

¿Existen la “anorexia” y la “bulimia” en el medio rural? Nuevas representaciones y prácticas alimentarias y corporales entre los jóvenes de Patamban, Michoacán

Karine Tinat

Introducción

ESTE ESTUDIO PARTE de una observación general y bien conocida: la distribución mundial de la anorexia nerviosa y de la bulimia coincide con un contexto sociocultural propio de un nivel de desarrollo económico alcanzado particularmente en Estados Unidos, Europa occidental y Japón (Guillemot y Laxenaire, 1997:33). Sin embargo, desde hace poco, estos trastornos alimentarios parecen surgir en zonas “occidentalizadas” de los países en desarrollo. En efecto, Toro radiografía su presencia en el mundo “no occidental” y afirma que, a partir de los años ochenta, fueron registrados casos de anorexia y bulimia en las metrópolis de Asia, en las escuelas inglesas y dentro de la población blanca de las capitales africanas, en algunos grupos étnicos y rurales de Estados Unidos y en centros urbanos y burgueses de las capitales de América Latina y de Europa del Este (Toro, 1996:98-133). En otras palabras, la anorexia nerviosa y la bulimia aparecen principalmente en los países del primer mundo, en las zonas modernizadas de los países en desarrollo, así como entre las personas que migran a otro país y que se enfrentan a cierto desarraigo con respecto a su cultura de origen.¹

En México, la desnutrición y la obesidad preocupan más que la anorexia y la bulimia, que aparecen como secundarias y marginadas. Los datos precisos acerca de la prevalencia de estos trastornos son a la vez escasos y poco elocuentes.² Dos estudios epidemiológicos relativamente recientes, basados

¹ Es muy usual descubrir este problema en los diarios escritos y publicados por las personas que sufren anorexia o bulimia. Para dar sólo un ejemplo véase Raveglia (2002).

² Además de su escasez, los resultados cuantitativos pueden ser aleatorios por varias

en una muestra de 7 597 mujeres jóvenes del Distrito Federal, señalan que 5.4%, entre 13 y 15 años, y el 16.1% entre 16 y 18 años, presentarían conductas alimentarias de riesgo, y que 2.8% de ellas estarían predispuestas a desarrollar un síndrome clínico de los trastornos de la conducta alimentaria (Unikel y Saucedo-Molina, 2002:54; Unikel y Villatoro Velázquez, 2000:146). Un tercer estudio más reciente, realizado con adolescentes de un medio semi-urbano del Estado de Michoacán, arroja resultados similares (Bojórquez y Unikel, 2004:197).

Más allá de estas cifras aún poco indicativas, sabemos que estas afecciones se tratan en las principales ciudades de México. En la capital por ejemplo, varias instituciones médicas, públicas y privadas, ofrecen diferentes seguimientos terapéuticos para las personas que sufren anorexia o bulimia.³ En una investigación anterior realizada en 2003 y 2004 (Tinat, 2005, 2006 y 2008), me acerqué a esta realidad a través de un trabajo de campo, con una duración de un año, en dos de estas instituciones de la capital y con pacientes anoréxicas. En aquel momento, mi objetivo principal era reflexionar sobre las representaciones de la feminidad y las prácticas corporales en este trastorno. Entre otros resultados, trascendió el hecho de que la perspectiva de género permitía aclarar facetas enteras de la afección. Más precisamente, a partir de un anclaje teórico de la antropología de los sexos, demostré que las jóvenes que sufrían anorexia intentaban, desde un punto de vista simbólico, invertir “la valencia diferencial de los sexos” (Héritier, 1996).⁴ Esto fue observable a través de: 1) las relaciones que estas jóvenes mantenían con su cuerpo; 2) sus relaciones interpersonales e intrafamiliares; y 3) la reflexión que les suscitaban “el culto a la delgadez” y “la evolución de los papeles de las mujeres” en la sociedad. Entre otras observaciones, también me percaté de que las jóvenes que acudían a las instituciones médicas no procedían forzosamente de

razones: 1) no se toma en cuenta el hecho de que un mismo individuo pueda acudir a diferentes centros médicos (Maillet, 1995:13); 2) estos trastornos son difíciles de aceptar y de confesar y, en la mayoría de los casos, se viven a escondidas; y 3), por falta de recursos económicos o por costumbre, la familia no recurre siempre a la medicina general o a los servicios especializados. Con sólo estas tres razones, es difícil apreciar si hay un verdadero aumento del número de casos de estos trastornos o si se trata de afecciones cada día mejor diagnosticadas.

³ Entre estas instituciones médicas especializadas en la orientación o tratamiento de los desórdenes alimentarios, podemos encontrar fácilmente, entre otros ejemplos, en la red de Internet los datos de: 1) el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2) el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; 3) el Centro de Tratamiento para la Mujer, Avalón; 4) el Centro Eating Disorders Mexico; y 5) la Fundación Ellen West.

⁴ La “valencia diferencial de los sexos” es el prisma conceptual de Héritier para abordar la relación orientada y siempre jerárquica entre lo masculino y lo femenino (superior/inferior).

familias adineradas de la ciudad —como se suele creer— sino que algunas de ellas vivían lejos de la capital en zonas semi-rurales o rurales del país.⁵

Con estos resultados y estas observaciones en mente y con la curiosidad aguijada, inicié, a finales de 2005, un nuevo trabajo de campo en un pueblo de Michoacán. Mi objetivo no era buscar casos de anorexia o de bulimia —que imaginaba imposibles de encontrar investigando en un solo pueblo— sino observar y reflexionar en qué medida podían emerger estos trastornos alimentarios en ese contexto y cuáles podían ser los factores culturales en juego. En este sentido, el presente artículo tendrá por objeto restituir algunos datos empíricos de esta exploración y esbozar una pista de investigación que me ha proporcionado esta reflexión sobre la posible emergencia de los desórdenes alimentarios en el mundo rural.

Gracias a Gordon y a otros especialistas, sabemos que el terreno fértil para el desarrollo de los trastornos alimentarios se compone esencialmente de tres factores culturales: 1) la evolución del papel femenino —las mujeres intentan encontrar un equilibrio entre los nuevos ideales de éxito y lo que se espera tradicionalmente de ellas—; 2) la preocupación por la apariencia y la imagen corporal que corresponde al desarrollo de la moda y el consumo de masas; y 3) la obsesión cultural por la obesidad y el control del peso (Gordon, 1996 [1990]:62). Aunque estos tres factores sean propios de las sociedades “industriales” y “occidentales”, la hipótesis de este escrito es comprobar que la posible emergencia de estos trastornos en el medio rural es concomitante con estos procesos de modernización social y económica, la fuerte influencia de las imágenes mediáticas sobre el “culto a la delgadez” y la redefinición del papel de las mujeres en las esferas doméstica y social.

