientación del hombre moderno*. España: Paidós

Borda Carolina (2009) *La incorporación y los límites de la conciencia*. Nuevas rutas de diálogo entre la fenomenología de Merleau-Ponty y la filosofía de la acción de Pierre Bordieu. Desacatos, en línea http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-92742009000200011&script=sci_arttext

Bordo, Susan (1993) *Unbearable weight: feminism, western culture, and the body*. Los Angeles California: Univerity Californis Press

Bourdieu, Pierre (1997) [1994] *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Capdeville, J.M. (2009) *Abnormal Eating attitudes in Mexican female students: a estudy of prevalence and sociodemographic-clinical associated factors*. Ready for press vol.

Chernin, K. (1985), *The hungry self: Women, Eating and Identity*. New York: Harper and Row.

Crossley, Nick (2005) *Mapping reflexive body techniques: on body modification and maintenance*. *Body & Society*, vol. 11 (1). London: Sage.

Csordas, Thomas (1993) *Somatic modes of attention*. *Cultural Anthropology*; vol. 8, nº 2. USA.

_____ (1994) *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge University Press

De los Cobos, A. F. (1998) *Carácter social y enfermedad, la metáfora médica y las ciencias sociales*. España: Universidad de la Mancha.

Diaz Rodrigo (1993) *Experiencias de la identidad*. Madrid: *Revista Internacional de Filosofía Política*, No. 2.

DiNicola, V. F. (1990a). *Anorexia multiforme: Self-starvation in historical and cultural context: I. Self-starvation as a historical chameleon*. *Transcultural Psychiatric Research Review*.

Douglas, Mary (1988) [1970] "Los dos cuerpos". En: *Símbolos Naturales. Exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza Editorial.

Elias Norbert (1988) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: FCE

Español, A. N., De la Gándara, M. G. (2008) Trastornos de la conducta alimentaria: Una visión transcultural en la postmodernidad. Cuadernos de Medicina Psicosom, No 86/87 en línea http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_3_86-87.pdf al 15 septiembre 2009

Foucault Michell (1975) Vigilar y castigar. España: Siglo XXI

_____(1980) Microfísica del poder. España: Siglo XXI

Freud [1929] (2007) El malestar en la cultura. España: Folio

Giddens, A. (1991), Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona: Península.

Giménez, G. (2005) Teoría y análisis de la cultura. México: CONACULTA

Goffman Erving (1981) La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorroutu

_____(2003) Estigma La identidad deteriorada, Amorrortu, Buenos Aires, 2003

Gracia, , .M.I. (2001) “Cuerpo, Alimentación y Salud: Razones para no comer” Zainak. 27, 2005 pp. 149-164

Gracia A.M.I. (2005) Género, *dieting* y salud: un análisis transcultural de los trastornos del comportamiento alimentario en mujeres. Universidad de Cataluña

Habermas, J: (1987) Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus

Heller Ágnes, Fehér Ferenc, 1995.Biopolítica: La modernidad y la liberación del cuerpo. Barcelona: Península

HSU, L.K. (1996), Epidemiology of the eating disorder. *Psychiatric Clinical North Am*, 19: 681-700.

Instituto Nacional de Salud Pública. "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, San Luis Potosí". Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud.

Jimeno, Miryam (2004) Crimen pasional: una contribución ala antropología de las emociones

Keel, K.P. , Klump, L.K. (2003) Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing Their Etiology. *Psychological Bulletin* 2003, Vol. 129, No. 5, 747-769. En línea http://cfc.uoregon.edu/classes/SPSY_650/Readings/Class%206/6B%20Keel%20et%20al.pdf al 16 de Septiembre 2009

Le Breton, David (1990) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva visión

_____ (2009) *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Nueva visión.

Lipovetsky (2003) *La era del vacío*. España: Anagrama

Lisón, Carmelo Ed. (2007) *Introducción a la Antropología social y cultural*. Madrid: Akal

Lock Margaret (1987) *The mindful body. A prolegomenon to future work in Medical Anthropology*, *Medical Anthropology Quarterly (New Series)*, 1 (1), 6-41, marzo.

