

A close-up photograph of a person's mouth, showing severely cracked and chapped lips. The skin is dry, peeling, and has a yellowish-brown hue, suggesting dehydration or a condition like anorexia. The background is a textured, light-colored surface.

Las bocas útiles

Aproximaciones sociológicas
y antropológicas a la anorexia

Karine Tinat

EL COLEGIO DE MÉXICO

LAS BOCAS ÚTILES
APROXIMACIONES SOCIOLÓGICAS
Y ANTROPOLÓGICAS A LA ANOREXIA

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

LAS BOCAS ÚTILES
APROXIMACIONES SOCIOLOGICAS
Y ANTROPOLÓGICAS A LA ANOREXIA

Karine Tinat



EL COLEGIO DE MÉXICO

616.85262

T587b

Tinat, Karine.

Las bocas útiles : aproximaciones sociológicas y antropológicas a la anorexia / Karine Tinat – 1a ed. – Ciudad de México : El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, 2019.

347 p. ; 21 cm.

ISBN 978-607-628-573-2

1. Anorexia – Aspectos sociales. 2. Anorexia – Aspectos antropológicos. I. t.

Primera edición, 2019

D.R. © El Colegio de México, A. C.
Carretera Picacho Ajusco núm. 20
Ampliación Fuentes del Pedregal
Alcaldía Tlalpan
14110, Ciudad de México, México
www.colmex.mx

ISBN: 978-607-628-573-2

Impreso en México

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	11
INTRODUCCIÓN. Dos conceptos teóricos	
para una explicación de la anorexia	17
Plan de la obra	30

PRIMERA PARTE PARA ABRIR BOCA

I. Anorexia: ayer y hoy.	39
La anorexia en Europa y en México en los siglos pasados.	41
La anorexia en el México actual	47
Mujeres de hoy y presiones culturales.	62
Conclusiones.	69
II. Los trastornos alimentarios en el medio rural	71
El universo de la investigación	76
La aplicación del <i>Eating Attitudes Test</i>	81
Las prácticas y las representaciones alimentarias.	85
Las prácticas y las representaciones corporales.	89
Consideraciones finales.	93
III. Anorexia, moda y modelaje.	99
Antes de Twiggy, los cuerpos ya se habían estirado	101
De Twiggy a Toscani: cuerpo y delgadez para sí	103
La anorexia en el mundo del modelaje	105
Hacia una vía teórica	107
Conclusiones.	109

IV. Sujeto y objeto en la anorexia.	113
El “devenir sujeto” según Geneviève Fraisse	116
¿En qué medida las personas que padecen anorexia “devienen sujetos”?	118
La “permanencia del objeto” según Geneviève Fraisse.	123
¿En qué medida las personas que padecen anorexia “se hacen objetos”?	125
Conclusiones	131
V. El peso de lo femenino en la anorexia	135
Lo femenino y lo masculino en las representaciones del cuerpo	137
La influencia de los factores socioculturales	141
Las relaciones de género en la dinámica familiar.	143
Conclusiones	147
VI. Pelos y sangre en la anorexia	149
De la amenorrea al sangrado voluntario	152
El lanugo y otros vellos	157
La anorexia descabellada	161
Conclusiones	164
VII. La historia de un hombre anoréxico	167
Una reconstrucción de la historia de D.	170
Para una interpretación desde la sociología	180
Conclusiones	193

SEGUNDA PARTE

A BOCA ABIERTA

Las veintidós sesiones.	199
Sesión uno	201
Sesión dos	207
Sesión tres	210
Sesión cuatro	213
Sesión cinco	220
Sesión seis	225

Sesión siete	229
Sesión ocho.	233
Sesión nueve	238
Sesión diez	240
Sesión once.	244
Sesión doce.	248
Sesión trece.	252
Sesión catorce	257
Sesión quince.	260
Sesión dieciséis.	264
Sesión diecisiete	267
Sesión dieciocho	273
Sesión diecinueve	278
Sesión veinte	283
Sesión veintiuno	285
Sesión veintidós	288
REFLEXIONES DIGESTIVAS.	293
Anorexia, bulimia y clase social	294
Comida y comunicación	297
Comida y dominación	301
Flaquezas y gorduras: imaginarios mezclados	303
Madres muy madres.	306
Entre padre y Padre	312
Hermana(s) en espejo.	315
Jazmín y su hermano: una relación <i>sui generis</i>	317
Otras relaciones interpersonales, otros problemas	319
El proceso terapéutico.	322
Bocados finales.	327
BIBLIOGRAFÍA	331

AGRADECIMIENTOS

LA LABOR DE investigación que realicé sobre la anorexia empezó a germinar una tarde de enero de 2003, en una de las oficinas del Laboratoire d'Anthropologie Sociale.¹ El recuerdo está inscrito en mi memoria para siempre. Aquella tarde, Françoise Héritier me escuchaba con el oído aguzado al tiempo que garabateaba notas con vivacidad, me regalaba generosamente su tiempo y sin duda la mejor asesoría académica que he recibido hasta la fecha. Es cierto que mis ideas eran nebulosas y que estaba al acecho de toda orientación, teórica u otra. Intentaba comunicarle mi fuerte intuición —o más bien hipótesis—, según la cual “la valencia diferencial de los sexos”, tal como ella lo abordaba en sus dos volúmenes: *Masculino/Femenino*, podía aclarar facetas enteras de la experiencia anoréxica. Ese encuentro fue determinante porque no sólo me dio alas para empezar el estudio en cuestión sino que me abrió las puertas de un fascinante seminario de investigación que, en aquella época, se llamaba Corps et affects y que encabezaba la misma profesora Héritier.² Este seminario —al que desgraciadamente he asis-

¹ El Laboratoire d'Anthropologie Sociale, ubicado en el número 52 de la calle Cardinal-Lemoine en París, compete a tres instituciones: El Collège de France, el CNRS y la EHESS. Fue fundado en 1960 por Claude Lévi-Strauss, que era profesor titular de la Cátedra de Antropología Social del Collège de France. Le sucedió Françoise Héritier, especialista también de las cuestiones del parentesco, pero quien prolongó la reflexión sobre la noción de incesto, las relaciones de lo masculino y de lo femenino así como la violencia.

² Hasta la fecha, sigo estando afiliada al seminario de investigación que, después de la dirección de Françoise Héritier, se tituló, primero, “Le sentiment du

tido menos de lo que me hubiera gustado por razones de alejamiento geográfico entre Francia y México— fue sinónimo de mucho aprendizaje y me permitió recibir numerosas retroalimentaciones, siempre inspiradoras, sobre mi investigación.

Además de la inmensa gratitud que expresaré por el apoyo de Françoise Héritier, sus ideas luminosas y su profunda humanidad, agradezco con todo corazón a su equipo de trabajo y, en especial, a Dimitri Karadimas, Tassadit Yacine, Corinne Fortier, Marika Moisseeff, Margarita Xanthakou y Jean-Luc Jamard, Florence Brunois, Salvatore D’Onofrio, Gaëlle Lacaze y Laurent Barry. Cuando las preocupaciones de investigación se van mezclando con una buena dosis de amistad, se hacen más extensas y apasionadas las conversaciones. En este espacio, no me olvido de Sophie Bosser, que siempre me ha recibido calurosamente, y tampoco omitiré a Sandrine Lecointre quien, desde la biblioteca, siempre me ha conseguido lecturas y regalado formidables intercambios en torno al tema de la anorexia. Gracias a Philippe Descola, director del Laboratoire d’Anthropologie Sociale de 2001 a 2013, por permitir mi integración en los seminarios.

Si las primeras ideas encontraron en Francia un terreno para germinar, es del otro lado del Atlántico que pudieron ver la luz y concretarse. Agradezco a la Fundación Fyssen cuya sede está en París. Gracias a esta institución, obtuve una beca posdoctoral con duración de un año, para realizar un “estudio antropológico sobre las relaciones entre representaciones sociales de la feminidad e itinerarios anoréxicos en la Ciudad de México”. Sin este financiamiento nunca hubiera podido llevar a cabo la investigación y hacer este primer trabajo en México, mi tierra de adopción desde 2003.

La institución que me acogió fue el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de la Ciudad

corps dans les cultures et leurs natures” y su responsable fue Margarita Xanthakou; posteriormente se tituló “Affectivité, perception, sensation: le corps agissant” y lo coordina Alexandre Surrallés.

de México y, particularmente, Eduardo Menéndez fungió como mi tutor durante ese año.

Me invitó a asistir a su seminario de antropología médica; y, en aquella etapa de primeros pasos en ese nuevo universo, el seminario me permitió descubrir y entender cuáles eran las preocupaciones de los antropólogos mexicanos especializados en el sector de la salud y quiénes trabajaban en una gran variedad de lugares, rurales y urbanos, de la República. En ese seminario presenté resultados, aún en estado preliminar, de la investigación que refleja el presente libro. Agradezco a Eduardo Menéndez por sus orientaciones siempre atinadas y bañadas de un gran rigor académico, así como a Rosa María Osorio, Sergio Lerín y Graciela Freyermuth, quienes fueron mis primeros interlocutores del debate científico para esta investigación precisa. Al recordar mi estancia en el CIESAS, no puedo evitar recordar con mucho cariño a François Lartigue, quien me integró de inmediato y durante todos estos años en sus reuniones caseras y académicas, rodeadas de amistad y fraternidad.

De ninguna manera esta investigación hubiera podido desarrollarse sin la participación de todas las adolescentes y mujeres jóvenes que son las protagonistas de esta obra. A todas ellas les expreso mi mayor reconocimiento y les dedico un profundo cariño. Estoy muy agradecida con todas por su confianza, por haberme contado sus experiencias más diversas, por haber compartido fases de esperanza y desesperanza. Estas personas se encuentran disfrazadas bajo nombres femeninos connotados floralmente, en símbolo de la vida que, aun en los peores momentos, debe florecer en cada instante. En este libro, no refiero a las instituciones médicas donde realicé las entrevistas, ni a los doctores —endocrinólogos, psiquiatras, psicoanalistas, nutriólogos y terapeutas familiares— que me brindaron una ayuda fundamental para acercarme a sus pacientes. Si bien tomo la precaución de no mencionarlos por razones éticas y profesionales, les expreso aquí mi infinita gratitud por haberme aceptado en sus consultorios. El único doctor a quien puedo citar y

agradecer explícitamente es a Armando Barriguete, nunca hemos trabajado juntos pero me envió una amplia bibliografía de partida, así como valiosas orientaciones acerca de cómo realizar el trabajo de campo en la Ciudad de México. Por último, estoy muy agradecida por el apoyo de Juan Manuel Villalobos, Ana Elisa Escalante y Julia Hernández Gutiérrez, por las interminables relecturas del manuscrito. Además de haberme ayudado en la labor cotidiana en El Colegio de México y de haber sido una mano esencial para la edición de este libro, Julia es autora de una excelente tesis en sociología titulada *Representaciones y usos corporales en jóvenes con anorexia y bulimia*,³ lo que permitió un verdadero intercambio entre nosotras en torno a varios puntos de este estudio. Muchas gracias, Julia.

³ Julia Hernández Gutiérrez, *Representaciones y usos corporales en jóvenes con anorexia y bulimia*, tesis de licenciatura en sociología, Universidad de Guanajuato, Campus León, División de Ciencias Sociales y Humanidades, 2009.

*Je dédie ce livre à Alexandre Tinat
qui sait —mieux que personne— nourrir son prochain.*

INTRODUCCIÓN

DOS CONCEPTOS TEÓRICOS PARA UNA EXPLICACIÓN DE LA ANOREXIA

Tengo trece años y me acaba de bajar. Me da asco este sangrado. Me veo fea y gorda y quisiera parecerme a mi hermana que tiene nueve años. Ella sí es guapa y delgada. Todo el mundo lo dice. [...] Mi mamá me reta para que pierda tres kilos. Voy a demostrarle que soy capaz de perder unos veinte. Esta nueva decisión me hace sentir bien. [...] Tanto vacío delante de mí y tantas cosas adentro, tanto dolor también. Necesito violentarme físicamente, dañar este cuerpo que me repugna. Cortarme las muñecas. [...] Quisiera dormir. Con muchos somníferos para ya no sentir nada. Dormir. [...] Camino. Incansablemente, horas y horas, los músculos contraídos hasta el agotamiento. Pero no es una pérdida de tiempo, ya que puse todos mis apuntes en micas: mientras camino, leo y trabajo. Listas de definiciones para aprender de memoria, planes detallados de los capítulos, esquemas a visualizar [...] Me siento muy orgullosa de mi astucia. [...] Ya no como casi nada. Eliminé las toronjas. Tres tallos de brócoli crudos y media zanahoria al mediodía, la otra mitad para la cena. Estoy estreñida, me autorizo dos ciruelas pasas por la mañana: es mi desayuno. [...] Cuanto más bajo de peso, más excitada y eufórica estoy. Me siento invencible y llena de ánimo para trabajar (Raveglia, 2002: 19, 23-24, 27, 33).¹

Como epígrafe, elijo estas palabras de Raveglia que ilustran claramente lo que pueden llegar a vivir y sentir las personas que

¹ Respecto a las obras que cito en su idioma original, las traducciones son mías.

sufren anorexia. Aunque el primer signo del trastorno sea el rechazo a comer, muchos otros se añaden y se entremezclan. La persona entra en un combate contra su cuerpo; está atrapada en un círculo vicioso de pensamientos y comportamientos destructivos. La privación de comida suele desembocar en una pérdida de peso que puede llevar a la demacración, al adelgazamiento por desnutrición. En las personas que padecen anorexia, aun flaco, el cuerpo puede ser percibido como obeso, “lleno de grasa”; la práctica de ejercicio, intensiva y disciplinada al extremo, lo mantiene activo.

Esta profunda insatisfacción no solamente se expresa de forma corporal, también se extiende al estado general de la persona que suele tener una idea defectuosa de sí misma; a veces se siente fea, inferior y mediocre, aunque su comportamiento perfeccionista le atraiga todo tipo de halagos. Sin embargo, muchas veces se niega a oír justamente los cumplidos y elogios, y cree que su familia y sus amigos sólo la miran con desaprobación, que juzgan y critican cualquiera de sus acciones. En apariencia, la relación con los padres parece armoniosa; pero, en realidad, la relación entre los miembros de la familia termina siendo “pesada”, atosigante, invasiva, lo que hace necesario cierta individuación.

En general, las personas que sufren anorexia, viven secretamente una apuesta con ellas mismas y una mentira: suelen pensar que, al adelgazar, encuentran una solución a sus problemas, y que atraen admiración y reconocimiento por parte de los demás, algo que siempre han deseado. No se quejan de su estado, lo experimentan como si fuera algo natural de su cuerpo. Hay en ellas una resistencia al tratamiento y a la curación; se encierran en su malestar y se regocijan de su nueva condición definida por su flaqueza, suelen negarse a recibir terapia.

La anorexia es un trastorno muy complejo y polifacético: abarca dimensiones corporales, sociales y relacionales, entre otras. Las raíces etimológicas remiten a la disminución de apetito o a la aversión de comida —del griego, *an* (privación, ausencia de) y *orexis* (apetito)—, pero, se constata menos la pérdida

de apetito que el deseo intenso de dominarlo y callarlo. Como afirma Maurice Corcos en el documental *Chère Anorexie*, “no hay una anorexia sino anorexias en plural”.² Tanto la abundante literatura sobre el tema como la investigación que realicé, no me demostraron lo contrario; sí existen muchas maneras de vivir este trastorno alimentario, aunque se puedan trazar algunos contornos, como lo prueban estas primeras líneas descriptivas.³

El trabajo de campo

Este libro es el resultado de reflexiones que han ido madurando a lo largo de más de un decenio. La anorexia es uno de esos temas que necesitan mucho tiempo para digerirse y asimilarse. Todo empezó en 2003, cuando pisé México por primera vez. El propósito de mi llegada era la realización de una estancia posdoctoral en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de la Ciudad de México, en Tlalpan. Fui becada por la Fundación Fyssen durante un año, quería estudiar “las relaciones entre representaciones sociales de la feminidad e itinerarios anoréxicos en México”. El título de mi proyecto asombraba a mis colegas, me llegaron a preguntar de manera irónica si estaba segura de encontrar jóvenes que padecieran este trastorno en México. De eso no tenía la menor duda, había averiguado previamente la existencia de lugares especializados para atender este tipo de problemas.⁴ Cuando llegué a México

² Maurice Corcos es psicoanalista, profesor de psiquiatría infanto-juvenil y director del departamento de psiquiatría del adolescente y del adulto joven en el Instituto Montsouris, en París. El documental *Chère Anorexie*, producido por Abacaris Films y dirigido por Judith du Pasquier, está en línea: <https://www.youtube.com/watch?v=NrKVuIrchrM&t=29s> (consultado por última vez el 12 de junio de 2017).

³ En este libro, no se aborda la anorexia infantil que, a veces, viven bebés, particularmente entre 6 y 12 meses; sólo me enfocaré en la anorexia nerviosa que suele aparecer por primera vez en el momento de la pubertad.

⁴ En el primer capítulo aparece una lista de las instituciones.

rápidamente planeé una estrategia para acercarme a personas que sufrían anorexia. Un año para realizar un trabajo de campo pasa a toda velocidad y había que actuar con eficacia. El acceso a través de la institución médica me pareció la manera más lógica de iniciar y con el proyecto en manos toqué las puertas de dos instituciones.

Por razones éticas y de confidencialidad, no mencionaré los nombres de los dos lugares en los que realicé trabajo de campo. Estudiar a sujetos que padecen anorexia y que están en un proceso terapéutico representa en sí una decisión específica: los trastornos alimentarios muchas veces se viven en secreto y no siempre son tratados médicamente.⁵ Como lo demuestra el trabajo de Darmon (2003), la “carrera anoréxica” tiene varias fases: la joven entra en una espiral de dietas cada vez más draconianas y el tratamiento médico constituye la última etapa, generalmente es alentada por la familia. Llegué a dos instituciones médicas: un hospital público y una clínica privada de la Ciudad de México; ambos lugares establecían el diagnóstico de anorexia a partir de la aplicación de cuestionarios como el *Eating Attitudes Test* o el *Eating Disorders Inventory*. La presente obra se funda en un trabajo de campo realizado con jóvenes diagnosticadas con anorexia, desde un punto de vista médico.

En el hospital público, la complejidad burocrática hizo que no lograra obtener un permiso para llevar a cabo entrevistas con pacientes. En cambio, aceptaron de buen agrado que revisara puntualmente expedientes médicos y asistiera, un día a la semana, a diferentes consultas como la de endocrinología, de nutrición y de terapia familiar. En esas sesiones tenía que vestir una bata blanca para significar que estaba del lado del cuerpo médico; muy raras veces me permití hacer preguntas. Con las pacientes y sus familiares me comunicaba por sonrisas esboza-

⁵ Retomaré dicha idea en varios capítulos de este libro. Por el momento, puedo adelantar que un buen ejemplo de investigación sobre anorexia con personas que no han sido atendidas médicamente puede ser leído en Hernández Gutiérrez (2015 y 2009).

das y miradas benevolentes; alguna que otra vez preguntaban al médico o me preguntaban a mí directamente si era estudiante o interna. En ese hospital, aunque sólo fui una observadora principalmente pasiva, aprendí mucho. En efecto, acudían a consulta jóvenes de diferentes partes del país, con historias familiares *sui generis* y con niveles socioeconómicos muy variados. Recuerdo haber pensado más de una vez: “la anorexia no es exclusivamente de clase social alta o media-alta”.

En la clínica privada me recibieron con los brazos abiertos. A diferencia de la institución pública situada en una zona de hospitales, la clínica no parecía un espacio medicalizado. Se trataba de un conjunto de consultorios con paredes blancas, dentro de un edificio empresarial moderno. Desde el primer encuentro con el director, sentí que en este espacio el equipo iba a tener una verdadera empatía por una aproximación de los trastornos alimentarios desde lo social y que, por ende, hacer un espacio a una antropóloga tenía sentido en su dispositivo terapéutico. Aunque estaba entendido que yo iba a realizar una investigación y no a completar, por mi aproximación, un tratamiento médico, el equipo confiaba en que podría “aportar mucho” al hacer entrevistas a profundidad con pacientes. Concretamente, en la clínica permanecí muy cercana a un psiquiatra-psicoanalista y a una nutrióloga, quienes me invitaron a presenciar terapias colectivas;⁶ asimismo pude trabajar con ocho mujeres jóvenes, con edades entre 13 y 24 años, mayoritariamente procedentes de entornos sociales medio-alto de la Ciudad de México.⁷ Estas jóvenes aparecen bajo un pseudónimo para proteger su identidad y no incluyo su edad para evitar ser reiterativa. Estuve mucho tiempo conversando con ellas en torno a sus prácticas y representaciones, alimentarias y corporales, así como sobre sus relaciones familiares y su vida cotidiana. Me regalaron horas

⁶ En la segunda parte del libro presento el material de estas terapias colectivas.

⁷ Más adelante explico cómo realizo la evaluación socioeconómica, me baso en el barrio de residencia y la profesión de los padres.

invaluables de su tiempo; y al escuchar cómo su palabra fluía, siempre pensé que la clínica representaba, sin duda, un espacio sumamente acogedor para ellas, donde se sentían en confianza para expresarse libremente.

Más allá de estos dos espacios donde realicé trabajo de campo, debo decir que acudí con frecuencia a una tercera institución médica especializada en trastornos alimentarios. En este lugar no podían aceptar que estuviera en contacto con personas que sufrían anorexia porque estaban internadas, su pronóstico vital era delicado; pero me invitaron a que presenciara reuniones de reflexión donde el equipo debatía en torno a lecturas y casos problemáticos. En este lugar tuve conversaciones apasionantes y conocí a especialistas, muy interesados y preocupados por las dimensiones médicas y sociales de los trastornos alimentarios.

Durante más de un año, realicé un trabajo de campo intenso que me dio la oportunidad de nutrir centenas de páginas de diario. Gracias a este material consignado por el escrito, no solamente estuve en condiciones de reflexionar, en el momento y luego tomando un poco de distancia, sobre estas experiencias corporales tan singulares sino que pude escribir mis análisis conforme iba desentrañando la madeja. Siempre comprobé que la anorexia representa un trastorno plurideterminado, en el cual confluyen diversas influencias biológicas, psicológicas y socioculturales. Pero, también, a lo largo de mis reflexiones, sentí que había identificado dos prismas teóricos que podían aclarar una parte de la anorexia. El objetivo del presente libro consiste, justamente, en compartir este alcance conceptual, tan humilde frente a un trastorno tan complejo como la anorexia.

La valencia diferencial de los sexos

La primera herramienta teórica proviene de la disciplina antropológica y ha sido acuñada por Françoise Héritier, discípula y heredera de la cátedra que ocupó Claude Lévi-Strauss en el Co-

llège de France. En su obra *Masculin/Féminin. La pensée de la différence* (1996),⁸ Héritier retoma el concepto de valencia diferencial de los sexos que había acuñado en otro libro, *L'exercice de la parenté* (1981), publicado quince años antes. En esa obra escribió que era importante agregar la valencia diferencial de los sexos a los tres pilares de la familia y de la sociedad que, según Lévi-Strauss, eran la prohibición del incesto, el reparto sexual de las tareas y una forma reconocida de unión sexual (Héritier, 1981: 62-67).

Para sostener su argumento, Héritier afirma que la observación de la diferencia de los sexos está en la raíz de todo pensamiento. Para ella, la reflexión de los seres humanos se enfocó en el cuerpo humano como lugar de inscripción de datos constantes entre los cuales figuran la diferencia sexuada y el rol de los sexos en la reproducción. Para Héritier, el límite del pensamiento es la oposición conceptual entre lo idéntico y lo diferente, que se encuentra en todo pensamiento científico, tanto antiguo como moderno, y en todos los sistemas de representación. Héritier afirma que el “soporte mayor de los sistemas ideológicos, la relación idéntico/diferente está en la base de los sistemas que oponen valores abstractos o concretos (caliente/frío, seco/húmedo, alto/bajo, inferior/superior, claro/oscuro, etcétera), valores contrastados que encontramos en las clasificaciones de lo masculino y de lo femenino” (1996: 20).⁹ Héritier se considera “materialista” en el sentido en que parte del dato corporal para explicar cómo se han establecido tanto instituciones sociales como sistemas de representaciones y de pensamiento (1996: 23).

Esta transformación del dato biológico en sistemas es lo que Héritier llama la “valencia diferencial de los sexos” y que expresa una relación conceptual orientada, siempre jerárquica, entre lo masculino y lo femenino, traducible en términos de peso, de

⁸ Esta obra está traducida al español: *Masculino/Femenino: el pensamiento de la diferencia*, Barcelona, Ariel, 2002.

⁹ Traducción original del libro en castellano (2002).

temporalidad (anterior/posterior) y de valor (1996: 24). Esta ecuación, en realidad, es doble porque abarca los sexos y las generaciones; su relación conceptual ha sido detectada en la estructura profunda de lo social que es el campo del parentesco. Al analizar los sistemas *crow* y *omaha*,¹⁰ y al interesarse por las grandes familias africanas, Hérítier se dio cuenta de que la relación hermano/hermana se analizaba como una relación padre/hija, pero que la relación hermana/hermano nunca se parecía a una relación madre/hijo (1996: 24). En otros términos, la antropóloga notó que la relación de superioridad/inferioridad, característica de los padres sobre los hijos y de las personas mayores sobre las personas menores no se cumplía siempre cuando la persona mayor era una mujer y la persona menor, un hombre, ya que existía irremediable e invariablemente una superioridad de los hombres sobre las mujeres.

Esta reflexión de Hérítier, que parte de la observación corporal y que se ancla en las lógicas de lo social y de lo familiar, me interpeló incluso antes de empezar el trabajo de campo con las jóvenes que sufrían anorexia. Sabía hasta qué punto el cuerpo no solamente es el foco de atención y obsesión de cada momento —lo ilustro por medio de las palabras de Raveglia—, también es el motor de la reflexión que tienen sobre ellas mismas y su vida cotidiana. El trabajo de campo no contradujo estas impresiones previas; al contrario, me demostró doblemente la pertinencia y la potencia de esta herramienta conceptual para el tema de la anorexia. Primero, las relaciones que las jóvenes mantienen con su cuerpo son perfectamente legibles desde un punto de vista simbólico, a partir de valores concretos que oponen, por ejemplo, lo caliente a lo frío, lo activo a lo pasivo, lo seco a lo húmedo, etcétera, y, por ende, lo masculino a lo femenino. Segundo, pude interpretar mejor, gracias a las entrevistas en profundidad, las lógicas de poder entre la joven que sufría anorexia y el resto de su familia; al observar de cerca sus relaciones inter-

¹⁰ Se refiere al nombre de poblaciones indígenas de América del Norte.

personales, pude entender cuánto su malestar también tenía que ver con unas ganas profundas de invertir el orden jerárquico de lo masculino sobre lo femenino, o lo que he llamado “tentativas de invertir la valencia diferencial de los sexos” (capítulos v y vi).

Podríamos preguntarnos qué más aporta esta aproximación por la valencia diferencial de los sexos a todo lo que ya se ha escrito sobre la dimensión de género en la anorexia. Como también señalaré más adelante (capítulo iv), feministas como Kim Chernin (1981) y Susie Orbach (1986) se apropiaron del problema en las décadas de 1970 y 1980. Ellas identificaron a la anorexia como un acto de protesta contra la falocracia de la sociedad; denunciaron a la mujer objeto de decoración, obligada a adelgazar para dar placer al hombre. No cabe la menor duda de que toda una lectura interpretativa de la anorexia puede hacerse por el prisma del género; de hecho, en este libro ciertas partes ahondan precisamente en ese sentido. Abordaré, por ejemplo, las presiones culturales que se imponen hoy en día a las mujeres (capítulos i y iii), y cómo las desigualdades de género pueden afectar la relación con la comida (capítulos ii, iv y vii). Sin embargo, me detengo en la valencia diferencial de los sexos porque me parece representar una formidable herramienta teórica que permite desmenuzar las relaciones que mantienen las jóvenes que sufren anorexia con su cuerpo, así como las lógicas de poder entre ellas y su entorno familiar y amistoso. La valencia diferencial de los sexos permite demostrar cómo las jóvenes quisieran asociarse a la posición de superioridad de los hombres y destronarlos y erigirse como mujeres, pero desde un lugar tan privilegiado como el de los hombres. Esto se trata concretamente en el capítulo v de este libro.

La cuestión del sujeto

El segundo concepto teórico con el que abordo la anorexia proviene de la tradición filosófica, aunque también se haya apo-

derado de él, más recientemente, la disciplina sociológica. Me refiero al concepto de *sujeto*. Planteo la hipótesis y la tesis según las cuales la anorexia es una manera de hacerse sujeto, de construir su propia existencia y dominar su experiencia. En otros términos, la anorexia podría ser vista como una estrategia de vida, o más bien de sobrevivencia porque este proceso de “hacerse sujeto” también está puntuado por momentos donde el sujeto se deshace. Desarrollo explícitamente estas ideas clave en los capítulos III y IV, y más implícitamente en el capítulo VII.

El concepto de *sujeto* ha sido abordado por numerosos escritores procedentes de escuelas de pensamiento diferentes, tales como Jean-Paul Sartre, Sigmund Freud, Alain Touraine, Michel Foucault, Gilles Deleuze o Judith Butler, por citar algunos. Son diversas las dimensiones en que lo han trabajado; por ejemplo, la cuestión del sujeto puede ser tratada desde un punto de vista individual o colectivo, desde un punto de vista íntimo o uno global y sistémico. No se busca revisar las teorías del sujeto y de aplicarlas a la anorexia para alcanzar su médula —aunque este objetivo podría ser sin duda muy fructífero—; se trata más bien, en un movimiento contrario, de observar cómo surge y se impone la cuestión del sujeto en las manifestaciones del trastorno anoréxico.

Para lo anterior, me fundo principalmente en la pareja dicotómica sujeto/objeto tal como Fraisse la desarrolla (2008: 39-61). Para ella, la elaboración del sujeto y de la subjetivación, que han buscado las mujeres durante la segunda ola del feminismo, ocurrió particularmente por medio de la conquista de los derechos relativos a la libertad del cuerpo y a la igualdad de pensamiento; sin embargo, no han podido liberarse totalmente de las representaciones como objeto que la historia dominante del hombre occidental ha hecho de ellas (Fraisse, 2008: 39-40). Su demostración se articula en dos tiempos: primero, en observar los alcances y límites del “devenir sujeto” —y para eso, se refiere tanto al sujeto de la autonomía corporal como al sujeto político, del conocimiento o de la creación artística—; y segundo, en estudiar cómo el “permanecer objeto” es casi inevitable en las mujeres de

hoy en día, a pesar de sus esfuerzos por conquistar los valores de autonomía y propiedad (Fraisse, 2008). Como lo detallaré en el capítulo IV, lo luminoso del pensamiento de Fraisse es que estudia con detenimiento cómo las posiciones de sujeto y objeto se mezclan en vez de excluirse recíprocamente. Esta reflexión me ayuda a desentrañar lo que pasa en la anorexia para que las jóvenes, según la etapa del trastorno que estén atravesando, se encuentren muchas veces con la firme intención de conquistar su libertad: liberarse de las garras parentales, sentirse dueñas de su cuerpo y al mismo tiempo objetivarlo y parecerse a objetos de intercambio en medio de sus relaciones interpersonales.

En el capítulo IV, profundizo en este acercamiento de Fraisse inspirándome también en las reflexiones de Touraine (2005). Desde sus primeros trabajos sobre los movimientos sociales y la sociedad de producción, Touraine ha defendido al sujeto individual. A partir de 1980, los movimientos sociales ya no aparecen como sujetos colectivos susceptibles de cambiar a la sociedad; el mundo de la producción ya no es el sistema exclusivo que determina las relaciones sociales. En cambio, el consumo, la información y las nuevas tecnologías han ganado terreno y ahora son los que prometen múltiples transformaciones. El mundo objetivo dominado por sistemas se ve sustituido por el mundo subjetivo del actor y de la subjetivación. Para Touraine, “lo que cada uno de nosotros busca, en medio de los acontecimientos donde está sumergido, es construir *su* vida individual, con *su* diferencia en relación con los demás y *su* capacidad de dar un sentido general a cada evento particular” (2005: 195). El sociólogo define el sujeto como una afirmación de sí, como portador del derecho a ser un individuo capaz de afirmarse contra todas las fuerzas impersonales que lo destruyen; insiste en esta voluntad del sujeto de escaparse de las fuerzas, de las reglas, de los poderes que le impiden ser él mismo (2005: 187).

Su aproximación es interesante para el tema de la anorexia —al igual que Fraisse propone observar cómo se puede dar la mezcla de posiciones sujeto/objeto—, Touraine afirma que

ningún individuo es totalmente sujeto e invita a pensar: 1) que “siempre hay una proporción de sujeto en tal conducta o tal individuo” (2005: 226); y 2) que el sujeto puede ser destruido no solamente por el poder, las organizaciones o el dinero, sino también por él mismo porque “el sujeto también puede hacerse anti-sujeto” (2005: 257). En la anorexia es más que comprobable que quien la padece puede entrar en lógicas de autodestrucción.¹¹

Además de Fraisse y Touraine existen otros autores que han constituido fuentes de inspiración para pensar cómo emerge la cuestión del sujeto en la anorexia (capítulo IV), debo confesar que hay también, en este libro, una referencia a la obra de Simone de Beauvoir, sin que su nombre aparezca en algún lado. Esta referencia está plasmada en el título mismo del libro: *Las bocas útiles*. Como puede adivinarse, se trata de un guiño al título de la única obra de teatro de Simone de Beauvoir, *Las bocas inútiles*, publicada en 1945. La historia se desarrolla en Vaucelles, una ciudad de Flandes en estado de sitio, en el siglo XIV. El asedio, largo y temible, condena a sus habitantes a vivir hambriada y toman una decisión terrible que atormenta a los personajes, la de sacrificar a los más débiles para dejar sobrevivir a los más fuertes. Más precisamente, se decide que hay que expulsar a las mujeres, los viejos, los niños y los inválidos hasta los fosos porque todos ellos representan “bocas inútiles”, ya que necesitan comer pero, al no combatir, no sirven de nada para la defensa de la población. La obra se desliza en el tiempo entre la decisión tomada y su ejecu-

¹¹ Si seguimos a Touraine podemos recurrir también a la tipología que propone Wiewiorka en su escrito sobre la violencia (2005). Este último sostiene que un concepto completo de sujeto debe incluir tanto la faceta positiva como la faceta negativa (2012: 5). Para ello recurre a cinco figuras del sujeto: el sujeto flotante, el hipersujeto, el no sujeto, el anti-sujeto y el sujeto en sobrevivencia (2005: 291-310); de estas cinco, el sujeto flotante define mejor ciertas fases por las que pasan las jóvenes que sufren anorexia. En efecto, el sujeto flotante remite a la imagen del sujeto agotado, a la persona que ya no logra insertarse en una relación (social, política, intercultural o interpersonal) por los impulsos de destrucción (incluyendo autodestrucción) que ha tenido. Esta aproximación sin duda se explorará en un escrito futuro.

ción, y plantea las emociones o los sentimientos de las víctimas, y de los padres, hermanos, amantes, esposos e hijos que condenan a estas tres categorías de persona: mujeres, niños y ancianos.

Al tratar el tema de la hambruna desde un contexto bélico y por medio del prisma de los sentimientos, esta obra de Beauvoir siempre me pareció muy inspiradora para la problemática de la anorexia. En efecto, cuando trabajamos con jóvenes que se niegan a comer, no solamente hay que explorar qué sienten respecto a sus necesidades corporales, sino qué sienten sus familiares al observar a sus hijas decididas a no comer. En la obra de Beauvoir, las bocas inútiles son los seres humanos que dejan de ser sujetos o que intentan conquistar su estatuto de sujeto porque muestran resistencia frente a la decisión tomada de relegarlos en los fosos. Al titular este libro *Las bocas útiles*, opuesto al título beauvoiriano, quiero sostener que, en la anorexia, las bocas sí son útiles por una razón principal: las jóvenes que padecen anorexia usan su boca —muchas veces cerrándola para no comer— para expresar su malestar, y no siempre lo hacen verbalmente. En otros términos, sus bocas son útiles porque estas mismas jóvenes no dejan de ser sujetos sino que, consciente o inconscientemente, intentan hacerse sujetos, utilizan (o hacen útil) su trastorno para decir su existencia, conquistar un espacio en su configuración familiar.¹²

En *Las bocas inútiles* de Beauvoir, la muerte está en el horizonte; en la anorexia, también puede hacerse presente. Beauvoir escribe esta obra en 1944, al final de la Segunda Guerra Mundial, bañada de existencialismo, y por eso se interroga cómo el poder podría repartirse en un mundo donde faltan recursos (alimentarios entre otros), cómo los valores de las personas se podrían percibir y determinar y, finalmente, qué significa ser útil o no para la sociedad.¹³ Esta obra de teatro precedió y adelantó, al-

¹² Esto se demostrará sobre todo en el capítulo VII.

¹³ Coincido con Virginia M. Fichera, quien ve en *Les bouches inutiles* una obra mayor que explora la diferencia en las relaciones entre los sexos y que anuncia *El segundo sexo*, con cuatro años de antelación (Fichera, 1986: 51).

gunos años, la escritura de *El segundo sexo* (1949), donde la filósofa desarrolla de una forma teórica la cuestión del sujeto: la mujer es lo inesencial frente al hombre que es lo esencial; él sí es el sujeto y lo absoluto, ella es lo otro. En la anorexia, las bocas de las jóvenes también son útiles porque, como lo veremos, en la expresión del trastorno también aparecen estas jerarquías de género cruzadas con la cuestión del sujeto.

PLAN DE LA OBRA

La primera parte de esta obra, “Para abrir boca”, tiene como propósito despertar el apetito ofreciendo un abanico de estudios en torno a la anorexia. Todos los capítulos constituyen versiones actualizadas de artículos que ya fueron publicados en diferentes revistas indexadas o libros académicos de México y Francia en los doce últimos años. Así, esta antología pone a disposición del lector, en un mismo idioma, siete escritos que publiqué sobre la anorexia.¹⁴ Aunque los capítulos presentan diferentes facetas de la afección y se pueden leer en el orden que se desee, la recopilación sigue cierta progresión.

Los dos primeros capítulos proponen una reflexión centrada en la cuestión de los contextos espaciales y temporales de la anorexia. En el primer capítulo, empiezo señalando la banalización del término *anorexia*, el cual remite a tres aspectos en los que cabe reflexionar: se considera un trastorno exclusivamente femenino, aunque también puede afectar a los hombres; se utiliza para describir a mujeres “muy delgadas”, sin tomar en cuenta las implicaciones que el trastorno tiene para la salud y, finalmente, se considera que la anorexia es un fenómeno contemporáneo, sin embargo también ha estado presente, de alguna manera, en otras épocas. El capítulo ahonda, sobre todo, en este último aspecto, es decir, en qué tan antiguo o contemporáneo

¹⁴ Esta antología representa casi la totalidad de los escritos que publiqué sobre la anorexia; salvo los que se consignan en la bibliografía con los años 2005 y 2006.

es este desorden alimentario. Para eso, primero rastreo las huellas de las “santas” anoréxicas en la Europa occidental medieval y en el México de los siglos xvii y xviii. Luego, propongo un estado de la cuestión en el México actual, observando tanto las investigaciones realizadas sobre el tema como las acciones emprendidas por instituciones gubernamentales y del sector privado para combatir la anorexia. Por último, analizo las diferentes presiones sociales que viven las mujeres de hoy en día, así como las implicaciones que han tenido históricamente los roles de género en el desarrollo de los trastornos. El capítulo concluye señalando que el rechazo a alimentarse ha existido en distintos contextos y desde épocas remotas; no obstante, ha cambiado la manera en que este comportamiento se ha justificado.

En el segundo capítulo, me sumerjo en el medio rural para observar y discutir qué tanto los trastornos alimentarios están presentes en ese contexto. Para eso, comparto un estudio que realicé en un pueblo de Michoacán con doce jóvenes, me basé en cuestionarios especializados para detectar trastornos alimentarios así como en entrevistas a profundidad. A la luz de los datos obtenidos, puedo afirmar que existe cierta predisposición en algunas jóvenes a padecer un trastorno alimentario. Esto se observa en la manera en que cuidan su alimentación y aspiran a tener una figura delgada, sinónima de belleza y éxito social; asimismo, resalto la relación entre las desigualdades de género y el descontento respecto a su cuerpo. Con el fin de apreciar qué tan presentes están los desórdenes alimentarios en ese contexto, se recomienda ser prudentes con las categorías “anorexia” y “bulimia”, que son ante todo médicas, y diferenciar el punto de vista médico del cultural. Si nos apegamos a los criterios manejados por las instituciones de salud, estos trastornos sí podrían detectarse en ese lugar. Si consideramos el contexto cultural, difícilmente se puede afirmar que hay perfiles de anorexia y bulimia en el pueblo, aunque las influencias recibidas del exterior (por efectos de la migración y de los cambios económicos, entre otros) pueden ratificar, muy pronto, que los trastornos

alimentarios en el medio rural representan un fenómeno tan importante como en el entorno urbano.

Siguen otros dos capítulos dedicados a demostrar cómo la pareja teórica-conceptual sujeto/objeto puede aclarar ciertas facetas de este trastorno. El tercer capítulo estudia las relaciones entre la anorexia y el modelaje; empieza por analizar las representaciones corporales de 1910 a 1967 y, en este recorrido histórico, se detecta la manera en que el “culto a la delgadez” se instaló en las mentes, a la par de una progresiva emancipación de las mujeres, plasmada en sus cuerpos y en su forma de vestir. La modelo Twiggy emerge como ícono de este proceso, inaugurando una era del modelaje en la que se ha alcanzado niveles extremos de delgadez. Cuarenta años más tarde, en 2007, la campaña publicitaria No-l-ita de Toscani desata una polémica mundial al exhibir el cuerpo anoréxico y moribundo de la actriz Isabelle Caro. Mediante el prisma conceptual sujeto/objeto, se puede afirmar que, aunque la campaña quisiera re-subjetivizar a los modelos, se sigue sin resolver el problema de la posición de objeto en la que el cuerpo femenino sigue atrapado y, en particular, en el mundo de la moda y el modelaje.

En el cuarto capítulo, profundizo en los conceptos de *sujeto* y *objeto* para entender las prácticas corporales y las relaciones interpersonales de quienes padecen anorexia. Mi demostración se basa en las reflexiones de Fraisse (2008), quien muestra que, cuando una mujer lucha por devenir sujeto, puede aun conservar, al mismo tiempo, su posición de objeto. Esta vez, ilustro mi propósito con resultados del trabajo de campo que realicé en la Ciudad de México. En efecto, con base en observaciones y entrevistas a profundidad, pude aprehender que las jóvenes que sufren anorexia pueden devenir sujetos a raíz de su enfermedad, pues de alguna manera buscan por medio de ésta la obtención del control sobre su propia vida; sin embargo, la posición objetivante permanece a través de la relación que mantienen con su cuerpo, al que tratan como una cosa, así como en sus prácticas sexuales y en las relaciones con los demás.

Posteriormente se presentan dos capítulos que se enfocan en la relación con el cuerpo como eje para abordar la anorexia. Desde un punto de vista antropológico y simbólico, el quinto capítulo se centra en la relación entre la anorexia, lo femenino y lo masculino. Realizo un análisis en tres etapas, considero las representaciones corporales de quienes padecen anorexia, la influencia sociocultural que perciben así como las relaciones de género que viven dentro de su dinámica familiar. En cada una de estas etapas muestro de qué manera se distribuyen simbólicamente los elementos masculinos y femeninos, y sobre todo demuestro que estos elementos conforman culturalmente un orden jerárquico, según el cual lo femenino ocupa una posición inferior respecto a lo masculino. Al recurrir al aparato teórico-conceptual de la “valencia diferencial de los sexos”, el estudio permite adelantar que, en la anorexia, pareciera haber intenciones en las jóvenes que la padecen de invertir esta jerarquía, con respecto a la forma de ver a su propio cuerpo y de relacionarse con los demás.

En el sexto capítulo abordo ciertas manifestaciones corporales secundarias que se dan en las personas que sufren anorexia, y que están relacionadas con la menstruación, la pilosidad y el cabello. Fundándome todavía en el trabajo de campo que realicé en la Ciudad de México, observo que, de acuerdo con la fase del trastorno por la que estén pasando, las jóvenes expresan cierta necesidad de controlar su propio cuerpo y, al mismo tiempo, el descontento por no siempre poder hacerlo con relación a la amenorrea, el desarrollo de vello y el cuidado de su cabello. En torno a estos tres aspectos, a veces se nota en las jóvenes un deseo de masculinizarse o de exaltar su feminidad. Este acercamiento mediante el pelo, la sangre y los vellos permite develar elementos de su concepción de la sexualidad, la cual cambia de acuerdo con la fase del trastorno por la que estén transitando. Finalmente, se observa que la relación con el propio cuerpo en la anorexia remite a los cambios experimentados por la pubertad y a las distintas maneras en que la vitalidad del propio cuerpo se representa y se asume.

Para cerrar la antología, propongo un séptimo y último capítulo que aborda el tema de la anorexia desde la experiencia de un hombre. En un primer momento, reconstruyo su historia personal, donde convergen aspectos psicológicos, sexuales y sociales que coinciden con el diagnóstico de trastorno anoréxico pero que también invitan a pensar más allá. En un segundo momento, analizo esta historia singular bajo el lente de varios conceptos sociológicos, tales como *habitus*, de Bourdieu; *neurosis de clase*, de Gaulejac; e *institución total* de Goffman. Este análisis me lleva a contemplar dos hipótesis que pueden resumirse en: 1) este hombre vive en una institución total constituida por la anorexia y sus relaciones con su cuerpo, y 2) a pesar de reflejar muchos conflictos de *habitus* que lo aquejan, las fases anoréxicas de este hombre le permitieron construir cierta identidad, y parecen darle cierta legitimidad para “ser y estar en el mundo”. Así se termina la primera parte, con la presentación de una experiencia anoréxica, pero esta vez del lado masculino. Con estos siete capítulos, también “abro boca” en el sentido en que presento —esta vez de manera conjunta— mi pensamiento sobre la anorexia.

La segunda parte del libro ofrece un material inédito: se trata de la reconstrucción de veintidós sesiones procedentes de dos terapias colectivas, material de mi diario de campo que superó las 300 páginas. El título: “A boca abierta”, hace un guiño a la expresión “a corazón abierto”, ya que apela a una palabra o voz llena de sentimientos y emociones. En esta parte, son las jóvenes y sus padres quienes hablan y expresan su sentir. La lectura de las dos terapias es, creo yo, fácil y cautivadora: cuando uno la empieza, difícilmente la puede soltar. Después de este largo diálogo, ofrezco unas “Reflexiones digestivas” en tono de síntesis final. Se trata de resaltar las ideas más importantes que florecen a lo largo de las veintidós sesiones y que, en vez de encerrar la anorexia en una descripción monolítica y fija, la restituye en diferentes facetas, las cuales se completan y yuxtaponen.

En este libro, opté por hablar de “las personas o las jóvenes que sufren o padecen anorexia” en vez de hablar de “las ano-

réxicas”. Esta elección es deliberada y tiene la intención de no encerrar a los sujetos —deberíamos decir las sujetas— en un estigma, en una categoría médica o social, en un rasgo esencializante. A lo largo de todos estos años, paralelamente a este estudio sobre anorexia, he realizado otras investigaciones;¹⁵ sin embargo, con el tema de la anorexia conservo una afección particular. Es muy probable que durante toda mi vida siga leyendo, aprendiendo y escribiendo mi pensamiento sobre este tema.

¹⁵ Describo parte de mi itinerario en la investigación en las siguientes obras de mi autoría: 2008a, 2014a, 2014b.

PRIMERA PARTE
PARA ABRIR BOCA

I

ANOREXIA: AYER Y HOY¹

EN ESTE PRINCIPIO de siglo XXI, tanto en la Ciudad de México como en otras grandes ciudades del mundo, el adjetivo *anoréxica* parece haberse banalizado. Cuando nos cruzamos en la calle con una joven cuya delgadez es más acentuada que la que podemos observar en otras jóvenes de la misma edad, casi nos viene espontáneamente a la mente: “¡es anoréxica!”. En el lenguaje común, todo parece indicar que el término *anoréxica* ya no sólo hace referencia a la persona que sufre el trastorno, sino que empieza a ser utilizado como sinónimo de “muy flaca”.

La constatación de esta vulgarización reciente de la palabra nos remite, de inicio, a tres aspectos que giran en torno a la anorexia. Primero, el adjetivo, utilizado a partir de observaciones de la vida cotidiana, parece emplearse solamente en femenino, ya que un joven “muy flaco” no es etiquetado de “anoréxico”. Este primer punto nos recuerda que la anorexia es una afección que atribuimos principalmente a las mujeres. De hecho, numerosos estudios indican casi de forma unánime que la tasa de mujeres que sufren anorexia con respecto a la de hombres es de nueve a uno (González, 2002: 4; Gordon, 1996: 62-63). Algunos especialistas adelantan que esta cifra puede incluso ser

¹ La versión original de este texto es: “La anorexia: ¿un trastorno antiguo o contemporáneo?”, en Ana María Tepichin, Karine Tinat y Luzelena Gutiérrez de Velasco (coords.), *Relaciones de género*, Colección “Los grandes problemas de México”, vol. VIII, El Colegio de México, México, 2010, pp. 225-247.

más alta, mientras que otros apuntan que cada vez más hombres padecen ese trastorno (Gordon, 1996: 96-109).

Segundo, la figura metonímica utilizada —“ser anoréxica”, que sustituye a “ser muy flaca”— da la impresión de que no existen implicaciones para la salud o que la anorexia es un trastorno de importancia secundaria en comparación con otras “verdaderas enfermedades”. En este punto, cabe recordar también que el término *anorexia* remite ante todo a una definición precisa en el campo de la medicina. En los hospitales y las clínicas que atienden a las personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria, los equipos médicos suelen recurrir al *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* —el más actualizado es el *DSM-V*— para poder establecer el diagnóstico de “anorexia nerviosa”. Según este manual, los tres criterios que caracterizan la afección son: 1) el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla; 2) el miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obesa/o, aun cuando se esté por debajo del peso normal; y 3) la alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, así como la exageración de su importancia en la autoevaluación o la negación del peligro que implica el bajo peso corporal (APA, 2014: 338-339). Más allá de estos criterios, existen otras manifestaciones corporales que, a veces, sufren las personas con anorexia. Estos otros síntomas son: caída del cabello, desarrollo de pilosidad (lanugo), fragilidad de las uñas, frialdad de las extremidades, insomnios y cansancio debido a una hiperactividad. La anorexia se reconoce y se define médicamente por un conjunto de síntomas entre los que la flaqueza extrema no es el único rasgo determinante.

Tercer aspecto, la banalización del adjetivo *anoréxica* en las conversaciones cotidianas y fuera de los círculos médicos, plantea que si la palabra está de moda es quizá porque el fenómeno es particularmente contemporáneo. El objetivo principal en este capítulo consiste en tejer una discusión en torno a este tercer punto. Frente a la creciente mediatización de la afección

anoréxica en la prensa femenina de los últimos decenios, pero también en relación con la reciente vulgarización del adjetivo “anoréxica” en el lenguaje común, nos parece de suma importancia intentar borrar las confusiones que rodean a esta palabra, recordar la historia del trastorno y observar en qué medida se puede hablar o no de un fenómeno contemporáneo. Para esto tenderé un puente a través de los siglos, de la Europa occidental y medieval al México de la época actual, con el fin de explorar las relaciones posibles entre las figuras anoréxicas de ayer y las de hoy. Este desplazamiento, a la vez espacial y temporal, ocupará las dos primeras partes del escrito, mientras que la tercera discutirá algunos elementos contextuales, sociales y culturales que propician la emergencia del trastorno anoréxico actual.² Más concretamente, en esta discusión observaremos grandes cambios conocidos por la sociedad mexicana vinculados, en particular, a las relaciones entre mujeres y hombres, para intentar explicar esta casi exclusividad de las mujeres en el trastorno.