La anorexia nerviosa y la bulimia son, según la terminología médica, “trastornos de la conducta alimentaria” porque suponen esquemas anormales de alimentación. Sin embargo, esta expresión “trastornos de la conducta alimentaria” tal vez no sea la más apropiada: las dos características de estas afecciones son el deseo intenso de delgadez y el temor a engordar. La anorexia y la bulimia no sólo se evalúan por un comportamiento alimentario sino también por una serie de representaciones y prácticas corporales. Para sondear estos dos aspectos, los equipos médicos —por lo menos aquellos con los que colaboré en las dos instituciones de la ciudad de México— suelen recurrir a diferentes tests psicométricos o cuestionarios de evaluación de los trastornos alimentarios: el *Eating Disorder Inventory* (EDI), el *SCOFF Eating Disorders Questionnaire* y el *Eating Attitude Test* (EAT).

⁵ En estos casos, las jóvenes acudían a las instituciones médicas algunas veces al año y según sus posibilidades económicas.

Mi propósito en este trabajo se articulará alrededor de cuatro puntos. Primero, se delinearé el contexto de la investigación mediante la breve descripción del pueblo donde elegí conducir el estudio y la presentación de los jóvenes entrevistados en su marco cotidiano. Luego, presentaré los resultados del cuestionario médico *Eating Attitude Test*, que apliqué a estos jóvenes, con la intención de ver qué tan pertinente podía ser esta herramienta en este contexto. En las dos últimas partes, analizaré las representaciones y las prácticas de este fragmento de juventud acerca de su alimentación y cuerpo, observando los puntos de convergencia y divergencia con las definiciones de la anorexia y de la bulimia que proporciona el campo médico.

La finalidad de este escrito es, por un lado, observar los alcances y los límites de la aplicación de estos términos —anorexia y bulimia—, procedentes del mundo “occidental” y del vocabulario médico, y, por el otro, abrir una discusión sobre los factores culturales que, en el medio rural y en este preciso contexto, pueden servir de condiciones de posibilidad del desarrollo de los desórdenes alimentarios.

El universo de la investigación

Una comunidad purépecha en proceso de modernización

Patamban, el pueblo donde se realizó la investigación, se encuentra en la Meseta purépecha, en el estado de Michoacán. A pesar de su situación geográfica y étnica, y a diferencia de las comunidades indígenas vecinas, Patamban no parece comprometida con una lucha por la defensa de la identidad purépecha. Dos signos de distinción cultural corroboran esta afirmación. Por una parte, los patambeños ya no visten el traje tradicional: el reboso de rayas azules y negras, llevados por las mujeres, parece ser el último signo exterior de identificación a las comunidades purépechas (Gouy-Gilbert, 1987:7). Por la otra, la lengua indígena casi ha desaparecido: en 2002, únicamente 2 de los 3 526 patambeños seguían hablando exclusivamente el purépecha.⁶

Según Moctezuma Yano (2002:101-102), el debilitamiento de las costumbres purépechas en Patamban tiene su origen principalmente en el fenómeno creciente de la migración hacia Estados Unidos desde los años ochenta. Cada año, centenas de patambeños van “al otro lado” y la mayoría de ellos cruza la frontera de manera ilegal. Esta migración masiva influye innegablemente en

⁶ Datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) según el censo del año 2000.

el estilo de vida y los gustos de los pueblerinos, quienes reciben con más o menos regularidad las remesas de sus parientes emigrados. Aunque la vida socio-económica de Patamban sigue girando alrededor de las actividades agrícolas y de alfarería, las oportunidades ofrecidas en el país vecino modificaron el poder adquisitivo de numerosas familias del pueblo. Hoy en Patamban, es, por ejemplo, más prestigioso y valorado socialmente tener una casa de cemento que una de adobe, manejar un vehículo cuatro por cuatro o sustituir la ropa tradicional purépecha por prendas modernas —playera, pantalón de mezclilla y tenis— tanto para los hombres como para las mujeres jóvenes.

A este fenómeno de la migración, cabe añadir otros procesos de modernización no menos importantes. Hasta 1996, el trayecto a Patamban era relativamente largo y complicado porque había dos caminos de brecha: uno conectado a la cabecera municipal de Tangancícuaro y el otro a la carretera de Zamora-Los Reyes. Por iniciativa del pueblo, y con la ayuda de los gobiernos federal y estatal y la cooperación de los migrantes, se pavimentó la brecha (Moctezuma Yano, 2002:105). Gracias a esta obra pública, los trayectos a Tangancícuaro y a Zamora se pueden recorrer desde Patamban ahora sólo en una media hora y en una hora, respectivamente, y en transportes colectivos. Aunque Patamban ya no es una comunidad aislada desde hace varios decenios, la apertura de esta carretera tuvo repercusiones en las relaciones del pueblo con su exterior. Entre otros ejemplos, señalemos, asimismo, que los jóvenes tienen más posibilidades de ir a estudiar o a trabajar a la cabecera municipal o a la ciudad; las amas de casa se trasladan, varias veces a la semana, a Zamora para comprar comida y ropa a precios más bajos; en vez de consultar a los médicos tradicionales del pueblo, los patambeños optan ahora por los servicios especializados de Tangancícuaro. En sentido inverso y de la misma manera, ya es frecuente observar en Patamban camiones de las marcas Coca-Cola o Bimbo entregando sus mercancías a las tiendas; vendedores de zapatos o de utensilios de cocina, provenientes de Zamora, que montan sus puestos en la plaza central en el mercado del jueves; y hasta las calles invadidas de turistas de toda la región, que asisten a la famosa fiesta anual de Cristo Rey.⁷

El trabajo de campo y los jóvenes entrevistados

Esta investigación en Patamban se fundamenta en un trabajo de campo realizado entre octubre de 2005 y mayo de 2006.⁸ Al principio de este periodo, como

⁷ Ésta tiene lugar el último fin de semana del mes de octubre.

⁸ Sigo este trabajo de campo hasta la fecha, pero de manera más espaciada en el tiempo y con objetivos ahora distintos.

todo antropólogo, me deslicé en la vida cotidiana del pueblo, dejándome sorprender por todo lo que podía ser nuevo para mí, tomando apuntes de manera desenfrenada sobre la organización del pueblo y los movimientos de sus habitantes. Progresivamente, a las sonrisas y sencillos saludos, intercambiados entre los patambeños y yo, sucedieron conversaciones breves e informales.

Un día festivo de noviembre de 2005, mientras estaba observando los desfiles en la calle principal de los alumnos de las diferentes escuelas, mi mirada se enfocó en un grupo de nueve adolescentes vestidas de porristas. Llevaban una minifalda roja, una camisa blanca con una estrella roja bordada en el medio, tenis blancos con calcetas rojas. Además, todas tenían los cabellos recogidos hacia atrás en cola y peinados con mucho gel. Organizadas en tres líneas, bajaban la calle, andaban a saltitos, levantando la pierna y agitando los brazos al ritmo de pequeños gritos cortados. Por supuesto, su apariencia indumentaria tan sexy les atraía una multitud de piropos y silbidos de parte de los hombres, jóvenes y mayores, instalados en las banquetas.

Algunas horas más tarde, tuve la suerte de llegar al atrio de la iglesia en un momento clave: en la sombra de las jacarandas, el grupo de porristas estaba posando de manera muy sugestiva, doblando la pierna, pavoneándose y riéndose con unos adultos, que les tomaban fotografías. No cabía duda de que eran sus profesores. Entonces, me acerqué y entablé una conversación con el grupo.