López Austin, A. (1996) *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. México: UNAM

Lyon, M.L. & Barabiet, J.M. (1994) *Society's body: emotion and the "somatización" of social theory*. En Csordas, Thomas (1994) *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge University Press

Marcus George (1995) *Etnografía en/del sistema mundo: El surgimiento de la etnografía multilocal*. *Alteridades*, 2001 11 (22): Págs. 111-127

Markey, Ch. (2004) *Culture and the development of eating disorders: a tripartite model*. *Eating disorders* 12 pp. 139-156, En línea: <http://www.informaworld.com/smpp/ftinterface~content=a714111352~fulltext=713240930> al 10 de Septiembre 2009

Mauss, M. (1971) *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos

Merleu Ponty (1957) *Fenomenología de la percepción*. México: Fondo de cultura Económica

Módena María Eugenia (2009) *Alcoholismo, ayuda mutua y autoayuda: Desacatos*. En línea: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n29/n29a1.pdf>

Mora, Ana Sabrina (2010) *Cuerpo, género, agencia y subjetividad* Ponencia presentada en las V Jornadas de Sociología de la Universidad de La Plata. En línea: <http://grupodeestudiosobrecuerpo.blogspot.com/2010/06/cuerpo-genero-agencia-y-subjetividad.html>

Muñiz y Reyes (2007) *Pensar el cuerpo*. México: UAM

- Muñiz, Edith (2008) Registros corporales. México: UAM
- Orbach, S. (1986), Hunger strike: the anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age. Nueva York: Avon.
- Prince, R. (1985) The concept of culture bond-syndromes: anorexia nervosa and brain fog. Social science and medicine
- Reyes, L. (2008) Varones del siglo XIX yXX: La construcción de las masculinidad y la definición del as persiones sexuales. En Muñiz, e. (2008) Registros corporales. México: UAM
- Rogers, M. (1999) Barbie Culture, London: Sage Publications
- Rosen, G. (1985) ¿Qué es la medicina social? Un análisis genético del concepto. Revista digital Salud Problema No. 10, Primera Época UAM Xochimilco
- Turner Bryan (1989) El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en la 243teoría social. México: FCE
- Turner, Victor (1974) Dramas, Fields and Metaphors. Nueva York: Ithaca
- _____ (1987) The Anthropology of Performance, Nueva York
- _____ (2002) Antropología del ritual / Víctor Turner, compilador Ingrid Geist, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México,
- Unikel-Santoncini (2000) "Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos". Revista de Investigación Clínica /Volumen 58 / numero 1 / Enero-Febrero 2006.

Uribe, M.J. (2006) Anorexia Los factores socioculturales de Riesgo. Colombia: Universidad de Antioquía

Vera, J. (2002) Las andanzas del caballero inexistente. Reflexiones en torno al cuerpo y la antropología física. México: Centro de estudios filosóficos, Políticos y sociales Vicente Lombardo Toledano

Wolkowitz, C. (2006) Bodies at work. London: SAGE

Zafra, A.E. (2006) Los trastornos del comportamiento alimentario como “estares alimentarios”: entre el placer (bienestar) y el conflicto (malestar). Universitat Rovira i Virgili en Antropología de la medicina, metodologías, interdisciplinariedad. En línea: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/antropologia/11/02/02233247.pdf> al 10 de Septiembre 2009

Doce pasos de Alcohólicos Anónimos

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol, y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.
3. Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de Él.
4. Sin temor, hicimos un sincero y minucioso inventario moral propio.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos a Dios que limpiase nuestras culpas.
8. Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos enteramente dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.
9. Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiere infligido más daño, o perjudicado a un tercero.
10. Proseguimos con nuestro inventario moral, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.

11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de Él, y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer Su voluntad y las fuerzas para cumplirla.
12. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas y a practicar estos principios en todas nuestras acciones.