LA ANOREXIA EN EUROPA Y EN MÉXICO EN LOS SIGLOS PASADOS

Santas anoréxicas y herejes de la Europa occidental

La historia de la anorexia puede remontarse a varios siglos antes del nuestro si posamos la mirada en las grandes ayunadoras de la Europa occidental. Hasta el siglo XVII, en la literatura teológica de la Edad Media aparecieron casos de mujeres que ayunaban y rechazaban todo alimento. Sus prácticas extremas de

² En la primera parte del capítulo sólo abordaré el trastorno anoréxico, mientras que en la segunda y tercera partes evocaré a la bulimia. La bulimia es un desorden alimentario cuya nosografía fue identificada en la década de 1970 y que hoy asociamos frecuentemente a la anorexia por sus cercanas manifestaciones alimentarias y corporales.

mortificación y de ascesis alimentaria se contemplaban como signos de elección divina y muchas de ellas fueron canonizadas.

En *L'anorexie Sainte*, Bell describe casos de santas italianas, entre las cuales destaca santa Catalina de Siena (1347-1380), cuya vida fue documentada de manera prolija por su confesor, Raymond de Capoue, en el siglo XIV. La santa casi había dejado de alimentarse: sólo se nutría de pan, agua y hierbas crudas, y se provocaba vómitos introduciendo una ramita en su garganta. Su única alimentación cotidiana era la eucaristía. Negaba sentir hambre, pero daba de comer a los más necesitados e ingería el pus de las heridas de una enferma que curaba. Presentaba características psicológicas a menudo descritas actualmente como típicas del trastorno anoréxico: tenía una voluntad inflexible y un autoritarismo extremo, se esforzaba por no dormir y se autoflagelaba (Bell, 1994: 40, 63, 69 y 75).

Según Bell, el año 1500 representa cierto parteaguas en la historia de la santa anorexia: luego de tres siglos, alcanzó su apogeo. Después, los relatos de estas santas, recuperados por sus confesores, generaron una gran desconfianza hacia ellas. Se les acusaba de ser heréticas o brujas porque no vivían de comidas terrestres sino de un fuego interior; ya no se consideraban como portadoras de una elección de Dios, sino como poseídas por el diablo (Bell, 1994: 212-253).

Médicos escépticos frente a las fasting girls anglosajonas

La primera explicación de los casos de rechazo alimentario fue atribuida a causas sobrenaturales; sin embargo, del siglo XVII al siglo XVIII los médicos empezaron a acercarse a las ayunadoras para recoger observaciones más metódicas. La mirada de una ciencia balbuceante se dejaba deslumbrar por lo maravilloso del tema de la *anorexia mirabilis* (anorexia maravillosa y milagrosa) o de la inedia prodigiosa (Maître, 2000: 47). En aquella época, la idea según la cual un individuo podía “vivir del aire” era bas-

tante común y, a partir de los casos estudiados, los médicos intentaban medir la duración del ayuno y descubrir los eventuales fraudes. Estas observaciones y prácticas se enfocaron en unas ayunadoras profesionales que atraían a los turistas y medios de comunicación: las *fasting girls* (Brumberg, 1988).

Uno de los casos más conocidos es el de Ann Moore, la ayudadora de Tutbury (Inglaterra), quien fue observada día y noche por médicos mandados por el Royal College of Physicians. Ella se dio a conocer entre 1807 y 1813; demostraba fervor religioso y se convirtió en una celebridad, pero suscitó confusión. Las explicaciones a su ayuno se enfocaron en: 1) lo sobrenatural: cierta teoría científica según la cual la ayunadora se alimentaba de aire; 2) la medicina, ya que pensaban que sufría de un mal del esófago que le impedía alimentarse; y 3) el charlatanismo. Las observaciones acabaron por determinar una superchería (Maître, 2000: 87). Otra *fasting girl*, Sarah Jacob, hija de un granjero, dejó de comer en el momento de su pubertad y se convirtió en un gran suceso turístico y mediático, era considerada como una persona que vivía sin *ingesta* ni *excreta*. Los médicos la observaron durante diez días en un hospital de Londres, hasta que murió de inanición (Maître, 2000: 87). En la mayoría de los casos, las *fasting girls* procedían de clases económicas modestas, pretendían tener facultades sobrenaturales y sacaban provecho de su celebridad, aun escandalosa.

La santa anorexia en México

Acabamos de ver que ciertas formas de anorexia han sido individualizadas en el pasado y que varios autores se interesaron por la anorexia sagrada, la anorexia mística y las grandes ayudadoras, tales como las *fasting girls* de los siglos XVIII y XIX de la Europa occidental. ¿Existieron también estas mismas formas de anorexia en México? Aunque falta una investigación específica y sistemática sobre este aspecto, sí es posible encontrar en la

literatura sobre las monjas de los siglos xvii y xviii huellas de la presencia de anoréxicas “santas” y “místicas”. Encontramos, por ejemplo, algunos datos en la Puebla del siglo xvii, ciudad preeminente por su actividad económica y también por su vida religiosa, marcada por procesiones, rogativas, dedicaciones de templos y fiestas religiosas. Entre 1630 y 1680, monjas profesas, como María de Jesús Tomellín, Isabel de la Encarnación y María de San José, manifestaron inclinaciones hacia el seguimiento de una vida de perfección con la adopción de prácticas y actitudes de ascetismo y misticismo (Loreto, 2002: 25). En sus escritos, la madre María de San José afirmaba seguir los modelos medievales establecidos por santa Catalina de Siena y describía sus ayunos, sus oraciones y largas sesiones de mortificación, así como su matrimonio místico con Cristo (Myers, 2002: 68, 70-71).

En los escritos de las monjas novohispanas del siglo xvii, Asunción Lavrin descubrió el caso de la franciscana María de la Purificación, del convento de Santa Isabel de México, cuyos ayunos causaron aprensión en sus superiores por temor a que “perdiera la vida por ayunar”, y subrayaba que el ayuno era “la práctica de mortificación llevada a cabo por las monjas ejemplares” (Lavrin, 2002: 401). Más precisamente, añade la autora: “las monjas reformadas de las órdenes Carmelitas y Capuchinas fueron las que más destacaron por lo riguroso del régimen vegetariano y los ayunos como forma de observancia” (Lavrin, 2002: 401).

En esta breve incursión en los siglos pasados se puede evocar incluso la célebre figura de Sor Juana Inés de la Cruz, aunque como lo apunta Glantz, “si Sor Juana llevaba a cabo las disciplinas de su profesión, incluyendo los flagelos, en su *Respuesta a Sor Filotea*, transfirió la idea de martirio al dominio de lo simbólico, acercándose en espíritu y no en cuerpo al Salvador” (Glantz, 1992: 138 y 141). De hecho, afirma Glantz, el sistema de penitencias organizado para las monjas de la regla de Carmelitas Descalzas era tan rígido que sor Juana tuvo que abandonar, por enfermedad, el convento de Santa Teresa la Antigua. Según las Carmelitas Descalzas, para morir en vida por Cristo

era necesario mortificarse, privarse de cualquier tipo de placer, al grado que aceptaron añadir a los cuatro votos reglamentarios —pobreza, castidad, clausura y obediencia—, un quinto: la promesa de no comer chocolate (Glantz, 1992: 138 y 141).

Otro autor, Antonio Rubial García en su artículo titulado “¿Herejes en el claustro? Monjas ante la Inquisición novohispana del siglo XVIII” (2004), cuenta cómo las autoridades judiciales llegaron a monasterios de religiosas a buscar monjas “ilusas o alumbradas” para que el Tribunal del Santo Oficio las juzgara. Entre esos casos, el autor refiere a una monja llamada Francisca Miranda, del monasterio de San José de Carmelitas Descalzas, quien, en el siglo XVII “escandalizó a sus compañeras con sus visiones y ostentosos ayunos, y porque lanzaba sangre por la boca y le aparecían llagas en el rostro, acompañadas de paroxismos y vómitos” (Rubial, 2004: 20). Al igual que en la Europa occidental, en la Nueva España los comportamientos de estas religiosas eran vistos como insólitos y los inquisidores combatían la locura y la presencia demoníaca en ellas.

Las descripciones clínicas en los siglos XIX y XX

Regresemos a la Europa de la segunda mitad del siglo XIX para observar cómo y cuándo emergió el concepto de *anorexia nerviosa*. Bastó que, de manera casi simultánea, Charles Lasègue, en Francia, y William Gull, en Inglaterra, caracterizaran y describieran esta nueva enfermedad, que comenzaba a observarse con mucha recurrencia, para que su etiología suscitara un debate en los medios médicos. Para unos, la pérdida de apetito era de origen somático, en tanto que, para los demás, era resultado de un trauma, de un choque afectivo sufrido por la paciente. Ambos hacían referencia a la histeria que, en aquel entonces, estaba en boga. Lasègue denominaba al síndrome *anorexia histérica* y Gull lo llamaba *apepsia histérica* antes de adoptar el término *anorexia nerviosa* (Guillemot y Laxenaire, 1997: 10). La expli-

cación más común a la histeria asociaba a la enfermedad con un deseo excesivo de atención por parte de jóvenes demasiado consentidas por padres débiles y sin autoridad moral. De forma paralela a la explicación basada en la histeria, apareció otra de tipo sociocultural: la enfermedad se vinculó con las particularidades de la vida y de la sociedad moderna. Las jóvenes anoréxicas del final del siglo XIX solían pertenecer a la burguesía; su familia —en particular, la madre— se ponía nerviosa al no entender este rechazo a alimentarse y los médicos las veían como niñas consentidas y víctimas de una crisis de la familia adinerada (Fischler, 2001: 382).

Después de esta primera fase de la historia del concepto de *anorexia nerviosa*, se pasó a una segunda fase marcada por el descubrimiento de Simmonds, en 1914, de la *caquexia hipofisaria*, que puso énfasis en la patogenia endocrina. En aquel periodo, la causa de la anorexia nerviosa ya no se atribuía tanto a la histeria sino a los trastornos endocrinos. La hipótesis endocrina generó muchos trabajos con exploraciones biológicas hasta la década de 1950 (Guillemot y Laxenaire, 1997: 11).

Aunque nunca fueron descartadas por los psiquiatras, las explicaciones psicopatológicas regresaron con fuerza a partir de la mitad del siglo XX y dibujaron la tercera fase de la historia del concepto de anorexia. En 1948, por ejemplo, Boutonier y Lebovici insistieron en la importancia del papel de la madre en la génesis de la anorexia; en 1959, Boos asociaba la patología con el temor a la maduración femenina del cuerpo (Kestemberg y Kestemberg, 1998: 15-17). Conforme fueron avanzando las décadas de 1960 y 1970, numerosos trabajos psicoanalíticos intentaron precisar la organización estructural de la anorexia y, entre éstos, se pueden mencionar los de Bruch (1994), los de Kestemberg y Kestemberg (1998) y los de Brusset (1977). En los dos decenios siguientes, los métodos terapéuticos se diversificaron porque los acercamientos explicativos a la afección se hicieron más complejos y se empezó a privilegiar una perspectiva multifactorial (biológica, psicoanalítica, sistémica, etcétera).

LA ANOREXIA EN EL MÉXICO ACTUAL

Un trastorno cada vez más identificado

La distribución de la anorexia en el mundo coincide con un contexto sociocultural propio de cierto nivel de desarrollo económico, alcanzado particularmente en Estados Unidos, Europa occidental y Japón (Guillemot y Laxenaire, 1997: 33; Gordon, 1996: 71-74). Sin embargo, desde hace varias décadas, la anorexia parece haberse propagado ampliamente (Toro, 1996: 98). En México, la desnutrición y los problemas severos de obesidad interesan sobremanera y, sin duda, mucho más que la anorexia, que aparece como un trastorno secundario y marginado. Según los especialistas Unikel y Bojórquez (2007), hasta la década de 1980 se trataba de una enfermedad rara y bastante desconocida tanto por familiares como por profesionales y, hasta el año 1992, existía únicamente una clínica especializada en trastornos de la conducta alimentaria en el país (Unikel y Bojórquez, 2007: 60). En cambio, en la actualidad, por medio de una búsqueda simple en internet, se encuentran catorce instituciones especializadas en trastornos de la conducta alimentaria —doce privadas y dos públicas— en la Ciudad de México,³ así como dieciocho instituciones privadas en el resto del país.⁴ Si bien suponemos que, en

³ Las instituciones médicas que conté y que se encuentran en la Ciudad de México son las siguientes: 1) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; 3) Avalon, Centro de Tratamiento para la Mujer; 4) Ellen West – Fundación Mexicana contra la Anorexia y la Bulimia; 5) Karuna – Clínica de Trastornos Alimentarios; 6) Clínica Ángeles – Trastornos de la conducta alimentaria; 7) Médica Sur – Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria; 8) Centro Terapéutico Integral Libre de Adicciones; 9) A W Foundation; 10) TRIA, Centro de Tratamiento e Investigación de Anorexia, Bulimia y Obesidad; 11) Fundación Caminar Segura, Centro de Rehabilitación Integral; 12) Centro de Especialistas en Trastornos de la Conducta Alimentaria, Zirel; 13) Casa Rosa y 14) Consciente tu mente. Centro de Psicoterapia.

⁴ Las instituciones médicas que conté y que se encuentran en el resto del país son: 1) Clínica Nuevo Ser en Tijuana, Baja California; 2) Comenzar de Nue-

muchas grandes ciudades del país, se atienden estos problemas en los servicios hospitalarios públicos, estas cifras nos permiten adelantar que, desde 1992, hubo un incremento significativo en el número de instituciones médicas especializadas en trastornos alimentarios. Además, es necesario tomar en cuenta que, a pesar de no contar con especializaciones en este tema, la mayoría de los hospitales tanto públicos como privados atienden los cuadros clínicos que se presentan en pacientes con trastornos alimenticios.

Otros dos elementos confirman que la anorexia es un trastorno cada vez más identificado en México: por un lado, el incremento de cursos especializados en este campo para profesionales de la salud; por el otro, el número creciente de tesis de licenciatura, maestría y doctorado, y artículos científicos que se realizaron sobre el tema en los últimos veinte años, desde varias áreas del conocimiento como la psicología, las ciencias de la comunicación, la odontología, el trabajo social, la pedagogía, la sociología y la biología (Unikel y Bojórquez, 2007: 62).

vo, en Monterrey; 3) Clínica Humanidad Limpia, en Puebla; 4) Paraíso. Clínica de rehabilitación en adicciones en Cuernavaca, Morelos; 5) Centro Médico Toluca – Clínica de atención psicoterapéutica en Metepec, Estado de México; 6) Clínica Satori (adicciones y trastornos alimentarios) en Cuernavaca, Morelos; 7) Oceánica (adicciones y trastornos alimentarios) en Mazatlán, Sinaloa; 8) Misión Renace. Clínica de rehabilitación en adicciones en Aguascalientes, Aguascalientes; 9) Valebis. Clínica para mujeres en Querétaro, Querétaro; 10) Centro de Tratamiento de Alcoholismo y Drogadicción Pacífica en Mazatlán, Sinaloa; 11) Santuario. Clínica de rehabilitación en Jesús María, Aguascalientes; 12) Campo Renacimiento. Adicciones y Tratamientos en Guadalajara, Jalisco; 13) Clínica Una Nueva Visión en Coacalco, Estado de México; 14) Clínica de Ansiedad, Depresión, Estrés, Anorexia, Bulimia y Comer Compulsivamente (CADE) en Guadalajara, Jalisco; 15) Clínica Brisas en Cuernavaca, Morelos; 16) Clínica Albatros en Cuernavaca, Morelos; 17) Clínica Reencuentro en Tijuana, Baja California y 18) Centro Samadhi en Chihuahua, Chihuahua. Estas búsquedas fueron realizadas por última vez el 21 de abril de 2017.

La predisposición a desarrollar trastornos alimentarios

Desde la década de 1990, se realizaron cada vez más estudios sistemáticos sobre la anorexia —y también sobre la bulimia— para determinar la epidemiología, los factores de riesgo, las manifestaciones comórbidas, el desarrollo y la validación de instrumentos de medición, el tratamiento y la prevención. A continuación, se propone una restitución cronológica de varios de estos estudios para observar cómo se llegó a identificar la creciente presencia del trastorno anoréxico en el país:

- En 1993, se publicó un estudio sobre 197 estudiantes (hombres y mujeres) de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el fin de encontrar indicadores relacionados con anomalías de la conducta alimentaria. Sólo una quinta parte de estos sujetos entrevistados conocía lo que era la bulimia y la anorexia y muy pocos de ellos tenían “algunas veces” prácticas para el control de peso (Gómez Pérez-Mitré, 1993: 17-27).
- En 1996, se aplicó un cuestionario a 92 mujeres adolescentes (de 12 a 22 años) que procedían de un nivel socioeconómico medio y medio alto. La muestra fue compuesta por dos grupos: el primero (43 alumnas) estudiaba danza clásica y el segundo (49 alumnas) cursaba secundaria y preparatoria en escuelas privadas de la Ciudad de México. En los dos grupos y de manera casi equivalente, se descubrió que las adolescentes practicaban ejercicio a ultranza para bajar de peso y que se autopercebían con sobrepeso aun cuando tenían un peso normal y con peso normal cuando tenían un peso muy por debajo del normal (Unikel *et al.*, 1996: 121-126).
- En 1997, se trabajó con 200 preadolescentes (edad promedio de 10.8 años), niñas y niños, que cursaban la primaria en escuelas públicas (100) y privadas (100) de la Ciudad de México, a quienes se les pidió opinar acerca de imágenes corporales y de su propia silueta. Los resultados de la encuesta arrojaron que las niñas, a diferencia de los niños, tenían una

preferencia por la imagen corporal delgada y muy delgada; se autopercebían con una figura normal, gorda o muy gorda si bien tenían un peso muy por debajo de lo normal y querían adelgazar lo más posible porque “una persona atractiva es una persona significativamente más delgada que la señalada por los niños” (Gómez Pérez-Mitré, 1997: 31-40).

- En 2000, se publicó el resultado de una gran encuesta aplicada a 10 173 estudiantes de enseñanza media superior pública y privada en la Ciudad de México. Eran 4 676 hombres y 5 079 mujeres con una edad promedio de 14.4 años; el objetivo era develar la presencia de conductas alimentarias de riesgo propias de trastornos como la anorexia y la bulimia. El estudio mostró que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres se encontraban ante un riesgo importante de padecer un síndrome clínico de trastornos alimentarios, que la mayoría de las adolescentes mujeres tenía una preocupación extrema por engordar y que muchas de ellas controlaban su peso recurriendo a diversos métodos (Unikel y Villatoro, 2000: 140-147).
- En 2002, se encontró una relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) alto y los trastornos de la conducta alimentaria a partir de una muestra de 7 597 estudiantes adolescentes de ambos sexos, entre 13 y 18 años, habitantes de la Ciudad de México. Se observó la tendencia a presentar indicadores clínicos de trastornos de la conducta alimentaria a medida que se incrementa el IMC; aunque en ambos sexos se observa la misma tendencia, las mujeres presentaron un mayor promedio de indicadores clínicos (Unikel *et al.*, 2002: 49-57).
- En 2003, se publicaron los resultados de un estudio sobre las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la Ciudad de México, llevado a cabo de 1997 a 2003. Durante este lapso se reportó un incremento de conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes, entre las que destacan: la preocupación por engordar, el uso de métodos purgativos y restrictivos para bajar de peso, así como una sobrestimación del peso corporal (Unikel *et al.*, 2003: 509-515).

- En 2003, 339 estudiantes, hombres y mujeres, entre 16 y 26 años, de nivel socioeconómico medio-alto y alto, residentes de la ciudad de Monterrey, fueron entrevistados con el fin de detectar la presencia de sintomatología de trastornos alimentarios. Nuevamente, el resultado arrojó una gran insatisfacción corporal en la mayoría de las mujeres, así como restricciones alimentarias y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (Álvarez-Rayón *et al.*, 2003: 245-255).
- En 2003 también se realizó un estudio comparativo sobre insatisfacción corporal y seguimiento de dieta en estudiantes adolescentes de ambos sexos, con edades que oscilaban entre los 15 y 18 años, en México y España. Se encontró un alto grado de insatisfacción en ambos países y ambos sexos, siendo las mujeres mexicanas las más insatisfechas con su imagen corporal. La insatisfacción corporal y el seguimiento de dieta representan conductas de riesgo que pueden desembocar en un trastorno de la conducta alimentaria, por lo que se concluye que las mujeres de ambos países son más propensas que los hombres a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) (Acosta García *et al.*, 2003: 223-232).
- En 2004, se publicaron los resultados de una evaluación de actitudes alimentarias problemáticas en 458 mujeres adolescentes (de 15 a 18 años), procedentes de un área semiurbana del estado de Michoacán y se realizó una comparación con un estudio previo en la Ciudad de México. Se encontraron en la población semiurbana frecuencias de hábitos relacionados con desórdenes alimentarios más altos que en la Ciudad de México y se destacó que 1.7% de la población estaba en riesgo de padecer un trastorno alimentario (Bojórquez y Unikel, 2004: 197-202).
- En 2006, se publicó un análisis de la distribución y la relación existentes entre las conductas alimentarias de riesgo y la percepción e insatisfacción con la imagen corporal, en una muestra de 659 mujeres adultas de 25 a 45 años, madres

de estudiantes de primarias y secundarias de la Ciudad de México. Casi 80% de ellas afirmó estar insatisfecha con su imagen corporal y 70.1% quería tener una figura más delgada; muchas de ellas estaban también en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios al adoptar conductas compensatorias (17.3%), comer compulsivamente (12%) y hacer dietas restringidas (5.5%) (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006: 60-67).

- En 2007, se realizó una encuesta a 37 mujeres adultas de una zona rural de Huatecalco, Morelos, para determinar cómo percibían su cuerpo y cuáles eran sus prácticas cotidianas. Casi todas culpaban de su aumento de peso a sus embarazos, a la edad y a “que eso les pasa por ser mujeres”. La mitad de las mujeres se describieron como gordas y muchas de ellas hacían “algo” para bajar de peso, como tomar té de naranja con limón para quemar la grasa. El estudio arrojó también que casi la mayoría creía en “las virtudes de los productos milagro para bajar de peso” (Pérez Gil-Romo *et al.*, 2007: 52-62).
- En 2008, se estudió la correlación entre las habilidades sociales y las conductas alimentarias anómalas por medio de una muestra de 700 mujeres estudiantes de cinco secundarias públicas mixtas del área metropolitana de la Ciudad de México. Los datos recopilados mediante el Cuestionario de Alimentación y Salud y la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva, permiten establecer cierta tendencia: “A mayor problemática en habilidades sociales, mayor seguimiento de dieta restringida y mayor preocupación por el peso y la comida” (Gómez Pérez-Mitré *et al.*, 2008: 447-452).
- En 2009, se estudiaron estadísticamente los resultados de cuatro instrumentos que evaluaron síntomas de anorexia nerviosa y bulimia, interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción corporal, en una muestra de 145 mujeres de entre 12 y 46 años. Se encontró una relación entre la edad, la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción cor-

poral, siendo las mujeres de mayor edad las menos satisfechas con su imagen corporal y en las que se encuentra más interiorizado el ideal de delgadez. Por su parte, los síntomas de trastornos de la conducta alimentaria no mostraron ninguna correlación con la edad, por lo que las conductas alimentarias anómalas son equiparables entre las adolescentes y las mujeres de mayor edad (Álvarez-Rayón *et al.*, 2009: 568-578).

- En 2010, se analizaron las conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en una población estudiantil del sur del estado de Jalisco, a través de las respuestas que dieron 143 mujeres y 109 hombres al Cuestionario de Actitudes Alimentarias, al Cuestionario de Bulimia de Edimburgo y al Cuestionario de Imagen Corporal. Los resultados arrojaron, una vez más, que las mujeres son el grupo con mayor insatisfacción corporal y sintomatología de anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria; mostraron también una relación directa entre el grado de insatisfacción corporal y las prácticas alimentarias de riesgo (Franco-Paredes *et al.*, 2010: 102-111).
- En 2010, también se observó en una muestra de 44 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, pacientes de la Fundación Ellen West, que el 40% de ellas tenía antecedentes familiares con sintomatología de TCA. Además, se observó que aquellas con antecedentes familiares presentaban una mayor magnitud de síntomas que aquellas sin antecedentes (León y Aizpuru, 2010: 119-124).
- En 2011, un estudio llevado a cabo en una institución privada de nivel medio superior del municipio de Tejupilco, Estado de México, reveló que el 17% de la población total estudiada: 316 estudiantes de ambos sexos (175 mujeres y 141 hombres), con una edad promedio de 16.7 años, presenta sintomatología de trastornos alimenticios, siendo las mujeres la población con mayor prevalencia. Este análisis también señala una propensión a padecer este tipo de tras-

ternos en una población de jóvenes con un estilo de vida alejado de las grandes urbes (Guadarrama y Mendoza, 2011: 125-136).

- En 2011, se examinó la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, el uso de sustancias como alcohol o tabaco y el nivel socioeconómico, en 2 357 mujeres adolescentes del Estado de México, estudiantes de nivel medio superior. Se halló una mayor prevalencia de miedo a engordar y práctica excesiva de ejercicio en las jóvenes con menor grado de marginación; de igual forma, este grupo reportó mayor consumo de tabaco, mientras que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol entre los grupos de diferente grado de marginación (Unikel *et al.*, 2011: 523-534).
- En 2012, a partir de datos de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, aplicada a 3 005 jóvenes de entre 12 y 17 años, residentes de la Ciudad de México, se evidenció que existe una mayor tendencia a la comorbilidad, la discapacidad y la conducta suicida en jóvenes adolescentes que padecen algún trastorno alimentario. El 100% de los pacientes con anorexia sufre discapacidad y más de la mitad de los pacientes con bulimia reporta discapacidad grave. Se reveló que han recibido tratamiento menos del 25% de los casos de trastornos de la conducta alimentaria, lo que refleja la imperante necesidad de atención al problema tanto de instituciones de salud como de educación (Benjet *et al.*, 2012: 483-490).
- En 2012, se realizó un estudio comparativo de la imagen corporal y la conducta alimentaria de riesgo entre mujeres mexicanas y alemanas. Se encontró que las mujeres mexicanas expresan una mayor insatisfacción con su imagen corporal. En ambos países la figura más delgada fue elegida como la “más atractiva”, evidenciando la presión social hacia la delgadez. Una de las grandes diferencias encontradas fue que la insatisfacción corporal de las mexicanas está ligada a la variable subjetiva de la autopercepción corporal mientras que la

insatisfacción de las alemanas se relaciona más con la variable objetiva de la medida del Índice de Masa Corporal (IMC). Se concluye que, tomando en cuenta la insatisfacción corporal y la práctica de dietas, el grupo mexicano se encuentra en mayor riesgo de desarrollar síntomas de bulimia y anorexia que el alemán (Gómez Pérez-Mitré *et al.*, 2012: 19-28).

- En 2013, se evaluaron factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la licenciatura en nutrición de una universidad pública de Mérida, Yucatán. De una muestra de 112 participantes, 88 mujeres y 24 hombres, se obtuvo que los hombres (20.1%) expresan un mayor grado de insatisfacción corporal que las mujeres (15.9%). Casi la mitad del total de participantes presentó una interiorización del modelo estético de delgadez; además se encontró una correlación significativa entre este último y la insatisfacción corporal (Cruz-Bojórquez *et al.*, 2013: 37-44).
- En 2013, se estimó la prevalencia de riesgo de trastorno alimentario en una muestra de 767 mujeres, de entre 16 y 20 años. Se concluyó que el peso, el IMC, la percepción de la imagen corporal y la sobrevaloración de la delgadez son factores relevantes en adolescentes con alto riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. Además, las adolescentes con alto riesgo reportaron un mayor consumo de tabaco y mayores porcentajes de alexitimia (incapacidad para expresar emociones) y ansiedad, así como una edad menor en el comienzo de consumo de alcohol. Los resultados sugieren la necesidad de prevención de TCA, información del riesgo de interiorización del ideal de delgadez extrema, educación nutricional y técnicas de expresión y regulación emocional (Cruz-Sáez *et al.*, 2013: 724-733).
- En 2014, se midió el riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en una muestra de 420 universitarios de ambos sexos, de entre 18 y 30 años, estudiantes de la universidad pública de Ensenada, Baja California. Según este estudio, no se encontraron diferencias

significativas por sexo al medir el riesgo de padecer anorexia y bulimia; sin embargo, los niveles de ansiedad altos incrementan el riesgo de padecer alguno de estos dos trastornos. Se encontró también una relación entre el inicio temprano de la pubertad (entre los 9 y 11 años) y el riesgo de padecer bulimia (Pineda-García *et al.*, 2014: 80-90).

- En 2015, se realizó un estudio con el objetivo de identificar similitudes y diferencias entre la anorexia nerviosa en mujeres y el trastorno dismórfico muscular en hombres, a partir de una búsqueda bibliográfica en bases de datos médicas. Se encontró que en ambos trastornos la insatisfacción corporal y la distorsión de la imagen corporal son factores centrales (Behar y Arancibia, 2015: 121-128).
- En 2016, se analizó la relación entre la alexitimia, la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios con base en los tests “Escala de alexitimia de Toronto” y el “Cuestionario de imagen corporal”, aplicados a 175 mujeres con una edad promedio de 19.82 años, pacientes de la Fundación Ellen West, México, de las cuales 57 fueron diagnosticadas con anorexia, 55 con bulimia y 63 con un trastorno alimentario no especificado. Se concluyó que la alexitimia tiene una influencia significativa en la insatisfacción corporal, factor fundamental en trastornos como la anorexia y la bulimia (Díaz-Castillo y Aizpuru, 2016: 71-77).
- En 2017, se publicó una investigación comparativa de dos contextos distintos (tradicional y no tradicional) en la que se observa la relación entre los roles de género interiorizados y las actitudes negativas hacia la alimentación, a partir de las respuestas que dieron 392 mujeres de entre 13 y 18 años, habitantes de la Ciudad de México y de Pungarabato, Guerrero. Los resultados mostraron que las características negativas de los roles de género, en específico la sumisión en el contexto tradicional y el machismo en el no tradicional, están asociadas a las actitudes negativas hacia la alimentación. Asimismo, se demostró que los trastornos de la conducta

alimentaria no son exclusivos de los contextos urbanos no tradicionales (Silva *et al.*, 2017: 40-48).

La difícil medición de la anorexia

Como se aprecia en la larga lista de estudios que acabo de exponer, tanto en la Ciudad de México como en otras ciudades del país —así como en los medios rural y urbano—, las mujeres de todas las edades, desde la niñez a la adultez, expresan mayor insatisfacción con su imagen corporal que los hombres. Los resultados también dejan ver la estrecha relación entre esta insatisfacción corporal y la predisposición a desarrollar trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia. A pesar de que las investigaciones sobre este tema han crecido de manera significativa en los últimos años, sigue siendo complicado obtener una cifra precisa sobre el número de personas susceptibles de padecer anorexia en México, pues las muestras son restringidas a poblaciones específicas. De hecho, hasta hace muy poco no existían datos oficiales sobre estos trastornos; sin embargo, en 2016 el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género, publicó la infografía basada en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012, en la que se aprecian cifras como: el 90% de los casos de bulimia y anorexia son mujeres, con mayor prevalencia en adolescentes entre 14 y 19 años y que hay veinte mil nuevos casos de anorexia y bulimia cada año (CEAMEG, 2016).

En el caso de estos trastornos, es imprescindible ir más allá de los resultados cifrados, que pueden ser aleatorios por diferentes razones. La primera razón es que los datos —y más específicamente en los estudios sobre la anorexia—, si bien pueden contar a las pacientes que acuden a instituciones médicas, no siempre toman en cuenta las hospitalizaciones por recaída o la asistencia de una misma paciente a distintos centros terapéuticos. La segunda razón es que la anorexia (como la bulimia)

es una experiencia corporal y alimentaria difícil de aceptar y confesar: ¿cómo revelar al entorno que uno tira toda su comida a escondidas o que se provoca el vómito después de cada ingestión? Por lo tanto, hay muchas personas que pueden “sufrir en silencio” durante toda o buena parte de su vida. Una tercera razón es que la familia, por falta de recursos económicos o por costumbre, no puede acudir a medicina general ni a los servicios especializados (Medina-Mora *et al.*, 1992).⁵ Sólo con estas tres razones se puede ver la dificultad de medir el índice de prevalencia o la incidencia de la anorexia (y la bulimia) en un país, ya se trate de México o de cualquier otro.

Probablemente hay muchos casos de los que no se tiene información, sobre todo de las manifestaciones más leves del trastorno, lo que algunos autores llaman “anorexia (o bulimia) subclínica”.⁶ A nuestro parecer, resulta también difícil apreciar si hay un incremento real del número de casos de estas patologías o si se trata de afecciones cada vez mejor conocidas, diagnosticadas y tomadas en cuenta.

⁵ Este estudio de hogares realizado en una población urbana del país ha documentado que las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en redes sociales: 54% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados. En la Ciudad de México se documentó también que tan sólo 20% de las personas con trastornos de depresión mayor buscaba algún tipo de atención especializada (Caraveo *et al.*, 1999: 62-67).

⁶ Buckroyd plantea perfectamente el problema de la “anorexia subclínica”, es decir, el que haya muchas mujeres jóvenes que sufren un leve grado de anorexia y que nunca van al médico. Según ella, los criterios del *DSM-IV* sólo conciernen las etapas más avanzadas de la enfermedad, las cuales necesitan internamiento. A manera de ilustración, la autora plantea las cuestiones siguientes: “¿Y la muchacha que ha perdido más de seis kilos en los últimos seis meses, que busca excusas para no comer con su familia, que anuncia que se ha vuelto vegetariana y rechaza comer “grasa” de cualquier tipo? ¿Es anoréxica? ¿Y la muchacha que desde hace un año pierde peso gradualmente, no quiere salir porque dice sentirse gorda y fea, y tiene reglas periódicas pero escasas? ¿Es anoréxica? ¿Y la adolescente de quince años que mide un metro setenta y usa la talla 36, todavía no menstrúa, quita la grasa de todos los alimentos, dice ser ‘muy gorda’ y se pesa varias veces al día? ¿Es anoréxica?” (Buckroyd, 1998: 19-20).

Ley de tallas y campañas contra la anorexia y la bulimia

El 15 de febrero de 2007, se publicaron en la *Gaceta parlamentaria* puntos de acuerdo legislativos en relación con los trastornos alimentarios entre la juventud mexicana (Cámara de Diputados, 2007). Los legisladores exhortaban al titular del Poder Ejecutivo federal a: 1) implantar, por medio de la Secretaría de Salud y en los tres ámbitos de gobierno, programas específicos de atención integral, personalizada y profesional a personas que padezcan algún trastorno alimentario; y 2) incluir en los planes de estudio del sistema educativo nacional información básica que permita a los niños, a los adolescentes y a los padres de familia prevenir eficazmente cualquier tipo de trastorno alimentario.⁷

Otros puntos de acuerdo fueron: 1) que la Secretaría de Gobernación establezca lineamientos para evitar que las modelos que desfilan en pasarelas y que salen en los anuncios televisivos estén extremadamente bajas de peso; 2) que la Secretaría de Educación Pública realice un ciclo de conferencias en las escuelas de educación básica, media y media superior, instruyendo a los jóvenes sobre las consecuencias de la anorexia y la bulimia; 3) que la Secretaría de Salud inicie una campaña publicitaria para informar sobre las consecuencias de la anorexia y la bulimia con el fin de prevenirlas; y 4) que instale clínicas especializadas para la atención gratuita a las mujeres que las padecen.⁸

De estos puntos de acuerdo se derivó, dos meses más tarde, el 17 de abril de 2007, la votación de la “Ley de tallas”. Esta ley planteó la eliminación de la talla cero, obligando con ello a los industriales a fabricar ropa de tallas más grandes; la interdicción a las agencias de modelaje para la contratación de personal que se encuentre de 15 a 20 kilos por debajo del peso mínimo

⁷ Estos dos puntos de acuerdo estuvieron a cargo de la diputada Elizabeth Morales García, del grupo parlamentario del PRI.

⁸ Estos cuatro puntos de acuerdo estuvieron a cargo de la diputada Claudia Gabriela Caballero Chávez, del grupo parlamentario del PAN.

que indican los estándares de salud y la difusión de programas o acciones de control y lucha contra la anorexia y la bulimia.

Meses después surgieron algunas campañas de salud. El 10 de julio de 2007 se lanzó una campaña de información titulada “Quiérete” para la prevención de la anorexia y la bulimia. El acto tuvo lugar en cuatro parques de la Ciudad de México: el Parque México, la Alameda Central, el Parque Naucalli y el Bosque de Tlalpan. Se invitó al público en general a reunirse en esos lugares para involucrarse en esta acción; la campaña llegó después a escuelas y universidades mediante conferencias (*Notimex*, en *El Universal*, 2007). El año siguiente, en abril de 2008, se transmitieron los programas audiovisuales “¿A qué le tiras?”, que la Secretaría de Educación de la Ciudad de México lanzó para incitar a los jóvenes a que luchen en contra del alcoholismo, la drogadicción, la anorexia y la bulimia, entre otros problemas (Secretaría de Educación Pública, 2010a). El 14 de octubre de 2008, la cantante Anahí y Fundación Televisa, en colaboración con la Secretaría de Salud, lanzaron la campaña “Si yo puedo, tú también” para prevenir la anorexia y bulimia (Secretaría de Salud, 2010a). Como otro ejemplo, mencionemos la campaña “Alimenta tu corazón”, realizada por organizaciones e institutos en Jalisco, que durante 2009 tuvo como objetivo prevenir la anorexia y la bulimia, rompiendo con todos los mensajes mediáticos que promueven la extrema delgadez y el consumo de productos utilizados como purgantes (*UMédico*, en *Universo Médico*, 2008).

En 2010, la Secretaría de Educación Pública también organizó, en preparatorias y bachilleratos del país, un ciclo de conferencias titulado “En la mira: género y educación media superior”, en el que se trataron temas como salud sexual y reproductiva, noviazgo, así como los trastornos de la conducta alimentaria, en específico la anorexia y la bulimia (Secretaría de Educación Pública, 2010b). Un año después, en 2011, se anunció que el Instituto Mexicano del Seguro Social de Nuevo León, aplicaría un programa público contra la anorexia (*Notimex*, en *Azteca Noticias*, 2011). Por su parte, la Fundación Mexicana

Ellen West contra la Anorexia y la Bulimia, en conjunto con los gimnasios Curves crearon la “Alianza contra la anorexia y la bulimia” y lanzaron la campaña de prevención “La anorexia y la bulimia son problemas difíciles de ver”, junto con varios patrocinadores que accedieron a colocar imágenes y frases para concientizar a la población sobre el problema (Mesa Editorial, en *Merca 2.0*, 2011). Ese mismo año, la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México catalogó la anorexia y la bulimia como problemas de salud pública y reformó la “Ley para la prevención y el tratamiento de la obesidad y trastornos alimenticios”, a través de la cual prohibió a las dependencias de la administración pública utilizar personas con extrema delgadez como estereotipos de salud o belleza en su publicidad, así como se les exhortó a mostrar una visión plural y saludable de la población (Mora, en *El Universal*, 2011). En 2012, gracias a la difusión en redes sociales y a distintas acciones de concientización en internet, que llevaron a cabo las administradoras de un blog dedicado a estos temas, se estableció el 30 de noviembre como el Día internacional de la lucha contra los trastornos alimenticios (AJV, en *Informe 21.com*, 2016).

Estas acciones y campañas recientes demuestran la amplitud de la toma de conciencia del fenómeno en México y el deseo genuino de luchar contra los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia. Es importante recordar también que estas campañas empezaron en un momento de polémica mundial en torno a la reglamentación del peso de los modelos. En noviembre de 2006, Carolina Reston, modelo de las pasarelas brasileñas, murió de hambre y de cansancio (Vaton, en *Le Nouvel Observateur*, 2006). Otra brasileña, Maria Galvão, “aspirante a la profesión de maniquí”, de 14 años, que pesaba 38 kilos y medía 1.70 m, falleció por anorexia el 8 de enero de 2007 (DPA, en *La Jornada*, 2007). Frente a estos fallecimientos, varios países como España, Brasil, Uruguay y Alemania tomaron algunas medidas. Por ejemplo, la marca de ropa española No-1-ita lanzó la campaña “No anorexia” en 2007. En dicha campaña presen-

taron la imagen de la modelo francesa de 27 kilos Isabelle Caro, quien murió tres años después, víctima de la misma enfermedad (Quiñonero, en *ABC*, 2011). Años más tarde y a pesar de las medidas tomadas por distintas instituciones, el mundo de la farándula mexicana se conmocionó en 2013 por la muerte de la actriz Karla Álvarez quien falleció a causa de un paro cardio-respiratorio derivado de la bulimia y anorexia que sufría (GDA, en *La Nación*, 2013).

MUJERES DE HOY Y PRESIONES CULTURALES

La santa anorexia versus la anorexia de hoy

Como vimos antes, la anorexia parece haber atravesado los siglos. Al respecto, la pregunta es: ¿qué paralelos hay entre la santa anorexia y la anorexia nerviosa contemporánea? Primero, en torno a las prácticas alimentarias, tanto para las monjas de los siglos XVII y XVIII como para las jóvenes de hoy, la comida es como un demonio por el cual las personas se sienten poseídas —a veces también parecían estarlo—; en segundo lugar, su obsesión es tan intensa que se convierte en una lucha contra la necesidad y el deseo de alimentarse. En ambos casos, una relativa estereotipia caracteriza sus comportamientos alimentarios. En la actualidad, se hace una distinción entre la anorexia de tipo “restrictivo” y la anorexia “con atracones/purgas”, dependiendo de si la persona, empeñada en una dieta severa con periodos de ayuno prolongado y de ejercicios físicos, entra en fases de restricción alimentaria o si las alterna con crisis de ingestiones de alimentos, seguidas de vómitos autoprovocados o de tomas de laxantes (APA, 2014: 339). La joven anoréxica contemporánea ejerce un control extremo sobre su alimentación: racionaliza todo alimento en función del número de calorías, se prohíbe comer alimentos con grasas y adora los productos *light* (Tinat, 2006). Esta actitud hacia la alimentación es parecida a la que te-

nían las Carmelitas Descalzas que tomaron el voto de no comer chocolate —aunque ellas no lo hacían por el alto número de calorías de los alimentos.

Asimismo, si nos enfocamos en las prácticas corporales, también encontramos correspondencias entre las jóvenes de hoy y las religiosas de ayer. La anorexia contemporánea se caracteriza por una percepción alterada de la silueta y un deseo intenso de bajar de peso; pero, además, se sabe que las jóvenes tienen una práctica deportiva intensa y que controlan de forma permanente y constante las fluctuaciones de su cuerpo, pesándose o midiéndose (Tinat, 2006: 105-106). El sentimiento de control las embriaga. Las jóvenes anoréxicas de hoy se empeñan en domar su cuerpo, con el objetivo de adelgazar lo más posible; cuanto más logran bajar de peso, más capaces y poderosas se sienten. La práctica corporal que hacían las Carmelitas Descalzas era menos un deporte que un ejercicio ascético; se flagelaban, se disciplinaban, se penitenciaban “en un afán por imitar la Pasión de Cristo y comunicarse con él a través de los sentidos” (Glantz, 1992: 138). Apunta Glantz, “Las monjas más mortificadas eran las más santas, las más admiradas” (1992: 141). Aunque haya diferencias en las prácticas corporales entre las dos figuras anoréxicas —la de ayer y la de hoy—, el punto que las une es la búsqueda de la perfección, de un ideal corporal y espiritual.

Estas observaciones no significan que la anorexia es una afección antigua que no hizo más que atravesar los siglos. Estas advertencias sólo permiten adelantar que, en épocas y contextos socioculturales muy diferentes, hubo manifestaciones y comportamientos muy parecidos.

La tiranía del cuerpo delgado

Un aspecto sociocultural que favorece la aparición del trastorno anoréxico y que, a la vez, le da cierta legitimidad actualmente es el ideal de delgadez que se impone a las mujeres. Esta tendencia

no es nueva. Desde principios del siglo xx y con más fuerza a partir de su segunda mitad, la apariencia corporal de las mujeres se ha transformado en las sociedades occidentales, adquiriendo verticalidad, firmeza, sensualidad y delgadez (Vigarelo, 2004). Más precisamente, a partir del final de la década de 1960 y gracias a las reivindicaciones feministas a favor del dominio de la procreación y de la libertad sexual, se transformó la estética corporal femenina. La puesta en escena de los cuerpos en las grandes urbes se relacionó con una búsqueda de igualdad entre los sexos y se instaló la ilusión andrógina mediante el uso de ropa de moda “mixta”. El ícono de estas tendencias fue encarnado por Twiggy, la famosa modelo anoréxica, como lo abordaré en el tercer capítulo. Luego, se luchó por una mayor aceptación de la presencia homosexual en espacios públicos, así como por el reconocimiento de las sexualidades diversas y la multiplicidad de masculinidades y feminidades. Como parte de estas transformaciones, en los años 1990 y 2000 presenciamos la aparición de cosméticos para hombres y los adeptos a estos productos de belleza fueron bautizados como “metrosexuales” (Vigarelo, 2004: 234). En este sentido, mujeres y hombres han tratado no sólo de controlar su apariencia corporal, sino también de individualizar su estilo, de trabajar sus atributos corporales, de afirmarse a sí mismos. Sin embargo, el mandato de la delgadez se ha mantenido vigente. A lo largo del siglo xx, “adelgazar” ha sido sinónimo de “verse más guapa o guapo” y la “lipofobia” u “odio a la grasa” ha favorecido la emergencia de los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia (Gordon, 1996: 122-123; Fischler, 2001: 373).

En estos tiempos globalizados, tanto la Ciudad de México como otras grandes ciudades del país e incluso el medio rural reciben y tienen acceso a las tendencias procedentes de Europa y Estados Unidos. Las mujeres mexicanas están bajo el yugo del mandato de adelgazar para tener más éxito en su vida privada y social. Numerosas revistas femeninas prodigan todo tipo de consejos de belleza y muestran modelos perfectas; los espec-

taculares proyectan mujeres blancas y delgadas; tiendas como el Palacio de Hierro o grandes franquicias como Zara y Mango ofrecen ropa de moda internacional para mujeres de “todas las tallas”, pero los maniqués que exhiben en los escaparates suelen ser siluetas larguiruchas. Para alcanzar este ideal de delgadez proliferan los productos *light* y los productos milagro para perder peso. La cirugía estética tiene gran éxito no solamente en los sectores altos de la población, sino también en mujeres de clase popular, quienes entran en “tandas” o grupos para someterse a una operación que les mejore alguna parte del cuerpo (Guerrero, 2009). Un dato muy interesante es el incremento significativo de los centros recreativos y deportivos del sector privado: según los censos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, entre 1989 y 2004, en México el número de estos centros privados pasó de 8 321 a 27 440 y, en la Ciudad de México, la cifra aumentó de 874 a 2 908; la proliferación de gimnasios es un buen indicador del éxito de la cultura *fitness* en las ciudades del país (Zarco, 2009). Esta cultura *fitness* sigue en expansión, según datos del Inegi, una década más tarde, en 2014, las cifras se incrementaron a 50 392 centros culturales y deportivos en el país y 4 731 en la Ciudad de México (Inegi, 2014). El medio rural no se libra de estas influencias. A partir de observaciones limitadas a un trabajo de campo que realicé en Michoacán y que expondré en el capítulo siguiente, puedo adelantar que las jóvenes de los pueblos están en la búsqueda de una delgadez que ven en las actrices de las telenovelas y que, imaginan, es el estándar en Estados Unidos —lugar a donde se dirigen muchos compañeros suyos.

El mandato de delgadez abarca todas las capas de la población en México y todos los medios, más aún cuando florecen campañas y políticas públicas contra la obesidad, problema de salud pública alarmante. A principios de 2010, la Secretaría de Salud dio a conocer que México ocupaba la segunda posición, detrás de Estados Unidos, con 31.7% de adultos obesos y 39.7% de adultos con sobrepeso (Secretaría de Salud, 2010b: 7). Para

2015, estas cifras subieron de forma preocupante colocando a México en el primer lugar mundial tanto de obesidad como de obesidad infantil. Actualmente, según la información de la Secretaría de Salud, siete de cada diez adultos padecen sobrepeso (Secretaría de Salud, 2017). Si recordamos que el temor de las personas es precisamente volverse obesas, comprendemos este miedo como otro elemento que nutre la obsesión por alcanzar la delgadez. Las anoréxicas de hoy tienen un argumento de circunstancia al que recurren muy frecuentemente para justificar su propia esbeltez por motivos de salud y bienestar.

La evolución del papel de la mujer en la sociedad

Al ser un trastorno principalmente sufrido por mujeres jóvenes, la anorexia generó que algunas feministas estadounidenses e inglesas, como Kim Chernin y Susie Orbach, intentaran desentrañar qué era lo que, en el clima sociocultural de la década de 1970, podía incitar a las mujeres a que adoptaran este tipo de comportamiento. Tanto Chernin (1981) como Orbach (1986) difundieron visiones bastante maniqueas al declarar que la anorexia —como la bulimia— era una respuesta a la opresión y dominación masculina impuesta a las mujeres. Según ellas, la llegada al mundo laboral en la década de 1970 suscitó en las mujeres sentimientos complejos, que mezclaban una sensación de liberación y de mayor autoestima con sentimientos de culpa y vergüenza, ya que empezaban a pensar más en ellas mismas y menos, o de manera diferente, en los demás: sus hijos y su marido (Guillemot y Laxenaire, 1997: 74).

Aunque ya pasaron más de cuarenta años desde que se formularon estas reflexiones, es sorprendente observar hasta qué grado las jóvenes que sufren anorexia expresan implícitamente una angustia a hacerse mujeres en el mundo. Más precisamente, es en las entrevistas a profundidad cuando florecen sus con-

fusiones sobre las maneras en que pueden construir su propio destino. A diferencia de sus madres, que eran amas de casa, responsables de la intendencia doméstica y de la educación de los hijos; las jóvenes de hoy —y sobre todo las procedentes del medio urbano del país— anhelan compaginar la maternidad y una carrera profesional, cuando no abandonan incluso la idea de tener hijos. Desde hace varias décadas, las mujeres mexicanas han luchado para salir del ámbito de lo privado y poder entrar en la esfera de lo público y esta conquista ha generado conflictos internos porque, al salir del hogar, las mujeres han tenido la impresión de adoptar conductas masculinas y de perder su femineidad (Lamas, 2000: 16-17). A su vez, los hombres se han sentido desplazados en su masculinidad, perdiendo en parte la función de proveedores económicos.

El cambio del papel de la mujer en la sociedad es, sin duda, un elemento contextual tan importante como la tiranía de la delgadez para poder explicar la eclosión contemporánea de los trastornos alimentarios. En la actualidad, sobre todo en las ciudades, las mujeres se construyen bajo presiones múltiples: deben ser delgadas, atractivas y femeninas, ambiciosas y eficaces profesionalmente, buenas madres, excelentes esposas y amas de casa ejemplares. La anorexia es un trastorno vinculado con una búsqueda constante de perfección, no sólo corporal, sino también social, y este clima cultural proporciona una justificación a estas jóvenes para seguir su búsqueda.

Un modelo “gastro-anómico” en la Ciudad de México

Las transformaciones del papel de la mujer y de la estructura de la familia han tenido repercusiones en los modelos alimentarios. Al salir a trabajar, las mujeres se han alejado de la cocina y tiende a reducirse el número de ingestas tradicionalmente realizadas por toda la familia. En la Ciudad de México reina la “gastro-anomía”, que describe Fischler y que consiste justamente en

un debilitamiento de la estructura de las comidas tradicionales y una progresión de los procesos de individualización de las elecciones alimentarias en las sociedades occidentales (Fischler, 2001: 212-216). El comensal contemporáneo y urbano parece tener una alimentación más aleatoria y fragmentada, fundamentada en un “picoteo” constante.

La Ciudad de México no se libra de esta anomia alimentaria, esto en parte se debe a la extensión de la aglomeración: los desplazamientos cotidianos entre la casa y el lugar de trabajo pueden tomar de dos a cuatro horas del día de un individuo. Estas distancias implican un modo de alimentación a la medida de cada uno y, para esto, la ciudad brinda un número incalculable de opciones. Por un lado, los puestos instalados en las banquetas ofrecen una alimentación rápida y tradicional: tacos, tamales, sopas, elotes. Según Torres y Trápaga, la presencia de los puestos de la calle se incrementó en la década de 1970, cuando las mujeres empezaron a dejar el espacio privado durante buena parte del día para ir a trabajar (Torres y Trápaga, 2001: 195-196). Por otro lado, México, como toda gran ciudad, ofrece múltiples opciones de restaurantes: mercados de comida, cocina económica, *fast-food* del tipo estadounidense, restaurantes de cocina extranjera.