Las nueve jóvenes eran el efectivo femenino total del Colegio de Bachilleres de Patamban.⁹ Básicamente reducida a un edificio en ruinas, esta institución había abierto sus puertas dos meses antes y sólo contaba con doce alumnos, es decir, con tres chicos más.¹⁰ La conversación desembocó en una propuesta concreta: los profesores me invitaron a realizar observaciones y entrevistas en el colegio. Esta invitación constituyó para mí una oportunidad excepcional en la medida en que estaba en búsqueda de un espacio que respondiera a los tres criterios siguientes: 1) delimitar un grupo de jóvenes restringido para un acercamiento cualitativo; 2) interrogar a personas saliendo de la adolescencia o iniciando la edad adulta —los doce jóvenes tenían entre 15 y 26 años—, es decir, cuando los trastornos emergen con mayor frecuencia (APA, 1995:557 y 562); y 3) sondear a individuos de ambos sexos con el fin de obtener miradas cruzadas, pero procurando que la muestra se compusiera mayoritariamente de chicas —la anorexia y la bulimia afectan principalmen-

⁹ Hasta esa fecha, Patamban sólo contaba con una secundaria y no ofrecía la posibilidad de cursar la preparatoria.

¹⁰ Según los profesores del colegio, el número restringido de alumnos frente al de las alumnas se debe al hecho de que, después o antes de terminar la secundaria, hay más chicos que chicas que empiezan a trabajar o migran a Estados Unidos.

te a las mujeres con una tasa de 8 y 9 mujeres por un hombre (González, 2002:4)—.

La inmersión en este colegio se desarrolló en dos momentos. Primero, asistí a algunas clases y, al cabo de unos días, los profesores me instalaron una mesa y dos sillas a la sombra de un árbol en el corral. Muy amablemente, ellos me mandaban a sus alumnos —aunque fuera durante las horas de clase— para que realizara con ellos las entrevistas de manera individual. Los doce jóvenes contestaron, primero, al cuestionario llamado *Eating Attitude Test*, conocido por detectar los trastornos alimentarios, y, en segundo término, a cuatro entrevistas profundas sobre las relaciones con la alimentación y el cuerpo. Al principio, conocí a jóvenes risueños y felices de salir de la clase para colaborar conmigo. A lo largo de las semanas, esta felicidad se transformó en una necesidad: la mayoría de los alumnos me pedían que les recibiera porque decían “necesitar hablar”. En vez de ubicarme como investigadora o antropóloga, parecían verme como la psicóloga de la escuela, capaz de escuchar todo.¹¹ Las entrevistas con estos jóvenes se prolongaron en conversaciones privadas. Hasta la fecha, no desentraño aún toda la cantidad de palabras que me fueron confiadas. Más allá de estos intercambios formales y luego confidenciales realizados en el recinto institucional del colegio, seguí también la vida cotidiana de estos jóvenes gracias a que fui invitada a sus casas y por sus familias.

A diferencia de los otros jóvenes del pueblo, quienes, después de su escolaridad en la secundaria, se pusieron a trabajar en el campo o en la construcción (en Patamban o en Estados Unidos) o se casaron, todos los entrevistados en el colegio afirmaron seguir estudiando para “tener un mejor porvenir, un mejor empleo”.¹² Algunos tenían incluso una idea precisa de su futuro oficio: ingeniero en la construcción (Jaime), banquero (Miguel), bióloga (Mónica), enfermera (Alexia), estética (Rosario).¹³ Mientras que los chicos estimaron que el destino ideal del hombre es “trabajar para nutrir su familia” y que el de la mujer es “cuidar a los hijos, saber cocinar y mantener una casa limpia”, las chicas afirmaron, por su parte, querer “trabajar para ser independientes” e in-

¹¹ Conversando con otros antropólogos y antropólogas, pude comprobar que este fenómeno es muy común. Al ver llegar a un antropólogo a su pueblo, la gente suele imaginar que el estudioso “sabe mucho” de todo tipo de problemas (físicos, mentales, morales, organizacionales, etcétera).

¹² De los doce jóvenes, tres tenían una actividad profesional lucrativa además de cursar el bachillerato: secretaria de la jefatura de tenencia (Rosario); obrero (Gonzalo) y cocinera en una escuela del pueblo (Abril). Los demás (sobre todo las chicas) secundaban a su madre en las tareas domésticas y la educación de sus hermanos menores.

¹³ Los nombres de los jóvenes se presentan bajo seudónimos para conservar el anonimato.

cluso algunas precisaron que quisieran ser acompañadas de un marido “responsable”, “cooperativo” y “presente” en el hogar. La visión de estas chicas asombró en la medida en que contrastaba con la vida de sus madres, amas de casa, responsables de la intendencia doméstica y de la educación de sus hijos. Sus padres eran en la mayor parte de los casos campesinos u obreros. Todos los jóvenes afirmaron tener por lo menos cinco parientes en Estados Unidos. Algunos de ellos tenían previsto emigrar tarde o temprano. Nacidos en Patamban, estos jóvenes vivían con su familia paterna (sistema patrilocal).

En todo trabajo de campo surgen imprevistos, por lo que cabe precisar que dos de nuestras entrevistas con dos chicas de este grupo de jóvenes se interrumpieron al poco tiempo: Leticia (23 años) se “fue de mojada” y se reunió con sus hermanos en Florida; y a Ágata (17 años) “se la robó” su novio y se fue a vivir con sus suegros.¹⁴

La aplicación del *EATING ATTITUDE TEST*

Un instrumento eficaz para la detección de los trastornos alimentarios

El *Eating Attitude Test*, concebido por Garner y Garfinkel (1979:273-279), es uno de los cuestionarios de evaluación más utilizados para descubrir signos de trastornos alimentarios en una población clínica y general. En su versión corta, tiene 26 ítems y ofrece, para cada propuesta, seis respuestas posibles de van de “nunca” a “siempre” y que reciben una calificación comprendida entre 0 y 3 puntos.¹⁵ La totalidad de los puntos obtenidos va de 0 a 78 puntos y un resultado igual o superior a 20 es considerado como índice de patología.

¹⁴ Para estas dos jóvenes fue imposible realizar las entrevistas 3 y 4 que trataban el cuerpo.

¹⁵ Los 26 ítems son los siguientes: 1) Me aterroriza pensar que puedo tener sobrepeso; 2) Evito comer cuando tengo hambre; 3) La comida me preocupa; 4) A veces como muchísimo y siento que no me puedo parar; 5) Corto la comida en pedacitos; 6) Conozco el contenido calórico de los alimentos que como; 7) Evito comer alimentos como pan, tortillas, arroz...; 8) Siento que a los demás (familia, amigos) les gustaría que comiera más; 9) Vomito después de comer; 10) Me siento muy culpable después de haber comido; 11) Quisiera ser más delgado/delgada; 12) Cuando hago ejercicio, pienso en las calorías que estoy quemando; 13) La gente (familia, amigos) piensa que estoy demasiado flaco/flaca; 14) Estoy preocupado/a con pensar que puedo tener grasa en mi cuerpo; 15) Como más lentamente que el resto de mi familia; 16) Evito comer alimentos que contienen azúcar; 17) Me gusta comer alimentos *light* o de dieta; 18) Siento que mi vida depende de las comidas; 19) Me gusta sentir que controlo lo que como; 20) La gente (familia, amigos) me presiona para que coma más; 21) Cada día, pienso durante horas en la comida; 22) Me siento incómodo/a después de haber comido dulces, papas Sabritas...; 23) Quisiera hacer una dieta; 24) Me gusta sentir que mi estómago está vacío; 25) Tengo el impulso de vomitar después de comer; 26) Me encanta probar nuevos alimentos.