La Ciudad de México es un terreno ideal para el desarrollo de esta “gastro-anomia” contemporánea. Las tres comidas tradicionales son sustituidas por un modo de alimentarse constante, de prisa y corriendo, en el camino al trabajo, al salir del metro o al bajar de un pesero. En este panorama, las personas que sufren anorexia tienen otro argumento de circunstancia: al salir de la escuela, de la universidad o del trabajo, “no han tenido tiempo” o “se han olvidado de comer” y la familia ni cuenta se da.

CONCLUSIONES

Como se ha mencionado en este capítulo, aunque la anorexia muy a menudo es considerada como un trastorno específicamente contemporáneo y socialmente caracterizado, se encuentra en épocas y en contextos culturales muy diferentes. El rechazo deliberado a la comida por parte de las mujeres se ha presentado en el transcurso de los siglos y lo que ha cambiado, principalmente, es la forma en que se ha justificado este comportamiento. El contexto social modifica el sentido atribuido al fenómeno y, de alguna manera, transforma el fenómeno en sí (Fischler, 2001: 382). Por un lado, las grandes ayunadoras religiosas fueron observadas como santas, pero también como herejes, poseídas por el diablo; por el otro, las anoréxicas contemporáneas son consideradas muchas veces como víctimas de los cánones de belleza imperantes y de las transformaciones de la sociedad actual. Cada perfil de mujer tuvo y tiene sus propias ideologías y condiciones de vida. Ambos perfiles estuvieron y están expresando el deseo de alcanzar un ideal de perfección.

Lo que no es antiguo es el concepto mismo de *anorexia*, aunque tenga ya más de un siglo de existencia. Si bien durante mucho tiempo remitió a una categoría médica y psiquiátrica, parece que en la actualidad ha entrado en el lenguaje común. El hecho de que una mujer joven, muy delgada, dentro del paisaje urbano, sea etiquetada como “anoréxica” es significativo de cómo se considera el fenómeno en este inicio del siglo XXI. Tiendo a pensar que la tiranía de la delgadez y que los cambios de estatus social, vividos por las mujeres, son los grandes responsables del adelgazamiento extremo y, en parte, así es. Sin embargo, me parece imprescindible señalar este uso y abuso del lenguaje y distinguir los grados de obsesión y sus impactos reales en la salud de las mujeres.

II LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN EL MEDIO RURAL¹

ESTE ESTUDIO PARTE de una observación general y muy 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, se constata que estos trastornos alimentarios también pueden surgir en zonas “occidentalizadas” de los países en desarrollo. En efecto, Toro afirma que, a partir de la década de 1980, 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 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 confrontan con cierto desarraigo respecto a su cultura de origen.²

¹ La versión original de este texto es: “¿Existen la ‘anorexia’ y la ‘bulimia’ en el medio rural? Nuevas representaciones y prácticas alimentarias y corporales en los jóvenes de Patamban, Michoacán”, *Estudios sociológicos*, vol. xxvi, núm. 78, mayo-agosto, 2008, pp. 647-667.

² Es muy usual descubrir este problema en los diarios de las personas que sufren anorexia o bulimia, un solo ejemplo puede ser Raveglia (2002).

En México, la desnutrición y la obesidad representan un problema más grande que la anorexia y la bulimia, que aparecen como secundarias y marginadas, por lo que obtener datos precisos y confiables acerca de la prevalencia de estos trastornos representa complicaciones metodológicas importantes. En efecto, por ejemplo, a veces no se toma en cuenta el hecho de que un mismo individuo pueda acudir a diferentes centros médicos (Maillet, 1995: 13). Ocurre también que estos trastornos casi no se admiten o confiesan y, en la mayoría de los casos, se viven a escondidas. Por último, 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.

Existen varios análisis de corte epidemiológico que arrojan datos sobre una realidad que, la mayoría de las veces, es urbana. Entre éstos se encuentran dos estudios publicados a inicios de la década de 2000, basados en una muestra de 7 597 mujeres jóvenes de la Ciudad de México, donde señalan que el 5.4%, entre 13 y 15 años, y el 16.1%, entre 16 y 18 años, presentan conductas alimentarias de riesgo, y que el 2.8% de ellas están predispuestas a desarrollar un síndrome clínico de los trastornos de la conducta alimentaria (Unikel *et al.*, 2002: 54; Unikel y Villatoro, 2000: 146).

Más recientemente, de manera paralela a investigaciones centradas en la Ciudad de México, se han publicado otros estudios en ciudades como Monterrey, Ensenada, Mérida, que destacan resultados similares, como se mencionó en el capítulo anterior. Respecto a estudios sobre contextos que se podrían acercar a lo que voy a referir en este capítulo, existe uno realizado con adolescentes de un medio semiurbano del estado de Michoacán que presentó tendencias semejantes (Bojórquez y Unikel, 2004: 197). Asimismo, un análisis en un contexto semi-rural del Estado de México y otro en un medio rural del

estado de Morelos, revelan una tendencia a la insatisfacción de las mujeres con su cuerpo, de forma muy similar que en las grandes urbes; ambos también revelan una predisposición a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en el medio rural. Incluso se hizo un estudio comparativo entre la Ciudad de México y Pungarabato, Guerrero, que analizó las diferencias entre un contexto “tradicional” y otro “no tradicional”, concluyendo que existe una relación entre las conductas de riesgo y la interiorización de roles de género femeninos, en ambos contextos.³

Como se destacó en el primer capítulo, estas afecciones se tratan en la Ciudad de México y en varias ciudades del país. Actualmente, varias instituciones médicas, públicas y privadas, ofrecen diferentes tratamientos terapéuticos para las personas que sufren anorexia o bulimia. Y, como lo expresé en la introducción, realicé trabajo de campo en dos instituciones de la capital con pacientes anoréxicas. En aquel momento, mi objetivo principal era estudiar las representaciones de la feminidad y las prácticas corporales en este trastorno. 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.⁵ Entre otras observaciones, me percaté de que las jóvenes, que acudían a las instituciones médicas, no procedían forzosamente de familias adineradas de la ciudad —como se suele creer— sino que

³ Véase el primer capítulo.

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).

⁵ Desarrollaré estos temas en los próximos capítulos.

algunas de ellas vivían lejos de la capital en zonas semirurales o rurales del país.⁶

Con estos resultados y estas observaciones en mente, y con la curiosidad aguzada, inicié un trabajo de campo en un pueblo de Michoacán. Mi objetivo no era buscar casos de anorexia y/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, este capítulo tiene por objeto restituir algunos datos empíricos de dicha búsqueda 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 constituye 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 con el desarrollo de la moda y el consumo masivo; y 3) la obsesión cultural por la obesidad y el control del peso (Gordon, 1996: 62). Aunque estos tres factores sean propios de ciertos entornos sociales, la hipótesis de estas líneas 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.

Según la terminología médica, la anorexia nerviosa y la bulimia son “trastornos de la conducta alimentaria” porque suponen esquemas anormales de alimentación. Sin embargo, esta expresión “trastornos de la conducta alimentaria” tal vez no sea

⁶ En estos casos, las jóvenes acudían a las instituciones médicas sólo algunas veces al año y según sus posibilidades económicas.

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 a través de un comportamiento alimentario sino también por una serie de representaciones y prácticas corporales. Para sondear estos dos aspectos, los equipos médicos —por lo menos 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 *Eating Disorders Questionnaire* (SCOFF) y el *Eating Attitudes Test* (EAT).

El propósito de este trabajo se articula alrededor de cuatro puntos. Primero, 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 EAT, que apliqué a estos jóvenes, con la intención de ver qué tan pertinente podía ser dicha herramienta en este contexto. En las dos últimas partes, analizaré las representaciones y 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 capítulo es, por un lado, observar los alcances y los límites del empleo de estos términos —anorexia y bulimia—, que suelen proceder del mundo urbano 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 utilizados 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 dos de los 3 526 patambeños seguían hablando exclusivamente el purépecha.⁷

Según Moctezuma Yano (2002: 101-102), el debilitamiento de las costumbres purépechas en Patamban se ha originado principalmente por el fenómeno de la migración hacia Estados Unidos, que creció desde la década de 1980 y ha comenzado a disminuir recientemente. Hasta 2008, cada año centenas de patambeños iban “al otro lado” y la mayoría de ellos cruzaba la frontera de manera ilegal. Actualmente, este fenómeno ha perdido fuerza a causa de la crisis económica mundial, la subida de tarifas por parte de los coyotes, así como por la llegada de Donald Trump al poder. Esta migración masiva influyó innegablemente en 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 socioeconómica de Patamban sigue girando alrededor de las actividades agrícolas y de alfarería, las oportunidades ofrecidas en el país vecino modificaron profundamente el poder adquisitivo de numerosas fa-

⁷ Datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi) según el censo del año 2000.

milias del pueblo. Por ejemplo, en Patamban es más prestigioso y valorado socialmente tener una casa de cemento que una de adobe, manejar una camioneta *pick-up* o sustituir la ropa tradicional purépecha por prendas modernas —playera, vaqueros y tenis— tanto por hombres como por 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 en transportes colectivos en tan sólo media hora y una hora, respectivamente. La apertura de esta carretera tuvo repercusiones inmediatas en las relaciones del pueblo con su exterior. Entre otros ejemplos, señalemos que los jóvenes tienen más posibilidades de ir a estudiar o trabajar a la cabecera o a la ciudad; las amas de casa se trasladan a Zamora varias veces a la semana para comprar comida y ropa a precios más bajos; en vez de consultar a los médicos tradicionales del pueblo, los patambeños han optado por los servicios especializados de Tangancícuaro. En sentido inverso es frecuente observar en Patamban camiones de las marcas Coca-Cola o Sabritas 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 en el último fin de semana del mes de octubre.

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 ese periodo, como todo antropólogo o antropóloga, me sumergí en la vida cotidiana del pueblo, dejándome sorprender por lo que podía ser nuevo para mí, tomando apuntes de manera desenfadada 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 observaba los desfiles de los alumnos de las diferentes escuelas en la calle principal, mi mirada se enfocó en un grupo de nueve adolescentes vestidas de porristas. Llevaban minifalda roja, camisa blanca con una estrella roja bordada en el medio y tenis blancos con calcetines rojos. Además, todas tenían el cabello recogido hacia atrás en una cola y peinado 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 del pueblo.

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 había duda de que eran sus profesores. Entonces, me acerqué y entablé una conversación con el grupo.

⁸ Empecé el trabajo de campo en Patamban en 2005 y continué visitándolo frecuentemente durante los siguientes 10 años, hasta que la situación generada por el narcotráfico en la región me obligó a suspender las estancias.

Las nueve jóvenes eran el total de alumnos 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, 1995a: 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 principalmente a las mujeres con una tasa de nueve 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 Attitudes 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 alumnas y alumnos, risueños y felices de salir de

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 a que, después o antes de terminar la secundaria, hay más chicos que chicas que empiezan a trabajar o migran a Estados Unidos.

la clase para colaborar conmigo. A lo largo de las semanas, esta felicidad se transformó en una necesidad: la mayoría de ellas y ellos me pedían que les recibiera porque “necesitaban 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. 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 por sus familias.

A diferencia de los otros jóvenes del pueblo, quienes después de su escolaridad en la secundaria comenzaron a trabajar en el campo o en la construcción (en Patamban o en Estados Unidos) y 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 futura profesión: ingeniero en la construcción (Jaime), banquero (Miguel), bióloga (Mónica), enfermera (Alexia), estilista (Rosario).¹³ Mientras que los chicos estimaron que el destino ideal del hombre es “trabajar para mantener a 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 incluso algunas precisaron que quisieran ser acompañadas de un marido “responsable”, “cooperativo” y “presente” en el hogar. La visión de

¹¹ Tras conversar 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.

estas chicas me 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 su mayoría campesinos u obreros. Todos los jóvenes afirmaron tener por lo menos cinco parientes en Estados Unidos, algunos tenían previsto emigrar algún día. 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 las entrevistas fueron interrumpidas con dos jóvenes de este grupo: Leticia (23 años) se “fue de mojada” y se reunió con sus hermanos en Florida; y a Ágata (17 años) “se la robó el novio” y se fue a vivir con sus suegros.¹⁴

LA APLICACIÓN DEL *EATING ATTITUDES TEST*

Un instrumento eficaz para la detección de los trastornos alimentarios

El *Eating Attitudes 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 preguntas y ofrece, para cada una, seis respuestas posibles que van de “nunca” a “siempre” y con una calificación comprendida entre 0 y 3 puntos.¹⁵ La totalidad de los puntos obtenidos va de 0

¹⁴ En el caso de estas dos jóvenes, fue imposible realizar las entrevistas tres y cuatro que trataban sobre el cuerpo.

¹⁵ Las 26 preguntas son las 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 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/

a 78 puntos y un resultado igual o superior a 20 es considerado como índice de patología.

Según Garner y Garfinkel, las 26 preguntas forman tres subescalas 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) (Garner y Garfinkel, 1982: 871-878). El cuestionario en su globalidad y las subescalas 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. Concretamente, una de las dos instituciones médicas, donde llevé a cabo el estudio, aplicaba este cuestionario a las pacientes en la primera consulta. Luego, en función de los resultados obtenidos en esta etapa preliminar, seguía o no una intervención terapéutica. Al igual que los otros cuestionarios, mencionados en la introducción de esta obra, el *Eating Attitudes Test* permite evaluar a la vez los síntomas y algunos rasgos psicológicos en las personas que sufren un trastorno de la conducta alimentaria. Numerosos especialistas recomiendan utilizarlo como instrumento que “proporciona un primer diagnóstico” y que, en función de éste, debe conducir o no a una evaluación más profunda (Castro y Toro, 1991: 176).

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 fritas...; 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.

*Los resultados del cuestionario
entre las y los jóvenes de Patamban*

Después de conversar con las y los jóvenes del colegio durante algunas semanas, les pedí que respondieran el cuestionario *Eating Attitudes Test*. En esta parte de la encuesta, mi propósito principal no era extraer resultados cifrados sino vislumbrar su posible predisposición a desarrollar un trastorno alimentario. Más exactamente, llené con ellos el cuestionario y, según sus respuestas, observaba a grandes rasgos si tenían o no cierta obsesión por la comida y su silueta corporal. Decidí no obtener los puntajes de los cuestionarios, tal como lo proponen los creadores del método. ¿Por qué recurrí a un cuestionario sin obtener rápidamente la puntuación? La respuesta es la siguiente: como investigadora interesada por los trastornos alimentarios, quería utilizar este método, que es 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 “injerter” a mi concepción etnológica los resultados cuantitativos de un cuestionario médico. Como escribe Laplantine, el proceso del antropólogo pasa por “el proceso lento y laborioso que conduce de la recopilación y de la impregnación etnográficas a la comprensión de la lógica propia de la sociedad estudiada” (2001: 172). En este sentido, no quise forjarme una visión demasiado rápida de la manera en cómo estas y estos jóvenes se sentían frente a su alimentación y silueta corporal.

Varios meses después de aplicar el cuestionario y realizar 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 (tres chicos y cinco 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 subescala 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”.¹⁶ 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.¹⁷ Al reflexionar mi experiencia anterior, creía 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. Aunque, gracias a mi aproximación cualitativa, había observado en esta joven algunos comportamientos parecidos a los que encontramos en la anorexia y la bulimia, lejos estaba de imaginar que su cuestionario, durmiendo en mi cajón, alcanzaba estos puntajes. Así resultó urgente reflexionar sobre lo que me enseñaba el problema para mi investigación.

¹⁶ Utilizo a propósito esta expresión porque opino que 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.

¹⁷ Aunque fueron dos chicas las que obtuvieron resultados elevados en el cuestionario, sólo menciono el caso de Esmeralda, ya que, como lo mencioné anteriormente, Ágata desapareció con su novio y no la volví a ver sino hasta algunos meses después.

Desde un acercamiento médico y una visión “occidental”, o por lo menos, urbana, 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” metodológica, me confirmó la necesidad imperiosa de 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 recuerda que entre los mexicanos tradicionales se considera una enfermedad como tal, cuando demuestra síntomas visibles y un dolor evidente (2004: 149). 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. Estas últimas constituirán el punto de referencia a partir del cual podré 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 po-

seídas, 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.

Como se mencionó en el primer capítulo, la anorexia nerviosa puede ser “de tipo restrictivo” o “con atracones/purgas” (APA 2014: 339). En ambos casos, la persona se empeña en una dieta severa, 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 rechazado mientras que todo alimento *light* es venerado (Tinatin, 2006). Entre todos los alimentos, la carne es regularmente rechazada por las anoréxicas; en contrapartida, el agua, como elemento purificador, es consumida en cantidades inimaginables (Buckroyd, 1998: 21-22).

Las características esenciales de la bulimia son las crisis alimentarias 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, a los laxantes o a los diuréticos. En el tipo no purgativo, la persona 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 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”.

Para las personas que sufren la anorexia y 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 las y 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 fritas, 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 tierra, cultivados en las parcelas alrededor del pueblo y vendidos en la plaza durante el mercado del jueves, para ellos son los únicos “buenos para la salud”. Todos los jóvenes denunciaron también lo nocivo de la “alimentación gringa”, que se resume 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 pueden desperdiciar los alimentos y el almacenamiento plantea problemas.¹⁸ Son las madres (a veces con la ayuda de sus

¹⁸ Según los datos del Inegi de 2000, de las 782 casas en Patamban, 199 disponían de un refrigerador —ninguna información aparece respecto a la posesión

hijas) quienes hacen el mandado y preparan la comida. 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 a escondidas o absorción de agua en exceso. Sólo he podido apuntar algunos comportamientos aislados en las tres jóvenes que obtuvieron los resultados más elevados al cuestionario *Eating Attitudes 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 aceptó haber vomitado diario, dos años antes, durante varias semanas; no obstante, precisó que de ninguna manera se provocaba ella misma los vómitos. Rosario y Ágata sentían mucha culpa después de haber comido papas fritas. Desde el año anterior, Esmeralda había dejado las frituras y ya no tomaba refrescos porque “todo eso engorda”.

Los comportamientos alimentarios característicos de la anorexia nerviosa y de la bulimia, descritos anteriormente, nunca aparecieron mediante 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 única joven que mencionó un cambio en

de una estufa. Los aparatos electrodomésticos de las familias solían 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 muestran reticencias a usar estos nuevos bienes. A pesar de esto, según los últimos datos del Inegi (2011), el total de viviendas habitadas en Patamban creció a 922, de las cuales, 463 tenían un refrigerador.

los menús familiares fue Ágata —la chica que desapareció para casarse. Algunos meses después, 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 para diagnosticar la anorexia nerviosa remiten al 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, 1995a: 558-559).¹⁹

Además de estos criterios, se sabe 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, 2005a: 105-106).

¹⁹ Aquí se remite al *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*, que utilicé cuando realicé este trabajo de campo.

En la bulimia, los criterios diagnósticos refieren más al aspecto alimentario que 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, 1995a: 563). Al igual que quienes 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/m^2 , en la bulimia puede ser entre los márgenes del peso normal —es decir entre 18 y 24 kg/m^2 — o ligeramente arriba o debajo de éste.²⁰

Así, tanto en la anorexia como en la bulimia, las personas se empeñan en domar su cuerpo con el único objetivo de adelgazar lo más posible. Cuanto más logran bajar de peso, más capaces y poderosas se sienten.

De las y los jóvenes de Patamban

Las entrevistas realizadas con las y los jóvenes de Patamban 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, 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 IMC entre 18 y $21,3 \text{ kg/m}^2$.²¹

²⁰ El Índice de Masa Corporal (IMC) se obtiene mediante una fórmula que relaciona el peso con la talla, considerando que existe un peso ideal que puede estimarse según la estatura de la persona, dividiendo el peso en kilogramos entre la altura al cuadrado en metros: $\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$.

²¹ Este cálculo no pudo ser establecido para todos los jóvenes, algunos no conocían ni su peso ni su talla.

Las 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 espante, todos los jóvenes fueron unánimes: “más vale engordar que bajar de peso. Cuando uno pierde más de cinco kilos, nos preocupa porque significa que la persona está bien enferma”. Los jóvenes, tanto los entrevistados como los 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 guste 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.²² 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 llegó de Estados Unidos, Mónica iba cada mañana a correr con él en el campo entre las 7:00 y las 9:30; 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 de forma intensa.

Las jóvenes coincidieron en señalar que los hombres prefieren a las mujeres delgadas y que, en cambio, el éxito de un

²² Los datos del Inegi de 2000 revelaban que, de las 782 casas en Patamban, 607 disponían de una televisión. Una década después, en 2010, de las 922 viviendas habitadas, 813 tenían televisión.

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 me 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, están 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, quien era violento con 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 su deseo de adelgazar para poder gustar a su novio inmigrado, y así parecerse a una imagen ideal de la mujer estadounidense que tenían en mente. Durante mis conversaciones con ellas y ellos saltó la cuestión del otro —en general la pareja o la eventual conquista—, por eso, la encuesta se orientó naturalmente hacia reflexiones con una perspectiva de género.

CONSIDERACIONES FINALES

Al cabo de este trabajo de campo y a pesar del grupo restringido de personas entrevistadas que redujo forzosamente el alcance de los resultados, afirmar que se detectó una presencia de anorexia y bulimia en este pueblo me parece sumamente difícil.

Por una parte, la afirmación de que existan trastornos alimentarios me es posible por tres razones esenciales. La primera es que la aplicación del *Eating Attitudes 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. Observé 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 al comienzo de este capítulo, gracias al trabajo de campo en la Ciudad de México, 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 las 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 que se sentía una “mujer fracasada” y violentada por su marido; así como la rabia de Rosario contra su padre demasiado autoritario. Puedo agregar que Esmeralda, cuyo resultado fue el más elevado en el *Eating Attitudes Test*, asociaba su malestar físico con su enojo; por un lado, contra su abuela y su padre, verdaderos “dictadores” 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 provocar 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 mi mirada se enfocó en las prácticas de estas jóvenes, observé que, en ningún momen-

to, aparecieron el recurso al ayuno, los vómitos autoinducidos, los pesos y las medidas de cintura pluricotidianas, los esfuerzos físicos obsesivos e intensivos. Aunque Ágata y Esmeralda obtuvieron resultados elevados al *Eating Attitudes 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 de que “se la robó el novio” y se casó. Al cabo de unos meses, 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 a 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 Attitudes 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 como enferma.

El estudio de los trastornos alimentarios en el medio rural y en las zonas en desarrollo no se puede desvincular de una

reflexión sobre el entorno cultural. 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, valores y 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. 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.²³ 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 dos otros 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 hace algunos años, 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. Si la agricultura y la artesanía siguen siendo el centro de las actividades cotidianas y si sobreviven algunos elementos de la cultura purépecha, los ojos de los patambeños parecen orientados hacia la ciudad y hacia Estados Unidos. Los signos más evidentes se notan en las actitudes de los jóvenes: la indumentaria que difiere poco de las modas urbanas

²³ Richard Gordon es profesor de psicología en la Universidad de Bard (estado de Nueva York) y psicoterapeuta.

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 al inmiscuirme 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 con ellos *vía* los medios de comunicación, como el teléfono y la televisión, presentes en la mayoría de los hogares. Sin duda es el conjunto de estos factores culturales, exógenos, derivados de estos nuevos itinerarios de vida, lo que es susceptible de propiciar en el futuro una emergencia de los trastornos de la conducta alimentaria.

La migración a Estados Unidos y sus efectos de modernización económica, social y cultural, hacen eco con los procesos de aculturación de 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 de 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.

III

ANOREXIA, MODA Y MODELAJE¹

En 1967, la modelo londinense Twiggy posó para un gran almacén de Nueva York. Su fotografía, publicada en la revista *Life* el 14 de abril de ese mismo año, le dio la vuelta al mundo (Higonnet, 2000: 424). De pie, arriba de una plataforma, esta joven se balancea ligeramente con un vestido blanco, liviano y corto, dejando ver la finura de sus piernas. Sin ser ajustado o transparente, el vestido también permite la apreciación de un cuerpo delgado y carente de curvas femeninas. La mirada de su cara de pepona, que inspira vulnerabilidad y sumisión, parece perderse a lo lejos. Su apodo Twiggy significa “ramita” y justifica su apariencia: ofrece la imagen de la mujer-niño en la prepubertad, casi andrógina. En aquella época, Twiggy experimentó una inmensa popularidad; su delgadez se convirtió en un ideal para las mujeres, el signo de todo éxito femenino (Higonnet, 2000: 424).

Cuarenta años después, en 2007, el italiano Oliviero Toscani² se unió a una campaña contra la anorexia con la publicación de una fotografía que muestra a una joven desnuda, con el cuerpo demacrado. Se trata de la actriz francesa Isabelle Caro, de 27 años, que sufrió de anorexia desde la adolescencia y que pesaba

¹ La versión original de este texto es: “Anorexia en el modelaje: de la dificultad de las mujeres para hacerse sujetos”, en Lucía Raphael y María Teresa Priego (coords.), *Arte, justicia y género*, Editorial Fontamara, Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2013, pp. 109-122.

² Este fotógrafo es famoso por el lado provocador y la fuerte identidad de los anuncios publicitarios que realizaba para la marca Benetton.

sólo 31 kilos y media 1.65 m de altura. En la fotografía aparece como modelo profesional posando en el suelo, dejando a la vista su cuerpo raquítrico, su columna vertebral y sus costillas salientes. Muestra sus pechos caídos y vacíos, así como una fuerte deshidratación por encima de las nalgas. Su cabello pelirrojo, peinado hacia atrás, y sus ojos muy abiertos provocan miedo. De ella, emerge la sensación de una gran dificultad para sobrevivir. Con el lema “No a la anorexia”, la imagen es patrocinada por la marca de ropa No-l-ita. Al mostrar ese cuerpo cadavérico, Toscani desata violentas polémicas a escala mundial. Las fotografías dan lugar a reacciones diversas y a veces contradictorias: “Eso es prevención contra la anorexia”, “las jóvenes pueden mejor darse cuenta de lo que hay detrás de los bellos vestidos, de los peinados hermosos, de lo que se representa de la moda”, “esta imagen hace apología de la anorexia”, “las personas enfermas nunca deberían ser utilizadas con fines publicitarios”, “esta imagen puede causar conmoción entre las personas que padecen anorexia”, “la delgadez extrema es la causa de muerte y es todo menos belleza”.³

¿Qué ha sucedido entre 1967 y 2007 en el ámbito de las representaciones del cuerpo femenino? ¿Por qué tendemos a asociar tan fácilmente las imposiciones de la moda y la vida de las modelos con la emergencia de la anorexia? ¿Es ético, adecuado y tolerable mostrar cuerpos esqueléticos para desviar a las jóvenes de las prácticas anoréxicas? Con este trabajo, trato de responder a estas preguntas, retomo el debate que condensa la fórmula simplista: “ser modelo, es ser anoréxica”, frecuentemente escuchada en las sociedades occidentales desde hace muchos años. Para ello, en un primer momento, examinaré brevemente cómo evolucionaron las representaciones del cuerpo femenino de 1910 a 1960, para pintar el contexto en el que surgió la modelo Twiggy. Luego, me interesaré por las representaciones del cuerpo femeni-

³ Véase el conjunto de artículos de prensa citados en la bibliografía al final del libro; por ejemplo, Jozsef (2007a y 2007b); Quiñonero (2011) y Toledo (2007).

no entre 1967 y 2007. En una tercera etapa, veré en qué medida la polémica suscitada por la fotografía de Toscani hace eco con las largas discusiones en torno a las normas corporales y la presencia de la anorexia en el modelaje. Por último, tomaré un camino teórico susceptible de aclarar el conjunto de esta reflexión.

ANTES DE TWIGGY, LOS CUERPOS YA SE HABÍAN ESTIRADO

Como lo recuerda Vigarello, un cambio de silueta constituye la base de los criterios de belleza del siglo xx en Occidente. Entre 1910 y 1920, las figuras se estiran y los gestos se aligeran. Las mujeres dan la impresión de haber crecido: “su apariencia se desliza de la imagen de la flor a la del tallo, de la letra “S” a la letra “I” (Vigarello, 2005a: 149; 2005b: 195). Las revistas femeninas como *Vogue* y *Femina*, hablan de “sílfides modernas”, mientras que la moda *à la garçon*⁴ confirma la aparición de esta nueva mujer. Impulsada, entre otros creadores, por Coco Chanel, la moda deja entender que las mujeres, mientras siguen siendo femeninas, deben estar cómodas con su ropa para poder llevar una vida tan activa como la de los hombres; no obstante, sólo unas pocas gozan de ese privilegio. Durante esos “años locos”, la moda “alarga” las piernas de las mujeres y “acorta” las faldas y el cabello. La firmeza de las carnes, el abdomen plano y musculoso y la piel bronceada, se convierten en los modelos ideales de una clase social, en el transcurso de la siguiente década. Después de que el gobierno de Léon Blum aprobó la ley de las dos semanas de vacaciones pagadas,⁵ muchas familias por primera vez toman el camino hacia la playa en el verano de

⁴ Estilo caracterizado por la masculinización de las prendas de vestir de las mujeres y de sus cortes de cabello.

⁵ Léon Blum (1872-1950) fue un político socialista francés quien lideró el Partido Socialista Unificado – Sección Francesa de la Internacional Obrera (PSU-SFIO). De marzo a abril de 1938, fue jefe del gobierno del Frente Popular francés.

1936. El cuerpo de las mujeres, al exhibirse, sugiere el aire libre, la libertad y la actividad, y evoca la imagen de independencia que adquirieron trabajando fuera del hogar durante la Primera Guerra Mundial, cuando sus maridos estaban en el frente. En las primeras décadas del siglo xx, el corsé es enviado sin ambages al armario.

En el periodo entre las guerras nació la imagen de la estrella llevada a la pantalla; los concursos de belleza se multiplicaron y, bajo la influencia de Estados Unidos, la primera Miss Francia fue elegida en 1928 (Vigarello, 2005b: 209). El cine de Hollywood ofrece un nuevo imaginario: las diosas rubias, de juventud inalterable, confían sus secretos de belleza en las revistas femeninas. Todos admiten que con la voluntad, la disciplina, la dieta y el ejercicio se puede lograr una figura perfecta. Esa época deja creer a todas las mujeres que, aunque sea posible parecerse a las estrellas de cine esculpiendo su figura y controlando su cuerpo, la felicidad está ante todo y sobre todo en ellas.⁶

Después de la Segunda Guerra Mundial se abre la era del consumo y del ocio. El trabajo del cuerpo y de la estética es accesible a todos los segmentos de la población y se convierte en sinónimo de placer y deseo. El cuerpo de la mujer se erotiza, es más sexy y provocativo que antes. Las mujeres de la década de 1950, menos pasivas y más activas, renuevan la imagen de la libertad; el estilo “glamour” y la “afirmación de sí” caracterizan la imagen corporal y la belleza de las mujeres de esa época.

Las representaciones corporales de las mujeres en la década de 1960, no sólo concentran las tendencias de las décadas anteriores —verticalidad, firmeza, sensualidad y delgadez de los cuerpos—, sino que imponen una nueva forma de pensar lo femenino frente a lo masculino. La ola del feminismo está en el horizonte y su objetivo es conquistar nuevos bastiones: el dominio de la procreación, el estatuto de la mujer casada, la libertad

⁶ “La felicidad está en ellas” es la frase utilizada, en 1937, por la directora de la revista *Marie Claire* para dar ánimo a sus lectoras (Vigarello, 2005b: 221).

sexual, el desarrollo personal de las mujeres. La estética de las formas femeninas se ve modificada por la nueva relación entre los sexos, impuesta por estas reivindicaciones. La ilusión andrógina se instala y puede observarse a través de la vestimenta “unisex” y por la imagen de un cuerpo en el que se tiende a borrar cualquier atributo femenino. Este aire de androginia se depositó en Twiggy, en 1967.

DE TWIGGY A TOSCANI: CUERPO Y DELGADEZ PARA SÍ

En las décadas de 1970 y 1980, la puesta en escena de los cuerpos se rige por la búsqueda de un principio de igualdad entre los sexos y por la abolición de toda discriminación contra la homosexualidad. Una verdadera lucha empieza por una mayor aceptación de la presencia de gays en los espacios públicos y un reconocimiento a los mismos umbrales de libertad que los que disfrutaban los heterosexuales. Es hora de conquistar las sexualidades diversas, así como la multiplicidad de masculinidades y feminidades. En este mismo espíritu de búsqueda de un principio de igualdad, se ve el desarrollo de productos cosméticos para hombres en las décadas de 1990 y 2000. Los aficionados a estos productos de belleza heredan la etiqueta de “metrosexuales”, “sutil mezcla de lo urbano (metro) y de la identidad inédita (sexual) y a mitad de camino entre el “macho man” y el efebo pegado al espejo” (Vigarello, 2005b: 239).

En el periodo que va de la aparición de Twiggy hasta Toscani, se continúa con el control de las apariencias, aunque también importa individualizar el estilo, trabajar las sensibilidades corporales, ser totalmente uno mismo. En otras palabras, “la gran sociedad ya no dicta a cada uno lo que debe ser” (Dubet y Martuccelli, 2000: 175) porque el cuerpo soñado por el individuo es ante todo el suyo. Por lo tanto, no se trata de parecerse a tal o cual estrella sino de estar atento a sus necesidades corporales y a los objetivos de “belleza” que se fija uno mismo.

Esto no significa que ya no existan modelos destacables, que puedan provenir directamente de la televisión y que ofrezcan una guía de comportamientos que los jóvenes sigan en particular; y que se originen en los círculos amistosos con los que se identifican los jóvenes. Tampoco quiere decir que la imposición de bajar de peso haya desaparecido. Desde hace mucho tiempo, cada revista femenina publica un suplemento “especial para adelgazar” antes del verano, ofrece toda clase de dietas y presenta las últimas herramientas que permiten borrar la celulitis, fortalecer los tejidos o reducir la capa de grasa. Si la delgadez se ha ido imponiendo de 1910 a 1960, embellecerse se ha convertido en sinónimo de adelgazar a lo largo de los últimos cincuenta años.

El siglo xx ha sido establecido como “el siglo de los esbeltos” en las sociedades occidentales, y este culto a la delgadez asociado con la “lipofobia” no ha hecho más que favorecer la aparición de trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia (Gordon, 1996: 122-123; Fischler, 1995b: 298). Al fotografiar a una joven padeciendo anorexia, Toscani probablemente quiso denunciar las consecuencias escabrosas de la delgadez extrema. De hecho, esta fotografía remite a la imagen de una persona andrógina; al plantearse como el antónimo de la palabra “Lolita”, la marca No-l-ita sugiere que este modelo no es un patrón a seguir. De alguna manera, esta campaña publicitaria invita a que cada quien encuentre un propio “cuerpo para sí”, más allá del ornato vestimentario. Pero, como lo desarrollaré más adelante, en este caso la noción de “cuerpo para sí” es perfectamente discutible. Igualmente cuestionable es que la imagen de Isabelle Caro incite a la competencia: la imagen sorprende por el horror del daño corporal y la representación nefasta que emite; y este efecto de sorpresa, al cual se añade lo escabroso de la desnudez, suscita tanto repugnancia como una irresistible atracción.⁷

⁷ Véase Le Breton sobre “la atracción de la repugnancia” (2007b: 343).

LA ANOREXIA EN EL MUNDO DEL MODELAJE

Las cuestiones éticas, planteadas por la campaña publicitaria de No-l-ita y por la polémica que se creó, guiarán mis reflexiones en dos direcciones. La primera conduce a interrogarme sobre la legitimidad de la instrumentalización de un cuerpo desnudo y enfermo, del uso para fines comerciales de la imagen de una persona que sufre, aunque esta última esté plenamente de acuerdo. Fue ante todo la exposición de ese cuerpo la que desencadenó la polémica. Para mí, existen al menos tres razones que pueden explicar la emoción efervescente producida por la fotografía: 1) el cuerpo desnudo y delgado sustituye a la ropa y, como tal, está claramente presentado como un objeto de consumo; 2) el cuerpo de las mujeres, porque son las víctimas privilegiadas de los patrones culturales, puede, en casos extremos, convertirse en un objeto de rechazo; y, por último, 3) el cuerpo de Isabelle Caro ya no es *su* cuerpo, sino un cuerpo transformado por la orden de adelgazar, que también se convierte en un objeto de culpa por los expertos de la moda.

La segunda dirección me lleva a la polémica de esta campaña: el debate sobre la reglamentación del peso de las modelos. Un año antes de la publicación de la fotografía de Toscani, los medios de comunicación se habían interesado por la muerte repentina de jóvenes con anorexia inmersas en el mundo de la moda y el modelaje. El primer caso fue el de la joven uruguaya Luisel Ramos, quien literalmente se derrumbó de agotamiento al final de un desfile de moda, en agosto de 2006. Unos meses más tarde, en noviembre, Ana Carolina Reston, modelo brasileña: “[Fue] muerta de hambre y de agotamiento, soñaba con ser una mujer-perchero. Ya no era más que un esqueleto”, subtítulo *Le Nouvel Observateur* (Vaton, 2006). Como lo evocaba en el primer capítulo de este libro, María Galvão, otra brasileña, “aspirante a la profesión de modelo”, de 14 años de edad y que pesaba 38 kilos y medía 1.70 metros, sucumbió al trastorno alimenticio el 8 de enero del 2007 (DPA, en *La Jornada*, 2007).

Esta serie de fallecimientos ha desembocado en la toma de posiciones específicas y concretas. El primer país en actuar fue España: en septiembre de 2006, el Gobierno regional prohibió el acceso a los podios de la Pasarela Cibeles —el desfile de moda ibérica— a las jóvenes consideradas demasiado delgadas, es decir, con un IMC por debajo de 18.⁸ Los responsables de la *São Paulo Fashion Week*, el mayor evento de moda de Sudamérica, siguieron su ejemplo (Toledo, 2007; Hellmich, 2006). Incluso antes de esta hecatombe de jóvenes modelos,⁹ se habían adoptado medidas en otros países. En diciembre de 2005, en Argentina, la provincia de Buenos Aires impuso una ley a los fabricantes y minoristas de ropa para que ofrecieran todas las tallas a sus clientes; la idea subyacente era: “Alto a la tiranía de la talla xxs” (Vidalie, 2007). Al mes siguiente, en enero de 2006, la modelo más famosa de Alemania, Heidi Klum, fue acusada de promover la anorexia en su programa de televisión llamado *Germany’s Next Top Model*, en el que eliminaba a las competidoras juzgadas como “demasiado gordas”. Ella se defendió afirmando que “el oficio del modelaje es difícil y exigente, y que así es el mundo de la moda [y no es ella misma] quien decide las reglas” (Jacob, 2006).

De hecho, el modelaje es uno de los campos profesionales donde las personas son sometidas a una intensa presión cuyo propósito es hacerlas bajar de peso o hacer que sus cuerpos entren “en un molde cada vez más estrecho y tiránico” (Gordon, 1996: 121). El cuerpo de las bailarinas de ballet también está sujeto a tales exigencias. En sus testimonios, no es raro leer que se alimentan con sólo unas cuantas hojas de lechuga al día, que toman mucha agua y Coca-Cola *light* para sentirse llenas

⁸ A partir de un IMC de 18.5 se puede considerar que los individuos tienen un peso “normal”.

⁹ La impresión de hecatombe es la que produjeron los medios de comunicación en 2006; sin embargo, es necesario tener en mente que con mucha frecuencia y desde hace mucho tiempo —no solamente en 2006— hay modelos que fueron vencidas por la anorexia.

de energía. Estas ocupaciones, que requieren una apariencia física o una estética corporal basada en la delgadez occidental, el *performance* y la competencia que le son inherentes, representan factores que favorecen el desarrollo de la anorexia —aunque sabemos que otros factores individuales y familiares influyen de una manera más profunda en el origen del trastorno (Tinat, 2008c). Con o sin anorexia, las jóvenes modelos en sus audiciones, por lo general compuestas por mujeres jóvenes, dan el mensaje de que sólo hay una manera de *ser*, la de *tener* un cuerpo delgado al extremo.

HACIA UNA VÍA TEÓRICA

El prisma conceptual, al que voy a recurrir para tratar de entender las articulaciones entre la anorexia y el modelaje, es la pareja sujeto/objeto. La dicotomía parece a simple vista demasiado clásica, casi “pasada de moda”, sin hacer un juego de palabras. Si el feminismo de la década de 1970 se encargó de retomar a la mujer como sujeto, ¿cómo podemos imaginar, cuarenta años después, que la posición de objeto pueda seguir siendo significativa en algunas mujeres? De hecho, la idea no es tan absurda.

En primer lugar, es necesario explorar lo que ocurre en las jóvenes con anorexia, ya sea que ejerzan o no el trabajo de modelos.¹⁰ Como lo mencionó Fraisse, los términos *autonomía* y *propiedad* son los más adecuados para describir la construcción de un sujeto: “La autonomía dice que uno es el propio fin de sí mismo y la propiedad subraya la libertad de disponer de uno mismo” (2008: 44). Las personas con anorexia atraviesan por un proceso de subjetivación. Por un lado, aspiran a la autonomía: como la mayoría de ellas se encuentran en la adolescencia, a menudo desean liberarse de las garras parentales

¹⁰ Me baso en el trabajo de campo y en toda mi investigación sobre anorexia, desde 2003 hasta la fecha.

y tomar las riendas de su vida, incluso si sus acciones parecen ajustarse a las expectativas de quienes las rodean. Por otro lado, afirman constantemente hacer lo que quieren con sus cuerpos; sin embargo, si esta omnipotencia frente a sus cuerpos parece una verdadera apropiación de sí, tienden rápidamente a seguir un comportamiento excesivo, especialmente cuando se niegan a ingerir cualquier alimento y practican intensamente deporte. Según Fraisse (2008), no es tan obvio que el sujeto anule y reemplace al objeto: el hecho de ser propietario de su cuerpo no impide tratarlo como objeto. Las personas con anorexia a menudo se colocan en posiciones objetivantes. Por un lado, se puede ver a través de su relación con el cuerpo: ellas lo miden o lo representan como una máquina de la cual conocen hasta el más mínimo mecanismo; el cuerpo es para ellas como algo que se infla o desinfla en función de lo que comen. Por otro lado, en sus relaciones interpersonales, a menudo se posicionan como un objeto que sirve para el intercambio familiar o la creación de vínculos entre los padres: la enfermedad sirve también para que los familiares se reúnan para hablar de ello. Ellas se ubican de forma simultánea o alternadamente en el lugar del sujeto y el objeto frente a los demás y frente a sí mismas. Y parece que el estudio del entrelazamiento de estas posiciones nos permite entender mejor la experiencia de la anorexia. Ahondaré detenidamente en este aspecto en el capítulo siguiente.

Se puede suponer que el modelaje, más que cualquier otra profesión, fortalece la posición de objeto. Para trabajar como modelo es necesario pasar una selección basada en criterios físicos específicos como la altura y el peso. La misión de la modelo es exhibir las creaciones de un diseñador en desfiles de moda, sesiones de fotos para la prensa y catálogos. Además de un cuidado riguroso para mantener su figura, las modelos deben tener una gran resistencia física y nerviosa, debido a que la competencia es feroz: la llegada de una nueva modelo puede destruir rápidamente a las que tienen antigüedad en el medio. Las modelos ponen sus cuerpos a disposición de profesionales de la

moda: se convierten en un soporte de la mercancía a presentar y vender.

Por último, ¿qué pasa con las jóvenes que padecen anorexia en el modelaje? ¿La construcción mediática alrededor de ellas no las erige también como objetos? Para responder a estas preguntas, vuelvo al pensamiento esclarecedor de Fraisse. Ella afirma que si la mujer puede ayudar a vender productos, especialmente en la publicidad, también permite a menudo la transacción de ideas: su instrumentalización la ancla en su objetivación (Fraisse, 2008). La publicación abundante de artículos de prensa sobre las modelos que sucumben a la anorexia hace de esas mujeres el signo de un problema, casi su emblema, porque se convierten en una excusa para el intercambio de ideas. Sin duda la polémica mundial, provocada por la fotografía de Toscani, constituye el mejor ejemplo. Al convertirse en el blanco de opiniones diversas, la actriz Isabelle Caro alentó el intercambio sobre esta afección. En una entrevista dijo: “yo acepté [posar] simplemente para hacer reaccionar a las personas [...]. Pensé que podría ser una buena oportunidad de sacar provecho del sufrimiento, para mandar un mensaje” (Jozsef, 2007a, 2007b).

CONCLUSIONES

En estas líneas abordé y discutí varios aspectos de las representaciones del cuerpo femenino y la presencia de la anorexia en el modelaje. En primer lugar, se observó que, en las sociedades occidentales, el culto a la delgadez se ha instalado de forma progresiva a partir de la década de 1920 hasta la actualidad. Esta tendencia no surgió de manera repentina: empezó a ocupar las mentes y a reflejarse en los cuerpos y la ropa en un momento en que las mujeres comenzaron a avanzar hacia una emancipación en las áreas profesionales y privadas. Han pasado décadas y parece que la búsqueda de la delgadez no ha acabado, como

si la conquista del “siempre más” se planteara como una orden suprema.

El periodo que va desde Twiggy hasta Toscani, en el que me he detenido aquí, tiene como cuadro temporal el surgimiento de una nueva corriente del feminismo que, entre otras cosas, dejó claro el derecho que tienen las mujeres de disponer de su cuerpo libremente. Recordaré el famoso eslogan feminista: “Mi cuerpo me pertenece”. De hecho, si las mujeres han ganado algunas victorias respecto a los derechos para controlar su cuerpo (contracepción, aborto), los hombres, por su parte y en paralelo, también se han centrado más en su cuerpo. Diferentes tipos de sexualidades, hasta ahora consideradas como fuera de la norma, tienen un lugar en el espacio público y algunas prácticas corporales como la cirugía estética se han democratizado. En las últimas décadas, los cuerpos han tendido a esculpirse para ser remodelados a voluntad; los individuos ya no dudan en reapropiarse de las normas corporales para “sentirse en sus cuerpos como en casa” (Duret y Le Breton, 2005: 8).

Entre otras tendencias, hay dos que corren en paralelo: “siempre más delgada” y “mi cuerpo es mío y para mí”. Al fotografiar a Isabelle Caro para la campaña de No-I-ita, Toscani demuestra que estos dos movimientos encuentran límites en casos extremos como el del trastorno anoréxico. Aunque uno siente que la desnudez remite a una “verdad de sí mismo bajo la mirada de los demás” (Duret y Le Breton, 2005: 7), conviene cuestionar que esta delgadez extrema dibuja el umbral de la muerte. Por lo tanto, la imagen de Toscani volvería a afirmar: “Hacerse cada vez más delgada es tender a ser cada vez menos una persona” o, en otras palabras, desaparece el sujeto y queda el cuerpo.

Esta famosa imagen ha reavivado el debate sobre la presencia de la anorexia en el modelaje y la regulación del peso de las modelos. En este sentido, la pareja dicotómica sujeto/objeto parece ser un prisma conceptual interesante para el análisis. Se observó que las personas que padecen anorexia luchan para

convertirse en sujetos, es decir, en personas en busca de autonomía y propiedad de sí mismos; sin embargo, las modelos encuentran dificultades debido a que se exponen en posiciones objetivantes o que ellas “se hacen objetos de ellas mismas”. Entre las jóvenes que ya tienen la predisposición individual y familiar para desarrollar esta afección, se puede entonces imaginar que la profesión de modelo las anima en esta dirección haciendo de ellas los soportes de colecciones de ropa. Finalmente, los medios de comunicación, incluidas las campañas de publicidad como No-l-ita, no resuelven en nada la posición de objeto de estas mujeres, ya que las coloca en el corazón de la controversia. Las exigencias profesionales del modelaje y esas construcciones mediáticas fomentan las asociaciones simplistas del tipo “ser modelo es ser anoréxica”. También es cada vez más común escuchar a la gente exclamar: “¡Es anoréxica!”, a la vista de una mujer joven con una delgadez acentuada. En el origen de este problema entre anorexia, moda y modelaje se encuentran las amalgamas y metonimias susurradas en las conversaciones cotidianas.

IV SUJETO Y OBJETO EN LA ANOREXIA¹

ESTE CAPÍTULO PROPONE observar en qué medida las personas que sufren anorexia nerviosa pueden “devenir sujetos” o “hacerse objetos” en sus prácticas corporales y relaciones interpersonales cotidianas. Plantear de inicio, como prisma de estudio, la pareja sujeto/objeto, pudiera parecer muy clásico e incluso hasta obsoleto. Lo mismo ocurre cuando explicamos un hecho social o cultural por medio de las categorías fundadas en las dicotomías: naturaleza/cultura, mujer/hombre o lo mismo/lo otro. En la actualidad, aspiramos a suprimir las formas opuestas para abrir el abanico de posibilidades y encontrar nuevas combinaciones teóricas y metodológicas susceptibles de aclarar facetas enteras de nuestras investigaciones. Aquí, no seguiré esta tendencia contemporánea. Intentaré demostrar, en cambio, que la tensión dialéctica sujeto/objeto sigue teniendo virtudes heurísticas.

Con el fin de cumplir con este objetivo, trabajaré, en un primer momento, a partir de un escrito de la historiadora y filósofa, Geneviève Fraisse, a quien me referí en el capítulo anterior. Este escrito fue publicado en español en 2008 con el título: “El devenir sujeto y la permanencia del objeto” (Fraisse,

¹ La versión original de este texto es: “Aprehender ‘el devenir sujeto’ y ‘el hacerse objeto’ en la anorexia nerviosa”, en María Eugenia Sánchez Díaz de Rivera, Óscar Soto Badillo (coords.), *Interioridad, subjetivación y conflictividad social*, Universidad Iberoamericana, Puebla, 2012, pp. 121-143.

2008: 39-61).² En estas líneas, la autora demuestra que cierta utopía sigue rodeando la subjetivación o la larga construcción del sujeto tal como la buscaron las mujeres durante el nuevo feminismo en la década de 1970. En aquella época, la necesidad del “devenir sujeto” se correspondía con un imperativo político: se trataba de luchar por la libertad del cuerpo y contra las desigualdades de los espíritus. Ahora bien, Fraisse sugiere que si el “devenir sujeto” en la historia de las mujeres fue ganando mucho espacio desde aquel periodo, en la actualidad sigue siendo significativa la posición de objeto para numerosas mujeres, particularmente si se observan los intereses políticos vinculados con la cuestión del cuerpo. Más adelante, desarrollaré la perspectiva de Fraisse ya que ésta constituyó el eje a partir del cual tejí mi reflexión, enfocada en el caso concreto de la anorexia nerviosa.

Recuerdo que, en el primer espacio donde hice trabajo de campo, realicé largas sesiones de observación participante de adolescentes que sufrían anorexia y/o bulimia y que acudían a diferentes consultas médicas (con neurólogos, nutriólogos, psicólogos, etcétera). En segundo lugar, participé en terapias colectivas —de las propias pacientes y las que reunían exclusivamente a los padres de éstas—, y realicé entrevistas a profundidad con ocho mujeres jóvenes diagnosticadas como “anoréxicas”. Tanto en la primera como en la segunda institución, los médicos recurrían al *DSM-IV* para establecer el diagnóstico de “anorexia nerviosa”. En el testimonio de estas jóvenes entrevistadas se fundamentará mi argumento. Como lo mencioné en la introducción, ellas tenían entre 13 y 24 años y constituían un colectivo relativamente homogéneo en la medida en que procedían de capas sociales medias y superiores de una cultura urbana.³ Con ellas,

² La primera versión de este escrito fue publicada en francés bajo el título “Le devenir sujet et la permanence de l’objet”, en *Nouvelles questions féministes*, 2005.

³ Evaluación establecida según su barrio de residencia en la Ciudad de México y la categoría socioprofesional de sus padres. Los padres de estas jóvenes

me propuse estudiar las relaciones que podían mantener con su cuerpo, su alimentación y su entorno familiar.