Según Garner y Garfinkel (1982:871-878), los 26 ítems forman tres sub-escalas que son: 1) la restricción alimentaria; 2) la bulimia y la obsesión por la comida; y 3) el control oral (el autocontrol frente a la comida y la percepción de la preocupación social sobre las fluctuaciones del peso). El cuestionario en su globalidad y las sub-escalas permiten afinar el eventual perfil sintomático.

Como lo señalé anteriormente, me familiaricé con este cuestionario durante mi investigación sobre “las representaciones de la feminidad y las prácticas corporales en la anorexia nerviosa”, que realicé en la ciudad de México. Más precisamente, una de las dos instituciones médicas donde llevé a cabo el estudio, aplicaba este cuestionario a las pacientes durante la primera consulta. Luego, en función de los resultados obtenidos en esta etapa preliminar, seguía o no una intervención terapéutica.¹⁶ Al igual que los otros cuestionarios, evocados en la introducción de este escrito, el *Eating Attitude Test* permite evaluar a la vez los síntomas y algunos rasgos psicológicos observados en las personas que sufren un trastorno de la conducta alimentaria. Numerosos especialistas recomiendan utilizarlo como un instrumento que “proporciona un primer diagnóstico” y que, en función de éste, debe conducir o no a una evolución más profunda (Castro y Toro, 1991:176).

Los resultados del cuestionario entre los jóvenes de Patamban

Después de convivir con los jóvenes del colegio durante algunas semanas, les pedí que respondieran el cuestionario del *Eating Attitude Test*. En esta parte cuantitativa de la encuesta, mi propósito era menos extraer resultados cifrados que vislumbrar su posible predisposición a desarrollar un trastorno alimentario. Más exactamente, llené con ellos el cuestionario y, según sus respuestas, veía a grandes rasgos si tenían o no cierta obsesión por la comida y su silueta corporal. En aquel periodo, que se situó a principios de diciembre de 2005, elegí no sacar los puntajes de los cuestionarios, tal como lo proponen los creadores del método. ¿Por qué apliqué un cuestionario sin obtener, enseguida, la puntuación? La respuesta es la siguiente: como investigadora interesada por los trastornos alimentarios, quería aplicar este método muy fiable para la detección de este tipo de desórdenes. Sin embargo, como antropóloga, prefería, en un primer momento, elaborar mi propia impresión general siguiendo el método cualitativo —entrevistas a profundidad— antes de

¹⁶ Se proponía a la paciente acudir, por ejemplo, con un psicólogo, un neurólogo y/o un nutriólogo.

“injertar” a mi concepción etnológica los resultados de un cuestionario médico. Como escribe Laplantine (2001 [1995]:172), el trabajo del antropólogo pasa por “el proceso lento y laborioso que conduce de la recopilación y de la impregnación etnográfica a la comprensión de la lógica propia de la sociedad estudiada”. En este sentido, no quise forjarme una visión demasiado rápida de la manera en cómo estos jóvenes podían sentirse frente a su alimentación y silueta corporal.

A finales de mayo de 2006, después de la secuencia de las entrevistas a profundidad, retomé las hojas e hice los cálculos correspondientes. De esta manera, pude destacar tres conjuntos de resultados. El primer grupo, compuesto por ocho jóvenes (3 chicos y 5 chicas) obtuvo un puntaje entre 0 y 6 puntos. Como se podía esperar, no se identificaron con las propuestas del cuestionario y se mostraron indiferentes a las preocupaciones vinculadas con el cuerpo y la alimentación. De las respuestas del segundo grupo, constituido por dos chicas (Alexia de 21 años y Rosario de 26 años), se desprendió cierta propensión a la dieta alimentaria y a la búsqueda de delgadez. Ellas obtuvieron respectivamente 12 y 14 puntos. Por último, el tercer grupo, representado por Esmeralda (15 años) y Ágata (17 años), demostró una obsesión por la comida y un odio al cuerpo “gordo”. Los dos cuestionarios llegaron respectivamente a 25 y 26 puntos, de los cuales la sub-escala más significativa fue la restricción alimentaria con totales de 18 y 16 puntos.

Frente a estos dos últimos resultados, debo confesar que tuve una suerte de “crisis metodológica”.¹⁷ La primera idea que me horrorizó de inmediato fue que había estado durante meses conviviendo con una chica, Esmeralda, quien, desde un punto de vista médico, estaba probablemente padeciendo trastornos alimentarios.¹⁸ Reflexionando sobre mi experiencia anterior, me venía a la mente que si esta chica hubiera acudido a una institución que usa este cuestionario, el equipo médico le hubiera propuesto una terapia. En otros términos, me sentí preocupada: bajo el pretexto de ser antropóloga y de no querer dejarme influir por resultados cifrados de un método médico, no había asistido a una persona, que, si bien no estaba en peligro, sin duda se encontraba sufriendo. Si, gracias a mi aproximación cualitativa, había observado en esta joven algunos comportamientos parecidos a los que encontramos

¹⁷ Utilizo a propósito esta expresión fuerte porque opino que es importante mantener siempre una actitud humilde en la investigación: todos los investigadores pasamos por “crisis” (teóricas, metodológicas, reflexivas...) que nos hacen crecer y constituyen prismas por los que podemos aclarar facetas de nuestros estudios.

¹⁸ Aunque fueron dos chicas las que obtuvieron resultados elevados en el cuestionario, sólo menciono el caso de Esmeralda, ya que, como lo afirmé anteriormente, Ágata desapareció con su novio y no la volví a ver sino a finales de mayo de 2006.

en la anorexia y la bulimia, lejos estaba yo de imaginar que su cuestionario, durmiendo en mi cajón, alcanzaba estos puntajes. Durante la “crisis”, me fue imposible tomar distancia de todo esto; sin embargo, después resultó urgente reflexionar sobre lo que me enseñaba el problema para mi investigación.

Desde un acercamiento médico y una visión “occidental”, Esmeralda y Ágata presentaban un perfil de personas susceptibles de sufrir trastornos de la conducta alimentaria en la medida en que obtuvieron un puntaje similar al de las jóvenes tratadas en el medio hospitalario de la ciudad de México. En cambio, desde su punto de vista y el de su entorno cultural, ¿en qué sentido era posible y legítimo considerarlas como eventualmente enfermas? Este cuestionamiento, derivado de la “crisis”, me confirmó la necesidad imperiosa de alejarme del acercamiento médico para orientar mis reflexiones sobre el entorno cultural y el concepto de enfermedad. Las enfermedades siempre son vividas subjetivamente dentro de un contexto cultural particular. Markey (2004:149) recuerda que, entre los mexicanos tradicionales, se considera como tal una enfermedad cuando demuestra síntomas visibles y un dolor evidente. Debido a que los desórdenes alimentarios son primero psicológicos y luego físicos, pueden no ser reconocidos como “enfermedades” en todos los grupos culturales.