La impresión global que me dejó la experiencia empírica fue que, si al principio de las terapias los comportamientos de estas jóvenes se caracterizaban por su silencio y su aparente docilidad, al cabo de unas semanas de tratamiento no tardaban en expresar el deseo de rebelarse contra toda institución (familia, hospital y escuela), de emanciparse de un destino predeterminado y de manipular todo tipo de normas y reglas, tanto biológicas como sociales, para hacerlas suyas. Como ya mencioné anteriormente, la proporción de mujeres que padecen anorexia nerviosa frente a la de hombres afectados suele ser aplastante: representa alrededor del 90 por ciento. Ante esta constatación, numerosos especialistas buscaron la significación de esta diferencia de representación entre sexos, desde un punto de vista psicológico y/o psicoanalítico. En las décadas de 1970 y 1980, feministas como Kim Chernin (1981) y Susie Orbach (1978) intentaron entender el paralelo entre, por un lado, el entorno sociocultural “occidental” y la evolución del sitio de la mujer en la sociedad, y, por el otro, la aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Ambas difundieron visiones bastante maniqueas, sostenían que la anorexia —al igual que la bulimia— es una respuesta a la situación de opresión que la dominación masculina impone a las mujeres. Según ellas, esta respuesta puede ir en dos direcciones: 1) las mujeres se ven obligadas a adelgazar para poder corresponder con los cánones de belleza que atraen a los hombres —“*Women’s obsession with fat is an effort to control or eliminate the passionate aspects of the self in order to gain the approval and prerogatives of masculine culture*” (Chernin, 1981: 187)—; o 2) la anorexia expresa exactamente la misma protesta que los movimientos de liberación de la mujer —“si las feminis-

ejercían profesiones liberales, eran empresarios, carnicero (padre de Jazmín) o cocinero (padre de Begonia). Las madres eran amas de casa, profesora de secundaria (madre de Lila) o secretaria de medio tiempo (madre de Jazmín).

tas se quitaron el sostén, las anoréxicas se las arreglarían para que sus senos no crecieran” (Chernin y Orbach citadas por Guillemot y Laxenaire, 1997: 74). Inmersa a la vez en el trabajo de campo y en estas lecturas preliminares, muchas veces pensé que las jóvenes que sufren anorexia sí iban escribiendo a su manera —por sus comportamientos y técnicas corporales— la historia de las mujeres y la construcción del sujeto-mujer.

El análisis que sigue constituye una ida y vuelta entre un pensamiento inspirador, el de Fraisse, y algunos datos empíricos que recopilé al acercarme a estas jóvenes que padecían anorexia. El conjunto propone reflexionar sobre este trastorno, arrojar quizás una nueva luz, y dar una ilustración posible y específica al proceso de subjetivación, abordándolo desde el prisma conceptual sujeto-objeto.

EL “DEVENIR SUJETO” SEGÚN GENEVIÈVE FRAISSE

Fraisse recuerda que el “devenir sujeto” no es una expresión dotada de un contenido que sería fijo y delimitado. Más que poseer un contenido, el “devenir sujeto designa una actitud, una relación con el otro, en ningún caso algo definido y simple” y, por lo tanto, es importante considerar también que existen múltiples modos de devenir sujeto. Como ejemplos, la autora refiere al sujeto de la autonomía corporal o económica, al sujeto político, al del conocimiento y al de la creación artística (Fraisse, 2008: 41).

Para Fraisse, hay dos palabras clave para describir y calificar la construcción del sujeto, estas palabras son *autonomía* por un lado; y *propiedad* por el otro. Argumenta su punto de vista ilustrándolo con los diversos modos de devenir sujeto. En la elaboración del sujeto político, destaca los dos rasgos siguientes: 1) la introducción del “nosotras” como colectivo y marcador discursivo; y 2) la afirmación del papel de actora capaz de transformar la historia. Para poder emanciparse, el sujeto del conocimiento,

según Fraisse, tuvo que contrarrestar muchos argumentos que iban en contra de la inteligencia de las mujeres y que sostenían que una mujer erudita era peligrosa. El sujeto de la creación artística encontró un camino desarreglando el mecanismo de “la musa y del genio”: hoy en día las mujeres ya no son las inspiradoras de los grandes creadores sino que muchas han logrado adquirir el estatuto de creadoras (Fraisse, 2008: 41; 2001: 102-120). Por último, acerca del sujeto de la autonomía corporal, que es el que me interesa aquí, Fraisse recuerda que la propiedad del cuerpo y el dominio de la reproducción caracterizaron la emancipación de las mujeres. Ella afirma: “La contracepción es un *habeas corpus*”, retomando el título del proyecto de ley de 1679 —*Habeas corpus Act*—, que en Inglaterra instituyó la pertenencia del cuerpo como una libertad fundamental y cuya expresión central era “*You should have the body*”. Entre este lema del siglo xvii y los que caracterizaron la conquista del siglo xx, se nota un eco: rehabilita en nuestras memorias el eslogan de las feministas estadounidenses, “*Our body, ourselves*”, y el de las feministas francesas: “Nuestro cuerpo nos pertenece”; Fraisse subraya también que la libertad sexual tiende a reconocerse cada día más bajo nuevas formas (Fraisse, 2008: 41-44; 2001: 274).

¿Cómo se defiende aún más la necesidad de plantear estas dos palabras *autonomía* y *propiedad* para la construcción del sujeto? Fraisse insiste: “la autonomía dice que uno es el propio fin de sí mismo y la propiedad subraya la libertad de disponer de uno mismo”; “Sólo a partir de una posición segura de autonomía y de posesión de sí es como un ser puede hacer de su voluntad un criterio existencial, el principio de toda decisión” (Fraisse, 2008: 44). De acuerdo con Fraisse, para que un individuo se construya en sujeto, debe ser propietario de sí para poder disponer libremente de sí. Estas dos vertientes, la autonomía y la propiedad, intrínsecas a la conformación del sujeto, abren una primera veta para aprehender lo que pasa en la anorexia nerviosa.

¿EN QUÉ MEDIDA LAS PERSONAS
QUE PADECEN ANOREXIA “DEVIENEN SUJETOS”?

Plantear el “devenir sujeto” en la anorexia nerviosa hace suponer que las personas que sufren este trastorno no lo son todavía. De entrada, surge un problema con rasgos teóricos y metodológicos; así emerge una primera pregunta fundamentalmente antropológica: ¿El proceso de subjetivación o la construcción del sujeto corresponde con una etapa de la vida o con un “rito de paso”, para retomar la expresión de Van Gennepe (1981)?

Las personas que padecen anorexia —tal como lo muestran aquellas a las que pude acceder— suelen ser adolescentes y/o mujeres jóvenes.⁴ Algunas han experimentado la pubertad acompañada con sus transformaciones corporales secundarias, o están a punto de vivirlo. En la mayoría de los casos —e insisto *no* en *todos* los casos—, la anorexia irrumpe en ese momento de cambios fundamentalmente biológicos y sociales. Con esto, no quisiera insinuar que el sujeto no existe antes de la pubertad —recordemos a Françoise Dolto⁵ quien demostró que el sujeto existe desde la etapa fetal— sino que, sin duda, la pubertad implica un trabajo de subjetivación importante donde las y los jóvenes intentan generalmente construirse una relación con el mundo radicalmente diferente de la que les enseñaron sus padres.

Si la búsqueda de autonomía y la necesidad de independencia frente a la dependencia parental son típicas en la adolescencia, lo son también en las adolescentes que sufren anorexia. Según Le Breton, estas anoréxicas estarían aún más buscando

⁴ Los especialistas médicos suelen coincidir en que 80% de los casos de anorexia aparecen en la adolescencia, a una edad media entre los 13 y los 14 años; 10% aparece antes de los 11 años, y en un porcentaje similar después de los 20 años (Morandé, 1999: 65-66; Pomerleau, 2001: 33).

⁵ Françoise Dolto (1908-1988) fue una médica pediatra francesa y psicoanalista para niños, muy reconocida por su gran obra. Entre sus contribuciones más relevantes, destacan: *Psychoanalyse et pédiatrie* (1971); *La cause des enfants* (1984); *L'image inconsciente du corps* (1984); *Les chemins de l'éducation* (1994); *Tout est langage* (1994).

su propia autonomía en la medida en que: 1) sus madres las hubieran considerado como prolongaciones de ellas mismas, sin dejarlas durante su infancia que expresaran su propio deseo; y, 2) ellas [las chicas] “hubieran llevado existencias insípidas, conformes con las esperanzas de sus padres y sin saber quiénes son ellas mismas” (2007a: 151).

En el trabajo de campo, no pude comprobar si la infancia de las jóvenes correspondía a las alegaciones de Le Breton. Para abordar esta faceta del problema, creo que habría que explorar también los otros vínculos familiares y no solamente el de madre-hija. Lo que verifiqué, en cambio, fue que este deseo de autonomía parecía atravesarles en cada momento y sobre todo cuando estaban pasando por la fase aguda de su trastorno; es decir, cuando se negaban rotundamente a alimentarse. En las terapias grupales solían formular este deseo con frases de este tipo: “Cuando no como nada, me siento bien porque me siento libre y ligera...”; “Odio que me digan [padres y médicos] lo que debo comer, lo que debo hacer para ganar peso. Yo sé lo que puedo comer”; “Es que es MI plato y no el suyo [el de sus padres]. ¿Qué les importa si no como?”; “Odio pasar con ella [la nutrióloga], sé lo que es bueno para mi cuerpo [...] es que no quiero pesar lo que ella me dice”; “Yo ya estoy comiendo normalmente, que me dejen en paz, yo ya sé lo que está bien para mí”. Tomemos otro ejemplo, el de Lila, quien delante del grupo afirmó: “Cuando estaba mal, muy mal, suplicaba a mis padres que me dejaran tranquila. Acabaron por entender que odiaba que me dijeran que comiera tal o cual cosa. [...] Cuando me quejaba de terribles migrañas, mi madre me repetía: ‘¡Es porque no comes! ¡Dios mío, odiaba esta frase!... Con un poco de distanciamiento, pienso que quería llamarles la atención”.

En estas frases, la búsqueda de autonomía parecía ir de la mano con la ruptura del vínculo parental, y esto se notó particularmente en dos niveles: 1) el rechazo a la prescripción u orden de los padres acerca de las elecciones alimentarias; y, 2) la abstinencia alimentaria como resultado del rechazo. Estas ad-

vertencias son relativamente bien conocidas en la literatura sobre el tema y mi trabajo de campo, en este sentido, no hizo más que confirmarlas. Sin embargo, ¿en qué se vincula la privación alimentaria con el “devenir sujeto”? De momento, recordemos nueva y simplemente a Orbach quien subrayó que contemplar el rechazo alimentario de la anoréxica como “una huelga de hambre” es empezar el proceso de humanización de sus acciones (Orbach, 1986, en Guillemot y Laxenaire, 1997: 76).

De la misma forma que para el concepto de *autonomía*, podríamos detectar en el discurso de estas jóvenes otros conceptos que remiten al fuerte sentimiento de propiedad de su cuerpo; abundarían y se yuxtapondrían las palabras. Ahora bien, opino que es preferible dedicarse a esta tarea, pero de otra manera. Al lado de los términos *autonomía* y *propiedad* que plantea Fraisse, resulta imprescindible, en el caso de la anorexia nerviosa, añadir el tercer término: *control*.⁶ En este trastorno, el control ocupa un lugar central y “constituye sin duda el concepto más fuerte” (Buckroyd, 1996: 26). Si éste puede extenderse a muchos ámbitos de la vida, las jóvenes lo ejercen ante todo sobre la ingesta de comida y el cuerpo. Entre las prácticas alimentarias y corporales con las que se comprometían firmemente, puedo resaltar: 1) el recuento preciso de las calorías de los alimentos y elección de productos hipocalóricos —el desayuno de Rosa se resumía cada día a un yogurt de 49 calorías y un trozo de papaya de 1 x 1 cm—; 2) el pesar y medir partes del cuerpo de manera constante —Violeta se pesaba y medía tres veces al día la talla, las caderas y los muslos: “siempre quiero controlar que mi cuerpo no se hinche”—; y 3) la necesidad de sentir que una es la única dueña de su cuerpo y que lo puede domar para que su rendimiento esté al máximo —Rosa hacía 1 000 abdominales cada día o noche mientras que Lila iba a correr sin parar durante horas hasta que el agotamiento la mareaba.

⁶ En realidad, más que sumarse como un tercer término al lado de los dos otros, la noción de *control* está incluido en los deseos de *autonomía* y *propiedad*.

Estas formas de control en jóvenes que padecen anorexia, nos remiten al combate contemporáneo de muchas mujeres cuya búsqueda incansable es alcanzar una belleza ideal representada por la imagen de una silueta delgada-flaca. A diferencia de la mayoría de las mujeres que pueden moderar sus prácticas deportivas, las anoréxicas llevan al extremo este combate en un deseo permanente de ir más allá de sus límites. Dicho de otro modo: las personas que sufren anorexia, como muchas mujeres, están en una apropiación de los modelos dietéticos y de delgadez actuales; sin embargo, esta apropiación de las normas corporales actuales se torna en una reapropiación de estas mismas normas reforzadas de exigencias, para que estas jóvenes puedan llevar a cabo este trabajo corporal extremo, un poco como si tuvieran el objetivo de experimentar un mayor sentimiento de propiedad y de dominación sobre su cuerpo.

Cuando estudiamos la anorexia nerviosa, es evidente el proceso de subjetivación que atraviesa a estas jóvenes. Por un lado, ellas quisieran ser autónomas, liberarse de las garras parentales, de las prescripciones médicas. Quisieran tomar las riendas de su vida y destino; sin embargo, de manera concomitante y en un movimiento contradictorio, parecen dirigir todas sus acciones en función de la mirada de su entorno, a veces también para cumplir las expectativas que tienen las personas que las rodean. Como ejemplo de esto, recordemos a Lila cuando confiesa en su supuesta búsqueda de autonomía y emancipación: “pienso que quería llamarles la atención”. Por otro lado, afirman implícita o explícitamente y de manera reiterada que “hacen lo que quieren con su cuerpo” y que, como “todopoderosas” que desean ser, nadie puede poner trabas a las prácticas que han decidido realizar. Si el mecanismo de control les permite acceder al sentimiento de propiedad de sí, es también a la luz de este mecanismo que observamos hasta qué punto pueden tener comportamientos excesivos.

¿La voluntad de independizarse de su entorno y a la vez mantener fuertes vínculos de dependencia con éste, así como

las prácticas corporales extremas de estas jóvenes, no son reveladoras de obstáculos encontrados en el “devenir sujeto”? Sin duda lo son. Touraine escribe que “los modelos propuestos por la educación, es decir, las esperanzas manifestadas por los que alientan o no a un joven a tomarse él mismo como fin de su acción, a buscarse él mismo, tienen una gran importancia” y añade que “muchas veces es un amigo adulto o un pariente el que ejerce una influencia decisiva en un joven; las relaciones de amistad entre jóvenes son un camino frecuente para hacerles acceder a ellos mismos, pero la atención dispensada al otro puede también desviar de sí mismo” (Touraine, 2005: 207). Estas advertencias nos recuerdan la oscilación entre la identificación y la diferenciación, característica de la construcción identitaria o más bien del proceso de subjetivación en la adolescencia: todo joven intenta encontrar su propio estilo alejándose y acercándose de las influencias parentales y amistosas. Lo que nos recuerda también Touraine es que a veces los adolescentes se enfrentan con una “influencia demasiado grande”, que les impide encontrarse a sí mismos. En las jóvenes que sufren anorexia, esto es perfectamente comprobable: en las entrevistas, además de percatarme de su imposibilidad de distanciarse de la expectativa parental, escuché hasta qué punto estaban cegadas por sus amigas entrañables, pasando por fases de mimetismo total respecto a maneras de vestir o de actuar en la vida cotidiana.

Para seguir con esta reflexión, otro cariz puede ser la de la pubertad, como lo evocaba al principio del apartado. No se trata de referirse a los cambios corporales sino a los sociales, del paso de la infancia a la juventud y adultez. Todas las jóvenes que pude observar, aunque con edades cercanas a los 20 años, tenían una apariencia de niñas prepúber sin caderas formadas ni senos desarrollados, a veces, unas llegaban al consultorio con juguetes (peluches, bolsas de telas impresas con dibujos de cómics); otras —y *no* todas— casi siempre vestidas con ropa de diseño y colores muy infantiles. Aunque estas observaciones coincidan

con las de otros especialistas sobre la reticencia bien conocida de las niñas anoréxicas que no quieren hacerse adultas, éstas son forzosamente limitadas por el número restringido de entrevistadas. Además, cabe insistir en que “no hacerse adulto” no es sinónimo de “no devenir sujeto”. Si el “devenir sujeto”, como lo sugiere Fraisse, implica esta “posición segura de autonomía y de posesión de sí”, las personas que sufren anorexia parecen estar entonces en esta plena búsqueda. Ahora bien, una afirmación extrema de esta posición en la relación con el otro puede esconder —o más bien develar— las trabas y los límites en este proceso de construcción del sujeto.

LA “PERMANENCIA DEL OBJETO” SEGÚN GENEVIÈVE FRAISSE

La oposición antigua que sigue intrigando a Fraisse es la del sujeto *versus* el objeto. Según ella, “el devenir sujeto de la mujer no ha eliminado el tratamiento de objeto que le era inherente antes de la era democrática, y, por esta razón, hay que interesarse en ello” (Fraisse, 2008: 47). Respecto a la oposición, opina que no es evidente que: 1) el sujeto haya cancelado y reemplazado al objeto; 2) el vínculo entre los dos sea hoy en día inútil; 3) hayan desaparecido las representaciones objetivantes; y 4) no existan más que puros sujetos. Para Fraisse, “sujeto y objeto no son siempre distintos” y muchas veces estas dos posiciones se mezclan. Proporciona algunos ejemplos: el hecho de ser propietario de nuestro cuerpo no impide que podamos tratarlo como un objeto; las artistas pueden fungir al mismo tiempo como “musa y genio”, es decir, como modelo u objeto a pintar y como pintora (Fraisse, 2008: 47-49). Tanto a nivel material como en los discursos y las relaciones simbólicas, Fraisse considera que la posición de objeto sigue siendo significativa para la situación de las mujeres. Más precisamente, aborda la cuestión del objeto bajo dos ángulos: por un lado, como representación de la mercancía; por el otro, como medio de intercambio (Fraisse, 2008: 48).

Fraisse recuerda que la idea de mercancía fue asociada con las mujeres de diversas maneras y que, en muchas partes del mundo, sigue caracterizándolas. Para apoyar su demostración, ofrece dos pistas de reflexión posibles: 1) la mujer sigue siendo un objeto de transacción matrimonial —en muchas sociedades todavía se puede comprar y vender una mujer—; 2) la mujer sigue siendo objetivada como acompañamiento de la mercancía. El ejemplo al que recurre Fraisse para ilustrar la segunda pista de reflexión es el del cuerpo femenino que representa el deseo o la desnudez y la perfección estética que sirve para la venta, tal como los encontramos en los anuncios publicitarios que promueven la lencería femenina. Aunque veamos cada día más anuncios de lencería masculina con hombres en ropa interior, todavía existe la disimetría (Fraisse, 2008: 50-51). Para la autora, la mujer o bien es la misma mercancía en un trato entre sujetos, o bien acompaña la mercancía que está a la venta entre sujetos.

Acercas de la mujer como objeto y medio de intercambio, Fraisse recuerda que si la mujer puede ayudar a vender productos, puede permitir también la transacción de ideas y representar una dificultad o la solución de un problema: “su instrumentalización la ancla en su objetivación” (Fraisse, 2008: 52). En esta segunda categoría del “objeto como medio de intercambio”, Fraisse distingue tres estatutos de la mujer, cuando ella es: 1) un signo; 2) un emblema; o 3) una moneda de cambio.

Primero, la mujer puede ser vista como signo, tal como ocurre dentro del mismo intercambio matrimonial, según lo apuntó Lévi-Strauss al final de *Les structures élémentaires de la parenté* (1949). Aunque, como lo afirma Fraisse, el antropólogo no precisó si entendía *signo* como un signo intercambiado o como un sujeto signifiante, se puede seguir contemplando a la mujer, en este tipo de casos, como un signo que sirve al intercambio social ya que tiene una función de uso e intercambio para los demás (Fraisse, 2008: 53-54).

Segundo, las mujeres pueden ser el signo de un problema o, mejor dicho, su emblema. Fraisse ilustra este punto al aludir a

las jóvenes musulmanas en Francia que, por el uso del pañuelo islámico, son el emblema de todo un conflicto de diversas facetas —inmigración, laicidad, cuerpo de las mujeres, problema de los suburbios, etcétera. Esto se debe a que estas jóvenes remiten a otra cosa de lo que ellas son y porque son el instrumento y el pretexto para que otros intercambien ideas, que la autora las ordena del lado del “objeto como medio de intercambio” y, más específicamente, del lado del emblema.

Tercero, las mujeres pueden servir de moneda política entre grupos. Uno de los ejemplos abordados por Fraisse es el de las mujeres nigerianas condenadas a lapidación por adulterio: “Coexistían dos análisis: uno, en defensa de las reglas sociales propias en el norte de Nigeria, decía que servían para criticar al poder central del Estado, el otro, señalaba con el dedo la buena conciencia occidental, el proselitismo de valores que se adaptaban a la situación africana” (Fraisse, 2008: 57). Aunque sea una discusión política, las mujeres se plantean como medio y lugar de intercambio. Como lo afirma Fraisse, las mujeres siguen “sirviendo a algo diferente de su finalidad subjetiva propia” (2008: 56) y esta constatación, ilustrada con estos diferentes ejemplos, nos abre caminos para pensar los eventuales efectos de objetivación en la anorexia.

¿EN QUÉ MEDIDA LAS PERSONAS QUE PADECEN ANOREXIA “SE HACEN OBJETOS”?

En vez de hablar de “permanencia del objeto”, como Fraisse, optaré por la expresión “hacerse objeto”, con el fin de no insinuar que las personas que sufren anorexia serían objetos y que seguirían siéndolo. Mencioné que muchas de las jóvenes entrevistadas tenían una apariencia de niñas, y si bien “no hacerse adulto” no es sinónimo de “no devenir sujeto”; “permanecer en la infancia” tampoco lo es de “permanecer como objeto”.

Mi argumento consiste en pensar que el trastorno anoréxico pone a estas jóvenes en múltiples posiciones objetivantes. Y esto lo puedo demostrar enfocando la mirada en tres niveles: 1) en las representaciones corporales; 2) en las prácticas sexuales; y 3) en las relaciones interpersonales con los miembros de su familia y con el cuerpo médico.

Como se sabe y se demostrará en los dos capítulos siguientes, las personas que padecen anorexia mantienen relaciones específicas con su cuerpo. Las entrevistas me demostraron que todas evaluaban la estética de cada parte de su cuerpo como si éste fuera un todo fragmentado, una yuxtaposición de piezas u objetos.⁷ El distanciamiento con el que se expresaban deja pensar que, definitivamente, no estaban hablando de ellas mismas. A veces recurrían a metáforas asombrosas para hablar de su cuerpo, por ejemplo, Azucena representaba su estómago como un órgano dotado de un “contador de calorías”; según ella, todo alimento que caía dentro se disolvía y se convertía en una suma de moléculas caloríficas que se encaminaban hacia las partes más grasosas del cuerpo: la barriga, las nalgas y los muslos. Para casi todas las jóvenes entrevistadas, tanto su cuerpo como los alimentos eran “puros números”: “x kilos” o “x calorías”. Algunos médicos del instituto donde realicé mi primer trabajo de campo, acostumbrados a estas obsesiones numéricas y objetivadas de sus pacientes, les proponían pesarse “de espaldas” sin que pudieran ver los números de la báscula.

El estudio de las prácticas sexuales de las jóvenes que entrevisté no es menos interesante en este acercamiento objetivado al cuerpo. Muchos especialistas describieron las inhibiciones sexuales típicas en la anorexia nerviosa y, si bien es cierto, que la mayor parte de ellas no tienen relaciones sexuales, otras sí pueden tener o haber tenido una pareja. Fue el caso de Rosa y

⁷ Esta visión fragmentada que tienen las personas que sufren anorexia sobre su cuerpo, no está tan alejada de la mirada pornográfica (Tinat, 2005a: 148; Marzano, 2003: 201).

Jazmín. La primera me relató “cómo todo pasó la primera vez”. Había reflexionado en los diferentes guiones posibles, fijando en su mente el espacio y el horario. El deseo de Rosa, al principio de la relación, era pasar al acto lo más rápidamente posible. Pre-dispuesta por una experiencia anterior, ella quería que su nuevo novio no perdiera la paciencia y no la dejara por otra, más experimentada en la materia. Jazmín vivía en el terror de que su novio le “pusiera los cuernos”. Describía sus relaciones sexuales como “hiperactivas”: decía “dar lo mejor de ella misma” para demostrarle que no había mejor amante que ella en la cama, para disuadirle implícitamente de que se fuera con otra. En las dos historias, lo interesante es que resalta una misma lógica: la joven se posiciona como un instrumento para que el otro satisfaga su deseo sexual; dicho de otro modo, la joven se enfoca en el deseo y la necesidad sexual del otro, negándose totalmente a sí misma.

Observemos ahora cómo las jóvenes se relacionan con sus familiares y con los equipos médicos. Uno de los principales representantes de la terapia breve estratégica, Giorgio Nardone, ha descrito de manera precisa un perfil posible entre las personas que padecen el trastorno y se trata de la “anorexia sacrificial” (Nardone *et al.*, 2004: 66-67). El caso más típico es el siguiente: una joven cuyos padres están permanentemente en conflicto se las arregla para que, gracias a su trastorno, sus padres se desvíen de sus problemas conyugales y se junten en la lucha contra la enfermedad de su hija. En el trabajo de campo, apunté un caso semejante de “anorexia sacrificial”: Azalea afirmó que estaba harta de que “nadie le hiciera caso” y que “eso se debía a que era la más chiquita, la tercera” y que su mamá “no la consentía” y que “todo cambió cuando se enfermó”. Desgraciadamente, “gracias” a su trastorno, recibió más atención de parte de sus familiares y Azalea confesó claramente este punto en la etapa final de la terapia.

Si estudiamos este tipo de relaciones interpersonales entre las jóvenes que sufren anorexia y sus familiares, podemos deducir que ellas —inconscientemente, la mayor parte del tiem-

po— se posicionan como objetos de atención entre los parientes que las rodean, o como objeto que permite un intercambio o un acercamiento entre los miembros de la familia. El trastorno es a veces tan poderoso que las jóvenes pueden abusar de su poder y tratan a las personas de su entorno como si fueran objetos. Durante una sesión de terapia de grupo, la madre de Azalea, desconcertada, describió el comportamiento de su hija:

Esta semana, Azalea estuvo enfurruñada durante una tarde entera porque no le había preparado correctamente su pescado prescrito por su dieta. [...] El otro día, tuve que ir a cuatro supermercados para encontrar sus yogures y como no los encontré, compré otros, de otra marca, y ni los tocó [...] Antes, ella no comía si yo no me sentaba con ella.

Según esta madre, su hija se vengaba haciéndola aguantar todos sus caprichos; según Azalea, sólo estaba disfrutando que su madre la “estaba atendiendo por fin”; según yo, se podría decir que la hija estaba explorando hasta dónde la madre podía renunciar a su propia agenda y actividades para someterse a las órdenes de Azalea. Dicho de otro modo: una interpretación posible es que el trastorno de Azalea se convertía en una herramienta para hacer un chantaje y objetivar —inconscientemente— a su madre. Este mecanismo, donde la joven anoréxica usa y abusa de su poderío sobre sus familiares, gracias a la instalación y reconocimiento de su trastorno, fue develado en casi todas las historias narradas por las entrevistadas. Abundaron los ejemplos de “manipulación de los demás” como el de Azalea y, para mencionar otro, podría recordar a Begonia, quien contaba que su padre le preguntaba cada domingo a qué restaurante quería acudir y que toda la familia tenía que cumplir su voluntad, garantizada y apoyada por la voz del padre.

Lo que encontré menos frecuente, en cambio, fue el caso donde los padres ejercían descaradamente poder sobre sus hijas. Sólo Azucena relató que su madre la consideraba como si

fuera su “esclava” o su “empleada de la limpieza”, exigiéndole cada día tareas domésticas en toda la casa. Sin embargo, el caso de Azucena era peculiar en el sentido en que ella fue una niña adoptada a los dos años, recogida en la calle y huérfana a raíz del terremoto de 1985. De “piel morenita” y de talla “chaparra” como dice ella, Azucena siempre tuvo un complejo de inferioridad hacia su familia de adopción, “güera”, “alta” y sin duda de nivel económico más elevado que su familia de origen. Aquí resalta la variable “raza” en la objetivación de la madre hacia la hija y, una vez que el proceso terapéutico permitió a Azucena identificar esta relación dolorosa, la joven pudo enfrentarse a su madre, defender sus derechos renunciando a ser la empleada doméstica de su casa.

Por último, en esta serie de situaciones observadas en el trabajo de campo, me referiré a un paradigma para la reflexión sobre estas posiciones objetivantes de las jóvenes anoréxicas. Durante las consultas, no sólo pude observar a jóvenes vestidas como niñas, sino que vi también un esquema interaccional específico donde la joven no participaba en las decisiones ni en la conversación entre la madre —más raramente los dos padres— y el terapeuta. En un rincón del consultorio, la joven se quedaba sentada, callada y mirando sus pies mientras que el diálogo de los adultos se enfocaba casi exclusivamente en ella y en su malestar. Este tipo de intercambio, que no dejé de apuntar en mi diario, me parecía problemático en el sentido en que la joven estaba en el aquí y en el ahora como un caso específico o un objeto de intercambio entre los familiares y los integrantes del cuerpo médico. Con esta observación, no se trata de denunciar un posible maltrato o un trato objetivante que vendría de la relación entre los médicos y la familia sino que, a mi parecer, la joven decide también —consciente o inconscientemente— convertirse en un objeto dentro de este tipo de interacción.

A la luz de estas observaciones en el trabajo de campo, vemos hasta qué punto el pensamiento de Fraisse es una vez más inspirador para desentrañar lo que ocurre en la anorexia ner-

viosa. Primero, cuando me intereso por las relaciones que las jóvenes mantienen con su cuerpo, resulta relativamente fácil demostrar que ellas tratan su cuerpo como si fuera una mercancía. Lo pesan, lo miden, lo representan como si fuera distinto al conjunto de su persona. Su cuerpo es una máquina de la que conocen hasta el menor mecanismo —las anoréxicas suelen tener un conocimiento experto de la anatomía humana—; su cuerpo parece ser un “algo” que se hincha o se desinflama en función de lo que se come. Recordemos a Lila que, pasando por momentos de depresión aguda, decía que quería estar “vacía, ser como un globo inflable, abrir la válvula y aplastarse en el suelo”.

Segundo, cuando me enfoco en las relaciones interpersonales de estas jóvenes, compruebo que tienden a plantearse como un objeto frente a los demás o a considerar a los demás como un objeto. En la intimidad con sus parejas, para las que tienen o que han tenido una, parecen estar menos satisfaciendo su placer que las fantasías del otro. Todo parece indicar que ponen su cuerpo a la disposición del otro, con la única intención de darle gusto a su pareja. En las entrevistas nunca expresaron lo que a ellas les gusta. Su trastorno anoréxico les permite obtener un poder sobre sus familiares y, si bien hay momentos en los que ellas expresan sus propios deseos y pueden imponerse, parecen tratar a los demás como si fueran objetos o personas totalmente sometidas a ellas.

Por último, adelantaré que, en varias configuraciones, estas jóvenes aparecieron como “objetos y medios de intercambio”. Por un lado, su trastorno les permite llamar la atención de sus padres: se convierten en un “signo” que sirve al intercambio familiar o que crea vínculos específicos entre familiares. Por otro lado, se posicionan como signos y objetos también de intercambio entre familiares y equipos médicos. Podemos ubicar también a las jóvenes como “emblema”. En las entrevistas, las jóvenes afirmaron haberse enfermado “a causa de la moda y del culto a la delgadez”, se trata de una respuesta que proporcionan al inicio de su proceso terapéutico, cuando todavía no desentrañan las dinámicas

familiares en las que están inmersas (Tinat, 2005b: 108). Es por su delgadez que remite al fenómeno social de la moda y, por tanto, a algo más aparte de ellas mismas, que podemos contemplar a estas jóvenes como un emblema. El tercer aspecto, “moneda política”, abordado por Fraisse, es imposible de observar si restringo la perspectiva a la muestra de jóvenes que entrevisté. En cambio, si pensamos en la anorexia como fenómeno social y global, visible en las sociedades occidentales, y si recordamos la polémica mundial que provocó el anuncio de Oliviero Toscani en 2007,⁸ sí podemos abordar la anorexia bajo este ángulo.

CONCLUSIONES

Como lo afirma Fraisse, “podríamos lamentar este vínculo constante entre la posición de sujeto que busca conquistarse a sí mismo y la persistencia de una objetivación del estatus de las mujeres” (Fraisse, 2008: 58). En nuestros términos: lo lamentable quizá no sea seguir fundándonos, actualmente, en dicotomías como la de sujeto/objeto que pueden parecer obsoletas, sino comprobar que éstas “siguen funcionando” en muchas realidades de la vida social. A lo largo de estas líneas, escogí estudiar el trastorno anoréxico a la luz de este prisma conceptual para demostrar que las personas que lo padecen pueden ubicarse simultánea o alternativamente como sujetos y objetos. Porque de esto se trata: si Fraisse habla de cierta mezcla de las posiciones “sujeto” y “objeto” o de representaciones objetivantes en el proceso del “devenir sujeto”, Touraine adelanta que “ningún individuo, ningún grupo es enteramente un sujeto” y que “es más adecuado decir: ‘hay una porción de sujeto en tal conducta o en tal individuo’” (Touraine, 2005: 216).

Tal vez el ejemplo de la anorexia aplique perfectamente a este abordaje sujeto/objeto porque el cuerpo femenino está en

⁸ Véase Toledo (2007).

el corazón del problema y “como soporte de un intercambio, excede a la persona misma” (Fraisse, 2008: 58). Si “el cuerpo y su libertad son un aspecto fundamental” como lo apunta Fraisse, vemos entonces cómo las jóvenes anoréxicas se encierran en una cárcel constituida por su propio cuerpo instrumentalizándolo y cómo, de manera paradójica, intentan poseerlo en un deseo de afirmarse a sí mismas. Añadiré también que es a partir de la experiencia corporal de las jóvenes que podemos anclar un principio de reflexión porque es el síntoma más visible y el que alerta y conduce hasta la institución médica. Sin embargo, como lo observamos, si bien en el cuerpo se cristalizan representaciones y prácticas que reflejan posiciones subjetivantes y objetivantes, éstas se prolongan y expresan también en las relaciones interpersonales o con relación al otro.

Este balanceo entre las posiciones de “sujeto” y de “objeto” puede, en términos de Touraine, traducirse también por las palabras de “sujeto” y “anti-sujeto” (Touraine, 2005: 188-258). No cabe duda de que las personas que sufren anorexia están inconscientemente en la plena búsqueda de liberarse de las reglas biológicas y sociales, de los poderes que les impiden ser ellas mismas. ¿Estarán liberándose de las fuerzas que buscan reducirlas al estado de componente de su sistema? También. Las anoréxicas intentan escaparse de todo sistema —familiar, escolar, médico, etcétera— que las reduzca al estatuto de “cualquier componente”. Ellas quieren ser el punto de enfoque de las miradas y de los honores: no se satisfacen de posiciones medianas y anónimas, quieren llamar la atención de su entorno y su cuerpo se convierte en la mejor herramienta para llevar a cabo ese objetivo. Observando estas facetas de la experiencia anoréxica, reconocemos a estas jóvenes como en el pleno proceso de subjetivación tal lo como escribe Touraine: “[el sujeto] se ha convertido en una afirmación de sí como portador del derecho de ser un individuo capaz de afirmarse contra todas las fuerzas impersonales que lo destruyen” (2005: 196). Ahora bien, algo falla porque si la anorexia fuera un buen medio para convertirse

en sujeto, lo sabríamos e incluso recurriríamos a ella como estrategia de subjetivación. Como lo afirma también el sociólogo, “el sujeto puede ser destruido no solamente por el poder, las organizaciones o el dinero sino también por él mismo” y es cuando “el sujeto se hace anti-sujeto” (Touraine, 2005: 257). ¿Será la sociedad la gran responsable del “hacerse anti-sujeto”? Coincidiendo con Touraine al afirmar que se trata más bien de buscar del lado del sujeto mismo y de su conciencia de sí; en el caso de la anorexia, la gran veta —me parece— consiste en buscar del lado de las relaciones interpersonales e intrafamiliares.

La expresión “hacerse anti-sujeto” quizá sea más suave que la que escogí anteriormente y que es “hacerse objeto”. Más allá de la retórica o jugando con ella, otra vez coincido con Touraine quien escribe: “la idea de sujeto es que esta palabra en ella misma llama ante todo imágenes triunfantes. ¿El sujeto no será el que impone su voluntad sobre el mundo, que lo transforma de acuerdo con su imagen?” (2005: 209). Apunta también: “El discurso dominante sobre las mujeres les hace aparecer como víctimas. Ahora bien, interroguen a las mujeres, y sobre todo a las que participan en las acciones feministas: observarán que la conciencia de ser víctimas es mucho menos importante que la convicción que las mujeres ganaron muchas victorias e inventan hoy en día un nuevo universo cultural” (2005: 204; 2006: 26). Si bien no soy tan optimista como el sociólogo para decir que las mujeres no suelen posicionarse como víctimas —según yo, depende de qué mujeres y qué situaciones sociales—, a raíz de las observaciones de campo diría que sí cabe recordar e insistir en que las anoréxicas muchas veces no se sienten “enfermas” —se trata incluso de un rasgo típico de estas personas—, y que tienen la convicción de alcanzar victorias y triunfos sobre su cuerpo y su entorno. Al contrario, verlas como “haciéndose objetos” —o “anti-sujetos”— las posiciona del lado de la pérdida o del fracaso, es decir, en las situaciones difíciles y desesperantes por las que pasan también frecuentemente.

Hay que ser entonces muy lúcidos como lo recomienda Fraisse. La aprehensión del “devenir sujeto” se hace también trabajando y observando sus obstáculos o, mejor dicho, los efectos de su ausencia. Por eso, obsoleta o no, la pareja dicotómica sujeto/objeto gana al ser ilustrada de diversas maneras y si, con estas líneas, generé por lo menos algún interés en seguir trabajando en esta dirección, ésta sí será una pequeña victoria.

V

EL PESO DE LO FEMENINO EN LA ANOREXIA¹

*Ya no me quiero ver en el espejo,
me veo ahora como “un ser asexual”,
siento que mi adelgazamiento me hizo perder algo,
quizá mi feminidad (Violeta).*

LA ANOREXIA NERVIOSA, como entidad clínica reconocida por la medicina desde hace más de cien años, ya no es una curiosidad médica. Actualmente las revistas de moda la presentan como una nueva adicción, más propia de las mujeres que de los hombres (González, 2002). A lo largo del siglo xx numerosos estudios han explicado la dimensión femenina de la anorexia, entre otras razones, por la inquietud que representa la maduración del cuerpo en las mujeres, el rechazo al embarazo o incluso el patriarcalismo de la sociedad (Kestemberg y Kestemberg, 1998: 15-17; Guillemot y Laxenaire, 1997: 73-77).

Este capítulo pretende contribuir a las reflexiones referidas a la implicación de lo femenino y de lo masculino en la anorexia. La perspectiva adoptada es la de la antropología de los sexos tal como la desarrolló Hérítier (1981), recurriré principalmente al aparato teórico de la “valencia diferencial de los sexos”.² Dicha valencia o “lugar diferente de los dos sexos en

¹ La versión original de este texto es: “Le poids du féminin et du masculin dans le corps anorexique”, *Corps/ Revue interdisciplinaire*, Editions Dilecta, París, núm. 4, 2008, pp. 41-48.

² Expresión original empleada por Hérítier (1981: 50).

una tabla de valores” expresa una relación conceptual orientada, y siempre jerárquica, entre lo masculino y lo femenino. Por medio de diferentes trabajos sobre el parentesco, Héri-tier ha demostrado que esta jerarquía masculino/femenino (superior/inferior) se asimila a las lógicas identificadas en el orden de las generaciones: existe una relación de autoridad y superioridad de los padres sobre los hijos y de los hermanos mayores sobre los hermanos menores (Héritier, 1996, 2002a). Desde mi punto de vista, la fuerza de esta valencia recae en que ofrece la posibilidad de jugar con diferentes combinaciones lógicas.

Nuestro juego analítico se desarrolla aquí en tres momentos. Primero, se trata de aprehender las representaciones corporales de las jóvenes anoréxicas, con el fin de observar cómo lo femenino y lo masculino se distribuyen simbólicamente. Si la anorexia supone un esquema anormal de alimentación —con actitudes restrictivas y/o purgativas—, sus principales características remiten a emociones específicas y relativas a las transformaciones corporales de la pubertad. Discutiré luego la influencia de los factores socioculturales como el culto a la delgadez y la evolución del rol de la mujer en la sociedad mexicana. Por último, me centraré en algunos aspectos de las relaciones de género que rigen a las familias de las jóvenes.

El objetivo específico de estas líneas consiste en observar cómo surgen las dimensiones de lo femenino y de lo masculino en estos tres conjuntos de factores (corporales e individuales, socioculturales y familiares), así como ver de qué manera se maneja la “valencia diferencial de los sexos” en el trastorno anoréxico. Recuerdo que el estudio se funda en un trabajo de campo realizado en la Ciudad de México, que mencioné previamente. A título de recordatorio, diré que, dentro de un hospital público y una clínica privada, realicé observaciones participantes mediante consultas y distintas psicoterapias de grupo, así como entrevistas a profundidad de manera individual con pacientes anoréxicas. Trabajé con un grupo de ocho

jóvenes —presentadas aquí bajo un pseudónimo— entre los 13 y 24 años, procedentes de capas sociales medias a superiores.

LO FEMENINO Y LO MASCULINO EN LAS REPRESENTACIONES DEL CUERPO

Como lo señalé en capítulos anteriores, las instituciones médicas que visité recurrían al *DSM-IV* para diagnosticar un perfil de anorexia y se fundaban en las características corporales que dicho manual delinea: el rechazo a mantener un peso corporal por encima de un peso mínimo normal, considerando la edad y la talla, el miedo intenso a ganar peso, la percepción errónea del cuerpo y la amenorrea (APA, 1995a: 558-559). Más allá de estos elementos, a veces se puede observar caída del cabello, desarrollo de la pilosidad o lanugo, fragilidad de las uñas, frialdad de ciertas partes del cuerpo, insomnios y cansancio debido a una hiperactividad. Aun cuando existan “diferentes maneras anóricas de estar en el mundo” (Maitre, 2000: 8), la aparición de estos síntomas corporales está casi estereotipada.

Un cuerpo fuerte, ligero, activo, caliente, seco y controlado

Todas las jóvenes entrevistadas sueñan con tener un cuerpo fuerte y musculoso. Ya sea que se perciban como gordas o flacas, la imagen de su cuerpo les disgusta. Les persigue el temor de tener un cuerpo lleno de grasa y desean a cualquier precio reafirmar las partes flácidas (vientre, glúteos, muslos). Es por ello que todos los días acuden al gimnasio o hacen abdominales en su recámara para “esculpir su cuerpo”, “quemar calorías” y “sentirse más ligeras”.

La búsqueda por la ligereza y un peso mínimo está en el centro de sus preocupaciones. Pueden ayunar durante varios días y recurren al vómito autoinducido y al uso de laxantes, que sim-

bolizan una gran liberación para ellas. El hecho de sudar mucho durante el esfuerzo físico les da la impresión de “eliminar la grasa por los poros de la piel”.

Mientras que algunas se alegran de que la inanición las vuelve hiperactivas, otras se quejan de su cuerpo exhausto. La valoración del dinamismo es omnipresente en su discurso: Jazmín camina durante horas en su colonia para sentirse “más activa”; Lila estudia las lecciones recorriendo su casa. La mayoría de ellas prefiere estar de pie que sentadas o acostadas: vinculan esta posición con el deseo de estar más tonificadas; estar acostadas es sinónimo de “flojera”. Este punto recuerda lo que Jeammet escribe acerca del cuerpo de las anoréxicas cuando afirma que “se parece más a un ‘falo erecto’ que a un cuerpo de mujer” (1991: 181).

La hipotermia, consecuente con las restricciones alimentarias, es sintomática de la anorexia (APA, 1995a: 556).³ Todas las pacientes entrevistadas soportan difícilmente esta desagradable sensación y, para contrarrestarla, a veces tratan de calentar su cuerpo cubriéndose con más ropa y tomando bebidas muy calientes. Mientras algunas buscan el placer de tener calor, otras valoran el sufrimiento del frío siempre que éste permita el adelgazamiento. Azucena recuerda sus vacaciones en Estados Unidos en invierno donde hacía mucho frío; sin embargo, se rehusaba a abrigarse para perder peso más rápidamente.

De las ocho pacientes entrevistadas, siete presentan una amenorrea desde hace por lo menos seis meses. Primero viven esta desaparición de la regla como una gran liberación, pero, después del regocijo viene la inquietud, sobre todo cuando toman conciencia de sus consecuencias, como el hecho de que puedan sufrir osteoporosis. Al cabo de un largo periodo de amenorrea, suelen aspirar a tener de nuevo “un cuerpo de mujer”.

Por último, el elemento más importante en la anoréxica es, sin ninguna duda, “el control” (Buckroyd, 1996: 26). Desde un

³ En la quinta versión del *DSM*, no se alude a la hipotermia.

punto de vista corporal, este control se observa por medio de distintas prácticas, tales como el pesarse varias veces al día, el ayuno prolongado que proporciona un “sentimiento de omnipotencia” y la absorción de hasta 10 litros de agua al día “para matar el hambre”. El control de la sensación de hambre, central en la vida cotidiana de estas jóvenes, resulta también el más difícil de ejercer, a menudo resumido por la ecuación “hambre + ayuno = adelgazar”, que les proporciona una gran satisfacción personal. Para ellas lo “dominable” es fuente de placer y caracteriza la percepción que tienen de su cuerpo y el uso que le dan.

Para una lectura simbólica

La experiencia que la anoréxica hace de su cuerpo, con y contra él, interpela al antropólogo deseoso de encontrar la lógica que preside este conjunto de representaciones y comportamientos. La puesta en relieve de estos objetivos que tienden a un ideal corporal (musculoso, ligero, dinámico, caliente, seco o amenorreico y dominable), invita a establecer un paralelo con el discurso aristotélico. Este discurso es muy antiguo pero, como lo sugiere Hérítier, “no es evidente que sean imposibles de encontrar en otra parte, incluso, en nuestra propia cultura, huellas de esta dicotomía fundamental” que opone lo masculino a lo femenino (1996: 86).

El esquema siguiente retoma algunos de los valores contrastados que se encuentran en las clasificaciones de lo masculino y de lo femenino y que corresponden a la experiencia corporal anoréxica. Los signos + y - traducen la valoración positiva o negativa que emerge del discurso anoréxico acerca de estos distintos conceptos.⁴

⁴ Se califica positiva y negativamente lo frío, lo húmedo y lo seco, a fin de representar los matices señalados por las jóvenes. Lo frío es “positivo” cuando facilita el adelgazamiento; la amenorrea (o lo seco) puede experimentarse con temor.

*Interpretación simbólica de la experiencia corporal
anoréxica según el discurso aristotélico*

<i>femenino</i>	<i>masculino</i>
frío + / -	caliente + / -
húmedo + / -	seco + / -
inerte -	animado +
pesado -	ligero +
débil -	fuerte +
no dominable -	dominable +

Recurrir a esta dicotomía permite dar una interpretación simbólica de la distribución de lo femenino y de lo masculino en las representaciones y prácticas del cuerpo de estas jóvenes. Este acercamiento simbólico también apareció en las entrevistas. Para las jóvenes, el cuerpo masculino presenta numerosas ventajas como la fuerza física, la ausencia de menstruación, la rapidez para arreglarse y un cierto poder. Jazmín afirma: “El hombre, por su físico, tiene más poderes que la mujer, ya que es el hombre quien viola a la mujer y no lo contrario”.

Esta lista de argumentos demuestra que estas jóvenes relacionan el cuerpo fuerte, seco, ligero, rápido y dominable con el cuerpo de los hombres. Así, estos argumentos hacen eco con la opinión de Héritier: “es este conjunto valorado de concepciones muy profundas el que sigue legitimando no solamente la diferencia sino la desigualdad entre los sexos” (1996: 86). La inscripción de tal desigualdad en los cuerpos de las personas que sufren anorexia puede expresarse en otros términos: en las representaciones corporales de estas jóvenes se nota la voluntad de invertir la “valencia diferencial de los sexos” y el deseo de situarse simbólicamente del lado del cuerpo masculino.

Insisto en el aspecto simbólico debido a que, durante las entrevistas, las jóvenes hacen una apología del cuerpo femenino evocando el poder genésico de las mujeres, afirman que “el

cuerpo femenino es más estético y limpio que el cuerpo de los hombres”. La experiencia vivida de las jóvenes nos conduce a pensar que su cuerpo se sitúa en un espacio intermedio: entre la infancia y la edad adulta, entre lo femenino y lo masculino.

LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES

De acuerdo con Gordon, el terreno fértil para el desarrollo de los trastornos alimentarios se nutre de dos factores socioculturales: 1) la evolución del rol femenino, en el cual las mujeres luchan por encontrar un equilibrio entre los nuevos ideales de éxito y lo que tradicionalmente se espera de ellas; y 2) la preocupación por la apariencia y la imagen corporal —atormentadas por la obesidad—, asociada al desarrollo de la moda y al consumo de masas (Gordon, 1996: 62). Aunque son interdependientes, estos fenómenos no parecen tener el mismo grado de importancia en la evolución de la anorexia.

El culto a la delgadez

Así como en las grandes capitales europeas, las avenidas *chic* de la Ciudad de México —como la avenida Masaryk por sólo citar una— están repletas de tiendas “de moda” en donde se exhiben maniqués con cuerpos “larguiruchos” y de tez blanca. Paralelamente, en los barrios populares, pueden verse de forma constante inmensos anuncios que dicen “baje de peso”. Mientras en los pasillos del metro o en los mercados hay herboristas que ofrecen todo tipo de “remedios caseros” para adelgazar, los supermercados ofrecen cada vez más productos *light*. La exhortación a la delgadez es visible en todos los lugares y se dirige a todas las capas de población.

Frente a este panorama urbano en donde se impone la estética del “cuerpo delgado”, las jóvenes encuentran la justificación per-

fecta para su malestar. Según ellas, “las imágenes de las modelos en las revistas las invitan a adelgazar” y “es indispensable seguir la moda para ser feliz en la sociedad”. La cirugía plástica —como la liposucción del vientre— ha sido considerada por varias de ellas, y todas realizan un consumo excesivo de productos *light*.

Estas jóvenes anoréxicas afirman sentirse influenciadas por el culto a la delgadez. Sin embargo, coincido con la opinión de Maître, quien afirma que “la alegación de un exceso de curvas como una infracción a las normas de la moda sólo les proporciona un argumento de circunstancia” (Maître, 1997: 229). Si esta obsesión por la delgadez constituyera el fermento del trastorno, habría entonces más individuos afectados.

La evolución del rol de la mujer en la sociedad mexicana

A lo largo del siglo xx, las mujeres mexicanas lucharon por salir de la esfera doméstica y entrar al ámbito de lo público, lograron esto con el costo de trabajar una doble jornada para conciliar la profesión y la maternidad. Esta conquista del espacio público, según Lamas, generó conflictos internos en las mujeres que, al abandonar el ámbito privado, tenían la impresión de adoptar “conductas masculinas y de perder su feminidad” (2000: 16-17). Este cambio de rol de la mujer en la sociedad no es nuevo y, si bien es algo ya asumido para muchas mujeres, otras, no menos numerosas, siguen trabajando principalmente al interior de su casa.

La mayor parte de las madres de las jóvenes entrevistadas son amas de casa, responsables de la intendencia doméstica y de la educación de los hijos. Por lo que se refiere a las jóvenes, todas anhelan compaginar trabajo y maternidad. Con tal de elegir el momento oportuno para tener hijos, estarían dispuestas también a recurrir al uso de anticonceptivos, antes, entre y después de sus embarazos.

Las jóvenes no vinculan espontáneamente este factor del “rol de la mujer en la sociedad” con su trastorno, aunque este

aspecto parezca situarse en el corazón del problema anoréxico. Mediante el discurso de estas jóvenes, encontramos huellas respecto a la importancia de la reproducción, pero observamos también el deseo de romper con el destino que tuvo su propia madre. Este segundo elemento parece corresponder más al origen del trastorno que “el culto a la delgadez”, quizá porque está vinculado con otro factor predisponente: la familia.