La lectura de estos resultados provocó en mí la necesidad de seguir confrontando el acercamiento médico con los datos recopilados mediante las entrevistas a profundidad. Por esta razón, los dos apartados siguientes empezarán con las definiciones médicas de la anorexia y la bulimia y girarán, también, en torno a las prácticas y representaciones alimentarias y corporales. Éstas últimas constituirán el punto de referencia a partir del cual podremos seguir aportando elementos de respuesta a la pregunta: ¿existen la “anorexia” y la “bulimia” en el medio rural?

Las prácticas y las representaciones alimentarias

De las personas que sufren anorexia nerviosa o bulimia

Tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia, la comida representa un demonio por el cual las personas se sienten poseídas y su obsesión es tan intensa que se convierte en una lucha contra la necesidad y el deseo de alimentarse. Es posible identificar a estas personas gracias a la relativa estereotipia que caracteriza sus relaciones con la alimentación.

La anorexia nerviosa puede ser “restrictiva” o “compulsiva/purgativa” (APA, 1995:554). En ambos casos, la persona se empeña en una dieta seve-

ra con fases de ayuno prolongado y de ejercicios físicos excesivos o alterna fases de restricción alimentaria con crisis de ingestiones de alimentos seguidas de vómitos autoprovocados o de tomas de laxantes. La persona anoréxica ejerce un “control extremo” sobre su alimentación: todo alimento es cuantificado y racionalizado en función del número de calorías; todo alimento con grasas (“rico en lípidos”) es prohibido y odiado mientras que todo alimento *light* es venerado (Tinat, 2006). Entre todos los alimentos, la carne es típicamente rechazada por las anoréxicas; en contrapartida, el agua, como elemento purificador, es consumida en cantidades inimaginables (Buckroyd, 1997:21-22).

Las características esenciales de la bulimia son las crisis de orgía alimentaria y los métodos compensatorios inapropiados para evitar engordar y que suceden a la crisis. Este segundo trastorno se divide en dos subtipos que difieren según sus métodos compensatorios. En el tipo purgativo, al igual que en la anorexia, la persona recurre excesivamente a los vómitos, los laxantes o los diuréticos. En el tipo no purgativo, opta por fases de ayuno o practica deportes intensivamente. La crisis de bulimia se define por: 1) una ingestión, en un tiempo limitado, de una enorme cantidad de comida superior a lo que la mayoría de la gente consumiría en un lapso de tiempo similar; y 2) el sentimiento de una pérdida de control del comportamiento alimentario durante la crisis (Pomerleau, 2001:14). Aunque las tablas de calorías sean perfectamente conocidas por las personas que sufren bulimia, las crisis suelen reunir solamente alimentos ricos en calorías y que “engordan”.

En pocas palabras, tanto en la anorexia como en la bulimia, la comida es un enemigo contra el que hay que luchar. Dicho con mayor precisión, las representaciones de estas personas responden a un orden maniqueo: el alimento “bueno” tiene pocas calorías y el alimento malo “engorda”. La lucha contra los efectos de los alimentos “malos” se articula alrededor de una serie de prácticas como el vómito, la toma de productos milagrosos o la práctica exagerada de deporte.

De los jóvenes de Patamban

Todos los jóvenes entrevistados comen tres veces al día con su familia. Estas comidas se componen esencialmente de tortillas, frijoles, carne (dos veces a la semana) o huevos, leche y frutas. Fuera de estos tres momentos, nueve de ellos afirmaron comer papas Sabritas, churros, dulces, y tomar al día, por lo menos, “un refresco comprado en la tiendita”. Todos opinaron que estos alimentos son “comida chatarra”. Los productos frescos y los frutos de la tie-

rra, cultivados en las parcelas alrededor del pueblo y vendidos en la plaza durante el mercado del jueves, son, para ellos, los únicos “buenos para la salud”. Todos los jóvenes denunciaron también lo nocivo de la “alimentación gringa”, que se reduce a “pan blanco y bolillo”, “latas, productos congelados y carne que se guarda demasiado tiempo en los refrigeradores”.

Ninguno de ellos se calificó de “goloso”; todos afirmaron: “como lo que hay, lo que prepara mi mamá”. Esta respuesta sistemática nos remitía a dos elementos importantes. Primero, en Patamban no hay abundancia alimentaria. Cada mañana, las madres de familia se dirigen hacia la plaza central a comprar porque no se puede desperdiciar los alimentos y el almacenamiento plantea problemas.¹⁹ Luego, son las madres (a veces con la ayuda de sus hijas) quienes van al mandado y preparan las comidas. Si los chicos estimaron que “estas tareas son de mujeres”, las chicas, en cambio, opinaron que los hombres tendrían que aprender también a cocinar porque las mujeres están “a veces fuera de la casa o enfermas” y porque “muchas veces necesitan ayuda”.

Ninguna joven describió prácticas de ayuno, vómitos autoinducidos, crisis de bulimia, comidas escondidas o absorción de agua en exceso. Sólo he podido apuntar algunos comportamientos aislados y en las tres jóvenes que obtuvieron los resultados más elevados al cuestionario *Eating Attitude Test*. Rosario dejó de comer pan y tortillas para “bajar la panza”; sin embargo, nunca fue capaz de mantener estas dietas durante más de 15 días. Ágata tenía la costumbre de observar el número de calorías inscritas en los alimentos industrializados —era la única de los doce jóvenes que sabía lo que eran las calorías. También ella contó haber vomitado diario, dos años antes, durante varias semanas; no obstante, precisó que, de ninguna manera, se provocaba los vómitos. Rosario y Ágata sentían mucha culpa después de haber comido papas Sabritas. Desde el año anterior, Esmeralda había dejado las frituras y ya no tomaba refrescos porque “todo esto engorda”.

Los comportamientos alimentarios característicos de la anorexia nerviosa y de la bulimia, descritos anteriormente, nunca aparecieron en las entrevistas realizadas con los doce jóvenes. La impresión general surgida de estos intercambios fue que la mayoría de ellos no tenía ningún problema con su alimentación. En los hogares, los jóvenes comen lo que hay sin querer modificar la dieta familiar supervisada por la madre o las hijas mayores. La

¹⁹ Según los datos del INEGI del año 2000, de las 782 casas en Patamban, 199 disponían de un refrigerador —ninguna información aparece respecto a la posesión de una estufa—. Los aparatos electrodomésticos de las familias suelen adquirirse gracias a las remesas enviadas por los parientes que se encuentran en Estados Unidos. Sin embargo, estos aparatos pocas veces se enchufan por temor a gastar luz y por falta de costumbre: las amas de casa muchas veces muestran reticencias a usar estos nuevos bienes.