LAS RELACIONES DE GÉNERO EN LA DINÁMICA FAMILIAR

La temática familiar en la anorexia ha sido estudiada principalmente por autores como Minuchin (1978) y Palazzoli (1986). El primero describió familias en donde los nexos entre individuos son enredados y los límites poco precisos. De acuerdo con él, algunos padres sobreprotegen a sus hijos y tienden a dirigirlos de manera rígida; en estas familias, los miembros expresan poco sus descontentos, guardan secretos y nunca resuelven los conflictos. Palazzoli, por su parte, describió familias de anoréxicas en donde era difícil asumir un papel de liderazgo (Palazzoli 1986, citado en Pomerleau, 2001).

La madre omnipresente y el padre evanescente

En la anorexia, es a menudo la madre quien se siente como la gran culpable del trastorno de su hija, pues el síntoma de rechazo alimentario es visto como una provocación hacia la madre que nutre (Bruch, 1994). Tal acusación simplifica el problema y no es aceptable: resta importancia a la participación de los otros miembros de la familia. Sería también reduccionista querer pintar un retrato único de la madre de la joven que sufre anorexia, aun cuando existan algunos puntos comunes en el *habitus* de estas mujeres y en las relaciones que tienen con sus hijas.

Estas relaciones parecen oscilar entre la adoración simbiótica y el odio profundo. Como se ha mencionado anteriormente, algunas jóvenes constatan que, gracias al trastorno padecido, sus madres les han dedicado más tiempo. Antes de padecer anorexia, Azalea se sentía abandonada por su madre; actualmente esta última se esfuerza por buscar en todos los supermercados la única marca de yogurt que Azalea acepta comer. Otras jóvenes se quejan, sin embargo, del carácter demasiado protector, vigilante y exigente de sus madres. La madre de Azucena controla todas sus salidas y le ordena limpiar su casa como si su hija fuera su empleada. Se observaron estos dos tipos de afecto durante las entrevistas y éstos dependen de cómo la hija logra posicionarse con respecto a su madre. Si la joven que sufre anorexia se alegra de poder manipular a su madre, le resulta en cambio insoponible sentirse manipulada por una madre demasiado exigente y sobreprotectora. La relación madre-hija parece entonces articularse en la dialéctica “dominada-dominadora”: las anoréxicas buscan, conscientemente o no, dominar a su madre.

Si bien el papel del padre en la dinámica de la anorexia puede parecer secundario en comparación con el de la madre, amminorar la responsabilidad paterna sería un error (Maine, 1995). Esta infravaloración de la parte paterna proviene del hecho de que, en las terapias, las pacientes hablan menos de su padre que de su madre, y de que ellos se involucran poco en la terapia. Tal vez la relativa ausencia del padre sea el reflejo de su menor implicación en la vida cotidiana familiar.

Todas las jóvenes entrevistadas describieron cierta ausencia de su padre en el hogar. Algunas de ellas contaron que su padre era una persona “muy trabajadora” y que, por lo tanto, “no estaba casi nunca en casa”. Otro tipo de respuesta de las jóvenes es que su padre siempre tuvo “una actitud desvanecida dentro de la familia, a causa de la personalidad demasiado aplastante de la madre”. Observamos dos tipos de afectos hacia los padres: 1) una admiración sin límites hacia ellos por su empeño en el trabajo; y 2) la irritación por la inercia del padre en casa y su

sometimiento al carácter de la madre. Refiriéndonos de nuevo a los valores opuestos de las clasificaciones de lo masculino y de lo femenino incluidas en el discurso aristotélico, se puede adelantar que estas jóvenes valoran positivamente “la fuerza de trabajo” y negativamente “la inercia y la sumisión”, como si aspirasen a que su padre encarnara un rol “más masculino”.

Las hermanas y los hermanos problemáticos

Escasas son las obras que tratan de las relaciones entre las jóvenes que padecen anorexia y sus hermanos y hermanas. De acuerdo con Vialettes, “esta ausencia relativa [de los hermanos en el discurso anoréxico] refleja probablemente más un rechazo que una indiferencia” (2001: 220). Observemos las relaciones de tres jóvenes con sus hermanos.

Margarita tiene dos hermanos menores, como es la mayor, considera injusto que ellos tengan, “gracias a su sexo”,⁵ más libertades que ella, como el hecho de poder llegar más tarde. La joven confiesa que suele generar conflictos cotidianos con el fin de “obtener cierto poder sobre ellos”. Margarita lucha contra la asimetría hermano mayor/hermana menor (superior/inferior) y hermana mayor/hermano menor (inferior/superior) que describe Héritier (1996: 24-25, 62-67) y que valida la “valencia diferencial de los sexos” o la superioridad de lo masculino sobre lo femenino. El comportamiento de Margarita reflejaría, entonces, la voluntad de invertir esta valencia. Ella quisiera estar en una posición superior por su estatuto de hermana mayor, pero al ser mujer, predomina lo masculino sobre lo femenino.

El caso de Jazmín parece más sencillo. Después de la muerte de su padre, ella debe aguantar la autoridad y la dominación impuestas por su hermano mayor, quien quiere “sustituir al padre”.

⁵ Conservo aquí la expresión empleada por la joven, aunque sería más bien “gracias a su género”.

Jazmín desaprueba este empoderamiento del hermano “con el pretexto de que él es ahora el único hombre de la familia”.

Por último, Lila y su hermano mayor tenían una “relación excelente”: los dos se iban a ir de viaje al extranjero para festejar los 15 años de Lila. Algunos meses antes, el hermano se suicidó. Lila entonces decidió dejar de comer, “tal vez por reunirme con él”, y ha intentado remplazarlo “adoptando conductas masculinas” y típicas de su hermano. En el caso de Lila, la relación hermano/hermana parece casi indivisible: con el fallecimiento de su hermano, ella sintió que “una parte de ella se murió”. El rito de los 15 años, marcado por una fiesta, o un viaje al extranjero en algunos casos, representa el acceso al estatus de mujer. Debido a la pérdida del hermano, Lila no pudo concretar este pasaje y tal vez se ha rehusado, inconscientemente, a convertirse en mujer.

Como lo señala Vialettes, existe una competencia entre la joven que sufre anorexia y su hermana cuando ambas tienen edades cercanas (Vialettes, 2001: 220). Esta competencia, mezclada con sentimientos de celos, apareció explícitamente en las entrevistas. Tomaré un solo ejemplo.

Jazmín (21 años) tiene una hermana, S., de 20 años. Desde siempre, S. ha tenido celos de Jazmín por ser “la consentida” de la familia y sobre todo de la madre. Jazmín atribuye esta “falsa impresión” al hecho de que ella heredó el nombre de su madre. Por otro lado, S. padece anorexia sin querer admitirlo. Como las dos hermanas pesan y miden lo mismo, S. pide siempre a Jazmín que le preste su ropa, pero S. nunca quiere prestarle la suya.

El tema de los celos suele resaltar en el discurso de las jóvenes entrevistadas —como en el caso de Jazmín—, aunque expresan sentir menos celos que sus hermanas hacia ellas. Este detalle deja suponer que, como hermanas mayores o menores, ellas quieren prevalecer en una posición superior a las de sus hermanas. Esta hipótesis puede ser confirmada en parte por el hecho de que la joven anoréxica difícilmente acepta que su hermana sea “su doble”, si se padece un trastorno tan grave.

Si las relaciones entre la anoréxica y su(s) hermano(s) parecen remitir a la problemática de la diferencia y la desigualdad entre los sexos, las relaciones que mantienen con su(s) hermana(s) sugieren más bien el problema de “lo idéntico”. No asombra el hecho de que estas similitudes y diferencias sexuadas planteen problemas a estas jóvenes en sus relaciones fraternas: atraviesan la adolescencia, es decir, un proceso identitario fundado en la identificación y separación.

CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo vimos que el fermento cultural predispone la aparición de la anorexia. El imperativo de la delgadez se impone con fuerza en México, así como en todo contexto “occidentalizado”, y proporciona un argumento de circunstancia a las jóvenes deseosas de tener un cuerpo “esbelto, ligero y activo”. Por otro lado, el papel de las mujeres en la sociedad, así como la relación hombre/mujer, han experimentado cambios profundos. Al conquistar la esfera pública y alejarse del ámbito privado, las mujeres empezaron a experimentar aspectos de la vida considerados tradicionalmente como propios de los hombres. El acceso al trabajo de las madres desestabiliza a sus maridos: al dejar de ser los únicos proveedores económicos, pueden experimentar un complejo de inferioridad frente a su mujer (Maine, 1995: 63).

Esta tendencia general “de la masculinización de la madre y pérdida de la influencia del padre”, en términos de Vialettes (2001: 210), o más bien esta tendencia a la adopción de roles tradicionalmente masculinos por parte de las mujeres, se encuentra en las familias de las jóvenes estudiadas. Nuestras observaciones de campo se aproximan a lo propuesto por Vialettes, quien afirma que “asistimos, en las familias de anoréxicas, a una tendencia de la disminución de las diferencias de identidad sexual entre los padres, con intercambios de responsabilidades o estatutos: la madre se masculiniza (o se paterniza) y el padre se materniza, dando, *in fine*, una imagen monógama del parentesco, domi-

nada no obstante por la figura materna” (Violettes, 2001: 210). Si bien estos cambios no son exclusivos de las familias que viven la anorexia —y constituyen más bien un signo de nuestras sociedades actuales—, la mezcla de roles femeninos y masculinos en estas familias parece transcribirse en la relación que la joven anoréxica mantiene con su cuerpo. En efecto, gracias a la dicotomía aristotélica se demostró que el cuerpo anoréxico se sitúa simbólicamente entre lo masculino y lo femenino.

La imbricación de estos diferentes aspectos podría representarse bajo la forma de tres círculos concéntricos: el más grande representaría al contexto sociocultural; el círculo intermedio al núcleo familiar; y el círculo más pequeño a la joven que sufre anorexia y quien traduce en su experiencia corporal todas las influencias recibidas previamente.

Gracias al prisma de “la valencia diferencial de los sexos” me es posible afinar esta síntesis. Más allá de las confusiones o de las mezclas entre lo masculino y lo femenino, hablaré más precisamente de “tentativas de inversión” de la “valencia diferencial de los sexos” en las jóvenes con anorexia. Estas tentativas son visibles no solamente en la relación que ellas mantienen con su cuerpo mediante una inscripción simbólica del lado de lo masculino, sino también en las relaciones que tejen con los miembros de su familia. Si las anoréxicas son conocidas por ser “verdaderas tiranas domésticas” (Violettes, 2001: 41), nuestra experiencia de campo ha convalidado en gran medida esta afirmación. Esta situación ocurre como si la joven quisiera invertir las jerarquías padre/hijo, hermano menor/hermano mayor, las cuales no pueden revertirse; también quisieran invertir la jerarquía masculino/femenino.

¿Las tentativas de inversión de la “valencia diferencial de los sexos” son otra manera de hablar de la rebeldía atribuida a la fase pubertaria? Quizá. Lo cierto es que estas tentativas son hasta cierto punto “abortadas” en la medida en que las jóvenes, en lugar de adquirir su libertad, se encierran en relaciones con el cuerpo particularmente nefastas para ellas.

VI PELOS Y SANGRE EN LA ANOREXIA¹

EL ESPECTRO DE la muerte se vislumbra muchas veces de la apariencia corporal de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa. La delgadez extrema, la visión del relieve huesudo debajo de una piel pálida, el cuerpo que flota en ropa demasiado grande, tienen un poder de evocación evidente: el riesgo de muerte está presente. Signos de graves carencias debido a la desnutrición, las alteraciones del ritmo cardíaco pueden indicar la fragilidad del diagnóstico vital, el suicidio también forma parte de los posibles desenlaces del trastorno.

Si este coqueteo con la muerte es real, es importante no reducir la anorexia a ese único deseo, que sería aceptado y esperado por las ayunantes. Hiperactivas y a menudo animadas por proyectos ambiciosos, las jóvenes realizan muchas actividades, no se reconocen como “enfermas” y la idea de muerte parece totalmente ausente de sus mentes. Por el contrario, en esas circunstancias, la anorexia da la impresión de ser justamente una estrategia de vida. Lejos de ser lineales y uniformes, esos estados físicos y emocionales, que oscilan entre la aspiración hacia la muerte y el impulso por la vida, dependen de las historias vividas por las jóvenes, de la evolución de su trastorno y de que tengan o no apoyo de un equipo terapéutico.

¹ La versión original de este texto es: “Aménorrhée, lanugo et cheveux. Représentations et pratiques autour de la vitalité dans l’anorexie mentale”, *Cahiers d’anthropologie sociale*, París, L’herne, 2010, pp. 43-56. Agradezco la traducción realizada por Julia Hernández Gutiérrez.

Para este capítulo, me fundo en el trabajo de campo realizado en la Ciudad de México, y más precisamente, en las experiencias de las ocho pacientes que entrevisté en una clínica privada especializada en desórdenes alimentarios. El equipo médico las recibía varias veces por semana, y ellas eran atendidas desde un mes hasta tres años. De acuerdo con la clasificación psiquiátrica americana, se había establecido el diagnóstico llamado “anorexia nerviosa”, por medio del *DSM-IV*; como lo he mencionado varias veces, actualmente se suele usar el *DSM-V*.

En manos del equipo de especialistas, las jóvenes parecían experimentar tres etapas: 1) momentos de depresión intensa, o lo que llamaré aquí “fases pasivas”, caracterizadas por un estado corporal de abandono y una actitud de indiferencia hacia la vida en general y de encierre consigo mismas; 2) “fases activas” durante las cuales las chicas parecían controlar perfectamente su rechazo a la comida, comprometidas con un control firme de sus cuerpos y dominadoras en sus relaciones interpersonales; 3) “fases de abandono de la anorexia”, donde ellas comenzaban progresivamente a “soltar”, es decir, a renunciar a las lógicas de control en las que se encontraban encerradas.²

Estas etapas no responden a un orden establecido. En cada paciente las fases activas podían intercalarse con fases pasivas y con el camino hacia una cura —que no fue visible en todas las pacientes—, mismo que podía ser punteado con recaídas, periodos activos o pasivos. La vitalidad es una noción vaga y fluctuante en la anorexia y el recorte del trastorno en distintas temporalidades sólo tiene un objetivo: poder matizar el análisis en el discurso de estas jóvenes.

² Darmon (2003) realizó un corte temporal que llamó la “carrera anoréxica”. Se compone de cuatro fases: 1) “comenzar” la dieta o hacerse cargo ellas mismas de lo que comen; 2) [continuar A] “mantener” el compromiso con su propia dieta; 3) [continuar B] “mantener” el compromiso a pesar de las advertencias y la vigilancia; 4) “ser apoyada”: remitirse a una institución médica. El corte temporal que propongo aquí entre “fases pasivas”, “fases activas” y “fases de abandono del trastorno” corresponde a los diferentes periodos que pude observar durante lo que Darmon destaca como la cuarta etapa de la “carrera anoréxica”.

Como ya expliqué, la anorexia se puede describir por una serie de signos estereotipados. Puedo mencionar la pérdida de peso y el temor a engordar, la percepción errónea del cuerpo, la amenorrea, la fragilidad de las uñas, la caída del pelo, la frialdad de las extremidades, la sequedad de la piel, el desarrollo de lanugo,³ los insomnios y la fatiga consecuente a la hiperactividad. En esta lista no exhaustiva, el estudio se centra en tres aspectos corporales: la amenorrea, el lanugo y las relaciones mantenidas con el cabello. ¿Qué representaciones suscitan estos tres elementos en las jóvenes con anorexia? ¿En qué prácticas se involucran? El objetivo aquí es explorar la naturaleza de los posibles vínculos entre la sangre, la pilosidad y el cabello que existen en la imaginación de estas jóvenes, en función de las diferentes fases por las que pasan.

La anorexia es abordada, muchas veces, desde los prismas de la alimentación y la obsesión por la delgadez. ¿Por qué contemplarla aquí a partir de sus manifestaciones, *a priori* secundarias, como la sangre, el vello y el cabello? En trabajos anteriores, se dibujaron varias hipótesis. La anorexia nerviosa es mayoritaria, sin ser exclusiva, entre las mujeres. En el capítulo anterior, demostré que la relación con el cuerpo de estas jóvenes podía ser simbólicamente interpretada como una tentativa de inversión de la “valencia diferencial de los sexos” (Héritier, 2002a), o como un deseo de derrocar el orden jerárquico masculino/femenino, superior/inferior. De hecho, de acuerdo con sus representaciones y prácticas corporales y al retomar la dicotomía aristotélica, ellas se encuentran del lado de lo seco —por su amenorrea— de lo ligero, de lo fuerte, de lo hiperactivo, de lo dominable y de lo controlable. Aunque el desarrollo abundante de su vello tal vez no les provoque las mismas reacciones que la suspensión de su

³ El término lanugo, derivado del latín *lana* que significa “lana”, “textura lanosa”, refiere a la pelusa en la piel de ciertas frutas, como el durazno, además de encontrarse en las hojas de algunas plantas. Como respuesta a la extrema pérdida de peso, el cuerpo de las personas anoréxicas desarrolla esta especie de vello corporal fino en algunas partes específicas o en todo el cuerpo.

menstruación, supongo que, vinculado con la pubertad, el hecho de asociar la sangre a la pilosidad permitirá profundizar la temática de lo masculino y lo femenino en la anorexia.

En efecto, este trastorno surge, con mayor frecuencia, antes o durante la pubertad. Durante la transición de la niñez a la edad adulta, coinciden las apariciones de los flujos mensuales y la pilosidad. Sin embargo, como resultado de las fuertes restricciones en la dieta, se observa en estas jóvenes una desregulación de estos ajustes corporales que trae consigo la pubertad. Si la menstruación permite la sexualidad reproductiva, nos acordamos también que Berg, por medio de Leach, insistió en el simbolismo sexual del pelo y el vello (Leach, 1958). Mi intención aquí no es forzosamente confirmar las metáforas entre genitales = pelo(s), pelo largo y suelto = sexualidad libre y pelo atado = sexualidad controlada; mantenerse demasiado cerca de estas asociaciones comprende también el riesgo de encerrar a estas jóvenes en interpretaciones preestablecidas y fijas. Aunque se vislumbra que los posibles vínculos entre la sangre, los vellos y el cabello en la anorexia tenderán hacia una reflexión sobre la sexualidad durante la pubertad, la idea principal es ubicarse del lado de las jóvenes, entender sus representaciones y prácticas corporales en torno a la vitalidad, esta noción tan aleatoria en la anorexia.

DE LA AMENORREA AL SANGRADO VOLUNTARIO

Las representaciones de la amenorrea

Las jóvenes que padecen anorexia frecuentemente tienen amenorrea. Esta falta de flujo menstrual es uno de los cuatro criterios del *DSM-IV* que permiten establecer el diagnóstico de la anorexia.⁴ La amenorrea puede ser primaria, si la adolescente nunca ha menstruado, o secundaria, en el caso del cese de la

⁴ Este criterio desaparece en el *DSM-V*.

menstruación por más de tres meses consecutivos. Aunque se produce regularmente, la amenorrea no es específica de la anorexia. El ciclo menstrual es fácilmente perturbado por problemas emocionales, estados de tensión y agotamiento. Bruch recuerda que “durante la guerra, en los campos de concentración y en las cárceles, la incidencia de amenorrea era elevada” (1994: 322). Fuera de estas condiciones extremas, múltiples razones —médicas, psicológicas y psicoanalíticas— se han atribuido al cese de la menstruación en la anorexia.

En primer lugar, se puede vincular con el adelgazamiento, ya que una pérdida de 10 a 15% del peso puede generar una amenorrea. Este argumento, sin embargo, aún es controvertido: el flujo menstrual desaparece a menudo antes de la restricción alimentaria y la pérdida de peso (Corcos, 2005: 118). Otra explicación sitúa a la amenorrea como “uno de los efectos del comportamiento general del control característico en la anorexia: el control de la ingestión y de las heces, el control corporal, el control de las relaciones interpersonales, el control en los estudios escolares” (Corcos, 2005: 118). Algunos psicoanalistas, como Combe, ponen en paralelo la interrupción de la menstruación en la anorexia, el rechazo de la feminidad y el deseo de eliminar ciertas “reglas” de la vida cotidiana (2002: 3-6). La amenorrea de las jóvenes anoréxicas también se relaciona con un estado de inmadurez psicológica, visible a través de la actitud frente a la sexualidad. El rechazo a la comida se equipara con el rechazo a las relaciones sexuales y el cese de la menstruación puede simbolizar el deseo de quedarse en un estado infantil así como el temor inconsciente de la fecundación. Al respecto, Maître escribe que “las maneras anoréxicas de estar en el mundo se caracterizan por el rechazo a asumir la exclusividad de la mujer en la transmisión de la vida” (2000: 8). Signo del embarazo, pero también de la esterilidad y la menopausia, la amenorrea puede reflejar otros estados emocionales en estas jóvenes.

En la clínica, todas las chicas entrevistadas tenían amenorrea secundaria desde hacía muchos meses. Las representaciones,

relacionadas con el cese de la menstruación y mencionadas durante las entrevistas, deben ser ordenadas de acuerdo con las diferentes temporalidades del trastorno. En las fases pasivas, las jóvenes mostraban indiferencia ante este cambio corporal: “No me importa tener mi periodo o no tenerlo, lo único que quiero es adelgazar”, afirmaban a menudo. En las fases activas, se alegran mucho por la desaparición de su menstruación, las razones son: 1) que el periodo es “una pesadilla y algo bien doloroso”; 2) que la menstruación las “cansa y debilita” y les impide ser “fuertes y dinámicas”; 3) que es “injusto que la menstruación sólo incumba a las mujeres y que los hombres no tengan que sufrirla” y que, por esta misma razón, preferirían “ser hombres”. Finalmente, cuando se abandona el trastorno y están cerca de la cura, informadas por los médicos de las consecuencias de una amenorrea demasiado larga, desean volver a menstruar. La idea de sufrir osteoporosis les da terror. La reaparición de la menstruación, gracias (o no) a la absorción de estrógenos, las alivia: con ello piensan “recuperar la salud”. En esos momentos, su discurso cambia: “Los hombres no tienen la oportunidad de vivir el embarazo y de sentir al bebé crecer en ellos”.

La cuestión de la sangre menstrual genera, en estas jóvenes, un discurso que pone de relieve la comparación, e incluso la competencia, con el otro sexo. La amenorrea es valorada en la medida en que permite contrarrestar un orden biológico que las ubica en una situación de inferioridad en comparación con los hombres. El regreso de la menstruación es, sin embargo, aún más aceptado por estas jóvenes, ya que significa la afirmación del poder genésico femenino que los hombres no tienen. Este discurso no parece propio y exclusivo de las jóvenes con anorexia; remite sobre todo a los afectos vinculados con la transformación de los cuerpos en el momento de la pubertad.

La falsa aparición de la regla

La aparición de la menstruación, que marca el inicio de la pubertad, muchas veces deja un recuerdo vivo y preciso. Si no es posible reconstruir aquí todas las historias individuales recogidas, es necesario, en cambio, señalar un elemento importante: tres de las ocho jóvenes entrevistadas experimentaron una falsa aparición de su regla.

Lila relata un accidente que ocurrió cuando tenía nueve años. Durante su infancia, “independiente e intrépida”, ella siempre participaba en los juegos de los niños varones. Un día durante las vacaciones, Lila se fue a andar en bicicleta con su hermano y su primo. Los frenos de su bicicleta no funcionaban, y en un campo baldío con surcos, se cayó y se lastimó la entrepierna. De regreso a casa, no mencionó su escapada con los chicos; sin embargo, su madre vio sangre en su ropa interior sucia y le proporcionó toallas sanitarias informándole que estaba menstruando, que esta “cosa” le permitiría “tener hijos un día”, y que ella “ahora se había convertido en una mujer”. Tres días después, la madre llevó a Lila al médico, quien descubrió la herida causada por el accidente. Lila tuvo luego su “verdadera regla” cuando cumplió 15 años.

Las historias de las otras dos chicas siguen la misma progresión: 1) una caída que causa un sangrado en la entrepierna; 2) el secreto del accidente ocultado debido a una circunstancia de prohibición: dos de las tres jóvenes habían seguido a niños y desafiado el consentimiento parental; y 3) la madre que descubre la ropa interior con sangre y le explica a su hija que ahora tiene la capacidad de procrear. Estas anécdotas representaron para las tres chicas un mal recuerdo que las había invadido de vergüenza. Se encontraban frente a un problema que aún no les concernía, proyectadas en una pubertad antes de tiempo, anunciada y ratificada por el discurso de la madre.

Estas falsas apariciones de la regla subrayan el contraste entre la sangre menstrual y la sangre que se derrama por accidente.

Sabemos con Aristóteles que la gran diferencia entre los hombres y las mujeres es que los primeros pierden su sangre sólo de manera voluntaria, mediante actividades que ellos han buscado, como la caza, la guerra, la competencia, mientras que ellas tienen pérdidas de sangre regularmente y sin poder oponerse a ello (Héritier, 2002a: 25). A nivel simbólico, cuando le reconoce como “falsa menstruación”, ésta representa un paso repentino de lo masculino a lo femenino que no hubiera tenido que suceder.

Las prácticas de automutilación

Las prácticas de la mutilación de la carne son conocidas desde la época de la “santa anorexia”: María de la Encarnación se mortificaba llevando una camisa hecha con fibra vegetal (llamada *haire* en francés) y un cilicio —tejidos gruesos y ásperos hechos con pelo de cabra o de camello— con el deseo de alcanzar el cuerpo sufriente de los demás (Maître, 2000: 116-117), y cuando Catalina de Siena hizo su voto de castidad, se flageló hasta sangrar, se escaldó a sí misma con agua de Vignone y se cortó el pelo (Maître, 1997: 262).

Desde aquel entonces han pasado algunos siglos. Los perfiles anoréxicos se han diversificado y el actual contexto sociocultural es radicalmente diferente: las representaciones religiosas han desaparecido, pero las prácticas de automutilación, en las personas que sufren trastornos de la alimentación, continúan siendo bastante frecuentes (Corcos, 2005: 137-167).

En la clínica, a una joven, Violeta, le ocurrían estos “sangrados voluntarios”. En las fases activas, a ella le gustaba lacerarse las muñecas una vez cada 15 días, justificaba su acto con estas palabras: “Me libero de la ira que tengo en mi interior y también de mis frustraciones... Me encanta ver mi sangre fluir y, sobre todo, saber que soy la responsable de ello”. Sin duda se debería analizar esto bajo un ángulo psicoanalítico y recontextualizar este comportamiento en la historia de Violeta; pero ése no es mi

objetivo por ahora. La simple declaración de Violeta, sumada a la alegría que le trae su amenorrea, me remite una vez más al discurso aristotélico. En el plano simbólico, esta joven está del lado de la “sangre que se derrama voluntariamente” —pero que no produce nada—, es decir, del lado de lo masculino.

Estas breves consideraciones sobre la sangre en la anorexia suscitan tres elementos relacionados entre sí. Al parecer, a estas jóvenes se les hace difícil aceptar la llegada de la pubertad —aunque ésta sea verdadera o falsamente declarada—, porque marca la formación de su “cuerpo de mujer”, “debilitado” mensualmente y “capaz de procrear”. Después, la difícil transición de cuerpo de niña al de mujer *versus* el cuerpo de hombre, se encuentra no sólo en un discurso comparativo que ellas tienen, sino también a través de una lectura simbólica de sus comportamientos. Cuando la sangre se derrama por accidente o intencionalmente, y cuando deja de fluir (en caso de amenorrea), se puede adelantar que las jóvenes se encuentran simbólicamente del lado de lo masculino. Por último, más allá de este enfoque dicotómico, en las representaciones y las prácticas alrededor de la sangre en estas jóvenes también se observa, en filigranas, un tercer elemento que es el coraje de tener que someterse a las leyes biológicas —tales como la menstruación— y el placer extremo de “sentir el control de su cuerpo” —como en la automutilación de Violeta.

EL LANUGO Y OTROS VELLLOS

De acuerdo con el discurso médico, la desnutrición de las personas con anorexia puede provocar la aparición de una pelusa en algunas partes del cuerpo, llamada *lanugo* (González, 2002: 65). Es un mecanismo de protección del cuerpo para mantener el calor corporal. Sin pigmentación, compuesto por pelos largos, suaves y finos, el lanugo no es específico de la anorexia: es en realidad la primera pilosidad de los humanos que se

desarrolla en los fetos, desde el tercer mes de vida en el útero materno. Este vello cubre todo el cuerpo del feto y desaparece espontáneamente antes del nacimiento, o después en algunos casos menos frecuentes. Esta información llama la atención porque destaca que, tanto en las mujeres embarazadas como en las jóvenes anoréxicas, hay una presencia simultánea de la amenorrea y del desarrollo de lanugo. Una precisión es necesaria: la mujer embarazada es amenorreica y es el feto quien porta el lanugo, mientras que en la joven anoréxica estas dos modificaciones corporales se dan en ella misma. Si me centro solamente en el lanugo, podría adelantar que, desde una mirada psicoanalítica, la joven que sufre de anorexia se encuentra en un estado comparable al del feto, es decir, en un estado que precedería al nacimiento o al salto a una nueva vida. Este paralelismo no puede ser más que hipotético y metafórico, ya que nunca se ha mencionado por las jóvenes entrevistadas.

Regresaré aquí a las observaciones de campo. En la clínica, sólo la mitad de las jóvenes presentaban una fina capa de lanugo en ciertas partes —sobre todo la espalda, la cara y el vientre. En la fase pasiva del trastorno, se mostraban indiferentes a este estado corporal. Fuera de esos momentos, esta capa esponjosa les provocaba un profundo disgusto y un sentimiento de horror. Ese tipo de pelos les recordaba a “los monos y a los hombres primitivos”; ellas asociaban sus vellos a la virilidad masculina y, la idea de estar “en los zapatos de un hombre”, les era “insoportable”. No era sólo el lanugo, sino todo el vello corporal lo que provocaba esta repulsión: “No hay nada más espantoso que una mujer con vellos”, mencionó Jazmín, al igual que sus compañeras. Sin excepción, todas se quitaban hasta el mínimo vello, depilándose las piernas, el bikini, las axilas, el bigote y los brazos.

Las cejas eran particularmente cuidadas: finamente depiladas o completamente afeitadas y dibujadas con un lápiz delineador. Esta práctica no es de extrañar: la depilación de las cejas —así como el uso de cosméticos— es una marca de belleza femenina en muchos entornos culturales. Sin embargo, es

sorprendente cuando uno está frente a jóvenes de cuerpo demacrado, con necesidades corporales negadas, y en las que sólo la delicada depilación de sus cejas parece afirmar una voluntad de vivir. El hecho de que se trate de esta parte del cuerpo y no de otra, nos lleva a considerar que los ojos son de los órganos más importantes para las jóvenes anoréxicas: sin la visión, no podrían llevar a cabo una evaluación continua de sus cuerpos. Lila se depila integralmente las cejas y dibuja con lápiz una línea delgada que se detiene en medio de la ceja rasurada, “es más bonito así”, afirmó. Más allá de la justificación estética, cabe preguntarse si este acto confirma de antemano: 1) que ella tiene una visión distorsionada de su cuerpo —las personas con anorexia son conocidas por esto—; 2) que tiene la intención de dar la longitud que desea a su ceja y no quiere someterse a su forma natural de crecimiento.

Las jóvenes entrevistadas fueron unánimes: el lanugo y otros vellos son difíciles de soportar. “Una mujer hermosa es una mujer sin vellos”, “los pelos, son cosa de hombres”, argumentan. Para reparar estas alteraciones corporales, recurren a la depilación para sentirse “más limpias, más higiénicas, más femeninas”. Hay que tener en cuenta que algunas de ellas tienen una pilosidad muy poco desarrollada. De acuerdo con los registros médicos, las muchachas suelen tener un vello púbico virgen o casi, y es lo mismo para el resto del cuerpo. Las muchachas se alegran tanto de esta ausencia inesperada de vello como de no tener sangrados menstruales en las fases activas del trastorno.

Las reacciones que crea el desarrollo de lanugo en estas jóvenes difieren de las generadas por la amenorrea, en este caso no dicen ser varoniles o que quieren ser como los hombres. Al contrario, los pelos las horrorizan y hacen todo lo posible para deshacerse de ellos. Respecto a esta cacería en contra de cualquier pelo conviene, como con la sangre, identificar varios elementos de interpretación. El más obvio y menos relacionado con la anorexia es el criterio estético, muy valorado por las jóvenes. Como lo recuerda Bromberger (2005: 24-29), si la mu-

jer lampiña y el hombre velludo constituyeron paradigmas de belleza y normalidad en la historia de Occidente, constatamos una reciente baja en la tendencia del vello varonil, existe una tendencia a ser lampiño, lo que se logra por medio de todo tipo de técnicas de depilación, es un signo de belleza y modernidad, tanto en hombres como en mujeres.⁵ A pesar de estas nuevas tendencias que las jóvenes no ignoran, ellas adoptan un discurso que opone las diferencias corporales, naturales y sobre todo culturales, entre lo femenino y lo masculino: la belleza femenina, elogiada en exceso, parece ser su caballo de batalla y, como se verá en las relaciones con el cabello, un arma de seducción. Más allá de lo estético, la noción de control está clara. De la misma manera en que se muestran furiosas por tener que sufrir el flujo menstrual, no soportan la idea de que los vellos deban cubrir sus cuerpos sin que ellas lo hayan decidido. Las manifestaciones corporales que escapan a su poder de decisión les provocan enojo y rabia. Si la aparición de lanugo se debe en parte a las restricciones alimentarias, el crecimiento de los otros vellos corresponde más bien a los cambios debidos a la pubertad. Una vez más, estas chicas parecen querer permanecer en una etapa prepubertaria, mantener el cuerpo de niña como siempre lo han conocido. En un nivel simbólico, de acuerdo con el artículo de Leach (1958) y recordando que la pubescencia es parte de las características sexuales secundarias en la pubertad, se podría deducir que estas jóvenes también experimentan, por el rechazo a los vellos, una negativa a aceptar su sexualidad.

⁵ En México, al principio del 2000 apareció el término *metrosexual* para calificar a los hombres cada vez más preocupados por su bienestar físico que eran clientes de salones de belleza y consumidores de productos cosméticos.

LA ANOREXIA DESCABELLADA

Desde el punto de vista médico, las altas restricciones alimentarias, la anemia y los trastornos hormonales en la anorexia pueden causar fragilidad y pérdida de cabello (González, 2002: 65). En el ámbito rural, estos efectos no son siempre visibles y las jóvenes entrevistadas rara vez mencionaron estos problemas. Lo que llama la atención, en cambio, es la forma en que peinan o no su cabello, estos peinados dependen de su estado emocional.

¿Incesto en el pelo?

En las fases pasivas, las chicas tienen el pelo despeinado, desaliñado, muy grasoso y muy sucio. Este estado de abandono también es evidente mediante otras relaciones que tienen con su cuerpo y su forma de vestir. Asimismo, dos de las ocho jóvenes entrevistadas recuerdan haber tenido la súbita necesidad de estar “peinadas como un muchacho”. Violeta se levantó una mañana “obsesionada por la idea de afeitarse la cabeza para parecerse a un hombre”. Pasó el acto, encantada, pero se desilusionó casi de inmediato: se negó a salir de su casa durante varias semanas.

Una historia similar es reportada por Lila. Trece días después del suicidio de su hermano, decidió dejar de comer, y quince días después de esta decisión, se fue a la peluquería para hacerse un “corte muy corto” como el que tenía su hermano. Durante varios meses se sintió feliz de llevar el mismo peinado que su hermano ausente. Esta práctica debe estar relacionada con su contexto. Lila y su hermano —dos años mayor y nacido el mismo día que ella— se llevaban “de maravilla”: se decían con frecuencia lo mucho que se querían. Para ella, su hermano era su “amigo”, su “cómplice y compañero de juegos”; él no dejaba de decirle: “no sé qué haría sin ti”. Como lo conté en el capítulo anterior, unas semanas antes de la tragedia, los dos habían pedido

a sus padres que el verano siguiente les regalaran un viaje a Europa por dos meses, para los 15 años de Lila. En México como en otros países latinoamericanos, a las jóvenes de 15 años se les celebra un ritual que consiste en una fiesta donde se reúnen los familiares y amigos, o bien se hace un viaje al extranjero.⁶ Este ritual marca el cambio de estatus de niña a mujer; a partir de ese momento se asume que tienen derecho a casarse y tener hijos.

Esta historia pone de manifiesto la relación de una pareja de hermanos casi indivisible. Cuando su hermano murió, Lila sintió que “parte de ella murió también”. Esta relación se parece a un incesto sin pasar al acto sexual, un incesto “simbólico”: el deseo de Lila de viajar sólo con su hermano para sus 15 años hace pensar en una especie de “luna de miel”. A esta relación incestuosa en la intencionalidad, le agregaré que, debido al drama, Lila no pudo cumplir “su paso al estatus de mujer” y que es posible que se haya negado a convertirse en una mujer sin exteriorizarlo verbalmente.⁷

Del control del cuerpo a la operación de seducción

En las fases activas del trastorno, parece que sólo hay un “peinado posible” para estas jóvenes. Sin excepción, tiran severamente hacia atrás su pelo y lo trenzan o lo atan en una cola de caballo o con un moño, a la manera de las bailarinas clásicas. Ninguna mecha se sale y la cabellera se ve aplacada gracias a una capa de gel. Al inicio de la terapia, suelen afirmar que este peinado es el más conveniente para el buen desarrollo de sus actividades. Al final de la terapia, se justifican de otra manera. Lila dice: “este peinado forma parte de los controles que tenía sobre mí misma. Me encantaba sentir mi cabello pegado a mi

⁶ En general, las familias de clase media organizan una fiesta; el viaje al extranjero es la opción de las familias acomodadas.

⁷ Véase también Tinat (2005b: 111).

cráneo”. Para Violeta, este peinado lo hacía “con el fin de no atraer la atención de los muchachos en la escuela”, porque “los chicos piensan que las chicas con el pelo suelto son más accesibles que las otras”.

Cuando las jóvenes dejan de lado las restricciones alimentarias y corporales, empiezan a desatar su cabello y a cuidarlo. Lo revitalizan con productos especiales y acuden regularmente —entre una vez a la semana y una vez al mes— a la estética. Estas prácticas no son exclusivas de las jóvenes de “buenas familias”. En México, el salón de belleza se erige como una institución: representa a la vez un espacio de sociabilidad para las mujeres de todos los estratos sociales y un lugar de paso frecuente y obligado para los diferentes cuidados personales (pelo, manicura, depilación, maquillaje, etcétera). Para todas las muchachas entrevistadas, “una mujer, para ser mujer, debe tener el pelo largo”, “una mujer de cabello largo y suelto tiene más éxito con los hombres que una mujer con cabellos cortos”. Al final de la terapia, Lila entró a su consulta con una vestimenta sexy, maquillada y con el cabello brillante. El médico la bromeó diciendo: “Bonita como eres, ¿no tienes miedo de llamar la atención de los chicos?” y Lila respondió: “No, al contrario. ¡De ahora en adelante quisiera que siempre me admiraran!”.

De estas relaciones con el pelo, puedo identificar varios nodos de interpretación de los cuales el punto central parece ser la sexualidad. En los momentos de depresión intensa, se observa maltrato y abandono de los cuidados al cabello, así como las prácticas concretas e impulsivas como el raparse, que recuerdan a las acciones de las santas anoréxicas, y en general, aquellas de las aspirantes a ser monjas. El “corte corto” de Lila tiene como objetivo principal revivir al hermano que ella tanto amaba. La pérdida de su hermano y el sufrimiento que la acompaña parecen compensarse con la pérdida o el corte de su cabello, lo que representa el amor y la complicidad que la unía a su hermano. En la enunciación, esta práctica no está disociada del discurso amoroso de Lila hacia su hermano y puede, en este sentido, re-

ferirse a la relación de incesto en un plano simbólico, identificado por medio de otros elementos de su historia.

De la fase activa al retroceso del trastorno, se observa en estas jóvenes un proceso doble: 1) del cabello echado hacia atrás rígidamente al pelo suelto y libre, y 2) de la negativa categórica a llamar la atención de los hombres a que se convierta en su único objetivo.⁸ La simultaneidad de la acción y del cambio de posición en relación con el sexo opuesto sugiere que, entre estas jóvenes, el hecho de soltarse el pelo simboliza la aceptación de su cuerpo, seductor y sexualizado.

Más allá de la sexualidad, también es la aceptación de su feminidad lo que está en juego, y se observa en su discurso la forma en cómo representan lo masculino y lo femenino mediante relaciones dicotómicas: cabello corto/cabello largo, cabello atado/cabello suelto, cabello sucio/cabello limpio. A la luz de estas relaciones, se dibuja la expresión de la “omnipotencia” de las anoréxicas: rasurándose la cabeza, las jóvenes quieren parecerse a los hombres; su peinado rígido representa su voluntad de controlar todo; los cuidados del cabello al finalizar la terapia parecen tener un solo objetivo: seducir al sexo opuesto, es decir, dominarlo.

CONCLUSIONES

¿Qué vínculos se tejen entre la sangre, la pilosidad y el cabello en la experiencia anoréxica? A partir de las consideraciones precedentes, parece posible identificar tres relaciones o tres pistas de reflexión.

En primer lugar, la noción de control es necesaria. El hecho de que este aspecto abarque la relación con la menstruación,

⁸ De acuerdo con las intervenciones de las jóvenes en las terapias grupales, se puede observar que se trata de una constante vista en muchas prácticas cotidianas: si el temor de interactuar con el sexo opuesto caracteriza a los periodos activos del trastorno, la voluntad de seducirlo firma de manera esencial un camino hacia la cura.

con los vellos y con el cabello no es de extrañar: el control es omnipresente en la anorexia y no sólo en las relaciones con el cuerpo (Tinat, 2006). Lo que aquí resulta interesante, no son los múltiples controles ejercidos en los cuerpos de las jóvenes, sino los sentimientos de ira y enojo que las jóvenes atraviesan cuando no lo pueden controlar. Nada parece más desolador para ellas que la sangre que fluye mensualmente y los vellos que crecen en abundancia. Ambas manifestaciones corporales representan el “cuerpo vivo” y una posible interpretación podría ser que estas jóvenes están irritadas por la expresión de esta vitalidad que se impone en ellas. Esta explicación remite a la imagen de la muerte, evocada en la introducción: negar estos signos de vitalidad sería desear la muerte, de manera real o simbólica. Sin embargo, optaré por otra interpretación: en las fases activas, es como si las chicas consideraran sus cuerpos como su peor enemigo, ya que les impone una ley a la que no pueden someterse. Por tanto, estamos frente a un orden jerárquico encerrado en sí mismo, un mecanismo de poder entre la joven y su cuerpo, es decir, de la joven con ella misma. Esta lógica me recuerda el título de la obra de Raimbault y Eliacheff (1989): estas chicas son “indomables”.

Como segundo vínculo, y al tener en la mira el ejercicio de los juegos de poder, surge la temática de lo masculino y lo femenino. El discurso de las jóvenes se ubica sistemáticamente al centro de su experiencia corporal, las diferencias de los sexos y las relaciones de género. De forma esquemática, se puede ver que su amenorrea les alegra porque preferirían ser hombres; cuando su periodo regresa, se enorgullecen del poder reproductivo de las mujeres, del cual los hombres están privados; odian el lanugo que las hace peludas como los hombres y eliminan hasta el mínimo vello para mantenerse bellas y femeninas. En las fases activas del trastorno, se amarran el pelo para no llamar la atención de los hombres, pero lo desatan en las fases de curación para seducirlos; en las fases de depresión, dos muchachas de repente se cortaron el cabello o se raparon para parecer

hombres. Estas observaciones confirman la hipótesis, según la cual las jóvenes con anorexia les gustaría invertir la “valencia diferencial de los sexos” (Héritier, 2002a). Sin embargo, el plan efectuado respecto a estos tres aspectos —la sangre, los vellos y el cabello— permite la identificación de dos mecanismos en el intento de inversión. En las fases activas y pasivas, parece que les gustaría tomar el lugar de los hombres, es decir, acceder, a pesar de su sexo femenino, al rango superior de lo masculino. En las fases de abandono del trastorno, su discurso exaltado acerca de la feminidad indica que les gustaría establecer una nueva jerarquía: femenino/masculino, superior/inferior.

Esta última observación, en la que lo femenino domina de forma simbólica lo masculino, es particularmente evidente en las relaciones de seducción que las jóvenes descubren en el proceso de curación. La sexualidad puede ser vista como el tercer vínculo. Si ésta es asumida gradualmente por las jóvenes cuando el problema regresa, es decir, cuando su regla regresa o cuando sueltan su cabello, apegándome a Moisseeff (1987: 143), considero que esto sugiere que la sexualidad es negada, abandonada o inexistente en las fases activas y pasivas del desorden anoréxico. Por su amenorrea, muestran incapacidad para aceptar su potencial reproductivo y libran batallas contra los vellos y mantienen el pelo recogido con rigidez, se deshacen de los signos principales de su cuerpo sexualizado.

Las representaciones y prácticas de estas chicas con anorexia en cuanto a la sangre, los vellos y el cabello, se articulan en torno a tres tipos de relaciones, por lo menos: el control, o más bien la rabia de no poder controlar los cambios en su cuerpo, el deseo de invertir la “valencia diferencial de los sexos” y la relación con la sexualidad. Desde mi perspectiva, el elemento que encierra estas tres relaciones es la pubertad. Enterrar a la infancia para renacer en adultas implica una serie de problemas físicos, sexuales y de género que las jóvenes con anorexia no enfrentan con facilidad.

VII

LA HISTORIA DE UN HOMBRE ANORÉXICO¹

CUANDO ALGUIEN SE interesa por el tema de la anorexia desde el marco teórico de las ciencias médicas o sociales —incluso cuando este interés es más superficial—, no es raro encontrar a quienes, en el recodo de una conversación informal, mencionan: “Yo sí conozco a alguien que padece anorexia”. Deslizado en los intersticios de los intercambios cotidianos, el discurso sobre la anorexia parece tan omnipresente como ausente. En efecto, si las revistas femeninas de moda se encargan, desde hace mucho y cada día más, de su divulgación, la anorexia sigue siendo muchas veces ocultada y callada por los círculos familiares, muchas veces invisible fuera de las esferas médicas. Aun así, nunca falta que alguien recalque haber conocido a una persona —lo más frecuente es que sea una mujer— que sufre anorexia.

Así es como llegaron a presentarme a un hombre, que aquí llamaré D., después de una conversación informal a inicios del año 2005, en París. Lo conocí y varias semanas más tarde, él mismo dio el primer paso para volver a verme. Afirmó querer “entregar su historia a una persona especialista de la anorexia”, “ofrecer su historia por ser un hombre anoréxico y no una mujer anoréxica”. El primer intercambio que tuvimos tuvo lugar en un café de París, D. había traído retratos de él cuando tenía 18

¹ Existe una versión preliminar de este trabajo: Karine Tinat, Víctor Manuel Ortiz, “El caso D. Lo errante y lo aberrante de un cuerpo anoréxico”, en *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, núm. 117, vol. xxx, El Colegio de Michoacán, Zamora, 2009, pp. 83-128. Aquí sólo se retomó la parte que yo misma escribí.

años y pesaba 30 kilos, con una estatura de 1.75 m. Incluidos sobre este rosario de caras demacradas, entablamos un diálogo que se prolongó a lo largo de los meses, en los cafés, los jardines, durante largos paseos en la ciudad. Las horas de entrevistas a profundidad son inestimables: varias decenas, sin duda una centena. Cada intercambio con D. se acompañó con una toma de apuntes rigurosa y sistemática, consignada en un diario de campo. Opté por no grabar las entrevistas, no recurrí a ningún formato para dirigir las entrevistas y dejé que D. se expresara libremente. La aproximación metodológica fue moldeada en función de D. y la prefiguración de lo que implica su trastorno. Las elecciones metodológicas —formas de entrevistas y observaciones— siempre deben adaptarse en función del perfil del interlocutor, ya que es bien sabido que las personas que sufren anorexia odian sentirse controladas por los demás.

La manera de aproximarme a D. fue acompañarlo en sus propias deambulaciones por la ciudad, y así buscar cierta empatía con él. Desde el primer momento, D. expresó el deseo de que escribiera sobre su historia.² Sin prometer nada, me dediqué ante todo a la tarea de escucharlo y entender su experiencia. Sin duda sus ganas de que algo se escribiera sobre él fue clave en la medida en que se prefiguró en mis oídos un esquema de análisis. Desde el principio, el acercamiento a D. se acompañó de una impresión fuerte: el deseo, por medio de la entrevista, de existir para el otro.

En este capítulo, quisiera reflexionar sobre otras facetas del trastorno anoréxico, basándome en la historia de este hombre. Primero, reconstruiré la historia de D. a partir de la enorme cantidad de notas que obtuve conversando con él. Insisto en el término “reconstrucción” porque si bien se funda en hechos, acontecimientos y acciones que sí ocurrieron, cabe precisar que,

² La reconstrucción de su historia expuesta a continuación le fue confiada para lectura y correcciones. Asimismo, por razones éticas, enmascaro todos los datos y los detalles que permitan la identificación de D.

como cualquier narración, esta historia es el resultado de una recomposición de diversos elementos. Además, de acuerdo con la “ilusión biográfica” de Bourdieu (1994: 81-89), sabemos que las biografías e historias de vida, tales como las escribimos a partir de entrevistas, nunca son el reflejo fiel de los hechos concretos. Aun así, estaré en condiciones de aprehender las múltiples vivencias de sufrimiento y marginación que caracterizan la experiencia de D.

Segundo, quisiera analizar, desde una mirada sociológica, en qué medida la anorexia vivida por D., marcada por relaciones particulares con el cuerpo y la comida, puede ser un lugar de inscripción de fenómenos de sociedad. Para eso, parto del diagnóstico médico, fundándome en la hipótesis de que éste es importante como elemento identitario, de asignación y auto-definición para D. Luego, recorro a los conceptos de *habitus* de Bourdieu (entre otras referencias: 1991) y de *neurosis de clase* de Gaulejac (1999), e intento desentrañar los conflictos que D. atravesó y sigue atravesando en su vida cotidiana. Por último y para cerrar el círculo, regreso al tema de la anorexia y a las relaciones que D. mantiene con su cuerpo, y ver de qué manera se inscriben sus conflictos de *habitus* y sus desplazamientos entre las clases sociales, y en qué medida se puede considerar que su anorexia y sus relaciones corporales representan una especie de “institución total”, según la expresión de Goffman (1961).

La finalidad de este capítulo no pretende sustentar una innovación teórica, ni demostrar que D. podría ser un sujeto representativo del trastorno anoréxico tal como lo viven ciertos hombres. Opino profundamente que la historia de D. nos muestra una experiencia singular y única; sin embargo, al trabajar este copioso material empírico, generosamente ofrecido por este hombre, sí se puede también enriquecer la reflexión sobre los mecanismos identitarios y sociales que a veces imperan en la anorexia.

UNA RECONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA DE D.

D., un hombre de 40 años,³ es hijo único de una pareja formada por una madre oriunda de Francia y un padre de origen extranjero. En la primera entrevista, D. precisa que su apellido significa “hombre errante”.

Cómo todo empezó y el diagnóstico de anorexia nerviosa

La anorexia de D. se declaró a los 13 años, “exactamente dos meses después de la pubertad”. Era el mes de agosto, D. estaba de vacaciones con sus padres en la playa y decidió dejar de comer “para dejar de crecer y evitar parecerse a ellos”. D. iba a vomitar en el mar a escondidas de sus padres.

D. acude a consultas psiquiátricas dos veces a la semana, desde la edad de los 13 años. Entre los 15 y 18 años, fue internado cuatro veces en un hospital psiquiátrico y en una clínica, donde recibió electrochoques. El diagnóstico de anorexia nerviosa fue establecido al cabo de algunos años de enfermedad y así es cómo él se etiqueta desde aquel entonces. D. afirma vivir en una constante depresión: en 2002, hizo un primer intento de suicidarse tirándose al Sena; en 2004 y 2005, intentó de nuevo quitarse la vida ingiriendo grandes cantidades de barbitúricos. Estas tentativas lo llevaron siempre a la clínica. Desde hace años, D. toma cotidianamente neurolepticos, ansiolíticos, anti-depresivos e hipnóticos prescritos por su psiquiatra y su médico general. Para D., este coctel de medicamentos constituye su “salvavidas”: no le ayudan a solucionar su problema, pero “lo mantienen en la superficie”.

³ Este hombre tenía 40 años en el momento de las entrevistas.

Sus relaciones con la comida y el cuerpo

D. afirma que sus padres pertenecen al medio obrero y que la comida siempre fue muy importante para ellos: “No la tiramos por las ventanas”. De niño, cuando recibía una mala calificación en la escuela, su padre lo privaba de comida; por el contrario, si sacaba una excelente calificación, tenía derecho a un excelente helado en el *Café de la Paix* en Ópera.

Al regreso de las vacaciones, D. seguía vomitando, pero ahora en botellas de agua de plástico que almacenaba debajo de su cama. Luego las tiraba en basureros públicos mientras caminaba hacia la escuela. En su habitación, el olor a vómito llamaba la atención de sus padres, quienes se enfurecían y D. multiplicaba sus vómitos. Llenaba el menor envase que encontraba: “Llegué a llenar calcetines”. La mayoría de las veces, D. vomitaba por la ventana, lo que generaba quejas de parte de los vecinos. Entre los 20 y los 24 años, D. conoció fases de potomanía: tomaba entre 20 y 30 litros de agua al día para ahogar lo poco de alimento que no se evacuaba con el vómito. Sus padres, que ya no soportaban sus vómitos, cerraban los baños con llave: D. orinaba en grandes bolsas de plástico.

En el momento de la pubertad, D. empezó a aborrecer su silueta corporal: “Era muy esbelto pero me consideraba demasiado gordo”. Su obsesión era tener el control de su cuerpo y adelgazar. Se pesaba hasta 8 veces al día y le encantaba “poder juntar sus manos” cuando rodeaba su cintura. D. siempre practicó la natación: le gustaba nadar en el océano, dejarse “engullir por las olas gigantes” y quedarse horas en el agua. Desde hace años, D. se nutre de café con leche, algunas galletas secas, yogures *light* y queso tipo *cottage light*. Pasa periodos enteros comiendo dos yogures al día. Se califica como “casi vegetariano”.

Del lado de la madre

Según D., lo que más caracteriza a su madre es su “pobreza afectiva”: piensa que nunca le dio besos, que nunca lo abrazó. Cuando D. tenía 35 años, su madre le contó haberse embarazado contra su voluntad y haber tomado litros de infusiones de plantas para abortar. D. restituye las palabras de su madre: “Quería expulsarte”.

Cuando nació D., una nodriza lo cuidó seis días a la semana porque su madre trabajaba como asistente de limpieza. Esta nodriza no lo nutrió, de tal forma que a los 18 meses D. fue internado en el hospital por desnutrición y se quedó durante seis meses en reanimación/cuidados intensivos. Después de este episodio, la madre se convirtió en portera del edificio donde vivían y cuidaba a D. en su casa. Como este nuevo sueldo no le bastaba, se puso a cuidar a otros niños. D. tiene el recuerdo desagradable de su madre atenta a los otros niños e indiferente hacia él. Muy a menudo, a mediodía, la madre de D. preparaba para los niños bistec de caballo con puré de papa y queso rallado, a D. le sigue dando asco ese platillo.

A los 18 años, D. fue confiado a una mujer que tenía un centro de acogida para adolescentes con problemas. Esta mujer le dijo: “Si engordas de nuevo, serás el hijo que nunca tuve”. D. se puso a comer de nuevo y engordó 20 kilos. Al cabo de unos meses, le anunció: “Engordaste como lo necesitabas, tus padres me pagaron y ahora puedes irte”. En el mismo momento, D. vomitó delante de ella.

D. proporciona algunos elementos sobre su familia materna. Cuenta que su abuela nunca se enamoró de su marido. Ella quería casarse con un panadero, pero como ese hombre no tenía dinero, sus padres se opusieron a la boda y la pusieron en manos de un carnicero procedente de una familia adinerada. A pesar de esta ausencia de amor, los abuelos de D. permanecieron juntos toda su vida. D. vio pocas veces a sus abuelos, recuerda que, a los tres o cuatro años, sus padres lo mandaron de vacaciones

a casa de ellos, pero la abuela no lo soportaba y mandó rápidamente un telegrama a sus padres para que fueran por él.

En cuanto a sus tías y tíos, D. establece la lista siguiente: el tío M., “muerto de un cáncer de ano”; el tío J., “alcohólico durante toda su vida y padre de una hija ninfómana”; la tía J., “esquizofrénica e internada de por vida”, madre de C., muerto a los cinco años de una leucemia, de L., autista, y de F., violado por un pedófilo cuando tenía 10 años; el tío R. “que se suicidó en su cumpleaños 40 en la cama de su madre”; el tío S., retrasado mental, quien contó decenas de veces a D. “cómo una prostituta lo desvirgó”; el tío F., único hijo no biológico, cuya historia es callada por la familia.

Cuando D. tenía entre 6 y 10 años, su tío R. lo cuidaba cada sábado. Éste inventó un “juego forzado” con su sobrino: ordenaba a D. que lo acariciara, que le practicara sexo oral y que tragara su esperma; por su parte, no tocaba a D., pero le pedía que se quitara el calzón. El tío lo llevaba también a pasear. Esperaba pacientemente a su tío abajo de los edificios del barrio Saint-Denis.⁴ Su tío subía con una mujer a quien le pedía siempre que no le “diera caro” porque “quería comprar caramelos” a su sobrino. Las primeras veces, D. ignoraba lo que su tío iba a hacer con estas mujeres, pero sentía que “algo incontable sucedía arriba”.

Del lado del padre

Hacia los 13 años, D. se enteró que su padre no era francés sino de origen extranjero.⁵ Al llegar a Francia, éste había afrancesado su nombre y su apellido, y “había roto todo vínculo con su

⁴ Saint-Denis es famoso en París por ser uno de los barrios donde hay una alta concentración de trabajadoras sexuales.

⁵ No hago aparecer la nacionalidad del padre de D. por razones de confidencialidad. Sólo puedo afirmar que el padre de D. viene de un país menos desarrollado que Francia y con una cultura muy diferente.

familia”. D. afirma: “Hace poco me enteré que mi padre ni siquiera regresó a su país cuando su madre lo reclamó en su lecho mortuorio”. D. tiene poca información sobre su familia paterna. Sabe que era una familia campesina, la cual vivía de la agricultura en un medio rural. Nunca conoció a sus abuelos paternos; sólo sabe que “su abuela fue enterrada con una foto de él (D.) en su corazón” y que su padre tiene tres hermanos, entre los cuales uno tiene la enfermedad de Parkinson, y dos hermanas, de las cuales una ya murió. Sin haberlos visto nunca, D. sabe también que tiene un primo apodado “frágil” y una prima que fue anoréxica, “curada por unos brujos”.

D. describe a su padre como “sobrepotector, omnipresente y demasiado posesivo”. Esta actitud siempre se acompañó con violencias verbales: “Mi padre nunca supo hablarme con ternura y sin insultos. Cuando descubría mis vómitos, me golpeaba”. El deseo de su padre era que D. se convirtiera en “una persona de bien”. Durante la infancia de D., su padre lo mandó al catecismo. Quiso también inscribirlo a clases de piano, pero D. se opuso. Su padre siempre soñó que su hijo lograra una “buena profesión”; quería que se convirtiera en abogado o dentista y no en obrero como él.

Para su padre, la anorexia transformó la vida de D. en “vergonzosa”. Su padre inventó a otro D.: “abogado, casado y padre de tres hijos”, el “creado del principio hasta el fin”, del que se puede hablar con la familia. Cuando su abuela materna murió, hace tres años, D. no fue al entierro y sus padres dijeron que estaba “agobiado de trabajo” y “en misión laboral en América”.

El triángulo “padre-madre-D.”

Los padres de D. nunca se llevaron bien: “una violencia verbal siempre reina entre ellos”. Según D., su padre es, por su cultura de origen, muy dominador y machista: no ayudó nunca a su esposa en las tareas del hogar. D. siente que sus padres siempre lo pusieron en medio de sus discusiones. Hasta la fecha, el padre

no deja de insultar a su mujer, quien le contesta incansablemente: “Jódete, hago mi maleta y me voy a casa de D.”

El itinerario de D.

Durante su infancia, D. vivía con sus padres en la portería de un edificio situado en un barrio elegante de París. En la primaria, era el único hijo de obreros, rodeado de hijos de familias adineradas y famosas. En su relato, cita a unos amigos y compañeros cuyos padres eran famosos, pertenecientes al mundo literario y artístico. D. recuerda que era zurdo y que su padre le golpeaba los dedos para que escribiera con la mano derecha. En aquella época D. tartamudeó y ceceó.

Al finalizar la primaria, D. quiso ir al colegio O. para seguir a sus amigos. Sin embargo, su padre “se opuso y lo inscribió en el mejor liceo de París”. Allá, D. se hizo difícilmente de nuevos amigos. Para integrarse en el ambiente burgués, afirmaba a sus compañeros que había nacido en Suiza y que su padre era director de una empresa de 60 empleados. La mentira se descubrió y se denunció durante una fiesta, un sábado por la tarde. D. invitó a una chica a bailar pero el baile fue rápidamente interrumpido por un compañero de clase, quien exclamó: “No bailes con él, es hijo de un portero”. A pesar de estos movimientos hostiles, logró hacer un amigo; los dos se frecuentaron hasta la facultad y luego perdieron el contacto; este amigo “terminó siendo abogado, casado y padre de tres hijos”.

Entre los 16 y los 21 años, D. estuvo muy cerca de una adolescente anoréxica, N. A los 17 años, D., N. y la hermana de N. pasaban mucho tiempo juntos y soñaban con abrir una “casa cultural” con una sala de cine, una editorial y un taller de escultura. La asociación D.-N. iba acompañada con cierta competencia: cuanto más N. se automutilaba y se escarificaba el cuerpo, menos comía D. A los 22 años, después de haber publicado un libro de poemas dedicado a D., N. se suicidó.

A lo largo de su vida escolar, D. fue un alumno brillante, aunque su enfermedad le impidió acudir normalmente a clase entre los 15 y los 18 años, logró obtener el bachillerato como candidato libre estudiando por sí solo. En 1984, D. se inscribió en una facultad de derecho de París y obtuvo fácilmente la licenciatura. En esa época, D. era “brillante, destructor, solo, misterioso y cohibido”. Llamaba la atención de sus profesores que lo alentaron a matricularse en el magisterio.

En la biblioteca, D. se sentía atraído por una mujer, pero no se atrevía a ponerse en contacto con ella. Le dejaba mensajes de amor y regalos (libros) en su mesa en cuanto ella se ausentaba. En una cartita, le afirmó que la esperaría cada día en la fuente de un parque público de París durante las vacaciones, la mujer nunca apareció y D. se desesperaba cada día esperándola. Después de las vacaciones, D. decidió abandonar el magisterio. Uno de sus profesores, muy famoso en el mundo académico y político francés, llamó a sus padres para que D. no dejara de estudiar, pero D. no cedió y dejó definitivamente la carrera.

Las semanas que siguieron, D. vagaba en la biblioteca y, gastando todos sus ahorros, le regaló una mascada Hermès y un perfume a la mujer que admiraba tanto. Ella rechazó rotundamente sus regalos y le dijo: “Tengo otra cosa que hacer”. Decepcionado y herido, D. se sumergió de nuevo en la anorexia dejando de comer.

Al abandonar sus estudios, D. se pasaba los días errando en París. Sólo volvía a casa de sus padres a medianoche y salía a las seis de la mañana. Estos horarios le permitían no cruzarse con sus padres. D. andaba en la ciudad y en el metro; se peleaba con los vagabundos, contrajo la tiña, sufría edemas gangrenosos. D. afirma: “Estaba en una verdadera desesperación, mis padres esperaban que me muriera”. Durante esos largos años, D. se escapaba de vez en cuando al mar. Pasaba días enteros viendo el mar, solo en la playa. “Todo el mundo pensaba que tenía sida”, recuerda él. Estos años de vagabundeo y de desamparo caracterizaron el periodo de 22 a 31 años.

Alrededor de los 28 años, D. adquirió el estatuto de adulto minusválido, lo que le permitió recibir una indemnización de unos 400 euros al mes. Con ese dinero, D. rentó una pequeña habitación a algunas cuerdas de la casa de sus padres; permanecía encerrado sin salir. Dos o tres años después, sus padres le compraron un departamentito en el mismo barrio.

A los 31 años, D. se juntó con una asociación que ayudaba a la reinserción profesional de las personas minusválidas. A partir de ese momento, D. tuvo primero contratos de duración determinada como ayudante documentalista en el medio universitario; luego, un contrato de duración indeterminada. Durante unos cinco años fue intendente en una universidad: “limpiaba los baños, plastificaba los libros, etcétera”. En la época de mis entrevistas, tuvo un puesto de ayudante en la biblioteca de una facultad de medicina. Desde hace años, solicita un empleo de tres días a la semana porque no siente la fuerza de trabajar y sus estancias largas en el hospital le recortaron su sueldo a la mitad.

Su relación con la sexualidad y sus historias amorosas

D. empezó a masturbarse a los 16 años, y en esos momentos pensaba en helados, en yogures, en galletas y pasteles. Estas visiones le proporcionaban un placer intenso. Cuando se representaba un helado, tenía la impresión de poder alcanzar el orgasmo. Para eso, robaba en los restaurantes las cartas de postres donde aparecían fotografías de helados. En su casa, se masturbaba delante de estas cartas. Estas sesiones de masturbación nunca desembocaban en una eyaculación y D. se disgustaba “de estos placeres ocultos”. Recuerda: “En la época, me quería cortar el sexo, tomaba las tijeras en un impulso y luego las dejaba por falta de ánimo”. D. siempre pensó que el sexo masculino era “difícil de llevar”. No le hubiera “disgustado ser una mujer”. Para él, “una mujer tiene bonito cuerpo, senos y cadera”; D. añade: “una mujer es mirada por los hombres; es tan importante eso”.

D. nunca fue atraído por las relaciones homosexuales. Cuando esperaba a la mujer de la biblioteca en la fuente del parque público, un hombre, profesor de universidad, se le acercó muchas veces, haciéndole propuestas que D. siempre rechazó.

A los 33 años, D. conoció a una mujer, M., y salieron durante algunos meses. Con ella perdió su virginidad, sin embargo, “perder o guardar la virginidad nunca figuró entre mis preocupaciones”, afirmó. D. y M. se separaron porque ella era “maníaco-depresiva y alcohólica”, y no quería ser “su enfermera”. A D. nunca le gustó el alcohol.

Después de haber estado con M., D. encontró a H. y anduvo con ella durante dos años y medio. D. relata la historia con detalles. Cuando D. conoce a H., ella acaba de separarse de su novio y padre de su hija de 5 meses, no tenía alojamiento y D. le ofreció su casa. Como el departamento de D. era chico, la pareja decidió mudarse. El padre de D. se encargó de vender el departamento y compró otro más grande. “Desde el principio, mi padre fue muy inquisidor en la relación que tenía con H.”, afirmó D. Un día, el padre de D. encontró un “contrato de reeducación sexual”, redactado y firmado por D. y H. En ese contrato, H. se comprometía en reeducar sexualmente a D. por la suma de 1 500 euros. D. explicó que no se trataba de una broma sino de un contrato real: H., desempleada y sin recursos, cobró el cheque por los honorarios de enseñanza de la sexualidad para D., quien no lograba tener erecciones. Cuando el padre descubrió el contrato, empezó a insultar a H. de “puta”, de “prostituta”, preguntándole cada vez que la veía si a su hijo se le “paraba bien”, si “eyaculaba bien”. La relación entre D. y H. se deterioró a causa de esas injerencias del padre; la pareja decidió separarse.

Después de la separación, H. y su hija se quedaron durante un año viviendo en casa de D., H. tenía aventuras con hombres y los traía a casa de D., ocupando la que fuera su cama conyugal. Mientras, D. iba a dormir al hotel. Afectado y enojado, D. afirma: “se acostaban en mi cama y al día siguiente me topaba con el preservativo dejado por el suelo”. Después de su historia

con H., D. se sintió mal con su sexualidad y decidió consultar a un sexólogo; éste le prescribió medicamentos para resolver su problema de erección. El padre de D. le repetía a menudo: “hijo, si no follas con una mujer, entonces ella se larga”. La madre de D. nunca le habló de sexualidad.

Un año antes de empezar las entrevistas conmigo, D. encontró a I.; sin embargo, la relación no fue satisfactoria ni para él ni para ella. D. no lograba hacer el amor con I.; “la relación fue platónica”. D. estuvo más de dos años sin tener relaciones sexuales. Si bien “no lo extraña”, confiesa estar buscando a alguien con quien tener por lo menos amistad.

Sus relaciones con los bienes materiales y con el dinero

D. presta dinero tanto a conocidos como a desconocidos y afirma que esto “puede parecer raro” para los demás. Recientemente, dio a H. 3000 euros “simplemente” porque se los había pedido. Prestó también 1200 euros a los padres de H.; ella le dijo que sus padres estaban en apuros y D. dio el dinero sin entrar en contacto con ellos. Estos dones y préstamos de dinero ponen a D. en situaciones económicas desastrosas. Aunque lo sabe, no le importa. Hace poco, D. fue a ver a la asistente social de la universidad donde labora y le prestó 300 euros sin intereses.

El porvenir y ser alguien

D. no puede imaginar su porvenir. Balbucea que “quisiera ser feliz”, que “quisiera no estar solo”. La frase que siempre repite es: “piloto mi barco a la vista”; añade: “cada mañana, levanto la vela, miro el sentido del viento e improviso según las circunstancias”. D. vive al día.

En su discurso, D. expresa implícitamente que quisiera “convertirse en alguien importante”, “ser una persona”. Su discurso

se acompaña muchas veces con apellidos de gente más o menos famosa y conocida en el mundo literario y artístico; dice también haber frecuentado de lejos a una de las familias más ricas de Francia. Es un poco como si sintiera cierta fascinación por la gente que ha logrado cierta situación, cierta identidad, cierta sensación y certeza de ser...

PARA UNA INTERPRETACIÓN DESDE LA SOCIOLOGÍA

¿En qué medida es posible abordar la historia de D. desde un acercamiento sociológico? *A priori*, muchos elementos compiten de lo psicológico y de lo patológico. La historia de este hombre es tan singular que ningún otro se podría reconocer en ella. En 1897, Durkheim fundó la sociología francesa aplicando sus reglas del método sociológico al suicidio: un “acto del individuo que sólo afecta al individuo” y que “parece depender exclusivamente de factores individuales y, por tanto, de la sola psicología” (1995: 8). Esta estrategia se perpetuó, reivindicando la legitimidad de la aplicación del punto de vista sociológico en ámbitos percibidos como psicológicos. Como lo escribe Darnon, no existen objetos de investigación “autorizados” o “prohibidos” para la sociología; las disciplinas no se definen por los objetos que abordan, sino por sus acercamientos teóricos y sus métodos (2003: 8). Esta autora nos recuerda también que, como lo subraya Becker, lo “patológico”, lo “extremo” y lo “atípico” no deben constituir obstáculos sino invitaciones al acercamiento sociológico:

Suponer que el comportamiento estudiado es sensato, pero este sentido se nos escapa por el momento, es una buena alternativa sociológica a la hipótesis [...] de la locura [...]. Esto significa que, cada vez que encontramos algo que nos parece tan extraño y tan incomprensible que la sola explicación que damos es una versión cualquiera de “tienen que ser locos”, tendríamos sistemáticamente

que sospechar que nos falta conocimiento sobre el comportamiento que estudiamos. Mejor suponer que todo tiene un sentido, y, por tanto, buscar la significación (2002: 58-62).

Las líneas que siguen proponen justamente buscar la significación y acercarse a la historia de D. desde una mirada sociológica. Para eso, me esforzaré por poner entre paréntesis la distinción entre lo normal y lo patológico como división esencialista y contemplarla más bien como una cuestión de asignación e imputación: se trata, primero, intentar entender qué sentido da D. a este aspecto “patológico” y, segundo, identificar algunos procesos por los cuales los comportamientos de D. pueden ser observados como marginales.

La importancia del diagnóstico para existir

La historia de D., tal como él la cuenta y tal como la reconstruí, parte de un diagnóstico médico, el de la anorexia nerviosa; también desde la literatura especializada sobre el trastorno se puede confirmar el diagnóstico. Primero, Buckroyd (1996: 26) escribe que el concepto más fuerte en la anorexia es el control y, en efecto, éste es muy visible en la manera en que D.: 1) guardaba sus vómitos y su orina en bolsas y botellas; 2) se pesaba “ocho veces” al día y medía su cuerpo juntando sus manos;⁶ 3) ahogaba el poco alimento ingerido con litros de agua; y, 4) anihilaba la sensación de hambre mientras dejaba de comer. Todas estas “prácticas corporales de control” son bien conocidas por las personas que viven la anorexia nerviosa (Morandé, 1999: 124-125).

Luego, la voluntad de dejar de comer en el momento de la pubertad, acompañada del deseo “de dejar de crecer” y de “no querer parecerse a los padres” es también una característica de

⁶ El temor a engordar y a ser obeso —que mencionó D.—, es también uno de los cuatro criterios de definición de la anorexia que aparecen en el *DSM-IV*, como tuve ocasión de mencionar en otras partes del libro.

la anorexia (Corcos, 2005: 85). En los capítulos anteriores, demostré que tanto en la relación con el cuerpo y la sexualidad como en la apariencia física,⁷ el cuerpo anoréxico se sitúa en un entredós: entre la infancia y la edad adulta, entre lo masculino y lo femenino. En un momento, D. quiso cortarse el sexo y, hasta la fecha, piensa que no le hubiera “disgustado ser mujer”. Por razones evidentes de confidencialidad, no puedo describir el físico de D.; sin embargo, adelantaré que tiene una voz y actitudes afeminadas. A los 33 años, D. tuvo sus primeras relaciones sexuales y afirma que nunca le importó “perder o guardar la virginidad”; “tener o no una vida sexual”. Esta indiferencia o rechazo de la sexualidad es también un rasgo típico de las personas anoréxicas (Violettes, 2001: 54-57).⁸

Entre otros especialistas, los terapeutas Minuchin *et al.* (1978) y Palazzolli (1986) destacaron que, en las familias de las personas anoréxicas, los límites individuales eran confusos y que los padres tendían a dirigir de manera rígida a sus hijos. Más precisamente, el carácter “dominador”, “sobrepotector” o “severo” caracteriza a la madre de la joven anoréxica mientras que el padre suele ser pasivo y ausente (Bruch, 1994: 262; Violettes, 2001: 192-205). En la historia de D., la madre es relativamente “pasiva” frente a la autoridad del padre: éste afirmó y sigue afirmando cierto poder sobre D., entrometiéndose irrespetuosamente en los asuntos más íntimos de su hijo —retomaré la relación padre-D. más adelante.

Por último, se pueden señalar otros dos elementos de la historia de D. que recuerdan el perfil de las personas anoréxicas. El primero es el “dominio de los estudios” (Corcos, 2005: 119); como todas las personas que viven la anorexia, D. fue un alumno

⁷ También traté con mayor profundidad el tema de la anorexia y la sexualidad en Tinat (2005a).

⁸ Lo interesante es que Violettes (re)establece todo el paralelo (bien conocido) entre el rechazo a la comida en las personas anoréxicas y el rechazo a la sexualidad. Este médico endocrinólogo hace también referencia al disgusto de la carne en la anorexia —característica que tiene D.

ejemplar, logró el bachillerato estudiando por sí solo y cursó la licenciatura bajo la mirada fascinada de sus profesores. El segundo es el espectro de la muerte en D. por el acto del suicidio. La mortalidad en la anorexia suele ocurrir en el 5% de los casos y el suicidio ocupa el primer lugar en las formas de fallecimientos vinculadas con la experiencia anoréxica (Chouraqui, 2002: 46).

¿Por qué empezar por este diagnóstico médico y darle tanta importancia? Esto me parece necesario por una razón esencial, que no se sitúa tanto en la historia de D. sino más bien en su propio discurso —que tuvo conmigo en la interacción—, y en su voluntad de ser alguien y de estar en el mundo. Como lo adelanté en la introducción, D. me fue presentado y luego me buscó para entregarme su historia como hombre anoréxico. En el primer encuentro, al comprobar que mi interlocutor no tenía problemas de peso, mi duda fue: ¿este hombre fue anoréxico o sigue siéndolo? Al escucharlo atentamente, encontré una respuesta a lo largo de los meses: D. sufrió de una anorexia relativamente típica en su juventud; con sus 40 años, sigue sin poder comer normalmente y sigue definiéndose como anoréxico; pero, de manera evidente, el perfil de D. va más allá del problema de la anorexia.

Si la estrategia de D. para acercarse a mí “como especialista de la anorexia” —en una suerte de deseo de “conquista del otro”—, fue contarme sus prácticas como persona anoréxica, comprobé con el tiempo que esta misma anorexia es el elemento primero de su identidad personal. El diagnóstico médico fue establecido hace más de 20 años; sin embargo, él sigue afirmando que es anoréxico. Cuando me reunía con él, a la pregunta “¿Cómo estás?”, me solía contestar: “Ya sabes... Es muy difícil vivir con anorexia”. Entonces, a la pregunta: “¿Eres?”, presentía que él podría contestar: “Sí soy, soy anoréxico”.

No quiero insinuar que había por parte de D. un orgullo de ser anoréxico, sino una manera de afirmar “soy alguien”. La anorexia de D. casi parecía ser su carta de presentación y el discurso que tenía sobre su historia llevaba la etiqueta de “anore-

xia”, el cual por haber sido repetido a distintos médicos, casi parecía “profesional”. Se podría añadir otro elemento para corroborar esta concepción tan particular de D. sobre la forma de ser y estar en el mundo mediante la patología. Cuando D. me habló de sus familiares, tanto del lado materno como del lado paterno, los retrataba por sus patologías como “el cáncer de ano”, “el alcoholismo”, “la leucemia”, “la esquizofrenia”, “el autismo”, “la enfermedad de Parkinson” y “la anorexia” de una prima que nunca conoció. Autodefiniéndose por su anorexia, tal vez D. quiso afirmar también su identidad familiar, cierta pertenencia a su familia. En su deseo de interactuar conmigo, de ser considerado por el otro, D. adelantó este rasgo distintivo que hacía de él alguien “susceptible de ser interesante para el/la especialista de anorexia”. En su forma de presentarse como “hombre anoréxico”, D. me gritó su deseo de existir para mí.

Clase social, habitus y neurosis de clase

En la historia de D., resalta la dimensión de la clase social. Aunque se suele escuchar que la anorexia afecta actualmente a todas las capas sociales, cabe recordar con Gordon (1996: 71) que el trastorno fue tradicionalmente considerado como un problema de las clases superiores —el síndrome de la “hija de papá rico”—, de las familias adineradas en las que suele reinar una armonía aparente y sin conflictos. En su obra, Bruch señaló que un número desproporcionado de sus pacientes pertenecían a familias “muy ricas”, que algunas venían de la clase media y que las pocas jóvenes procedentes de la clase obrera “eran impulsadas por su familia a una moral del éxito y de la movilidad social” (1994: 81). Como observamos, D. no proviene de una familia rica sino de un medio obrero; proviene de una familia relativamente conflictiva y bien parece que fue constantemente empujado al éxito social. Es a partir de este elemento, el de la posición social de D., que voy a seguir el análisis recurriendo a herramientas sociológicas.

Lo que interpela en la compleja historia de D. son, en primer lugar, los conflictos de *habitus* vividos por este hombre. Como lo definió Bourdieu (1991: 92), el *habitus* es el sistema de disposiciones duraderas interiorizadas o incorporadas por los individuos por sus condiciones objetivas de existencia, y que funciona como principios (o esquemas) inconscientes de acción, de percepción y de reflexión. Dicho de otro modo, el *habitus*, como producto de la posición y trayectoria social de los individuos, es simultáneamente el filtro por el que éstos perciben y juzgan la realidad y el productor de sus prácticas. Entonces, si la pertenencia social estructura las adquisiciones y las actitudes de los individuos produciendo un “*habitus* de clase”, cabe subrayar que este *habitus*, lejos de ser inmóvil, se adapta en función de las necesidades inherentes a las situaciones nuevas: es una estructura interna siempre en vía de reestructuración.⁹

D. nació en un medio obrero donde los recursos económicos eran bajos: su madre, antes de ser conserje, trabajó de asistente de limpieza en casas y cuidó a niños; su padre siempre fue obrero.¹⁰ Con sólo estos datos, se podría pensar que el *habitus* de D., constituido por las disposiciones más antiguamente adquiridas y construido durante la infancia dentro de su familia, es el *habitus* del medio obrero, destinado a permanecer o modificarse en función de su propia trayectoria social a lo largo de su vida. Ahora bien, la dinámica se complejiza con los datos siguientes. Desde su edad más temprana, D. siempre vivió con sus padres en los barrios más elegantes de París. Los espacios de socialización de D. (la escuela primaria, el parque, etcétera) lo enfrentaron a convivir con niños procedentes de familias ricas y famosas. En la adolescencia, D. frecuentó uno de los colegios

⁹ Esta “adaptación” o reconfiguración del *habitus* se realiza sobre todo si las situaciones nuevas son duraderas. El sistema de disposiciones de los individuos, sus prácticas y representaciones no son totalmente libres —el *habitus* guía las elecciones de los individuos—, ni totalmente determinados porque los individuos hacen justamente elecciones.

¹⁰ En el momento de las entrevistas, ambos padres estaban jubilados.

(secundaria) más prestigiosos de París y, más tarde, ingresó a una universidad reconocida por contar con profesores muy destacados, y por ser una de las mejores universidades del país en términos de calidad de enseñanza.

Los primeros veinte años de D. estuvieron marcados por el abismo entre su procedencia social y los círculos en los que convivía. Si esta diferencia tan extrema es de por sí difícil de manejar para cualquier persona, podríamos pensar que el abismo llega a reducirse por la lógica del *habitus* y conforme pasa el tiempo. Se hubiera esperado que, por un mecanismo de interiorización de la exterioridad, D. hubiera logrado “injertar” sobre su *habitus* primario (de medio obrero) las nuevas disposiciones adquiridas al estar sumergido en ambientes socialmente superiores. Sin embargo, las cosas no funcionaron así y, por eso, me atrevo a hablar de conflictos de *habitus*.

Sitúo estos conflictos de *habitus* como una herencia transmitida del padre al hijo. Como muchos inmigrantes, el padre de D. llegó a Francia con la esperanza de poder trabajar y vivir mejor. A su llegada, afrancesó su nombre y rompió con su familia que era campesina: renegó de sus orígenes y esta negación fue tal que D. se enteró hasta los 13 años de la identidad de su padre. Este hombre se creó un personaje francés, y creó para su hijo D. otro personaje, “abogado, casado y padre de tres hijos”.¹¹ El padre de D. siempre especuló sobre la trayectoria social de su hijo: lo inscribió en las mejores escuelas, lo mandó al catecismo y deseaba que tomara clases de piano. Recompensaba a D. por sus excelentes calificaciones ofreciéndole helados en un café sumamente elegante, el Café de la Paix. En otras palabras, quizá para lograr esta *Paix* o Paz, D. tenía que interiorizar o incorporar lo más rápido posible el *habitus* de la clase superior bajo las exhortaciones del padre.¹²

¹¹ El desdoblamiento de la persona es una reacción típica de los individuos que intentan hacer coexistir identificaciones, ideales y *habitus* contradictorios (Gaulejac, 1999: 245).

¹² En el discurso de D. sobre su historia, hay —entre otras frases— una que demuestra que D. da importancia a los desfases entre *habitus*. D. no proporciona

Con el fin de seguir desentrañando estos conflictos de *habitus* en la historia de D., voy a recurrir al concepto de “neurosis de clase” de Vincent de Gaulejac (1999). Este sociólogo clínico demuestra cómo este concepto permite entender algunas articulaciones, entre los aspectos sociales y psíquicos de los problemas existenciales, encontrados por las personas que se enfrentan con el problema del desplazamiento en la sociedad. Aunque las sociedades modernas se caracterizan por un derrumbamiento de las antiguas fronteras entre las clases sociales, no se han borrado los procesos de dominación entre grupos sociales. Hoy en día, cada vez más individuos tienen que adaptarse a universos sociales diferentes para arrostrar los conflictos que estos desplazamientos entre universos generan. Gaulejac afirma:

La guerra de las plazas tiende a reemplazar la lucha de las clases. En el mundo industrial, nacíamos obrero o burgués y lo éramos durante toda la vida en la gran mayoría de los casos. En el mundo actual, la competencia para ocupar o inventarse las “plazas sociales” es cada día más dura. [...] Cualquiera que sea su origen, cada individuo se ve obligado a encontrar una “plaza” o un lugar, a crearse una situación (1999: 16).

En este contexto de “guerra de las plazas”, la “neurosis de clase” es el producto de contradicciones que operan en tres niveles —sexual, familiar y social—, y que se refuerzan mutuamente para producir un sistema encerrado en sí mismo. Estas contradicciones heterogéneas se transforman conforme se vinculan en un sistema neurótico. En síntesis, el sujeto neurótico produce la neurosis de la que él mismo es producto: se convierte en pro-

mucha información sobre sus abuelos maternos; sin embargo, sí cuenta que su abuela estaba enamorada de un “panadero pobre” con quien quería casarse y que sus padres la pusieron en manos de un “carnicero rico”. La exhortación a la ascensión social era presente en los bisabuelos de D. y, además, ésta va de la mano con un símbolo de comida: pan *versus* carne.

ducto de su producto. La hipótesis central de la obra de Gaulejac es considerar al individuo como el producto de una historia de la que busca convertirse en sujeto.

La propuesta del sociólogo parece aplicarse a la historia que nos ocupa aquí. De manera esquemática, se puede afirmar que, en su infancia y adolescencia, D. osciló: 1) a nivel social, entre dos universos, el medio obrero (dominado) encarnado por el hogar familiar y el medio burgués (dominante) representado por las escuelas que frecuentaba y los barrios donde vivía; 2) a nivel relacional, entre dos modelos diferentes, el de sus padres y el de sus profesores y compañeros de clase; 3) a nivel psíquico, entre dos exigencias que mezclaban sentimientos de culpabilidad e inferioridad; la del *superyó*, traducible por la exhortación “honra a tu padre y a tu madre” y la del *yo ideal*, traducible por la exhortación “conviértete en una persona de bien”. En la medida en que D., para honrar a su padre, debía “convertirse en una persona de bien”, mezclaba estas dos exigencias que apuntaban en la misma dirección. Sin embargo, esta convergencia no podía realizarse sin producir conflictos en D. ya que, para “convertirse en esta persona de bien”, tenía que renegar de sus orígenes, rechazar y esconder la condición de sus padres. Recordemos que cuando iba al colegio D. se inventó otro padre, “director de una empresa de 60 empleados”, y una nacionalidad “suiza” en vez de francesa. Aquí, se reencuentra en D. el mismo proceso de creación identitaria que la de su propio padre. La mentira fue descubierta por sus compañeros de clase y denunciada cuando, durante una fiesta, D. estaba bailando con una chica.

Este recuerdo de D. es interesante: ilustra la imbricación de las facetas sociales y sexuales: sus raíces sociales, señaladas “públicamente” en la interacción, ponen trabas a su eventual flirteo. Gaulejac subraya la dimensión conflictiva y sexual de la neurosis de clase refiriéndose esencialmente al complejo de Edipo (1999: 203-243). Sobre este aspecto en la historia de D., nos es difícil hablar por falta de datos precisos sobre el desarrollo de su

primera infancia.¹³ En cambio, es posible arrojar una luz sobre los problemas de índole sexual que ha experimentado D. a lo largo de su vida.

Entre los problemas más evidentes, figura el abuso que D. padeció por parte de su tío R., entre los 6 y los 10 años; este mismo tío iba con prostitutas mientras D. le esperaba en la planta baja de los edificios. D. cuenta luego las ganas de cortarse el sexo y la imposibilidad de eyacular cuando, adolescente, se masturbaba delante de las imágenes de helados. Recordemos también su manera a la vez tímida y excesiva —por la oferta de regalos muy caros—, de seducir a la mujer de la biblioteca mientras que, en el mismo periodo, recibía propuestas sexuales insistentes de parte de un hombre. La firma del “contrato de reeducación sexual” con H. y la injerencia del padre en el asunto —marcada por la exhortación del padre a tener relaciones sexuales con una mujer para conservarla—, pintan una relación complicada con la sexualidad. Esto se confirma de manera implícita en el propio discurso de D.: al retratar los miembros de su familia, no sólo los definen por su enfermedad sino también por algunos rasgos de su sexualidad —una prima es ninfómana; un primo fue violado por un pedófilo; el tío S. siempre le contó “cómo una prostituta lo desvirgó”. Con todos estos elementos, puedo adelantar que D. está sumergido en tensiones conflictivas de índole sexual (vinculadas con la comida). Vemos, por una parte, una sexualidad forzada por él y por otros actores de su entorno y, por otra, cierta fascinación mezclada con sentimientos de disgusto y bloqueo por parte de D. Frente a este panorama

¹³ Según D., su madre “nunca lo abrazó” cuando era bebé, e intentó abortar por distintos medios a lo largo de su embarazo. El hecho de que este feto (D.) haya resistido a las tentativas repetitivas de abortos no nos puede dejar de hacer pensar que este futuro niño tenía realmente ganas de vivir a pesar de todo. Por otro lado, pensando en la lógica del Edipo, podemos observar que (siguiendo el discurso de D.), toda su vida siempre fue un interés en juego y un objeto de chantaje en las discusiones entre el padre y la madre, lo cual hace pensar en lo difícil que fue para D. manejar esta relación triangular.

ma, tal vez sea algo “predecible” que D. se encuentre “inhibido en su sexualidad”, rasgo característico según Gaulejac de los que viven la “neurosis de clase” (1999: 148-150).

Podría seguir analizando la historia de D. a la luz del concepto de “neurosis de clase”. Así, por ejemplo, daría otro sentido a la dedicación desmedida de D. en el ámbito escolar. Para Gaulejac, el empeño en el trabajo es típico de los que viven la “neurosis de clase”: compensan la inferioridad social por la superioridad escolar; el éxito (legitimado por los profesores) les permite contrarrestar el riesgo de humillaciones por parte de sus compañeros de clase (1999: 197-202). Otro aspecto, visible en la historia de D. e intrínseco a la “neurosis de clase”, es el aislamiento social acompañado con un encierro en sí mismo, como uno de los efectos de las contradicciones en los conflictos sexuales, relacionales y sociales.

D. parece abandonar la lucha contra sus conflictos de *habitus* cuando interrumpe su carrera universitaria y empieza a huir del domicilio familiar errando todo el día por París. En aquel periodo, D. está sin “clase”, ni “plaza” en la sociedad, reducido al vagabundeo. “Todo el mundo pensaba que tenía sida” afirma como si, en esos años, la enfermedad hubiera podido por lo menos asegurarle una identidad mínima. A los 28 años, adquirió el estatuto de adulto minusválido, lo que le proporcionó un lugar en la sociedad pero también un estigma de por vida. Su profesión de intendente en la biblioteca de una facultad de medicina, puede ser vista como una metáfora de los conflictos que siempre lo atravesaron. D. sigue oscilando entre el medio “obrero” y el mundo “culto”; a menudo repite: “Me gustaría tanto tener un trabajo en el que se me valore más”.

El cuerpo como institución total

Aunque D. tiene un lugar —por lo menos un trabajo y una casa—, parece no poder salir adelante: sufre el aislamiento y

rechazo de sus colegas de trabajo; tiene problemas con sus superiores jerárquicos por sus ausencias repetidas a causa de su condición física; las pocas personas con las que interactúa semanalmente son su médico general y su psiquiatra; ya no quiere ver a sus padres por los conflictos que tiene con ellos y su padre “de todas formas padece cáncer de ojos”; no tiene amigos y la única persona que ve de vez en cuando es su ex novia, H.; sigue absorbiendo grandes cantidades de medicamentos y nutriéndose de café con leche, algunas pocas galletas y yogures *light*.

¿Cómo es posible (sobre)vivir en tales condiciones? ¿Qué representa la anorexia para D., sumergido en este entramado de conflictos sexuales, relacionales y sociales? Intentaré amarrar el conjunto de estas reflexiones por medio de dos hipótesis. La historia de D. me remite a lo que describe Goffman acerca de las personas recluidas en las *total institutions* o “instituciones totales”, es decir, en las cárceles, los campos de concentración, los hospitales psiquiátricos, los manicomios, las casas para personas mayores, los internados, los monasterios, etcétera.¹⁴

No se trata de fijarse en las características materiales de las “instituciones totales”: D. no duerme, no se divierte y tampoco trabaja en el mismo lugar como lo hacen los individuos encerrados en este tipo de establecimientos; D. no convive en relación de promiscuidad total con un gran número de personas sometidas a las mismas obligaciones que él; D. administra el dinero que gana sin estar bajo la tutela de otra persona.¹⁵

Se trata aquí de contemplar el concepto de “institución total” como una metáfora. De la misma manera que las personas recluidas, D. parece envuelto en una especie de universo específico sin tener muchas relaciones con el mundo exterior. Su vida, sus interacciones y conversaciones con las pocas personas que fre-

¹⁴ Goffman (1961: 4-5) establece una tipología de las instituciones totales en función de las características de las personas recluidas (incapaces de encargarse de sí mismas, peligrosas, con objetivos religiosos, etcétera).

¹⁵ Para un inventario exhaustivo de las características de las instituciones totales, véase Goffman (1961: 4-124).

cuenta, parecen ser condicionadas por su “enfermedad”. Como lo vimos anteriormente, D. se autodefine y es ante todo “anoréxico”. Su anorexia y su malestar son motivo de discusiones con sus padres, alertados cuando hace tentativas de suicidio, y con sus jefes cuando se ausenta por incapacidad; de conversaciones con H. y conmigo en el momento de las entrevistas; y de consultas con los médicos. Fuera de estos actores, no logra interactuar con otras personas, excepto las que conoce durante sus estancias prolongadas en los hospitales psiquiátricos.

La primera hipótesis que quisiera dibujar es que la “institución total” de D. es representada por su anorexia y sus relaciones con su cuerpo. No son barreras físicas —alambres de espinos, paredes altas o puertas cerradas con cerrojos—, ni siquiera un estigma físico que lo separa del resto del mundo, sino su historia de vida y de “persona anoréxica”, la que le creó y la que se creó repitiéndola, reconstruyéndola sin parar. Como las personas recluidas en las “instituciones totales”, D. vive encerrado en sí mismo, con una imagen degradada de sí, recluido en las lógicas de su propia institución —me refiero aquí al rechazo a la comida—, instalado en su condición —como si ésta fuera parte de su esencia—, porque su historia y su anorexia a las que se adhiere le convencen de que “no hay de otra”.

Al igual que las personas recluidas en las cárceles se preguntan: “¿seré capaz de salir adelante cuando esté fuera?”, D. se pregunta: “¿seré capaz de vivir dejando de lado lo que ha marcado mi vida hasta hoy?, ¿seré capaz de comer de nuevo y tener una vida como los demás?”. En realidad, a estas preguntas, siempre ha contestado: “imposible”. D. lleva casi toda su vida sin tener una comida “normal”, maltratando su cuerpo y absorbiendo cotidianamente grandes cantidades de medicamentos. Este modo de “estar en el mundo” parece su salvavidas. La segunda hipótesis que quisiera adelantar es la siguiente: una manera de contrarrestar todos los conflictos de *habitus* que caracterizaron su vida, de arrostrar todas las batallas sociales, relacionales y sexuales fue recluirse en la anorexia. Real e inventada, ésta quizá

haya sido y siga siendo su razón de “ser y estar en el mundo”, su estrategia de supervivencia.

CONCLUSIONES

La historia de D. es compleja y profunda. Yo no soy ni médica, ni psicoanalista y siempre valoro la imperiosa necesidad de tener una postura humilde frente a la investigación. Esta historia, por toda la dimensión psicológica y emocional que abarca, supera por mucho lo que podemos analizar a la luz de algunos conceptos sociológicos. Asimismo, aunque la anorexia ha sido el pretexto central por el que D. y yo nos pusimos en contacto, es evidente que las dolorosas vivencias de D. van más allá del desorden alimentario. Aun así, puedo identificar en la historia de este hombre varios rasgos típicos de la anorexia, tal como la viven ciertas jóvenes y estudiamos en los capítulos anteriores. Estos rasgos son, por ejemplo: la aparición del trastorno en el momento de la pubertad; las fases de potomanía (o absorciones desproporcionadas de agua); la percepción distorsionada de la imagen corporal o la tendencia a verse gordo; el alto rendimiento escolar (luego saboteado); las tentativas de suicidio; el gusto por la comida *light*; el deseo sexual casi inexistente. También destaca en la historia de D. que su familia establece un sistema de premios y castigos con base en la comida: mala calificación = privación de comida; buena calificación = helado en el Café de la Paix. El tío responsable del abuso también lo premiaba con caramelos. Más allá de estos detalles específicos de la historia de D., cabe subrayar que este hombre proviene de una familia acostumbrada a manejar las emociones a través de la comida.

Aunque la historia de D. remite a algunos rasgos casi estereotípicos en mujeres jóvenes que padecen anorexia, el propósito de estas líneas no fue discutir la anorexia en mujeres *versus* la anorexia en hombres. Para eso hubiera sido ineludible realizar un trabajo de campo sistemático con varios hombres que su-

fren anorexia y sumergirse a profundidad en la literatura sobre la anorexia masculina.¹⁶ Con la historia de D., me interesó observar el caso de un hombre y tratar ciertos mecanismos identitarios y sociales que pueden imperar en la anorexia y que esta historia hace particularmente visibles. A modo de conclusión, haré tres observaciones procedentes de la parte interpretativa.

Primero, como lo vimos, el diagnóstico de anorexia, tan importante a los ojos de D., parece reconfortarlo, confirmar su existencia, un poco como si “viviera gracias a —y a causa de— su anorexia”. Por el prisma de la categoría o de la etiqueta médica, parece haber una afirmación concreta del sujeto. D. siempre se reivindicó como anoréxico más que como una persona que, entre otros problemas, ha sufrido anorexia. Si la historia de D. parece estar guiada por la pregunta ontológica “¿quién soy?”, debo decir que desde mi primer encuentro con él, contestó: “sí soy, soy anoréxico”. Es más: se presentó como “hombre anoréxico”, como para realzar aún más la singularidad de su caso. Las personas que sufren anorexia, según la etapa del trastorno que están atravesando, pueden llegar a vanagloriarse de entrar en la categoría “anoréxica” como si ésta fuera una distinción alcanzada o un elemento importante para su identidad individual.

Segundo, en la historia de D. se palpa el peso de las expectativas parentales, y más particularmente paternas, las cuales están vinculadas con un deseo de ascenso social a nivel de la trayectoria de D. El padre inventa otro D. “abogado, casado y padre de tres hijos”: un D. del que quisiera enorgullecerse y que desearía presentar a la sociedad para poder elevarse él mismo. También el padre escondió su verdadero origen social y su procedencia familiar hasta que D. descubrió la verdad a los 13 años. Por último, frente al temor de estar descalificado socialmente

¹⁶ Coincido con Rio (2006: 670) sobre el hecho de que es difícil afirmar rotundamente que “los hombres anoréxicos presentan un perfil similar al de las mujeres, en términos de características clínicas, de comorbilidad psiquiátrica y morbilidad psicosocial” porque hay una escasez de estudios debido a la rareza de los casos encontrados.

por sus pares de la escuela, D. se inventó otro padre, no portero sino empresario suizo. Aquí interesa el entrecruce de mentiras del padre y del hijo que no hacen más que reflejar la brecha entre la posición social real del individuo y la idealizada, y los conflictos de *habitus* que le son intrínsecos. D. vive en el extremo del conflicto entre ser quien es y la desesperanza de jamás llegar a ser ese otro D. exitoso. Este aspecto de la clase social se cruza con la dimensión de género cuando el padre ordena a D. que se comporte como un verdadero hombre al llevar las riendas de las relaciones sexuales con las mujeres, por ejemplo. Esta exhortación a encarnar el rol del hombre dominante deja aún más indiferente a D. que él podría prescindirse de la sexualidad y de su sexo de hombre.

Por último, y como cuerda que amarra las observaciones anteriores, las vivencias de D. remiten a la noción de “institución total”, en el sentido en que su anorexia es como un sistema en el que se ha encerrado en todos niveles —corporal, interaccional y social— y del que no logra salir. En otros términos, su anorexia es como un salvavidas, una estrategia de supervivencia, un amortiguador de los conflictos sociales y de *habitus*, una fortaleza que se ha construido y desde la que observa el mundo que lo rodea sin que forzosamente participe de manera plena.

SEGUNDA PARTE
A BOCA ABIERTA

LAS VEINTIDÓS SESIONES

EN ESTA SEGUNDA parte, ofrezco una inmersión en el universo de las terapias. En la sala de una institución médica, durante 2004, tuve la oportunidad de asistir, como joven investigadora y observadora participante, a una serie de sesiones colectivas. Más específicamente, pude participar en dos grupos: el primero, que se reunía semanalmente, estaba conformado por mujeres jóvenes que padecían trastornos alimentarios; el segundo grupo lo constituían los parientes de estas jóvenes y se reunía cada quince días. Un terapeuta, psiquiatra de formación, a veces acompañado de una nutrióloga, guiaba las sesiones de ambos grupos.

A continuación, presento una reconstrucción de veintidós sesiones colectivas a las que asistí. Es importante insistir en el término *reconstrucción* porque no se trata de una transcripción de las terapias grabadas. Durante todo el trabajo de campo que requirió este estudio sobre la anorexia, nunca recurrí a la grabadora por dos razones primordiales: por un lado, aunque estaba autorizada para hacerlo, no quería que la presencia de un aparato intimidara o inhibiera a las jóvenes y a sus familiares o, peor aún, que sintieran que les estaba robando su voz; por otro lado, carecía del tiempo para hacer las transcripciones enteras durante un año de investigación que transcurrió a toda velocidad. En cada sesión, anotaba todo hasta entumecerme la muñeca, escribía desenfadadamente todo lo que escuchaba. Este ejercicio reclamaba un esfuerzo de concentración mayor que prender una grabadora y tomar unos apuntes de manera dispersa. Una vez de regreso a casa, en las

horas que seguían a cada sesión, “en caliente” como solemos decir, me divertía al recomponer el diálogo y al consignarlo en mi diario de campo. Puedo precisar que, en realidad, ésa fue la solución más práctica que encontré al cabo de un cierto tiempo. En las primeras semanas, me afanaba en narrar y describir cada sesión, pero era pesado en términos de redacción y desagradable a la hora de la relectura: “fulana dijo esto, pero el terapeuta contestó lo otro; la otra agregó esto y nos contó lo otro”. Reconstruí con mayor detalle y extensión algunas de las sesiones. Aquí presento partes de los diálogos cuyo contenido y sentido sí estoy segura de haber capturado.

Para la edición de este libro, no realicé ningún cambio en el desarrollo de las terapias: aparecen aquí tal como las senté por escrito en mi diario de campo. Lo que sí he disfrazado son los nombres de las personas involucradas —tanto de las pacientes y sus familiares como del equipo médico—, y para que la confidencialidad sea aún más completa, eliminé toda información adicional susceptible de revelar su identidad. Por ejemplo, suprimí las descripciones de las apariencias físicas y maneras de vestir. También, de manera deliberada, dejo sin precisar quiénes de las pacientes se situaban del lado de la anorexia y quiénes del lado de la bulimia o del trastorno del comedor compulsivo. Aparte de que sus vivencias lo develan, prefiero que aquí las escuchemos en toda su subjetividad en vez de encerrarlas en una categoría y de etiquetarlas bajo una designación médica.

A través de lo que nos comparten estas personas, los trastornos alimentarios se imponen y se desvanecen para, muchas veces, reaparecer. Las palabras fluyen y se entremezclan con risas, llantos y gritos. En varias ocasiones, al releer mi diario de campo, he pensado en que debería regalar este material empírico a una compañía de teatro para que, inspirándose en los diálogos, lo reelaborara en una obra y la actuara en escuelas con un claro propósito de prevención en la población adolescente. Hoy, al ver este trabajo editado, estoy convencida de la utilidad de estas bocas y sentiría una gran satisfacción si me enterase de

que las lectoras, que se reconozcan en este tipo de experiencias, se interesen en buscar terapia.