única joven que mencionó un cambio en los menús familiares fue Ágata —la chica que desaparecería para casarse. A finales de mayo de 2006, me contó que ella y su novio no comían lo mismo que sus suegros. Ella preparaba cada día ensaladas con verduras crudas y carne asada “con poco aceite”, es decir, según ella, platos “más ligeros y mejores para la salud” que los que guisaba su suegra. Ágata y su novio se habían puesto de acuerdo sobre la preparación de sus propias comidas y, para ella, este cambio venía de la experiencia de su novio en Estados Unidos.

Las prácticas y las representaciones corporales

De las personas que sufren anorexia nerviosa o bulimia

La anorexia nerviosa y la bulimia no sólo se caracterizan por graves alteraciones de la conducta alimentaria, sino también por una percepción alterada de la silueta y del peso corporal. Los cuatro criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa remiten todos a este aspecto corporal: “A. Rechazo a mantener un peso corporal igual o superior a un valor mínimo normal considerando la edad y la talla; B. Miedo intenso a engordar o a convertirse en obeso; C. Alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales; D. Amenorrea durante por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos” (APA, 1995:558-559). Además de estos criterios, sabemos bien que las personas que sufren anorexia tienen una práctica deportiva intensa y que controlan de manera permanente y constante las fluctuaciones de su cuerpo pesándose o midiéndose (Tinat, 2005:105-106).

En la bulimia, los criterios diagnósticos refieren más al aspecto alimentario que al corporal. Sólo el criterio *D.* señala que, en las personas que sufren bulimia, “la autoestima varía de forma exagerada en función del peso y la figura corporal” (APA, 1995:563). Al igual que los que padecen anorexia nerviosa, estos sujetos viven con el miedo a engordar, quieren adelgazar y hacen deporte intensamente. Si en la anorexia nerviosa el índice de masa corporal (IMC) es a menudo inferior a 17.5 kg/m², en la bulimia puede ser entre los márgenes del peso normal —es decir entre 18 y 24 kg/m²— o ligeramente arriba o debajo de éste.

En suma, tanto en la anorexia como en la bulimia, las personas se empeñan en domar su cuerpo: lo someten a reglas muy precisas cuyo único objetivo es adelgazar lo más posible. Cuanto más logran bajar de peso, más capaces y poderosas se sienten.

De los jóvenes de Patamban

Las entrevistas realizadas con los jóvenes sobre el cuerpo se revelaron fructíferas. Todos, excepto Ágata con la que no pude realizar estas entrevistas, contestaron con detalle y mucho interés. Cinco de ellos no se sintieron “ni gordos ni delgados”; todos soñaron con “tener más músculos”; cuatro chicas (Abril, Alexia, Rosario y Esmeralda) afirmaron “odiar su cuerpo” y sentirse “demasiado gordas”; por último, un chico, Jaime, confesó su “miedo a ser demasiado gordo de la panza”, “de ser gordo como su papá”. Excepto Esmeralda, quien presentaba algunas redondeces, todos los jóvenes tenían una silueta corporal relativamente delgada o “normal”, con un índice de masa corporal entre 18 y 21.3 kg/m².²⁰

Estas cuatro jóvenes, que se sentían “demasiado gordas”, expresaron sus sensaciones en estos términos: “tengo la impresión de acumular la grasa en la panza: si pudiera, haría cirugía estética” (Rosario); “hago cada día abdominales para mantener la panza plana” (Alexia); “me siento fea, soy demasiado gorda y, cuando mi novio vuelva de Estados Unidos, estoy segura de que ya no querrá estar conmigo” (Abril); “tengo un cuerpo lleno de grasa” (Esmeralda). Aunque la gordura espantaba, todos los jóvenes fueron unánimes: “más vale engordar que bajar de peso. Cuando uno pierde más de 5 kilos, nos preocupa porque significa que la persona está bien enferma”. Los jóvenes, tanto los entrevistados como los otros del pueblo, sólo acostumbran pesarse y medirse la talla una vez al año, cuando tienen que ir a la clínica del pueblo.

Independientemente de que su imagen les gustara o no, la mayoría de las chicas se identificó con las actrices estadounidenses o mexicanas de las telenovelas que veían por la noche con la familia.²¹ Al igual que sus compañeras, Rosario afirmó: “¡Todas quisiéramos ser como ellas!” Si para los chicos el deporte es sinónimo de “diversión”, para las chicas, en cambio, se vincula con la idea de “sentirse mejor en su cuerpo”. Bajo los consejos de su primo que recién llegaba de Estados Unidos, Mónica iba a correr cada mañana con él en el campo entre las siete y las nueve y media; Rosario hacía “ejercicios de *aerobics*” en su habitación antes de dormir; Abril y Esmeralda jugaban en la cancha de baloncesto cada noche. En ningún momento, estas chicas vincularon “actividad física” con el objetivo de “perder calorías” o de “esculpir su cuerpo”. Ninguna joven, ni siquiera Esmeralda, practicaba un deporte intensamente.

²⁰ Este cálculo no pudo ser establecido para todos los jóvenes. Algunos de ellos no conocían ni su peso ni su talla.

²¹ Los datos del INEGI del año 2000 revelan que, de las 782 casas en Patamban, 607 disponían de una televisión.

Las jóvenes coincidieron en señalar que los hombres prefieren a las mujeres delgadas y que, en cambio, el éxito de un hombre no depende de su gordura o de su delgadez. Estos dos puntos de vista se vieron confirmados por los tres jóvenes entrevistados, aunque Jaime añadió que a las mujeres les gustan cada día más los hombres delgados.

Estas miradas cruzadas entre chicas y chicos nos condujeron a preguntarles si les hubiera gustado tener el cuerpo del sexo opuesto y, por extensión, ser del sexo opuesto. Los tres jóvenes negaron rotundamente, proporcionando argumentos similares: “prefiero ser un hombre... Tenemos más libertades que las mujeres. Somos más fuertes físicamente. Podemos trabajar en lo que sea. Podemos fumar, tomar, drogarnos, salir tarde de noche. Las mujeres, no, no pueden, si no se ven mal” (Gonzalo). Ningún joven entrevistado pudo imaginar que, algún día, las mujeres pudieran adquirir las mismas libertades que ellos: “¡Imposible! Irían con otros hombres y descuidarían a los hijos” (Miguel); “Imposible porque no saben trabajar. Porque saben solamente cuidar la casa y cocinar” (Gonzalo); “La mujer no tiene derecho a hacer lo que ella quiere porque es una mujer” (Jaime).

Las chicas tuvieron respuestas más matizadas. Todas afirmaron, primero, que les hubiera gustado ser un hombre para “tener más libertades” o “para no menstruar”. Confesaron luego preferir ser mujeres por su “creatividad”, la estética de su cuerpo, la posibilidad de “tener mucha ropa bonita”, por el hecho de “poder maquillarse y seguir la moda”, por su facultad de “poder estar hablando por teléfono y hacer otra cosa mientras” (“los hombres no pueden hacer dos cosas a la vez”), por su “sentido de las responsabilidades” y su poder genésico. “Es una verdadera ventaja poder tener hijos. Por lo menos, cuando los hombres nos abandonan, guardamos los hijos con nosotras”, susurra Abril.