SESIÓN UNO

Madre de Azalea: Estoy muy sorprendida de ver cuánto ha cambiado Azalea. Sigue al pie de la letra su dieta. Come de nuevo carne y pescado. Empieza a cuidarse. Se ha vuelto a peinar. Creo que su depresión está desapareciendo. Quiere volver a ver a sus amigas. En pocas palabras, estoy muy contenta con los resultados de la terapia.

Madre de Rosa: Yo también he notado cambios en Rosa. La he visto bien en los últimos días. Hasta se tomó un Gatorade. Esta semana, ha vuelto a manejar pensando en que, si llegara a tener la presión baja, se pararía a orillas de la calle hasta sentirse mejor y ya. Incluso decidió ir a una boda el sábado pasado por la noche, en Cuernavaca. Antes de irse, me preguntó si no la veía un poco hinchada de la panza. Le respondí que no. Creo que está mejor, aunque le sea muy difícil no estar preocupada [por engordar].

Madre de Jacinta: Creo que Jacinta está bien como está [respecto a su figura y peso], pero ella sigue pensando que está gorda. Está muy desesperada. Así que ya no le digo nada. [*La madre empieza a llorar.*]

El terapeuta: ¿Conocen las necesidades de sus hijas?

Madre de Margarita: Sí, pero no sabemos enfrentarlas. Tratamos de resolverlas parcialmente. Nos es más fácil resolver las cuestiones materiales.

El terapeuta: Ellas necesitan tomar sus propias decisiones. Podemos aconsejarlas, pero ellas mismas saben lo que necesitan. Tal vez ustedes puedan fijar algunos límites con ellas. Me refiero al tema de la sobreprotección. A veces sus hijas se sienten ahogadas. Necesitan espacio y muchas veces necesitan independencia. Cuando “estallan”, expresan su enojo por medio de la comida.

Madre de Jazmín: Jazmín tiene un novio que odiamos. Al principio lo encontrábamos agradable... Pero, luego, nos pareció mala influencia, muy nefasto para ella. Es un joven que toma mucho. Trabaja en un bar y, al final de su jornada... Todas las noches, borracho, le habla a Jazmín y despierta a toda la casa.

Hermano de Jazmín: Yo no quiero tomar el papel de mi padre que falleció, pero la situación es insoportable y, como hermano mayor y único hombre de la casa, es mi deber establecer algunas reglas en el hogar. Este muchacho vive en Playa del Carmen. Ya amenazó de muerte a Jazmín... También nos amenazó a todos. Todas las noches, a las tres o cuatro de la mañana, nos despierta y le quita el sueño a Jazmín. Estas llamadas durante la noche generan conflictos entre mi hermana y nosotros. Antes de acostarme, muchas veces desenchufo el teléfono. Pero, aun así, ya no tenemos confianza en ella. Miente tanto como respira. Nuestra situación económica actual es muy, pero muy difícil... Y un día cachamos a Jazmín robando dinero de la bolsa de mi mamá. Sus actitudes, su comportamiento no tiene sentido común. Mi hermana parece vivir en otro planeta. El otro día la cacharon robando en la tiendita de una gasolinera. La situación se ha vuelto insoportable.

El terapeuta: ¿Qué es lo más difícil de soportar? Desconectar el teléfono no sirve de nada. Siempre tratamos de desafiar las prohibiciones.

Hermano de Jazmín: Este chico es malo para mi hermana. Mi madre está estresada, padece insomnio.

Madre de Jazmín: El otro día le dije a Jazmín: “si tu felicidad es Jorge, entonces vete con él. Puedes dejar la escuela e irte a Playa del Carmen. Pero no vengas llorando a mis pies para pedirme dinero. No te estoy pidiendo que lo dejes”. Jazmín ya no tiene ningún control de nada. Come como lo harían cuatro personas, come los alimentos que preparo para sus hermanos.

Hermano de Jazmín: Y todos los fines de semana regresa a casa completamente borracha.

Madre de Jazmín: Es verdad, ya no controla nada... nada. [*Se pone a llorar.*]

El terapeuta: Todos los elementos de su historia están relacionados unos con otros. No es que Jazmín no se dé cuenta de lo que le está sucediendo, o que no quiera cambiar. Es imposible que Jazmín cambie su comportamiento por ahora. Es necesario que ustedes respeten sus decisiones. Jazmín no puede recibir ayuda hasta que no toque fondo. Para eso, va a necesitar un poco de tiempo.

Madre de Jazmín: Una cosa que no me explico es cómo es que siempre tiene dinero para comprarse comida o refrescos. [*Pausa.*] También está cada vez más descuidada. No plancha su ropa, se pone y vuelve a poner su ropa sucia.

Hermano de Jazmín: Y como mis hermanas se prestan la ropa entre ellas, se convierte en un punto de discusión mayor.

El terapeuta: Jazmín es la que debe asumir sus responsabilidades.

Madre de Jazmín: Estos problemas que vivimos, de plano, me desesperan. Jazmín siempre ha sido con la que más me he identificado entre mis dos hijas. Mi otra hija, más joven que Jazmín, siempre me ha chantajeado.

El terapeuta: ¿Saben qué necesita Jazmín?

Madre de Jazmín: Que la entendamos.

Hermano de Jazmín: Pero ¿qué necesita para cambiar?

El terapeuta: Jazmín ha comenzado un tratamiento, lo que significa que tiene ganas de cambiar para tratar de vivir su vida. Ahora bien, se siente constantemente agredida por los tres.

Madre de Jazmín: Usted tiene razón. Su hermana no para de gritarle “bulímica”.

El terapeuta: Pero cuidado, no es culpa de su hermana si así se porta Jazmín.

Madre de Jazmín: Es horrible cómo Jazmín no pone atención en las cosas. Deja el baño muy sucio. Y su ropa.

El terapeuta: ¿Podrían establecer algunas reglas sobre la limpieza de las áreas comunes?

Madre de Jazmín: Ella deja su ropa hecha bola en el suelo.

El terapeuta: ¿Qué necesitan sus hijas? Tal vez puedan expresarlo ellas mismas.

Madre de Azalea: La mía necesita salir con sus amigas. Por mi parte, nunca he dejado mis actividades habituales porque ella no esté bien. A Azalea, siempre le digo: “te quiero mucho, pero

sólo tú vas a decidir tu vida. Tienes que pensar en lo que quieres”. Por lo general, no le menciono lo de la comida.

El terapeuta: Esto es muy importante. No interrumpa sus actividades por ella, de lo contrario ella se sentirá en una posición fuerte. Eso es un proceso difícil.

Madre de Azucena: Yo... tiendo a sobreproteger a Azucena. Alejándome un poco de ella, me di cuenta de que empezó a crecer. Por ejemplo, ahora ya me muestra sus desacuerdos. A menudo le pedía que llamara a su padre para solucionarme los problemas que tengo pues soy inmigrante. Azucena fue capaz de decirme que resolviera mis problemas yo misma. Y tenía razón.

Padre de Azucena: Ahora Azucena sabe decir “no”. Es capaz de expresar su desacuerdo. Lo destacable es que puede hacerlo con gran cortesía.

Madre de Jacinta: Yo también me di cuenta de que tenía que dejar que nuestros hijos fueran más autónomos.

Madre de Azalea: Creo que la enfermedad afecta a toda la familia.

El terapeuta: En efecto, se trata de trastornos que perturban a toda la familia, que afectan en gran medida la dinámica familiar.

Madre de Jazmín [*triste*]: Creo que mi otra hija es anoréxica.

El terapeuta: La anorexia y la bulimia son trastornos que tienen un objetivo: atraer la atención de los demás.

Madre de Jazmín: ¿Nuestra situación económica pudo crear inseguridad emocional en el hogar? Me siento tan culpable por no darles a mis hijos todo lo que necesitan.

El terapeuta: En lugar de buscar culpables, vamos a tratar de encontrar soluciones.

Madre de Jazmín: Cuando Jazmín era niña, era asmática. Quería protegerla, le hacía muchas cosas.

El terapeuta: Las enfermedades de nuestros seres queridos nos pueden llevar a crear lazos aún más estrechos con ellos.

Madre de Rosa: Cuando Rosa tenía dos o tres años, era muy divertida y siempre hacía bromas. Nos reíamos mucho de sus tonterías y se molestaba porque pensaba que nos burlábamos de ella. Ya tenía pensamientos erróneos a esa edad. [Silencio.] Mi marido nunca expresó sus sentimientos. El otro día, Rosa dijo que nunca había visto llorar a su papá.

Padre de Azucena: Los hombres nunca lloran.

El terapeuta: En nuestra cultura, expresar sus emociones es equivalente a admitir sus debilidades.

Madre de Azalea: Azalea no para de decirme varias veces al día: “mamita, te quiero mucho”.

El terapeuta: No creo que la sobreprotección de sus hijas sea la mejor manera de expresar sus sentimientos.

Madre de Rosa: El otro día, ¡Rosa me dijo que no era obligatorio que hiciera caso de lo que decía usted en las terapias! [Todos ríen.] Pero ya aprendí, cuando me habla de lo que come, cambio el tema.

Madre de Jazmín [*dirigiéndose al terapeuta*]: Tengo una pregunta: ¿debo esconder la comida?

El terapeuta: No. No vas a cambiar tus costumbres por ella.

Madre de Narcisa: A mí me encanta preparar postres y decidí que no iba a dejar de hacerlo porque mi hija sea bulímica.

Madre de Azalea: El deseo de cocinar se borra poco a poco de la mente de Azalea. Pero, para Navidad, ¡nos pidió regalarle un recetario de postres!

Madre de Margarita: Yo estoy muy contenta de estar aquí hoy. Estas sesiones nos ofrecen perspectivas. Escuchar a los demás ayuda mucho. Hay que tener confianza en el futuro.

Madre de Rosa: Yo hoy me di cuenta de lo mucho que en nuestra cultura aprendemos a reprimir nuestros sentimientos. En la mente de nuestras hijas hay un patrón: “si soy gorda, seré infeliz, si soy delgada, voy a estar feliz y tendré mucho éxito”.

El terapeuta [*dirigiéndose a la madre de Jazmín*]: ¿Y tú qué te llevas hoy?

Madre de Jazmín [*con un tono triste*]: Tal vez debería pensar en la canción de los Beatles, “Let it be”. Jazmín debe hacerse cargo de ella misma.

SESIÓN DOS

Lila: Estas dos semanas se me han hecho larguísimas. En la primera, todo estuvo bien, pero la segunda fue terrible. Hay cuatro cajas en mi casa que me dan miedo porque sé lo que hay adentro. Son recuerdos de cuando estaba en el hospital. Abrí una y encontré una dieta que me habían dado en el hospital. Enseguida cerré la caja. El domingo, hice tonterías. Empecé a comer galletas, rebanadas de pan untadas con mayonesa. Volver a ver fotografías de cuando era flaca me angustió un montón. No quería venir a la terapia hoy. El domingo y el lunes me quedé

en pijama todo el día y miré las fotos. Mi padre me preguntó: “¿por qué vas al D.F. el miércoles? Te ves mejor, te ves curada...” No sé si realmente estoy curada.

El terapeuta: ¿Por qué a veces tenemos miedo de estar bien? Pase lo que pase, Lila, tu terapia acabará en algunas semanas.

Jacinta: Incluso en lo que cuentas, se ve que te sientes mejor, Lila.

Lila: Pero si lloraba sin parar al mirar las fotos.

El terapeuta: ¿Por qué llorabas?

Lila: Creo que estaba muy triste, angustiada de nuevo pensando en que podía engordar un kilo. También en estas cajas está toda mi ropa que usaba cuando estaba flaca. Estúpidamente traté de ponerme un pantalón y no pude pasarlo. Bueno, son pantalones de talla 14 años.

El terapeuta: ¿Por qué querías, este fin de semana, ponerte tus pantalones de niña?

Lila: No sé. [Pausa.] Una amiga de mi madre trabaja en una escuela de monjas. El jueves pasado me citó en su oficina, en la escuela, y me propuso dar una especie de curso cada viernes sobre “el conocimiento de sí mismo”. Al explicarme el objetivo del curso, me dijo que podía recurrir a mi propia experiencia. Me presentó a sus colegas, me hizo un recorrido por la escuela y casi me obligó a comenzar el próximo viernes. Al salir me dijo que esos cursos eran voluntarios, sin paga, pues. [Pausa.] Este trato no me gustó y, de vuelta a casa, repensando las cosas, me sentí como que se había aprovechado de mi bondad. Entonces, le llamé y le dije que no quería dar los cursos. Ella se enojó mucho y me pidió que le llamara de nuevo “cuando estuviera totalmente curada”. Me pareció fuera de lugar que me

hablara así. [*Pausa.*] Ayer, regresé a mi colegio para ver si todavía había gente que conocía. Vi a una maestra que adoraba y me dijo: “Lila, ¡qué hermosa!”. Después, fuimos a desayunar juntas. ¡Fue muy lindo el reencuentro! [*Pausa.*] ¡Ah! Durante estos 15 días, también me di cuenta de que los hombres me dan miedo. Un amigo, Rodrigo, me llamó para ir a comer juntos y le puse de pretexto que no podía porque... ¡Tenía un curso de pilates!

Hortensia: Me doy cuenta de lo equivocadas que estamos al tener tanto miedo a cosas buenas.

El terapeuta: El secreto puede estar en darnos la oportunidad de hacer lo que nos asusta.

Hortensia: Este fin de semana, fui a Ixtapa con mi familia y todo salió muy bien, la verdad. Me alejé de la báscula estos tres días y la nutrióloga me dijo que había bajado un kilo. Ayer fui a ver a mi hermano al hospital y me dijo que me veía delgada. Realmente creo que su comentario me gustó ya que, desde que era pequeña, mi familia siempre me dijo que estaba gorda.

[*Siguen aplausos para Hortensia.*]

El terapeuta [*dirigiéndose al grupo, pero sobre todo a Lila*]: ¿Por qué tenemos miedo de renunciar a nuestro trastorno?

Lila: Me siento tan triste... Pienso que es porque tengo miedo. En casa, sola, no sé si podré desahogarme como lo hago aquí.

[*Jazmín empieza a llorar y el ambiente es muy tenso.*]

Jazmín: Me siento desesperada. Subí tres kilos. Me siento en un túnel sin salida. Todo va mal. En el trabajo, el jefe nos presiona para aumentar las ventas, o si no, nos despide. Sin este trabajo,

no puedo pagar mi escuela. En la escuela, tenemos miles de tareas que hacer... Siento que no estoy cumpliendo.

[Jazmín llora sin poder parar y las otras chicas empiezan a querer ayudarla.]

Jazmín: Y en mi familia... Todo va mal.

Jacinta: Para cambiar tu forma de pensar y no quedarte en casa, puedes acompañarme y asistir a mis clases de baile.

Narcisa: Sabes que estamos aquí para escucharte y apoyarte en los peores momentos.

Lila: Yo también paso por momentos de depresión total.

[La terapia acaba entre lágrimas de Jazmín.]

SESIÓN TRES

El terapeuta: ¿Cómo se sienten?

Azucena: ¡Bien! ¡Hoy me puse una falda!

Violeta: Yo, ¡extraña! ¡Me obligaron a arreglarme! —El terapeuta y Karine—. No me siento muy bien vestida así, no soy yo.

Narcisa: Nunca me pongo ropa de color rojo. ¡Y el otro día me puse un vestido rojo! ¡Fue un ejercicio de superación para mí! Todo el mundo me dijo piropos.

Rosa: Cuando me siento delgada, me gusta arreglarme, pero cuando me siento tan gorda como un hipopótamo, prefiero esconderme debajo de la ropa. Me invitaron a una boda y ese día

me sentía igual que una ballena. Me preparé, no muy segura de que el resultado me agradaría. Fui a la boda y me divertí un montón. Pero, en algún momento, no sé por qué sentí la necesidad de encerrarme en el baño. Durante media hora, ahí me quedé y después de un rato, salí y me sentí ridícula por haber tenido la necesidad de aislarme, sobre todo porque me divertía mucho.

El terapeuta: Siempre esos temores nos invaden... Recordemos... Nunca hay nada grave.

Begonia: Yo me presiono cuando como normalmente.

Rosa: Yo igual. Te entiendo. Cuando como normalmente, me siento fea, no me siento bien, me siento gorda.

El terapeuta: El día que nos curemos, vamos a tener sensaciones diferentes.

Rosa: Mis padres ya no hablan de mi anorexia.

Begonia: Yo no quiero que me hablen de la mía o que se enfoquen en mí.

El terapeuta: Probablemente, en tu inconsciente, quieres que te hagan caso.

Jazmín: La primera semana cuando llegué aquí, me sentía muy feliz... Ahora siento que nunca me voy a curar.

Rosa: A mí también me pasó eso.

Jazmín: Pero es que yo no me siento nada bien.

El terapeuta: A veces podemos hacer cosas para despejarnos.

Jazmín: Creo que no he superado que mi mamá, mi hermano y mi hermana se hayan olvidado de felicitar me en mi cumpleaños. Un día antes, mis amigos me organizaron una fiesta sorpresa y regresé tarde. Al día siguiente, el sábado en el desayuno, nadie me felicitó. Me molesté y me puse triste. Éste es el segundo año consecutivo que lo olvidan.

El terapeuta: ¿Y qué hiciste con tus emociones?

Jazmín: Nada. Vomité todos los días... Pero no sé lo que pasa, desde hace algún tiempo, tengo flojera de provocarme el vómito.

[*Reina un largo silencio.*]

Rosa: Por mi parte, esta tarde empecé a pensar que tal vez valgo algo.

Azucena: Yo hoy les traje una canción. Siempre la escuchaba cuando me sentía muy, pero muy mal. Y no sé, tenía la impresión de que me consolaba. Era como si esta canción me convenciera de que tenía derecho a no ser perfecta en todo.

[*Azucena nos distribuye la letra de una canción titulada “Superman” y todo el grupo la escucha con atención. La canción trata del estado de ánimo de un hombre que dijo que “no puedo estar todo el tiempo robando”, que “no es tan ingenuo”, que “trata de encontrar lo mejor de sí mismo, de encontrar un camino”. Él dice que “incluso los héroes tienen el derecho a soñar y a cometer errores”, que “es difícil ser uno mismo”. Se convence de que “no es una locura”, pero sabe que “nunca verá su propio interior”. La frase del coro es “es difícil ser uno mismo”.]*

Rosa [*feliz y riéndose*]: ¡Está muy padre la canción! ¡Gracias, Azucena! Dice que toda persona tiene derecho a equivocarse.

Entonces, ¡puedo equivocarme! ¡Tengo derecho al error si no escucho todo el tiempo lo que me dice mi anorexia!

El terapeuta [*con el mismo tono feliz*]: ¡Rosa está curándose!

Rosa: ¡Tráiganme una pizza!

SESIÓN CUATRO

Madre de Rosa [*con tono alegre*]: Estoy muy contenta porque Rosa se ve mucho mejor. La siento más independiente. Hace unas semanas, me llamaba cinco o seis veces al día. Ahora ya no me llama tanto. La veo más segura, está más entusiasta. Noto un cambio muy favorable... Aunque, la verdad, no puedo ver cómo se comporta con la comida (Rosa no vive con sus padres).

Madre de Hortensia: Por mi parte, estoy un poco preocupada porque veo que Hortensia baja de peso cada semana. ¿Debo preocuparme? ¿Es normal?

La nutrióloga: Es muy normal que Hortensia esté bajando de peso. Tratamos de reducir sus ingestas compulsivas y sus vómitos. Cuando una persona deja de comer en exceso y de provocarse el vómito, su cuerpo poco a poco se regula.

El terapeuta: ¿Cómo está?, emocionalmente hablando.

Madre de Hortensia: Bien, muy bien. El otro día llegó de la escuela muy orgullosa porque, por fin, pudo decir “no” a sus amigas. Pudo expresar su desacuerdo.

Madre de Azalea: Mi hija también está volviendo a ser como era antes. Ahora sale con sus amiguitas. Sigue seriamente su dieta y me siento más tranquila. Sin embargo, dos veces de esta semana

me sentí sin saber qué hacer frente a su comportamiento. Imagínate que dejó de hablar durante toda una tarde porque el pescado prescrito en su dieta no había sido preparado. Luego, otra vez, porque su comida no era exactamente como lo decía su ficha de dieta. En ambas ocasiones, Azalea hablaba normalmente con sus hermanas y su padre, pero a mí, ni me miró, ni me respondió. Admito que esta actitud me afectó. No tengo derecho al error.

El terapeuta: Creo que es importante que Azalea entienda que no todo puede ser perfecto, que el error es humano y que forma parte de la vida.

Madre de Azalea: ¡Ah! Y también, dos noches seguidas, Azalea me pidió despertarla a las 5:30 para que tuviera tiempo de prepararse bien antes de ir a la escuela. Al escuchar esto, su hermana le contestó: “¡despiértate tú misma, pon tu alarma!”

El terapeuta: Su hermana tiene razón. Azalea tiene que entender que son sus responsabilidades.

Madre de Lila: En estas últimas semanas, vi de nuevo a una Lila deprimida. Creo que el hecho de venir cada dos semanas la perturba terriblemente. No hace nada durante todo el día, no tiene ganas de nada. Ni siquiera tiene el valor de ir a la tiendita que está a dos cuadras a comprar su Coca-Cola *light*. Le pide a su padre pasar a comprársela de regreso a la casa. Yo, por mi lado, siento que empiezo a alejarme de ella... Debe pensar que la estoy abandonando. La semana pasada la vi llorar durante tres días. El domingo pasado, no quería hacer nada. Siento que Lila es muy consciente de que debe resolver sus problemas por sí sola, pero le cuesta mucho... Y la verdad es que yo no puedo dejar de sentirme culpable.

El terapeuta: Lila está atravesando un momento de gran temor. Estamos a punto de acabar la terapia y va a tener que aprender a

vivir sin ella. El otro día le avisé: “si tienes una recaída, la terapia acabará de todos modos”.

Madre de Lila: Pero, ¿qué puedo hacer?

El terapeuta: Alejarse de su trastorno es doloroso para ella, tomará algún tiempo.

Madre de Lila: Otra cosa: sus emociones y actitudes pueden cambiar a una velocidad increíble. El otro día, estaba muy feliz hablando por teléfono con su prima de Chilpancingo pero, inmediatamente después de colgar, su cara se puso triste y comenzó a deprimirse. De un minuto a otro, todo puede cambiar con Lila.

El terapeuta: Estas actitudes pueden reflejar la angustia siguiente: “no sé si puedo, no sé lo que quiero”.

Madre de Lila: Creo que ella está pensando que, sin ustedes —el terapeuta y la nutrióloga—, va a ser difícil avanzar. Y yo me siento un poco culpable porque últimamente estoy disfrutando mucho la vida.

El terapeuta: ¿Cómo se la pasó en Michoacán con sus primas?

Madre de Lila: ¡Ah! ¡Genial! Según ella, al parecer, tuvo un gran fin de semana.

El terapeuta: Vislumbro un patrón constante. En Argentina, todo estaba bien y, a su regreso, todo estaba mal. En Michoacán, estuvo bien y, cuando regresó, todo estuvo mal. También, en el pasado... Cuando estaba en Canadá, todo estaba bien, Lila regresó y deseó irse a Estados Unidos... ¿No será que, cuando está en casa, las cosas van mal?

Madre de Lila [*pensativa*]: Es cierto y sí me había dado cuenta de eso. Pero nos mudamos y cambiamos de ambiente por completo. Lila extraña a su hermano, obviamente. Los tres tenemos, estoy segura, la sensación de no tener derecho a disfrutar, de que no nos merecemos ser felices.

El terapeuta: Pueden ser recaídas emocionales.

Madre de Lila: Soy un poco hiperactiva y siempre tengo diez mil cosas que hacer. Ayer, mi marido me dijo: “¿y dejarás a Lila sola?”. Le dije que sí, aunque me doy cuenta de que necesita compañía. Creo que redescubro la vida sintiéndome cada vez menos culpable. Primero, pienso en mí.

El terapeuta: Tiene que ser ella misma la que encuentre esta compañía.

Madre de Lila: Antes era muy responsable, muy perfeccionista. El otro día me preguntó si era posible que yo hiciera algo —como contactar a una amiga— para que pudiera aprobar el examen de ingreso de la escuela a donde quiere ir. Me quedé boquiabierto ante su petición. Y le dije que ahora tenía que valerse por sí misma.

Madre de Rosa: Yo también siento que cada vez más pienso en mí. Es lo indispensable, ¿verdad? El sábado pasado nos invitaron a los cuatro a una comida familiar para despedir a mi sobrino que se va a Taiwán. Ni Rosa, ni su hermana quisieron ir y, curiosamente, no dije nada, no me molestó. Durante la comida, la familia preguntó por ellas y por qué no habían ido y respondí: “porque no quisieron”.

El terapeuta: Es importante respetar la decisión de los demás.

Madre de Jazmín: Yo pasé dos semanas terribles con Jazmín. Los dos fines de semana, ella llegó borrachísima y, también, como si estuviera drogada. Se desmayó dos veces. No le prestamos atención. Personalmente, ya no la puedo soportar. Pasé varios días en la cama. Estoy tan harta de Jazmín que le dije: “¡si te quieres morir, muérete!”. Come todo el tiempo y no hace ningún caso a la dieta prescrita por la nutrióloga.

El terapeuta: No se puede ayudar a los que no quieren ser ayudados.

Madre de Jazmín: Le dije que aquí hay reglas.

El terapeuta: Tal vez deberíamos mostrarle que hay una consistencia entre lo que decimos y lo que hacemos. Curarla no es tu responsabilidad. Sólo ella es responsable de su felicidad o de su miseria. Piensa en ti primero.

Madre de Jazmín: Ella sale con la gente equivocada. Toma mucho. Come mucho también.

El terapeuta: Siempre les digo a mis pacientes que lo que menos me preocupa es lo que comen.

Madre de Jazmín: Pero es que nos deja sin comida. He pensado en poner un candado al refrigerador. Y lo peor es que nos miente constantemente. Había preparado la comida para toda la semana y la había congelado. Pero, cuando abrí el congelador para sacar la comida, ya no había nada. [*Empieza a llorar.*]

El terapeuta: Jazmín tiene ganas de curarse. Por el momento, no se ha perdido ninguna de sus sesiones. Es una buena señal, debemos ser pacientes.

Madre de Jazmín: Yo también estoy muy mal. [*Llora.*] Me siento deprimida, pensé varias veces en suicidarme. Me siento muy sola.

El terapeuta: ¿Qué piensas hacer para curarte?

[*La madre de Jazmín no responde.*]

Madre de Lila: Yo empecé a ver que Lila estaba mejor, cuando empecé yo misma a mejorar. Después de la muerte de Genaro [el hermano], fue terrible para todos. Pero, poco a poco, traté de pensar en mí, en mi salud mental... Tenía tendencia a preocuparme siempre por los demás, pero ahora ya no puedo... Suena egoísta.

El terapeuta: No, no es egoísmo. ¿Qué pasa si alguien nos pide prestado 100 pesos y no tenemos los 100 pesos? En primer lugar, tenemos que conseguirlos. Después, cuando los tenemos, se los podemos prestar.

Madre de Jazmín: Creo que me siento culpable porque no puedo mejorar, no puedo conseguir por mí misma los 100 pesos.

Madre de Azalea [*dirigiéndose a la madre de Jazmín*]: ¿Cómo están organizados tus días?

Madre de Jazmín [*con indiferencia*]: Por la mañana voy a correr y por la tarde voy al trabajo. Tengo miedo de todo. Mi hermano, que es psicoanalista, me recetó Prozac, pero esta cosa me enferma, me hace vomitar todo lo que como. [*Llora mucho.*]

El terapeuta: Tienes que encontrar una solución para ti. No te preocupes por Jazmín. Cuenta con un apoyo aquí.

Madre de Azalea: Creo que todas sentimos culpabilidad por nuestros hijos.

El terapeuta: Imaginen que están en alta mar y que están a punto de ahogarse con sus hijos. Sería mejor que se salvaran ustedes primero para poder salvar a sus hijos después.

Madre de Jazmín: Pero todas tenemos el instinto materno, el sentimiento de sacrificio.

El terapeuta: Quizá... pero, primero, tienen que estar bien.

Madre de Dalia: Es la primera vez que vengo aquí. Yo soy la madre de Dalia. Cuando mi hija decidió irse a vivir con su tía, me sentí muy culpable. Esta semana, ella decidió volver a casa y dejar de ir a la universidad. Todavía estoy sorprendida por la rapidez de sus decisiones. [*Pausa.*] Me dijo que no quiso enfrentarse con su tía. Hizo su maleta y se fue de la casa de su tía, pero al llegar a casa, me pidió que la llamara para que yo le explicara las razones de su partida. Le dije que era ella quien debía llamar a su tía y explicar su decisión.

El terapeuta: Es importante decir y repetir a sus hijas que deben hacerse responsables de sus decisiones. [*Pausa.*] Nunca les doy consejos sobre el manejo de sus relaciones con sus familias, amigos. Les digo que ellas saben qué deben hacer. En concreto, trato de asegurar que se enfrenten con sus propias decisiones. No soy nadie para decirles: “haz esto o aquello”. Ellas mismas saben lo que necesitan. Ésta es la razón por la cual la sobreprotección no es buena para ellas, ya que anula sus decisiones, sus necesidades.

Padre de Margarita: Me gustaría felicitar a nuestro terapeuta por lo que está haciendo por nosotros y nuestras hijas. Margarita está mucho mejor. El hecho de que encontró trabajo le dio una mayor serenidad. La terapia le permitió caminar hacia la cura, llegar a conocerse mejor a sí misma. No olvidemos que Dios es fe y amor. No olvidemos lo que Dios nos puede dar.

Madre de Margarita: Margarita está mucho más entusiasta, aunque tenga todavía unos temores. Tomar decisiones le cuesta mucho trabajo. Me parece que Margarita ha cambiado mucho desde que está aquí.

Padre de Margarita: No hay que olvidar que debemos amarnos a nosotros mismos para dar amor a los demás.

Madre de Rosa: Aquí el trabajo es muy profesional. También quiero darles las gracias.

Madre de Jazmín [*dirigiéndose al terapeuta*]: Es que usted tiene mucho cariño por su profesión.

Madre de Lila: Lila se te enfrentó desde el primer día. Ella tuvo mucha confianza contigo. Tuve inmediatamente la impresión de que se abriría a ti, que estaba lista para cambiar, para curarse.

Madre de Azalea: Azalea no tiene mucho tiempo aquí, pero ya ha cambiado tanto que no lo puedo creer.

Madre de Jacinta: Yo también estoy muy contenta. Creo que Jacinta cada día está mejor. Se come sus jícamas sin reprimirse. Hace diez años que tiene este problema con la comida y creo que, por fin, se está curando.

Madre de Dalia: Sé que Dalia se ha sentido muy bienvenida aquí.

SESIÓN CINCO

Iris [*dirigiéndose a Rosa*]: ¡Estás muy guapa hoy!

Rosa: Me puse mis pantalones “test”, los cuales hoy no me cierran bien. No me siento muy cómoda. De hecho, sí me siento bien, pero tal vez sea porque... [*con un tono exagerado*] ¡el Amor me llamó a la puerta esta semana!

Jazmín: Es verdad que nos sentimos tan bien cuando nos seducen. Mi novio vive en Playa del Carmen y no lo veo muy seguido. Lo extraño.

Hortensia [*dirigiéndose a Lila*]: ¿Y tú te atreviste a comunicarte con él? —en referencia al mencionado hace 15 días.

Lila: Sí. [*Baja la cabeza y empieza a llorar.*]

[*Sigue un gran silencio.*]

El terapeuta: Grandes pensamientos alimentan este silencio.

Narcisa: Yo cumplí mi promesa. Hablé con mi padre y me escuchó. Hasta creo que se decidió a venir a la terapia. Me dijo que lo intentaría. También me di cuenta de que mi pobre papá estaba bien mal. Tiene muchos conflictos internos. Me duele verlo así. Me di cuenta de que me amaba mucho, pero no sabe cómo expresarlo. ¡Ah, otra buena noticia! ¡Perdí dos kilos esta semana! ¡Capaz que fue esta conversación con mi padre la que me derritió! Y lo último: salí con un chico al antro el sábado por la noche. ¡No estaba mal! Bailé con él hasta las 5 de la mañana.

[*Otra vez, sigue un gran silencio.*]

El terapeuta: ¿Por qué están tan calladas hoy?

Jazmín: La semana estuvo tan mala que mejor ni hablar de ella.

El terapeuta: ¿Aquí sólo abren la boca para decir cosas buenas?

Rosa: Creo que el regreso de Esteban me ayudó mucho [el joven se encontraba en Washington]. Nunca hubiera pensado que me iba a llamar. ¡Me sentía la niña más insegura del mundo! Desde hace casi un año que no tengo novio.

Narcisa [*viendo la cara triste de Lila*]: ¿Qué te pasó Lila?

Lila: Nada.

Por tercera vez, el silencio se apodera de la sala.

Narcisa [*bromeando*]: Hoy es la terapia del silencio.

Begonia: ¿Cómo saber si estamos curadas?

Azucena: Tú sientes el cambio poco a poco. Yo siento que he madurado mucho.

Jacinta: Yo me siento muy bien... ¡Pero no sé cuánto tiempo va a durar!

El terapeuta: Y tú, ¿qué piensas de esto, Lila?

Lila: La semana fue muy difícil. No sé lo que me pasó. Tuve algunos momentos terribles de pánico [*Rompe en llanto.*] Empecé a arruinarme yo misma en todo lo que hacía. Me di cuenta de que sólo me siento bien cuando no estoy en casa. Hoy no quería venir. No he dejado de comer en estos días. No sé por qué tengo miedo.

El terapeuta: ¿Miedo de qué?

Lila: No sé.

El terapeuta: ¿Seguro no sabes?

Todas las jóvenes [*al unísono*]: ¡Sí lo sabes!

El terapeuta: ¿Será de comenzar a volar por sí sola?

Lila [*sonriendo y secando sus lágrimas*]: Sí. No sé por qué. Es que no soporto a mi madre. Me saca de mis casillas, le contesto muy mal. Cuando estoy en una habitación a solas con ella, me siento mal, ya no la soporto [*se pone nerviosa*]. De verdad, no la soporto. El otro día mi padre me preguntó si yo lo odiaba. Por supuesto, le dije que “no”. Agregó que, si ya no soportaba seguir viviendo en su casa, me ofrecía irme a donde yo quisiera. Pero, en cuanto a mi madre, no puedo aguantarla más. Se los juro, a veces quiero matarla. El otro día, me vio con mis ojos de sapo, todos hinchados —acababa de llorar— y me preguntó qué tenía. ¡Qué pregunta! Y luego, me propuso internarme en un psiquiátrico... no lo podía creer... [*muy nerviosa*]. ¡Le hubiera sacado los ojos de la cara en ese mismo momento! ¡La odio! Cuando mis primas me llaman, me la paso riéndome. ¡No es mi culpa si me hacen reír! Y cuando mi madre escucha mis risas y que, después de la llamada, vuelvo a estar triste, no puede dejar de reclamarme.

Narcisa: ¿Y qué pasa cuando no ves a tu madre por mucho tiempo?

Lila: Es otra. Es encantadora. Cuando estoy lejos, no puede dejar de llamarme 15 veces al día. A mí me fastidia, pero por lo menos no la tengo enfrente. Yo no la extraño nunca.

[*Silencio.*]

Lila [*dirigiéndose al terapeuta*]: Dime, ¿Una madre puede estar celosa de las relaciones que su hija tiene con su marido?

El terapeuta: Por supuesto.

Lila: Mi madre se encabrona mucho cuando ve que puedo tomar un café, hablar y reírme en la cocina con mi padre. [*Pausa.*]El otro día, encontré fotos que pertenecían a mi hermano,

y que fueron cortadas o rayadas con pluma en el lugar donde aparecía mi madre. Creo que no hubo una buena comunicación entre mi mamá y mi hermano. ¡Ah! y algo más... Mi madre conoció a la madre de Dalia, e imagínense que no encontró nada mejor que prestarle libros sobre la anorexia y la bulimia. Me pareció ser un método ¡bien agresivo! [*dirigiéndose al terapeuta*]. ¿No crees que esto sea agresivo?

[*El terapeuta no contesta.*]

Azucena: También me parece que mi mamá tiene comportamientos agresivos. El otro día estábamos las dos en el supermercado. Mi madre estaba haciendo cola en la caja y le di unos artículos de perfumería para que ella los pagara. Salí a esperarla y el poli del supermercado vino a verme para saber qué había hecho con las cosas que tenía en los brazos unos minutos antes. Le expliqué amablemente que se los había dado a mi madre. Bueno... pues, mi madre no se aguantó y llegó a ver lo que el agente de seguridad me preguntaba y lo mandó a volar como si él no debiera tocar a su niñita, mientras yo le decía que el problema ya estaba resuelto. Me molesta mucho cuando mi mamá reacciona así.

Lila [*pensativa*]: Bueno, yo estoy pensando seriamente en la propuesta de mi padre, que me ofreció ir a donde yo quisiera...

Jazmín: Si yo tuviera este tipo de propuesta, no lo dudaría ni un minuto.

El terapeuta [*dirigiéndose a Lila*]: ¿Y si intentaras decirle a tu mamá todo lo que tienes en tu cabeza?

SESIÓN SEIS

El terapeuta: Vamos a empezar presentándonos porque, como pueden ver, hay una nueva persona.

[*En una vuelta, las jóvenes dicen su nombre. La nueva se llama Flor.*]

Azucena: Estoy muy cansada de mi semana. Creo que nuestro viaje del jueves pasado me agotó emocionalmente.

El terapeuta: Fuimos a León, Azucena, Iris, la nutrióloga y yo, a dar una conferencia sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

Lila: Yo, por ejemplo, sentí haber dado un gran paso con la decisión de hablar a una audiencia de la ciudad donde yo vivo.

[*Corto silencio.*]

El terapeuta: ¿Qué planes tienen para las vacaciones de Semana Santa?

Rosa [alegre]: Yo me voy a Miami mañana. Estoy salida de la estética, me fui a depilar. Me voy mañana con mi madre y mi padre. Mi hermana nos va a alcanzar el lunes. Vamos de crucero.

El terapeuta: ¿Cómo va a ser el viaje para ti emocionalmente?

Rosa: No sé. Mi madre está muy nerviosa. Desde que me dijiste que le pidiera llamarme una vez al día, está muy irritable. El otro día le pregunté: ¿qué prefieres, ¿qué te llame antes de una salida para decirte que voy a salir o que te llame después de mi salida para decirte que salí y que regresé a la casa sin problemas? Ella no me contestó y, de plano, pensé que iba a llorar. Y, de hecho, ayer me llamó cuatro veces. [*Pausa.*] Entre mi mamá con su mal

humor y mi hermana hipocondríaca, tienes toda la razón, no sé cómo van a ser estas vacaciones. Espero que me dejen en paz para hacer mi *shopping*... ¡Eso es todo lo que les pido!

El terapeuta: ¿Alguien tiene alguna preocupación con respecto a sus vacaciones?

Begonia: Yo. Ahora estoy comiendo mucho. No puedo dejar de comer. Y sé que las vacaciones no me van a ayudar a comer menos y bajar de peso. Cuando estoy de vacaciones, siempre tengo miles de tentaciones para comer.

Dalia: Yo odio los cambios, las rupturas de ritmo. Tengo la impresión de que de pronto ya no habrá nada estructurado.

Lila: A mí lo que me asusta es que voy a tener a mi madre detrás de mí todo el tiempo porque ella también está de vacaciones. Ayer me hizo una escena... “¿Qué? ¿Vas a ir al D.F. con Dalia en el coche? ¿Con la lluvia en la carretera? No, querida, ¡eso es muy peligroso!... Bueno, vale, está bien, pero me dejas el celular de Dalia y el de sus padres en caso de que les pase algo” [con tono irónico]. También esta semana me hizo una pregunta de la máxima inteligencia: “querida, ¿no crees que tantas terapias terminan haciéndote daño?”. Esto es mi madre... tal cual.

El terapeuta: ¿Por qué no te tomas una horita para hablar con tu madre? Con calma, un cafecito, las dos juntas.

Lila: No sé. Es difícil de prever. Mi madre es todopoderosa. El otro día mi padre tuvo la mala idea de levantar las persianas de una ventana del piso de arriba. Sólo quería tener más luz para leer. ¿Y qué hizo mi madre? Llegó toda furiosa a decir que estaba prohibido tocar las persianas de esas ventanas. Mi padre y yo nos miramos, alucinados. Mi padre las volvió a acomodar y bajó a la cocina sin decir nada.

El terapeuta: ¿Cuándo tendrán los dos el valor de enfrentarse a ella?

Lila: No sé. [*Pausa.*] Tengo que contarles lo que me pasó este fin de semana. ¿Recuerdan que les había contado que un mesero —de un restaurante al que había ido— me había pedido mi dirección hace unos seis meses? Pues el viernes pasado me llamó para decirme que estaba en Guanajuato, a una hora de León, y que me volvería a llamar en la tarde para salir. Estaba muy feliz y comencé a alistarme, a ponerme guapa... Me llamó alrededor de las 9:00 pm para decirme por fin que pasaría la noche en Guanajuato y que al día siguiente llegaría a León. Al día siguiente me fui a mi clase de pilates de 11:00 a 12:00 y regresé a casa para ducharme y prepararme. A las tres, no me había llamado aún. Comencé a enfurecerme y mi padre, que estaba solo, me invitó a almorzar en el restaurante. Alrededor de las cinco, encontré a mis amigas para ir a tomar un café. Me quedé con ellas hasta las once de la noche y mi teléfono nunca sonó. El domingo, yo estaba deprimida y la única cosa que mi madre encontró bonito decirme era que yo “atraía las malas vibras”.

Jazmín: Pues a mí también mi hermana me dijo algo bien feo: “¡es que tus crisis de bulimia te queman las neuronas!”. Muy bonito, ¿no?

Jacinta: Yo estoy esperando las vacaciones con impaciencia. Voy a acampar con mi novio en Zacatecas.

Dalia: Mi mamá me preguntó ayer por qué no me iba con el chofer de Lila: “sería más seguro, por la lluvia”. Le respondí que prefería manejar e ir por mi cuenta. Ella me respondió que mi actitud era como “cobardía disfrazada de valentía”.

Jacinta: Yo también me peleé con mi mamá esta semana. De hecho, sigue enojada. Le di a entender que yo sufría porque no se

comporta del mismo modo conmigo que con mi hermano. Ella se enfureció, pero fuertemente, y dijo que hacía todo por mí: me preparaba mis comidas de acuerdo con la dieta, me lavaba y planchaba la ropa. Y entonces exploté y le dije que esas cosas yo era capaz de hacerlas y que no era lo que quería. Le dije que preferiría que me diera un beso o que me abrazara de vez en cuando. Es algo que nunca ha sabido darme. Muchas veces me he preguntado si me consideraba como su hija.

El terapeuta: ¿Sabes lo que ella necesita?

Hortensia: Tal vez necesita que le enseñes cómo expresar sus sentimientos. Probablemente nunca ha sabido hacerlo y puede estar sufriendo en su interior.

El terapeuta: Ésta es una hipótesis.

Violeta: Para estas vacaciones que vienen, no es la comida lo que me preocupa. Lo que me da miedo es irme sola con una amiga. ¿Seré capaz de estar yo con ella todo el día? A veces huyo de la compañía. Necesito estar conmigo, aislarme. De hecho, el verano pasado fui sola a Playa del Carmen. Allí estaban mi hermana y su amiga, pero la mayoría de las veces me quedaba sola y estaba feliz.

El terapeuta: ¿Por qué nos es tan difícil sociabilizar?

Flor: Yo entiendo completamente la actitud de Violeta. Tengo un bar en la Condesa y, una noche, hablé mucho con un grupo de jóvenes. Regresaron varios fines de semana al bar y un día decidieron llevarme el fin de semana a Cuernavaca, a casa de alguno de ellos. Eran personas que apenas conocía. Fui un poco a regañadientes. Tenía miedo de comer, dormir en la misma casa con ellos, etcétera. Bueno, después de todo, me dije que no tenía nada que perder. El fin de semana estuvo genial... ¡no tuve que

escaparme corriendo!... Hasta me sorprendí mucho de no estar en un juego de apariencias. Creo haber sido yo misma ese fin de semana.

El terapeuta: El chiste es, quizá, darnos la oportunidad de hacer las cosas.

SESIÓN SIETE

El terapeuta: ¿Cómo están? ¿Cómo les fue en sus vacaciones?

Hortensia: A mí, bien... Aunque tuve algunos problemas con mi mamá... ¡Para variar! Por supuesto, no dejé de salir con mi hermano y sus amigos. Mi mamá muchas veces estuvo sola. Mi padre iba a jugar golf. Un día se puso a gritar que éramos puros egoístas, que siempre la dejábamos sola, etcétera. Por lo general, me lo tomo todo a pecho, pero en este caso, no. Pensé que ella podía hacerse cargo de ella misma, ir a ver a sus amigas y que no era mi culpa que ella estuviera de mal humor. Durante las vacaciones, también me di cuenta de que ya no tenía miedo de ser yo misma y, cuando soy yo misma sin pensar en el qué pensarán los demás, las personas me aprecian igual. ¡Conocí a mucha gente y estoy muy feliz!

Karine: ¿A dónde fuiste?

Hortensia: A Valle de Bravo.

Azucena: Bien para mí también, aunque me haya quedado sola con mi mamá. Mi hermana se fue de vacaciones a Argentina.

El terapeuta: ¿Otro relato de vacaciones?

Narcisa: A mi mamá se le metió en la cabeza que íbamos a transformar la casa de mi abuela en un hostel. Así que le ayudé a pintar las paredes, a ordenar un poco, durante dos días, de sol a sol. En el tercer día, me quedé en la cama porque me sentía mal. Es que soy alérgica a la pintura. Mi mamá se quejó porque estaba en la cama y no iba a ayudarla. Es que ya tenía previsto rentar las habitaciones dos días más tarde. También me reprochó por no lavar un trapo que me había pedido lavar. ¡Se me olvidó por completo! Entonces, frente a mi “mala actitud”, mi mamá decidió que no me prestaría su coche. Parecía como una niña de cinco años, haciéndome chantajes... “Si no haces esto, entonces no te presto mi coche...”

El terapeuta: ¿Hay un poco de competencia entre ustedes?

Karine: ¿Una lucha de poder?

Narcisa: Por supuesto. No dejó de decirme que me prestaría su coche en cuanto cambiara de actitud, en cuanto fuera “más obediente”, como dice ella.

Jazmín: A mí, en las vacaciones, me fue muy mal. Según mi hermano, “hago lo que quiero”, “nunca estoy en casa”, “la casa no es más que un hotel para mí”. En resumen, me dijo que la puerta estaba abierta y que podía irme cuando quisiera. Mi madre agregó: “puedes irte a Playa del Carmen si quieres... ¡Estoy harta de ti! Eres incapaz de someterte a las reglas de la casa”. Después de estas palabras tan amables, fui a comer como loca y a vomitar todo. Mi madre ya no me quiere dar ni un centavo. [*Jazmín empieza a llorar.*] Yo también estoy harta, ya no puedo soportar más ni a mi hermano, ni a mi hermana y menos a mi madre. Quisiera hacer mis maletas pero, sin dinero, ¿a dónde ir?

Hortensia: Y si te vas enojada con ellos, eso no ayudará en nada.

Jazmín [*llorando*]: Tengo miedo de mi hermano... Tengo miedo de que me rechace si intento hablar con él.

El terapeuta: Ahora, ¿qué temes perder? ¿No es peor la situación que vives ahora?

Jazmín [*sollozando*]: Pero nadie quiere hablar conmigo. Mi madre piensa que soy egoísta. Estoy dispuesta a dedicarme a las tareas domésticas. Podríamos dividir los días de la semana, entre mi hermano, mi hermana y yo.

Dalia: Tu historia me recuerda que, en mi casa, todo el mundo tiende a culpar a mi bulimia. Buscan el gran culpable para quitarse responsabilidades.

Jazmín: Todos los días me echan bronca por algo. Dicen que a veces los dejo sin comida. ¡Qué exagerados!

Hortensia: Pienso que debes sentirte orgullosa. Ellos son los que son incapaces de ver lo valiente que eres, que trabajas para pagar tus estudios, que sigues estudiando a pesar de tu malestar. Los problemas de tu hermano no son tuyos.

Dalia: Creo que es importante que hables con tu familia. Este fin de semana mi hermano tuvo la buena idea de decirme que no le cabía la menor duda de que “mi médico no servía para nada”. Sonriendo y burlándome de él, le pregunté que cómo podía juzgarlo. Tienes que enfrentarlos, Jazmín. No hay de otra.

Hortensia: Justo antes de irme a Valle... Tengo una amiga anoréxica que me invitó a su despedida de la clínica porque está curada. Les confieso que no tenía *ningunas* [*insistiendo*] ganas de ir, pero fui por ella. Hubo varios discursos muy emotivos que me hicieron comprender que todos tenemos derecho a ser felices y merecemos serlo. Mi amiga dijo alto y claro lo mucho que

sufrió y que ahora va a pensar primero en su felicidad. Jazmín, sabes, creo que tenemos que aprender poco a poco a desenvolvernos, que nuestra vida es bonita y que merecemos ser felices.

Jazmín: Pero te lo juro, tengo tantas ganas de salir huyendo...

Azucena: Un día u otro, cada uno logra salirse del hoyo. Hay que tener fe. Necesitamos descubrir quiénes somos realmente.

Narcisa: El 27 de marzo fui a mi examen de inglés. No había estudiado nada el día anterior, ¡hasta me emborraché! En realidad, no me importaba ese examen. Me había inscrito a este examen con la intención de ir a Cambridge el próximo año, pero como cambié de opinión... En fin, me presenté al examen, pero reprobé el oral y no tuve tiempo para terminar el *reading test*. Hoy recibí los resultados y, por supuesto, no son buenos del todo. Tuve 5/10 para la parte escrita y 8/10 para el oral. ¿Cómo les puedo explicar mi enojo? Va a sonar orgulloso decir esto, pero yo siempre he sido la “niña diez” y sé que estos resultados no reflejan mi nivel [*nerviosa*]. No sé cómo explicar-lo, pero creo que mi ego está herido.

Jazmín: Eres muy exigente contigo misma.

Narcisa: Porque siempre he sido la “niña diez”...

Jazmín: Lo que mi madre, mi hermano o mi hermana pueden pensar de mí, me afecta mucho. Hace unas semanas, mi hermano me dijo que si yo los quisiera (a él, a mi madre y a mi hermana), no los haría sufrir lo que los hago sufrir ahora. Tengo esta frase que aún zumba en mis oídos.

Narcisa: ¿Quieres a tu hermano?

Jazmín: ¡Por supuesto! Y se lo he dicho antes, pero no deja de repetir que no es necesario que espere algo de él [pausa]. Después de la muerte de mi padre, creo que nunca he visto llorar a mi hermano. Sólo lo he escuchado una vez... Una noche, como a eso de las tres de la mañana, lo oí llorando en su cuarto.

El terapeuta: Y si le dijeras: “sabes que puedes contar conmigo para lo que necesites”.

Jazmín: Me daría demasiado miedo que reaccionara mal.

El terapeuta: Tal vez él tenga miedo de tener que controlar sus emociones y las de los demás.

Jazmín [*recordando de repente*]: ¡Oh! Les voy a contar una cosa terrible. El otro día mi madre me dijo que ya no tenía derecho a vomitar en el baño porque mis “porquerías” acabarían por dañar el esmalte con el tiempo. Entonces, me entregó un paquete de bolsas de plástico para mis vómitos. Entonces comencé a usar esas bolsas y tirarlas a la basura, pero el otro día se me olvidó mi bolsa —llena, por supuesto— en el baño. Cuando mi hermano la encontró, empezó a gritar que yo era “una cerda”, que era repugnante que yo dejara por ahí mis bolsas.

El terapeuta: Éste es quizá un acto fallido, ya que te hacen la vida difícil, tú se los devuelves.

SESIÓN OCHO

El terapeuta: ¿Cómo están? ¿Cómo les fue en las vacaciones de Semana Santa?