Dos jóvenes, Alexia y Rosario, siguen convencidas de que les hubiera gustado ser hombres porque “la vida es más fácil para ellos”. En el periodo de las entrevistas, ambas habían dejado de comer o comían poco porque se sentían mal. De hecho, las dos atravesaban un periodo que podríamos calificar de depresión. Alexia (21 años) se sentía una “mujer fracasada” porque acababa de separarse de su marido, violento hacia ella, y había tenido que regresar a casa de sus padres con su hija de dos años. A Rosario (26 años) le enfurecía no poder relacionarse con los chicos de su edad a causa de su padre que le prohibía salir de casa, excepto para ir a la iglesia.

En estas entrevistas sobre el cuerpo, poco apareció el deseo de transformar su cuerpo a partir de las imágenes transmitidas por la televisión. De manera más reiterativa, algunas chicas expresaron querer adelgazar para poder gustar a su novio emigrado, pareciéndose a una imagen ideal de la mujer esta-

dounidense que tenían en mente. En otros términos, resaltó con más importancia la cuestión del otro —en general la pareja o la eventual conquista— durante mis conversaciones con ellas y ellos. Por eso, la encuesta se orientó naturalmente hacia reflexiones con una perspectiva de género, las cuales abren una futura pista de investigación que abordaré a continuación.

Conclusiones

Al cabo de estos meses de trabajo de campo y a pesar del grupo restringido de personas encuestadas que redujo forzosamente el alcance de los resultados, afirmar que existen la “anorexia” y la “bulimia” en este pueblo me parece hartamente difícil.

Por una parte, la afirmación sería posible por tres razones esenciales. La primera es que la aplicación del *Eating Attitude Test* destacó que dos chicas de los doce jóvenes obtuvieron resultados elevados que indicaban que, desde un punto de vista médico, eran susceptibles de padecer un trastorno alimentario. La segunda es que las entrevistas a profundidad revelaron que las mismas chicas, además de algunas otras, podían pensar en términos de calorías y de dieta y sabían identificar los alimentos “que engordan”, y, además, que cinco jóvenes soñaban con una delgadez corporal sinónima de belleza y éxito. En este sentido, los acercamientos cuantitativo y cualitativo de la encuesta llegaron a observaciones similares: a causa de estas tendencias, se dibuja innegablemente un panorama de predisposición a los trastornos de la conducta alimentaria. La tercera razón tiene que ver con la perspectiva de género y el sesgo entre el discurso de las chicas y el de los chicos acerca de la vida en general. Observamos, de manera evidente, que las jóvenes aspiraban a romper con algunos valores tradicionales de la comunidad, un poco como si cierta emancipación femenina se anunciara para los años venideros. Como lo afirmé en la introducción, en mi investigación anterior demostré que el sufrimiento de las personas con trastornos alimentarios podía leerse como tentativas de invertir la dominación de lo masculino sobre lo femenino, así como otros órdenes jerárquicos. Lo interesante, es que en estas entrevistas en Patamban, cuatro chicas yuxtapusieron en su discurso su descontento acerca de su cuerpo y su alimentación con desigualdades de género que ellas mismas sufrían. Puedo recordar la relativa inanición de Alexia, quien se sentía una “mujer fracasada” y violentada por su marido; también, la rabia de Rosario contra su padre demasiado autoritario. Puedo agregar que Esmeralda, cuyo resultado fue el más elevado en el *Eating Attitude Test*, asociaba su malestar físico con su enojo, por un lado, contra su abuela y su padre, verdaderos “dicta-

dores” de la familia, y, por el otro, contra su hermano menor, que le quitaba su poder de hermana mayor. En mi opinión, estas observaciones esbozan una pista de reflexión a profundizar en el futuro para convalidar esta emergencia de los desórdenes alimentarios en el mundo rural. La hipótesis en suspenso o la brecha que puedo abrir, por el momento, es que las transformaciones de las relaciones de género en el medio rural, debidas a procesos de modernización, son susceptibles de hacer emerger trastornos de la conducta alimentaria.

Por la otra parte y paralelamente a estos alcances, algunos límites obstaculizan la afirmación de la existencia de la “anorexia” y de la “bulimia” en el medio rural. Cuando nuestra mirada se enfocó en las prácticas de estas jóvenes, observamos que, en ningún momento, aparecieron el recurso al ayuno, los vómitos autoinducidos, los pesos y las medidas pluricotidianas, los esfuerzos físicos obsesivos e intensivos. Aunque Ágata y Esmeralda obtuvieron resultados elevados en el *Eating Attitude Test*, que, desde un punto de vista médico, marcan un índice de patología, es aventurado afirmar que estas dos chicas estaban sufriendo un trastorno alimentario. Recuerdo que Ágata “se me escapó” al principio del trabajo de campo a causa del hecho de que “se la robó el novio” y se casó. Al final de la temporada de campo, la volví a ver, satisfecha con su pareja y muy feliz de anunciarme que estaba embarazada. Sus obsesiones por la delgadez parecían borradas de su mente. El comportamiento de Esmeralda me remitió más a la patología. Sin poder nombrar su trastorno, intenté entender su malestar frente a la comida, a su cuerpo y a los miembros de su familia. Su inhibición emocional y su actitud silenciosa me recordaban las de las personas tratadas médicamente y que padecen trastornos alimentarios.

¿Puedo, por lo tanto, afirmar haber encontrado un caso de trastorno de la conducta alimentaria en Patamban? Sí y no. Los elementos de respuesta a esta pregunta deben recentrarse en las elecciones epistemológicas del estudio. A lo largo de estas líneas han convivido dos miradas: 1) la perspectiva médica con el recurso a términos como “anorexia” y “bulimia” y con la aplicación del cuestionario *Eating Attitude Test*; y 2) la perspectiva etnológica mediante la inmersión en el pueblo, el recurso a entrevistas a profundidad y el deseo de comprender las representaciones y prácticas de estos jóvenes. Estas dos miradas me fueron necesarias para aprehender el objeto de estudio. Gracias a ellas, se puede matizar la respuesta a la pregunta anterior. Desde el punto de vista de las concepciones médicas occidentales, Esmeralda estaba padeciendo un trastorno de la conducta alimentaria. Desde su punto de vista y el de su medio cultural, Esmeralda no podía considerarse ni ser considerada enferma.

El estudio de los trastornos alimentarios en medio rural y en las zonas de desarrollo no se puede desvincular de una reflexión sobre el entorno cultu-

ral. Con respecto a esto, hubiera podido abordar la emergencia de estos desórdenes fundamentándome en una definición antropológica y clásica de la cultura, es decir, enfocándome en el conjunto de los sistemas simbólicos, las representaciones colectivas, los ideales, los valores y los sentimientos comunes a todos los patambeños, incluyendo sus relaciones con la economía del pueblo y la religión, entre otros elementos. Esto hubiera sido otra manera de abordar el tema y no la descarto para otro escrito. Ahora bien, como lo adelanté en la introducción, tomé como punto de partida los tres factores culturales delimitados por Gordon, gran especialista de los desórdenes alimentarios, y que constituyen el terreno fértil para el desarrollo de los desórdenes alimentarios.²² En Patamban, observamos que si bien la evolución del papel femenino no es algo fomentado por los chicos, las jóvenes entrevistadas empiezan a dejar de lado los roles tradicionales de las mujeres: desean trabajar y sueñan con las libertades de sus homólogos masculinos. Sin ser llamativos ni omnipresentes, los otros dos factores —la preocupación por la apariencia y la imagen corporal, así como el temor por la obesidad— aparecieron en las entrevistas.

Estos tres factores culturales tienen aún más impacto en un contexto de proceso de modernización como en el que está sumergido, desde unos años a la fecha, la comunidad de Patamban. Basta con releer las descripciones de Gouy-Gilbert (1987) o Álvarez Ruiz (1992) para darse cuenta de los cambios económicos, culturales y sociales de Patamban en el transcurso de los dos últimos decenios. Aunque la agricultura y la artesanía siguen siendo el centro de las actividades cotidianas y sobreviven algunos elementos de la cultura purépecha, los ojos de los patambeños parecen orientados hacia el exterior, la ciudad y Estados Unidos. Los signos más evidentes se notan sobre todo a través de las actitudes de los jóvenes: la indumentaria que difiere poco de las modas urbanas y sus aspiraciones a porvenires diferentes de sus ascendientes, fuera del pueblo y en ruptura con ciertas visiones tradicionales.

Más allá del fenómeno de la urbanización, me parece muy importante subrayar el impacto de la migración hacia Estados Unidos que descubrí inmiscuyéndome en la vida cotidiana de la localidad. Numerosas familias no sólo viven de las remesas de sus parientes emigrados, sino que comparten también sus experiencias *vía* los medios de comunicación, como el teléfono y la televisión, presentes en una mayoría de los hogares. Sin duda es el conjunto de estos factores culturales, exógenos, derivados de estos nuevos itinerarios de vida, que son susceptibles de propiciar en el futuro una emergencia de los trastornos de la conducta alimentaria.

²² Richard Gordon es profesor de psicología en la Universidad de Bard (Estado de Nueva York) y psicoterapeuta.

Sea lo que sea, la migración a Estados Unidos y sus efectos de modernización económica, social y cultural hacen eco con los procesos de aculturación vividos por las personas que proceden del mundo “no occidental” y que, al llegar a otro entorno, sufren trastornos alimentarios (Pate y Pumariega, 1992; Dolan, 1991). Como lo demostró Toro (1996:98-133), el rasgo común a todas las personas que padecen estos trastornos en los países en desarrollo es su paso o inmersión, más o menos prolongada, en un contexto “occidentalizado”. En este sentido, estas líneas no sólo corroboran la tesis de Toro sino que invitan a multiplicar los ejemplos con el fin de ampliar la apertura de esta brecha sobre las posibles condiciones de emergencia de los trastornos de la conducta alimentaria en el medio rural en desarrollo.

Recibido: mayo, 2008

Revisado: junio, 2008

Correspondencia: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer/Centro de Estudios Sociológicos/El Colegio de México/Camino al Ajusco 20/Pedregal de Sta. Teresa/C. P. 10740/México, D. F./correo electrónico: ktinat@colmex.mx

Bibliografía

- Álvarez Ruiz, S. (1992), *La cuesta*, Patamban, Ediciones Patamban.
- APA (American Psychiatric Association) (1995), *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, trad. bajo la dir. de Jaime J. López-Ibor Aliño, Barcelona, Masson.
- Bojórquez, I. y C. Unikel. (2004), “Presence of Disordered Eating among Mexican Teenage Women from a Semi-Urban Area: Its Relation to the Cultural Hypothesis”, *European Eating Disorders Review*, núm. 12, pp. 197-202.
- Buckroyd, J. (1997), *Anorexia y bulimia*, Barcelona, Martínez Roca.
- Castro, J. y J. Toro (1991), “The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish Version”, *Psychological Assessment*, vol. 7, núm. 2, pp. 175-190.
- Dolan, B. (1991), “Cross-Cultural Aspects of Anorexia Nervosa and Bulimia: A review”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 10, núm. 1, pp. 67-78.
- Garner, D. M. y P. E. Garfinkel (1982), “The Eating Attitude Test: Psychometric Features and Clinical Correlates”, *Psychological Medicine*, vol. 12, pp. 871-878.
- (1979), “The Eating Attitude Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa”, *Psychological Medicine*, vol. 9, núm. 2, pp. 273-279.
- Gordon, R. A. (1996) [1990], *Anorexie et boulimie. Anatomie d'une épidémie sociale*, Mesnil sur l'Estrée, Stock.

- González, M. E. (2002), *Anorexia y bulimia. Los desórdenes en el comer*, Tlalnepantla (México), Norma Ediciones.
- Gouy-Gilbert, C. (1987), *Ocumicho y Patamban: dos maneras de ser artesanos*, México, CEMCA.
- Guillemot, A. y M. Laxenaire (1997), *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*, París, Masson.
- Héritier, F. (1996), *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, París, Odile Jacob.
- Laplantine, F. (2001) [1995], *L'anthropologie*, París, Payot & Rivages.
- Maillet, J. (1995), *Histoires sans faim. Troubles du comportement alimentaire: anorexie, boulimie*, París, Desclée de Brouwer.
- Markey, C. (2004), “Culture and the Development of Eating Disorders: A Tripartite Model”, *Eating Disorders*, vol. 12, pp. 139-156.
- Moctezuma Yano, P. (2002), *Artisanos y artesanías frente a la globalización: Zipiajo, Patamban y Tonalá*, Zamora, El Colegio de Michoacán.
- Pate, J. E. y A. J. Pumariaga (1992), “Cross-Cultural Patterns in Eating Disorders: A Review”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 31, núm. 5, pp. 802-809.
- Pomerleau, G. (2001), *Démystifier les maladies mentales. Anorexie et boulimie*, Québec, Gaëtan Morin.
- Raveglia, A. (2002), *Jeûne fille*, París, Editions Balland.
- Tinat, K. (2008), “De jóvenes, cuerpos y alimentos: la reconstrucción de un itinerario de investigación”, *Estudios Sociológicos*, vol. XXVI, núm. 76, enero-abril, pp. 179-196.
- (2006), “Le contrôle extrême de la nourriture. Un regard sur l’anorexie mentale à Mexico”, *Journal des Anthropologues*, núm. 106-107, pp. 105-122.
- (2005), “Aproximación antropológica de las relaciones entre anorexia nerviosa y feminidad”, *Psicología Iberoamericana*, vol. 13, núm. 2, pp. 104-114.
- Toro, J. (1996), *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Barcelona, Ariel.
- Unikel, C. y T. Saucedo-Molina (2002), “Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años”, *Salud Mental*, vol. 25, núm. 2, pp. 49-57.
- Unikel, C., J. Villatoro Velásquez *et al.* (2000), “Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal”, *Revista de Investigación Clínica*, vol. 52, núm. 2, pp. 140-147.