Madre de Lila: En mi casa, creo que ha sido muy difícil para los tres. Lila pasa el día viendo la televisión. Sólo es activa cuando

está con sus amigos, pero cuando está en casa, es totalmente pasiva. A veces me siento con ella delante de la televisión para hacerle compañía, pero creo que ni siquiera le gusta [pausa]. Lila siempre se está quejando, que se hace una quemadita por aquí, que tiene un dolorcito por allá. Creo que se inventa problemas para que le prestemos atención. [Pausa.] El otro día, fue nuestro aniversario de boda. Mi marido y yo decidimos ir a un restaurante y le ofrecimos a Lila ir con nosotros. Entonces nos acompañó, pero se negó a comer y regresaba sus platos intactos. Creo que lo hizo para enfadarnos, para que nos sintiéramos mal. No hicimos ningún comentario. Disfrutamos de la comida como si nada hubiera pasado. [Pausa.] ¡Ah!, sí, y al día siguiente, Lila me dijo: “¡mamá, creo que te odio!”. Incluso me lo repitió varias veces tomando una vocecita de una niña. No me sorprendí y sólo le contesté: “¡Qué lástima porque yo sí te quiero, hija!”.

El terapeuta: Es muy saludable que pueda expresar sus emociones.

Madre de Lila: Creo que ahora me quedó muy claro... me tengo que proteger. Cuando Lila estaba enferma, no soportaba que nos enfermáramos nosotros. No podíamos descansar ni un momento. [Pausa.] La otra vez, estaba recordando que, cuando Lila era niña, se ponía a vomitar para no ir a la escuela.

El terapeuta: Crearnos una enfermedad a veces nos permite obtener lo que queremos.

Madre de Lila: Le dije a Lila que, en los próximos meses, ya no tendríamos la intención de “patrocinarle” sus pequeños viajes. Al día siguiente, me dijo: “voy a Ixtapa”. Se pagó sus boletos con sus propios ahorros. No le propuse llevarla a la terminal de autobuses. Se las arregló para tomar un taxi a las 4 de la mañana. ¡Creo que estoy cada día mejor! Es cierto que a veces no sabía si avanzaba o retrocedía con ella. Cuando estoy ansiosa, respiro

profundamente y pienso en que los problemas de Lila no son los míos. Creo que Lila también está mejorando desde que intento no interferir en sus propias decisiones.

El terapeuta: Nosotros, los padres, queremos sentirnos importantes y útiles al satisfacer las necesidades de nuestros hijos.

Madre de Rosa: ¡Es una enfermedad en la que finalmente estamos todos enfermos!

El terapeuta: Nos es difícil confiar en nuestros hijos.

Madre de Azucena: Estoy muy contenta porque creo que Azucena ha madurado mucho. Pasó por tantas fases de depresión; eso me dio tanto miedo.

El terapeuta: El tratamiento les da una cierta fuerza.

Madre de Azucena: Del 30 de abril al 10 de mayo, Azucena se va a Estados Unidos. Está muy feliz de viajar sola con sus amigos. Yo, en cambio, me pregunto cómo va a vivirlo. A veces el trastorno regresa cuando estamos lejos.

[*Silencio.*]

El terapeuta: ¿Qué más?

Madre de Rosa: Durante la Semana Santa, los cuatro fuimos a un crucero, saliendo de Miami. Bueno, en realidad, pasé primero cuatro días sola con Rosa. Como mi marido y yo vivimos en Cuernavaca y nuestras hijas viven en México, nunca veo cómo come Rosa... ¡Uf! Verla picotear lo poco de alimentos que hay en su plato, de plano, me impactó muchísimo. Ella come lo mínimo y se angustia mucho a la hora de comer. Yo traté de mantener la calma y de no decir nada. [*Pausa.*] Una mañana,

Rosa se desvaneció en el desayuno. Yo estaba asustadísima... ¡Imagínense! La primera idea que me vino fue ¡se va a morir! En el barco, el equipo médico la atendió inmediatamente y le pusieron suero. Mi marido y mi otra hija aún no habían llegado. Yo estaba tan mal que me quería bajar de este barco. Y, finalmente, nos quedamos. Por la tarde, ella ya estaba mucho mejor. Y el incidente —lo que no entiendo— es que tampoco la preocupó mucho... Al día siguiente, sólo se desayunó un café con un chorrito de leche. Es increíble: hace lo que le da la gana y no se cuida.

El terapeuta: Sólo hacer lo que le da la gana... ¿No es eso lo que siempre ha hecho?

Madre de Rosa: ¡Tal vez sí! Cuando llegaron su padre y su hermana, por arte de magia dejé de preocuparme por Rosa. Estaba agotada de controlarme a cada rato pensando que nada grave iba a pasar.

El terapeuta: Es cierto que tenemos que dejar de sentirnos mal cada vez que nuestras hijas dejan de comer.

Madre de Rosa: No sé lo que pasó, pero ya no estoy para nada preocupada por Rosa. Después de ese incidente, me cayó el veinte... He pensado en que ya no puedo vivir así, siempre teniendo miedo de que Rosa se muera.

El terapeuta: Esto es bueno... Recordemos que el trastorno les sirve para algo.

Madre de Rosa: Creo que, en efecto, no podemos vivir siempre deprimidas por nuestras hijas.

Madre de Lila: Yo me he dado cuenta de que, desde hace poco tiempo, dejé de centrarme en las cosas que me molestan de Lila.

No me gustaba verla hablando por teléfono durante horas o ver que no se bañaba. Ahora ya no me importa, es su problema.

Madre de Hortensia: A mí ya no me importa que el cuarto de Hortensia esté patas arriba.

Madre de Lila: Cuando Lila regresó de Ixtapa, no quiso comer ni una sola vez con nosotros. Se sentaba en un rincón de la mesa, pero sin plato. Una noche, mi esposo y yo decidimos tomar un poco. Tomé una sangría y mi marido un poco de tequila antes de la cena. Lila se molestó mucho al vernos tomar. No le hicimos caso y nos reímos los dos. Yo, que nunca bebo... Pues... ¡Esa copita me puso feliz! Al final de la tarde, pensé que primero iba a pensar en mí antes de contemplar las necesidades de mi hija.

Madre de Rosa: Eso fue exactamente lo que pensé después del crucero... Rosa ya es adulta y ya.

El terapeuta: Un buen día nos damos cuenta de que debemos ser responsables de nosotros mismos y de nadie más. Nuestras hijas ya no nos necesitan.

Madre de Rosa: Sí, claro, pero la cosa es darse cuenta de ello... Y asimilarlo.

Madre de Lila: Recuerdo —no hace tanto tiempo— que Lila nos atacaba con sus sentimientos y sus emociones. Encontraba que esto era muy bueno porque como nunca decía las cosas antes... ¡Encontraba que la terapia funcionaba muy bien! Pero hoy la veo de nuevo introvertida. No nos dice nunca lo que siente, no se atreve a decirnos lo que necesita [*pensando*]. Bueno, una cosa que sí me pide siempre es que le traiga una sorpresa cuando voy de compras al súper. El otro día, me molesté un poco y le pregunté qué quería exactamente que le trajera. Es que estoy

harta de traerle algo y ver su cara decepcionada porque no era lo que quería.

SESIÓN NUEVE

La nutrióloga: ¿Cómo están?

Begonia: Yo me siento mal. Aumenté cuatro kilos en poco tiempo. Tengo un pantalón que ya no me queda.

La nutrióloga: ¿De qué talla es el pantalón?

Begonia: Es la talla 12 años.

La nutrióloga: ¡Wow! ¡Qué buena noticia que ya no te quede!

Jazmín: Yo también estoy en la misma situación. Ahora peso 45.5 kilos y estoy, de plano, muy asustada.

La nutrióloga: Dicen que subieron de peso y eso les atemoriza. Me gustaría saber cómo se ven en el espejo. ¿Su cuerpo les gusta? Cuando las personas les dicen que están muy flacas, ¿qué les provoca eso?

Jazmín: Yo no quisiera engordar demasiado. Me gusta cuando las personas me halagan por mi físico. Eso me da alas.

Violeta: Yo odio que me hagan comentarios. Cuando me dicen que soy muy delgada, me da un bajón.

Begonia: Mi problema es que en lo general yo no me creo estos comentarios. Cuando me dicen que estoy flaca, creo que exageran, que se equivocan. Aunque hay días que me digo que tienen razón.

Hortensia: Hace poco tiempo mi hermano me dijo que estaba flaca. Eso me alegró, nunca me lo habían dicho.

[*Silencio.*]

La nutrióloga: ¿Qué más?

Violeta: No sé qué pasa esta semana, pero nada funciona como quisiera. Si bien pasé excelentes vacaciones en Valle, mi regreso a la escuela es un caos. Me doy cuenta de que no tengo amigos, que no subo ni un gramo. [*Comienza a llorar.*] Y mi mamá me dijo el otro día que estaba harta de que no hiciera ningún esfuerzo para engordar. Me dijo que si no subo de peso rápidamente, me va a sacar de la terapia.

Hortensia: Sin duda tu mamá cree que el problema sólo viene de ti. Igual tampoco puede aceptar que tengas ese problema. Imagina que su hija es perfecta. Pero, recuerda que es ilógico que piense que todo es tu culpa.

Jazmín: Y sin duda tu mamá no te sacará de aquí. Sabe que necesitas las terapias. Es una forma de amenazarte para que aumentes de peso rápidamente.

La nutrióloga: A veces los papás reaccionan así. Es para ver si ustedes se responsabilizan. Casi todas pasan por esas fases de desesperación como la que atraviesas actualmente.

Hortensia: Y, por favor, no pienses que estás sola en la escuela. También pasé por eso y después me di cuenta de que no era cierto. Siempre hay alguien que te tiende la mano y tú decides si tomarla o no.

Violeta: Sí, sé que también es mi culpa. Me alejo yo. Voluntariamente.

Flor: Comprendo bastante bien este sentimiento de soledad. Aunque estés rodeada de amigos, piensas generalmente que estás sola porque nadie te entiende. Es un sentimiento de soledad interno.

La nutrióloga: Muchas veces, tendemos a evaluar si somos o no queridos por la cantidad de amigos que nos rodean.

Jazmín: Las personas también, muchas veces, son muy crueles. El otro día, en el trabajo, después de haber comido, fui al baño. Cuando salí, una compañera me dijo: “¿lista? ¿Ya acabaste de vomitar?”. No le respondí nada porque me sorprendí de su comentario. No sé cómo pudo saber que yo era bulímica porque no se lo he contado a nadie en el trabajo. Luego, me enojé de no haberle respondido nada. Cuatro días después, ella me volvió a preguntar si no tenía hambre después de vomitar. Y de nuevo, no supe responder.

SESIÓN DIEZ

Madre de Margarita: Tengo la impresión de que Margarita ya no se obsesiona por su peso. ¡Lo logramos! Ya no presta atención a cómo se viste y peina. ¡Eso me tranquiliza mucho! Creo que por fin entendió lo que le estaba pasando. Desde que tenía 13 años, lo atribuíamos al estrés y al cansancio [*dirigiéndose a la nutrióloga y a mí*]. Ella debe saber qué tiene, ¿verdad?

[*La nutrióloga asiente con la cabeza.*]

Karine: Creo que ella sabía lo que pasaba en su cuerpo desde hace mucho tiempo. Pero, tal vez lo aceptó hace poco.

La nutrióloga: En general, están muy conscientes de lo que les pasa, pero se esconden frente a los demás por miedo a ser dis-

criminadas o agredidas. La bulimia o la anorexia son trastornos con una gran parte emocional, y siempre es difícil confesar o mostrar a los demás que uno no quiere comer o que se ha tragado enormes cantidades de comida. Una persona puede ser bulímica durante mucho tiempo sin que alguien se dé cuenta. Vomita en secreto una parte de su comida y conserva un peso muy saludable.

Mamá de Begonia: Desde que Begonia entró aquí, inmediatamente empezó a comer de nuevo. Casi fue de milagro. En cambio, ella, que era tan respetuosa, tan ordenada, de pronto se volvió muy rebelde. Antes, para mí, Begonia era una maravilla de niña. Ahora tengo momentos muy difíciles con ella. Nunca está contenta. Nada es como se lo imagina. Todo le molesta.

La nutrióloga: Begonia está en plena adolescencia y no te tienes que preocupar de más. Una cosa es su anorexia y, otra, su adolescencia. Tal vez sea necesario fijarle algunos límites.

Mamá de Begonia: Por ejemplo, le preparo siempre su comida en función de su dieta y, una vez en la mesa, se queja de que puede comer lo mismo que nosotros. Y si le doy lo que comemos, dice que hubiera preferido su dieta. La comida es un tema de pelea constante entre nosotros y luego Begonia me dice que no la quiero, que no la comprendo.

La nutrióloga: Intenta, quizá, hacerla responsable de sus comidas. [*Pausa.*] Si quieres hacérselas, continúa haciéndoselas, pero dile que te avise un día antes lo que quiere comer al día siguiente.

Mamá de Azalea: Por fin Azalea come pollo, ¡estoy contenta! Pero tengo el mismo problema: espera que yo le prepare todo. ¡Y se está mejorando! Antes, no comía nada si no me sentaba con ella. Cuando salimos de viaje, Azalea se altera y no quiere

comer. Está también resignada: no come más que sus yogures Vitalinea y rechaza cualquier otra marca. Durante las vacaciones, en el hotel, no tenían yogures Vitalinea... Así que se negó a comer cualquier otro yogurt. [Pausa.] También me da “algo” verla comer siempre lo mismo durante una semana.

La nutrióloga: Frente a esto, hay que esperar a que ella misma se aburra de que sus comidas sean siempre las mismas. Igual y le gusta que así sea.

Mamá de Azalea: Lo positivo es que no ha dejado de comer desde que está aquí. [Pausa.] El viernes pasado era el día del niño y me pidió desearle “feliz día”. ¡Le respondí que no era el día de las jovencitas! Es increíble que se sienta todavía como una niña. [Pausa.] Tengo una pregunta: ¿su amenorrea le hará tener consecuencias en su fertilidad en el futuro?

La nutrióloga: No en su caso. Nuestra prioridad es luchar contra su desnutrición.

Padre de Azalea: Siempre se queja de dolores de cabeza. ¿Será debido a su desnutrición?

La nutrióloga: Sin duda alguna.

Mamá de Azalea: El sábado por la mañana fuimos de compras las dos y se me olvidó recordarle que se llevara su bocadillo y a ella también se le olvidó. Entonces me dijo: “¡mamá, olvidamos el bocadillo!”, como si fuera mi deber pensar en ello. Será necesario entonces que le haga comprender que ella es la que debe acordarse, hacerse responsable de lo que debe comer. [Pausa.] ¡Ah! Otra cosa muy positiva, según yo, es que hace unos días me dijo que volvía a tener hambre. El otro día se preparó un sándwich muy creativo, la verdad, le puso atún, mostaza, lechuga, jitomate.

La nutrióloga: Que empiece a tener hambre de nuevo es muy positivo. En general, nunca han dejado de tener hambre, pero lo que hacen es que bloquean mentalmente esta sensación. Es importante que Azalea reconozca esa sensación para comer de nuevo correctamente. Ahora está demasiado desnutrida.

Mamá de Azalea: Lo que me sorprende es que no tenga ninguna vergüenza al ponerse el traje de baño.

Mamá de Begonia: Yo estoy harta que toda la familia le diga a Begonia que está bien como está. Es cierto que hace un año estaba gordita. Sin embargo, ahora, está demasiado delgada. [Pausa.] Es terrible, no puede regular su alimentación. Come demasiado y, después, le duele el estómago y ya no come nada durante el resto del día.

La nutrióloga: Es importante que Begonia logre separar sus emociones de la comida.

Mamá de Azalea: Eso me recuerda que el otro día, Azalea, viendo que su hermana no comía, me dijo: “¡ah, no!, espero que Jessica no viva lo que viví porque sufrí demasiado”. Este comentario me llamó la atención, ¿entonces Azalea considera que ya no sufre? [Pausa.] Perdón por insistir, pero regresando a sus yogures, es impresionante ver hasta qué punto considera que los Vitalinea son de ella y nadie tiene derecho a tocarlos. Hace unos días, su hermana tuvo la desgracia de agarrarle uno y Azalea se enojó... Sus yogures están en el refrigerador y ella los vigila como si fueran su tesoro.

La nutrióloga: Tal vez los yogures representen sus medicamentos, su medicina.

SESIÓN ONCE

Jazmín: Tuve una semana horrible. Otra vez, mi mamá fue al hospital. Regresó a la casa porque lo pidió. Los doctores querían que se quedara. Sufre a gritos. Ojalá le hagan pronto su endoscopia. Por mi parte, fuera de ese problema, me siento mejor con la comida.

La nutrióloga: Recordemos que es necesario separar los problemas de nuestras madres con los nuestros.

Jacinta: Yo no estaba nada bien ayer ni antier. Me hice vomitar de nuevo. Bueno, nada que ver con lo que vivía antes, pero me angustia recaer.

La nutrióloga: Creo que lo que te pasó estos días forma parte del proceso. No lo veo como una recaída, sino como un paso normal y forzoso. No puedes dejar de vomitar de manera definitiva de un día para otro.

Jacinta: Pero, de todos modos, me sacó de onda. Me sentí aún más culpable que antes al hacerme vomitar. Estaba convencida de que nunca jamás volvería a hacerlo. ¡Uf! Estaba en la cocina, súper nerviosa. Pensé, ¿qué hago? ¿Me compro un tequila y me lo tomo todito o asalto el “refri”?

La nutrióloga: Tal vez hubieras podido tomar un cuaderno y descargar esta ansiedad, este deseo de comer.

Violeta: Yo sigo teniendo problemas con los amigos. El sábado fue horrible. Una amiga debía llamarme para ver si salíamos. A las 7:00 p.m., me propuso alcanzarla en la casa de uno de sus amigos. Primero le dije que no. Colgué y me puse a llorar como loca durante una hora. No podía salir, tenía miedo de enfrentarme con un grupo de gente. De todos, sólo la conocía a ella. Me

calmé y le volví a hablar para decirle que ya iba. La fiesta estuvo bien, no hablé mucho con los demás, pero, por lo menos, me sentía contenta de haber hecho el esfuerzo de ir.

La nutrióloga: ¡Bravo por haber ido! Lo más importante es que te pruebes a ti misma que puedes dar ese paso, que puedes confiar en ti misma.

Violeta: ¡Ah! Otra cosa. Todos los veranos voy a Playa del Carmen. Este verano es poco probable que mis padres me dejen ir. Pero, en caso de que me dieran permiso, ayer le propuse a una amiga venir a pasar las vacaciones conmigo. Me dijo que le encantaría y eso me tranquilizó.

Jazmín: Yo, el otro día, no sé qué me pasó, pero me medí la cintura. Mido 60 de cintura y, mi hermana, 57. Era viernes y las dos decidimos ir a bailar. Mi hermana se puso un pantalón y una blusita súper sexy. En el bar, comenzó a tomar y a bailar un poco cachonda, pues. Sentada, yo la veía divertirse. Estaba un poco borracha y hacía sus locuritas. [*Pausa.*] Me sentí mal, terriblemente gorda, y comencé a envidiar su cintura 57. Nunca me comparo con mi hermana, pero esa vez pues sí... No pude evitarlo. Fue más fuerte que yo. Un muchacho se me acercó y me preguntó si podría decirme algo sin ofenderme. Entonces, empecé a temer que me iba a decir que era una vaca enorme... Y no. Me dijo a la oreja que estaba muy bonita y muy sexy. Por Dios, ¿cómo es posible eso? Yo prefería cuando medía 52 de cintura.

Begonia: Yo también observo mucho a los demás últimamente... ¡Y todo me enoja en estos días! Las personas que caminan lentamente en la calle, que hablen de una o tal forma... No sé qué es lo que me pasa, ya no aguanto a nadie.

La nutrióloga: ¿Sabes que el problema está en ti? Las personas tienen derecho a caminar lentamente en la calle si lo quieren.

Jacinta: Eso me recuerda a lo que mi mamá me pregunta seguido: “¿por qué eres tan agresiva?”, “¿diríamos una leona furiosa!”. Hay que decir que, a veces, hablo por teléfono con mis compañeros y, durante toda la conversación, guardo la calma, me pongo una máscara y, cuando cuelgo, ¡exploto literalmente! Insulto a la persona con la que acabo de colgar porque me cuenta tal o cual problema. Por eso, mi mamá se desespera conmigo.

[Iris empieza a contarnos que, el sábado pasado, fue con su hermanita Claudia, de diez años, al cine. Después de la película, Claudia le confió llorando que estaba mal porque se sentía gorda y quería dejar de comer. Iris la escuchó, pero se sintió muy mal, muy desesperada. No sabía qué decirle para tranquilizarla. Iris está en terapia desde que tiene 8 años. Tuvo una anorexia muy grave, bajó hasta pesar 27 kilos y, luego, se enganchó en la bulimia. Su otra hermana, Valentina, tiene un perfil bulímico, y su mamá también, además de tomar alcohol casi cada noche. En la casa donde viven sus hermanas y su mamá, Iris describe que reina un gran desorden. La mamá nunca prepara comida, deja sus botellas en evidencia. Cada una se las arregla, comiendo lo que le da la gana, a cualquier hora. La regla es que cada una lava sus trastes, pero muchas veces allí se quedan. En la cocina, hay miles de medicamentos y “pastillas milagro” para adelgazar. Están por todas partes en la mesa, en la despensa.]

Begonia: Creo que tu hermanita se identifica contigo y con Valentina. Mi hermana Julieta era un poco gorda y no dejaba de comer frituras. Fue a ver a un nutriólogo que le dio una pastilla, pero bien milagrosa. La hizo adelgazar muchísimo y en muy poco tiempo. Después, no quería engordar más y comenzó a tirar la comida. Creo que ella fue mi modelo. Desgraciadamente.

La nutrióloga: Esta identificación muchas veces pasa, de eso no hay que preocuparse. Lo que sí hay que saber es cómo regresar a ser uno mismo.

Begonia: El otro día, me peleé con mi hermana. Incluso puedo mostrarles los moretones. [*Se para, se levanta la playera y nos muestra los moretones.*] La pelea fue por la comida. Mamá nos dejó pollo con nopales. Me comí el pollo y le dejé los nopales a mi hermana, que enseguida se enojó porque no le dejé pollo. Nos gritamos y llegamos a los golpes. Ella me gritó: “¡te detesto!”, y le respondí: “si fuera por mí, ¡que te mueras!”. Salí de la casa hecha una furia. Mi mamá llegó a la casa y me buscó en la colonia.

La nutrióloga: Me da la impresión de que el problema radica en que se vigilan mutuamente.

Begonia: Tienes razón. Vigilo lo que come y ella, igualmente, me vigila.

Jazmín: Es como mi hermana. Creo que es anoréxica. No come casi nada, se pesa tres veces al día y cuida de que yo no coma demasiado. ¡Eso me saca de onda! No es que se preocupe por mí... Pero ella también necesita terapias.

Begonia: Mi hermana comenzó a no comer y a esconder la comida. Lo más idiota es que la escondía en su cuarto. Toda la familia podía darse cuenta. Cuando salía, iba a ver en su cuarto y, muchas veces, encontré platos de pollo o de arroz en su armario.

La nutrióloga: Sus acciones no eran estúpidas, pero sin duda, deliberadas. Seguramente por este método, quería comunicar su malestar y no lo podía hacer verbalmente. Tuvimos una paciente que vomitaba en el baño de su mamá.

Begonia: Un día, encontré en su cuarto pastillas para adelgazar y laxantes. Sé que también comía a escondidas las gelatinas que hacía mi mamá [*con tono divertido*]. Mi hermana siempre decía que ¡era la muchacha la que las comía! Un día, su noviecito le regaló una caja de chocolates que ella devoró en un solo día.

Toda la familia pensaba que no comía nada, pero yo sabía que lo hacía a escondidas.

Jacinta: Sabes que las mejores crisis son las que se hacen a escondidas, ¡te lo puedo asegurar!

Begonia: Lo que me desespera es que mi hermana nunca me habla. No tenemos ninguna comunicación. Bueno, en realidad, siempre ha sido así.

La nutrióloga: Lo más seguro es que tu hermana no sepa cómo sacar a flote sus emociones.

Iris: El consejo que podría darte y que me ayudó personalmente es ver a tu hermana como una amiga. Eso te permitirá alejarte un poco de sus problemas. Bueno, digo esto y, en realidad, fui incapaz de ver a mi hermanita como una amiga, el sábado...

SESIÓN DOCE

El terapeuta: ¿Cómo están?

Lila: Hace un mes que no había venido y no sé si lo recuerdas, pero debía hablar con mi mamá. ¡Lo hice! Me fui algunos días de vacaciones a Ixtapa con mis amigas y todo salió muy bien. Pero cuando regresé, de nuevo me sentí muy mal en mi casa. Me callé, me callé, me tragué mis emociones y exploté. Decidí hablar con mis papás. ¡Estuvo bien todo!

El terapeuta: ¿Qué papel juegan nuestros padres en nuestras enfermedades?

Lila: Cuando estaba muy mal, suplicaba a mis padres de que me dejaran tranquila. Poco a poco fueron comprendiendo que ya

no quería que me dijeran que comiera esto o aquello. En el fondo, creo que quería que se preocuparan por mí.

Jazmín: Por mi parte, creo que la familia influye un 90% en mi enfermedad porque, el 10% restante es por mi novio. Me di cuenta de que, cuando me dicen que tengo que dejar de comer, me atasco, y que cuando no me dicen nada, como normalmente.

Lila: Cuando sufría terribles migrañas, mis papás siempre me decían: “es porque no comes”. ¡Ay, Dios, no saben cómo me enojaba eso!

Begonia: Mi problema es que no dejo de comer en la escuela y que, cuando regreso a casa, no tengo hambre. Mis papás me hacen comentarios o me reprochan por no comer.

Lila: Creo que mis papás ya se dieron cuenta de que podía comer y, por lo tanto, ahora, ya me hacen sentir que yo sola puedo resolver el problema.

El terapeuta: ¿Cuál es el mecanismo detrás de eso? Yo necesitaría que se preocuparan por mí, que manifiesten su interés en mí. Cuando sus preocupaciones desaparecen, creo que ya no me prestan atención... Entonces nuestras familias nos influyen, pero como sabemos que no podemos cambiarlas, debemos hacer que sus actitudes o comentarios no nos afecten. ¿Cómo podrían ayudarnos nuestras familias?

Rosa: Creo que mi familia no me plantea ningún problema. Ya no influye nada en mi anorexia. Ya no me hacen ningún comentario sobre lo que como o no como. Mi mamá, que me llamaba diez veces al día, no me habla más que una sola vez cada cuatro días.

Lila: Cuando yo estaba muy delgada, quería quedarme así para que los hombres no se me acercaran. Tenía miedo de tener una silueta atractiva y llamar la atención. En Ixtapa, un chavo se me acercó, quiso hablar y tuve mucho miedo... apenas le respondí. Creo que, en el fondo, siempre he tenido ganas de pasar desapercibida frente al sexo masculino.

Rosa: Entiendo completamente lo que quieres decir. Yo tenía miedo de que los muchachos me lastimaran.

Lila: Creo que tengo un verdadero pánico de tener una relación con alguien.

Iris: Mi hermana, Valentina, que tiene 17 años, ya tuvo dos novios. Tiene una facilidad de relacionarse con los hombres que yo no tengo. Siento que, para mí, las relaciones hombre-mujer son el centro de mi problema.

Lila: Cuando estoy en contacto con hombres, me tiemblan las piernas. Hasta cierto punto me siento ridícula. El otro día estaba sola en la casa, el albañil tocó la puerta y no pude abrirle.

Dalia: Creo que deberíamos separar la comida de los hombres.

El terapeuta: En efecto, es fácil pensar que no podemos tener novios porque estamos gordas o flacas, bulímicas o anoréxicas. Intentemos abandonar nuestros pretextos y confrontarnos con la realidad.

Rosa: Esteban [*su novio*] sabe todo sobre mí, que soy anoréxica, que no como, que poco a poco acabaré comiendo. Creo que ya estoy aceptando que él me pueda ver con mi gran panza.

El terapeuta: ¿Podría ser que tú estés a punto de soltar el salvavidas? ¿Puede ser que comiences a saber nadar?

Lila: Estos últimos días, he visto mucho la televisión... [*Risas.*] Hay un anuncio donde una joven está manejando y su papá le dice que vaya a la derecha, que gire a la izquierda, que frene, etcétera. La joven aguanta su enojo en cada instrucción, pero su cara se crispa... Al final, su papá sale del coche y ella agarra una gran caja de cereales y se los devora velozmente. El anuncio publicitario me impactó tanto que bajé a la cocina y me comí cereales. [*Risas de todas.*] ¡Claro, sé que no es culpa del anuncio!

Begonia: Hablando del trayecto en coche, el otro día intenté hablar con mi mamá antes de que me dejara en la escuela. Le dije que tenía la impresión de que nadie me comprendía... La conversación no continuó porque me salvó la campana. [*Pausa.*] ¡Ah, sí! Y también hay un muchacho que está detrás de mí estos días y no sé.

Iris: ¿Cómo que no sabes? ¡Seguro sí sabes! ¡Disfruta! Porque los años pasan y menos te atreverás a dar el primer paso.

Dalia: Yo comprendo a Begonia, que aprovechó un momento corto para decir a su mamá que tenía la impresión de no ser comprendida. A veces es difícil abordar este tema de conversación y hacerse entender.

Hortensia: Quisiera decir algo. Cuando salgo de aquí, estoy convencida de que tengo un problema que se llama bulimia, tomo medicamentos y voy a terapias para sanarme... Cuando llego a mi casa, estoy más deprimida porque nadie en mi casa considera que estoy enferma. Cuando le digo a mi mamá que no me siento bien, me responde que todos tenemos problemas y que hay que tener fe, confiar en Dios, tener un poco de voluntad en la vida.

El terapeuta: Cabe la posibilidad de que tu familia niegue tu malestar para no sentirse aún más culpable.

Rosa: Sé de qué hablas. Mi papá me enoja cuando me cuenta que, cuando era adolescente, estaba muy mal, pero que él pudo superar sus problemas solo. Al escucharlo, entiendo que es Superman. [*Algunas se ríen.*]

Lila: Cuando mi hermano estaba en este mundo, toda la familia iba a misa todos los domingos a las 8 de la mañana. Las personas pensaban de nosotros: “¡qué familia tan perfecta! Van a misa, están en todos los actos de caridad, siempre listos...” [*irónica*]. ¡Nuestra familia es tan perfecta que su hijo se suicidó y su hija se hundió en la anorexia! Personalmente, dejé de ir a misa. Sin embargo, siempre he sido muy creyente. La famosa frase: “¡Dios es la fe y la fuerza!”. [*Pausa.*] Te comprendo perfectamente, Hortensia.

Hortensia: Mis papás me dicen constantemente que no estoy enferma, pero sí en plena adolescencia.

El terapeuta: ¿Crees que todas las adolescentes son anoréxicas o bulímicas?

SESIÓN TRECE

El terapeuta: ¡Bienvenidas a nuestra nueva casa! [*El equipo médico se mudó de lugar en la Ciudad de México*], ¿cómo se sienten?

[*Las jóvenes murmuran “bien”, tímidamente.*]

El terapeuta: ¿Cómo han vivido esta interrupción de las terapias?

Hortensia: Yo las extrañé.

El terapeuta: La última vez dedicamos mucho tiempo hablando de los padres, quizá podríamos retomar el tema.

Jazmín: Mi mamá me enoja porque no para de preguntarme por qué me enfermé. Según ella, tenía “todo para ser feliz”. Nunca sé qué responderle.

Begonia: Yo igual. Me pasa algo parecido. Mi mamá y mi papá me dicen siempre que tengo todo lo que quiero.

Hortensia: Lo que los papás no comprenden es que, ¡claro!, no nos falta nada material, pero es lo afectivo lo que necesitamos.

El terapeuta: ¿Qué significa “tener todo”? ¿Todos tenemos autoestima? ¿Comprensión? Seguido escucho decir: “nadie me comprende en mi casa”. ¿Confiamos en nosotros? A veces, escucho también: “no confío en mí”.

Jazmín: Mi mamá me pregunta casi diario: “¿qué te hace falta?”.

El terapeuta: ¿Y qué le respondes?

Jazmín: Una ayuda de su parte. También de parte de mi hermano y de mi hermana.

El terapeuta: Posiblemente la muerte de tu papá fue un factor cumbre.

[*Silencio.*]

Narcisa: Sé que mi mamá es incapaz de demostrarme su amor si no es por lo material. Su forma de quererme es comprándome tal o cual cosa, acompañarme a tal o cual lugar. Lo entendí desde hace tiempo y la acepto así. ¡No tengo elección de todas formas! No va a cambiar a su edad.

El terapeuta: ¿Quién entre nosotros piensa ponerse en primer plano, pensar primero en sí mismo antes que en los otros?

Jazmín: Personalmente, no creo que sea egoísta, pero mi familia me dice muchas veces que lo soy, “eres una pinche egoísta, te comes toda la comida”, me dicen.

El terapeuta: Según ustedes, ¿cuál es el origen de su problema con la alimentación? Vimos que la muerte de un familiar puede desatar el trastorno. ¿Qué más les viene a la cabeza?

Narcisa: Yo comencé a comer mucho y a engordar a partir de los ocho años. Años más tarde, mi mamá me comentó que mi papá la engañaba en esa época y que pensaban divorciarse. Pero, finalmente, mi mamá se negó al divorcio.

El terapeuta: Tal vez pudiste sentir algo de abandono en aquella época.

Narcisa: Quizá. Nunca lo había pensado. [Silencio.] A partir de los ocho años, de plano, empecé a fluctuar mucho: a engordar, a adelgazar, a engordar, etcétera. Me fui a vivir a Europa y, lejos de mi papá, perdí todos mis kilos. Pero el regreso a México fue fatal. Volví a comer y viví la peor época. Ya no quería volver a dirigirle la palabra a mi papá. El hecho es que no lo aguantaba. Lo volví a ver agrediendo verbalmente a mi hermana... [*Comienza a llorar mucho.*] Así de sencillo. Cuando regresé de Inglaterra, pesaba 58 kilos y, cuatro meses más tarde, pesaba 73 kilos. Siempre estuve decepcionada de la forma en la que mi mamá reaccionaba. Siempre ha sido demasiado sumisa. Siempre me ha enojado mi papá. Es un idiota, para sonar cortés.

Begonia: Creo que todo comenzó porque tenía muchas, pero muchas ganas de adelgazar. Bueno, luego, tuve gripe y tifoidea. Cuando me enfermé, mis papás estaban de vacaciones en Mi-

choacán. No se regresaron para cuidarme, pero esto nunca me importó.

El terapeuta: El hecho de que tus papás no regresaran para estar contigo, ¿seguro que no te provocó nada? Yo, personalmente, me hubiera sentido raro, abandonado, tal vez.

Begonia: No, eso no me hizo nada. Estaba con mi hermana en México. Mi mamá no se ocupaba de mí, por ejemplo, nunca miraba mis boletas escolares. [*Comienza a llorar.*]

[*Silencio.*]

Hortensia: En mi casa, hay una regla que es: “si no eres delgada, no eres bonita”. ¡Cuando tenía nueve años me enviaron con un nutriólogo para adelgazar un poco! Era la niña simpática de la casa, pero nunca la bonita. Siempre creí que si adelgazaba, sería más querida por mi familia. Tengo la impresión de que mis papás nunca me quisieron por quien soy. Estoy segura de que siempre quisieron que fuera más bonita.

El terapeuta: ¿Violeta?

Violeta: Creo que el origen de mi trastorno tiene que ver con las ganas de que me presten atención. Cuando era pequeña y había una presentación de baile, iban a verme, pero no invitaban a nadie. Cuando mis hermanas bailaban en el teatro, mis papás avisaban a toda la familia para que las fueran a ver bailar. Me acuerdo muy bien de eso. Tal vez no haya sido para mí sólo un detalle. En la adolescencia, viví en un ambiente muy competitivo: quién sería la más bonita, la más delgada; quién tendría las mejores calificaciones, el mayor número de pretendientes... La verdad es que asocio mi anorexia con las ganas de ser aceptada socialmente.

El terapeuta: ¿Iris?

Iris: Mi problema es debido a diferentes causas. Sería demasiado complicado de explicar. Tengo un papá violento, una mamá que se comporta como una niña. Desde muy pequeña tuve que actuar como una madre para sustituir a la mía, ella es incapaz de ocuparse de mis hermanas.

El terapeuta: ¿Por qué desarrollamos esas enfermedades?

Jazmín: Podría ser por soledad.

El terapeuta: ¿Quién es capaz de comprendernos?

Jazmín: Nadie, creo. Dejé de creer que mi familia podía ayudarme. Ya no espero nada de ella.

El terapeuta: ¿Por qué no comenzar a mostrarles cómo pueden ayudarnos? ¿Les comunicamos lo que necesitamos?

Violeta: Intenté decirle a mi papá que yo necesitaba que fuera a la terapia de padres, pero creo que no presta atención a lo que le quiero decir.

Narcisa: Mi papá igual. Pobrecito, pues. Es él quien está muy mal.

Jazmín: Cuando intento hablar con mi hermano, enseguida me ataca y eso me bloquea.

El terapeuta: Intenta quizá defenderse, en vez de atacarte. Hablarle a alguien de sus sentimientos, de sus emociones, a veces, aterroriza mucho.

SESIÓN CATORCE

El terapeuta: De hoy en adelante, Hortensia ya no vendrá. Dijeron que su padre ya no quiere que venga. ¿Qué piensan de eso?

Narcisa: Creo que ella tiene miedo de enfrentarse a sus padres y, seguro, no les va a suplicar volver a la terapia.

El terapeuta: ¿Alguna vez se han identificado con esta situación?

Lila: Sí, cuando empecé. Sentía que mis padres estaban en contra de la terapia.

Flor: Se sentirá impotente y muy sola.

Lila: Por lo que entiendo, Hortensia viene de una familia muy tradicional. Hablar de antidepresivos, para la familia, debe ser un tabú... Tomarlos, aún más. Recuerdo que un día nos dijo que su familia era muy religiosa y que su mamá solía repetir: “Dios nos va a ayudar”.

Narcisa: Creo que las religiones no ayudan en lo más mínimo porque limitan el pensamiento. Personalmente, soy atea. La religión católica me parece demasiado basada en el sacrificio.

Lila: Yo soy muy católica y siempre pensé que, si me alejaba de Dios, mis problemas se volverían más pesados. Y mira que llevo tres meses sin ir a misa y no tengo la impresión de tener más problemas. Al contrario, el periodo es bastante favorable.

Flor: Yo tengo una pregunta [*viendo al terapeuta*]. ¿Será saludable tener un gran rencor contra su madre? Me siento mal ahora porque ya no la soporto. Y al mismo tiempo, sin duda, es la persona que más quiero en el mundo.

El terapeuta: Admitir que nuestros padres no son perfectos y que nos molestan mucho, es parte del proceso de curación. No debemos sentirnos culpables por tener pensamientos negativos sobre ellos. Y, eso, independientemente de que los podamos amar.

Dalia: Sobre el caso de Hortensia, yo diría que el problema está del lado de los padres. Deben tener un miedo tremendo a los efectos de la terapia en su hija y en su estructura familiar. Hortensia debe tener el valor de enfrentar a sus padres. En cuanto a la religión, creo que debemos tomarlo como un extra. Hoy en día, no podemos vivir pensando que la religión va a resolver todos nuestros problemas. En cambio, puede ayudarnos a veces a tranquilizarnos.

El terapeuta [*viendo a Lila*]: ¿Hay otros cambios que nos esperan en el grupo?

Lila [*sonriendo*]: En dos semanas, vendré por última vez. Estoy muy emocionada. No estoy ansiosa. Por el contrario, me siento liberada ahora que sé que consideran (el terapeuta y la nutrióloga) que ya no necesito venir. [*Pausa.*] Me siento segura de mí misma. ¡Los hombres ya no me dan miedo! ¡Incluso, recientemente, salí algunas veces con Salvador!

[*Las chicas le dicen lo bien que la sienten siendo ella misma y lo preparada que está para dejar el grupo. Lila está sonriente, tranquila y serena.*]

Karine: La última vez, nos quedamos en un tema que podríamos retomar. Si no mal recuerdo, la pregunta era: “¿por qué no me curo más rápidamente?”

Flor: ¡Me lo pregunto todos los días!

Jazmín: Creo que se debe a que es muy difícil no ser afectadas por lo que sucede en nuestras familias. El otro día, mi madre me sacó de onda porque ella, sin vergüenza, me sugirió ir a vivir a Playa del Carmen con Jorge, mientras que sabía perfectamente que hemos tronado. Sostiene que el problema familiar viene de mi relación con Jorge, que la familia estaba “muy bien” antes. Preferí no responder.

El terapeuta: A veces las madres quieren mirar otras perspectivas que la realidad, para respirar un poco.

Jazmín: Tal vez, pero me encabronó escuchar eso. Yo francamente siento que ya no me quiere nadie, ni mi familia ni Jorge. [*Empieza a llorar.*] Sé que mi familia no va a cambiar y que debo aceptarlos tal y como son, pero es horrible.

[*Sigue un largo silencio.*]

Narcisa: Tengo una pregunta para Lila. ¿Tu relación con la comida sigue siendo un problema o ya lo resolviste por completo?

Lila: No. No está completamente resuelto, pero entendí que el problema no era la comida. El chiste es, tal vez, tener confianza y sentirse bien consigo mismo.

El terapeuta: He aquí una respuesta a nuestra pregunta. Para curarse más rápidamente, se debe recuperar algo de confianza en sí misma, dejar de vivir en el miedo, aunque se sabe que el miedo siempre formará parte de nuestro cotidiano.

SESIÓN QUINCE

El terapeuta: ¿Cómo están ustedes y cómo van sus hijas?

Madre de Begonia: Begonia está bien. A menudo está de mal humor, sobre todo cuando se da cuenta de que comió demasiado. A veces se pone a llorar diciendo que ella está demasiado gorda. También vigila lo que los otros comen. En fin, creo que está mucho mejor.

Madre de Rosa: Rosa también está mucho mejor. Desde que conoció a este chico, es otra. Está muy risueña y de buen humor. Lo que me preocupa un poco es que necesite todo el tiempo de mi aprobación. Me cuenta todo como si fuera una amiga. El otro día estábamos en el sofá, y Esteban llamó... Ella puso el teléfono entre nosotras, para que pudiera escuchar la conversación, eso me dio un poco de pena. Desde que voy a terapia y que aprendo a dejar de ser una madre sobreprotectora, curiosamente, Rosa me busca para confiarme todos sus secretos, todo lo que hace cada día. Es un poco como si el hecho de que me haya distanciado de ella, le creara una falta. En cuanto a su padre, que siempre ha estado alejado, sigue siendo el mismo y Rosa sigue siendo distante con él. [*Pausa.*] Creo que era tan sobreprotectora que la asfixiaba. Ahora, me niego a entrar en su vida privada. El domingo, ella me llamó y creo que quería contarme que ya no era virgen desde hace algunos días. Me había pedido consejos sobre esto unos días antes, y sé que sufre de cistitis desde el sábado. El domingo, de inmediato la interrumpí diciendo que no quería saber nada. Al parecer, mi reacción la molestó, pero realmente no podía escuchar la historia con su *deep love*, como ella lo apoda. Con respecto a la comida, creo que todavía no está lista para recuperar su peso. Parece haberse estancado en ese nivel.

El terapeuta: Para mí, a Rosa le faltan muy pocas cosas para resolver todo.

Madre de Rosa: Siento que no puede creer lo que le sucede con Esteban. Es feliz con él, pero no para de preguntar a los demás si esto es normal.

El terapeuta: Es probable que todavía le sea difícil tener confianza en ella misma.

Madre de Jazmín: Yo soy incapaz de ayudar a Jazmín en estos días. Mis tres hijos me plantean problemas. Creo que todo eso viene de nuestras dificultades económicas. Jazmín se cuida en el desayuno, en la comida también come poquito... Pero, a la hora de la cena, come cualquier cosa, se arroja en la comida. Silvia, mi otra hija, se está volviendo completamente anoréxica. Ella sí ya no quiere comer nada. Por último, a mi hijo, ayer le dio un ataque al corazón, tuve que llevarlo de emergencia al hospital. La relación entre Jazmín y Luis se vuelve cada vez más tiránica. Se pelea con ella por su desorden permanente, sus bolsas de vómito que deja por toda la casa... Jazmín no puede dejar de mentir. Yo no sé de dónde saca el dinero para comprar comida constantemente. Seguramente roba dinero. A causa de sus vómitos, tiene un diente podrido. [*Comienza a llorar amargamente, y entra en un delirio de palabras.*] Silvia se pesa por la mañana, tarde y noche... Luis tuvo un infarto. Y trataron de violarme el año pasado en un pesero... No puedo más... Estoy desesperada... Les dije a los tres que me quería morir. Estoy segura de que van a estar mejor cuando ya no esté con ellos... Jazmín ha intentado hablar con su hermano, pero una vez más, Luis la mandó a volar, tratándola de "irresponsable". [*Llora, llora sin parar.*] El otro día, en la casa, él también gritó que su padre era un "pendejo por habernos dejado en esta mierda". Creo que él está muy enojado con su papá y no sé por qué busca tanto reemplazarlo. No puedo soportar esta situación... [*Llora y se sofoca.*]

El terapeuta: ¿Crees que la mejor solución sería morir?

Madre de Jazmín: Creo que si no me he atrevido a hacerlo, es porque soy católica y no quiero ir al infierno. De lo contrario, lo haría. [*Se ahoga en llantos.*]

El terapeuta: ¿Qué estás haciendo por ti para estar mejor?

Madre de Jazmín: Antes iba a misa, daba el catecismo. Ahora, ya no hago nada. Ya no tengo fuerzas. Ya no quiero hacer nada... Ya no me aguanto.

El terapeuta: ¿Se tratará de una gran depresión?

Madre de Jazmín: Pues quizá. [*Seca sus lágrimas.*] Trato de curarme sola, comprándome una barra de chocolate, viendo la televisión y dándome un tiempo para mí. Traté de ir a la terapia. Tengo una amiga que es psicóloga y, con ella, no pago las consultas, pero la dejé porque me hacía comentarios... Uf, muy desagradables.

El terapeuta: Sería mucho mejor ir a ver a un profesional que no sea un amigo o una amiga.

Madre de Jazmín: Lo sé, pero no tengo dinero. Podría ir a ver a los médicos del Seguro Social, pero no tengo ninguna confianza en ellos. ¡Son unos nacos!

Madre de Rosa: Si se me permite, creo que debes confiar en los médicos y sí, que vayas a ver a un terapeuta.

Madre de Jazmín: Hace algún tiempo fui a ver a un amigo de mi hermano que es psiquiatra. Me recetó antidepresivos que me hicieron vomitar. ¡Luego, tiré esas pin... cajas de medicamentos! [*indignada*].

El terapeuta: Y tu hijo, ¿qué hace para estar mejor?

Madre de Jazmín: Nada. Es como yo, no tiene fe. Le sugerí ir a terapia, pero él no quiere. Dice que no cree en eso, que no está “tarado”. [*Pausa.*] El otro día traté de organizar una reunión entre los cuatro para que vuelva la paz en la casa. La plática iba bien al principio, pero luego todos explotamos. Cada uno huyó a su cuarto. Creo que estamos rendidos, agotados, y que nuestros problemas económicos son una catástrofe. Tenemos deudas por todas partes.

El terapeuta: Vamos a encontrar soluciones para ayudarles.

Madre de Jazmín: ¡Dios mío, la vida era mucho mejor antes de la muerte de mi marido! No nos faltaba nada. La casa era agradable, todo el mundo se respetaba. Ahora, Luis está furioso contra su padre. A veces lo escucho a él solito insultarlo en su habitación. Creo que se siente en la obligación de reemplazarlo. Quiere ser el nuevo jefe de familia y es un desastre [*su voz es temblorosa*].

El terapeuta: Como madre, tal vez puedas hacerle entender que no se trata de que él desempeñe el papel de padre.

Madre de Jazmín: Lo tomará muy mal.

[*Silencio.*]

El terapeuta: ¿Cómo está Margarita?

Madre de Margarita: Está bien. Gracias por lo que hiciste. Ella sigue siendo tan explosiva como antes... A veces grita por su felicidad, a veces por su desgracia, ¡pero así es su personalidad! Su comportamiento ha cambiado drásticamente desde que sale con “Paulito”, como ella le dice. La veo feliz y me siento aliviada [*diri-*

giéndose a la madre de Jazmín]. Creo que entendí, por mi parte, que ya no era necesario que me sacrificara por ella. Está mi vida y en paralelo, está la suya. Ya no debemos confundir las dos.

El terapeuta: Es cierto. No podemos sacrificar nuestra propia vida por la de los demás. Siempre recuerden esta frase: una persona *sana* primero piensa en ella y luego en los demás; una persona *egoísta* piensa primero en ella y nunca en los demás; y, una persona *abnegada*, piensa primero en los demás y nunca en ella.

Madre de Margarita: Margarita cambió en todos los niveles. Sonríe más, es más agradable y más auténtica.

El terapeuta: Para concluir esta sesión, podríamos decir que las emociones son contagiosas. Cuando alguien que amas está triste, uno tiende a estar igual; cuando una persona es feliz, es como un renacer. Ahora, piensen en ustedes primero y traten de separarse de los estados de ánimo de sus hijas, de sus seres queridos.

SESIÓN DIECISÉIS

El terapeuta: ¿Cómo están?

[*Todas las chicas susurran “bien”.*]

El terapeuta: Me parece que la última vez, propusimos un ejercicio para esta semana. ¿Se acuerdan?

Flor: Sí, teníamos que hacer algo por nosotras antes de pensar en el bienestar de los demás. Y, esta semana, no he dejado de hacer cosas por los demás y nada para mí.

Narcisa: Yo sí recibí a un grupo de jóvenes europeos. Eran unos diez. Los alojamos en la casa y les hice un recorrido en la ciudad

y los alrededores durante todo el fin de semana. Creo que lo hice para ellos, pero para mí también. Me encanta jugar a ser guía de turistas.

Jazmín: Por mi parte, después de mil intentos, todavía no he logrado hablar con mi hermano. Le propuse que habláramos este fin de semana y me respondió que cambiaría su actitud el día en que yo cambie la mía. Ayer le dio una especie de infarto, así que no estoy dispuesta a reintentarlo.

El terapeuta: ¿Qué vas a hacer entonces?

Jazmín: Voy a esperar a que se mejore.

Narcisa: Me alegro de que mi hermana haya venido a la terapia con mi mamá ayer. Le gustó mucho. Desde hace algún tiempo hablamos las dos de los problemas que tenemos con nuestro papá. Aunque siempre hemos sido diferentes —ella siempre tuvo la imagen de la chica bonita, pero un poco tonta; y yo, la imagen de la niña mala, pero brillante—, creo que tenemos la misma visión de nuestro padre, probablemente porque somos hermanas. Los hermanos están siempre en el mismo barco, después de todo.

El terapeuta: ¿Qué piensan de lo que acaba de decir Narcisa?

Flor: Yo no estoy de acuerdo. Mi hermano y yo tuvimos el mismo padre, pero para nada tuvimos las mismas relaciones con él y sobre todo no tenemos la misma visión de estas relaciones. Nos pegaba a los dos, pero mi hermano tiene un recuerdo diferente. Si yo considero que mi padre me golpeaba sin justificación, mi hermano dice que mi padre sí tenía razón y que sí se merecía que mi papá lo golpeará.

Narcisa: Las percepciones pueden ser diferentes, pero a veces tranquiliza que nuestro hermano o nuestra hermana tengan el mismo discurso sobre la dinámica familiar.

Dalia: Yo tampoco estoy de acuerdo con Margarita. En diciembre pasado, yo estaba en casa de mi hermano y lo vi decorando el árbol de Navidad con su hijo de tres años. Mientras colgaban las esferas, mi hermano le dijo a su hijo que, cuando era pequeño, toda la familia decoraba el árbol de Navidad y que nuestro papá ponía la estrella en la punta del árbol, ya que era el más alto de la familia. [*Levanta los ojos al cielo.*] Yo no sé de dónde sacó ese recuerdo porque la familia nunca decoró el árbol de Navidad. ¡Era la muchacha la que lo hacía! Lo dejé contar su historia sin decir nada, pero, en el fondo, me pregunté por qué se inventó esta bonita historia. Más tarde, lo discutimos y no estábamos de acuerdo. Cada uno se quedó en su posición, con su recuerdo.

El terapeuta: Poco importa saber quién tiene razón.

Narcisa: Mi padre siempre dice que somos una familia perfecta. En verdad me molesta mucho que perciba así las cosas cuando él mismo es el origen de nuestros problemas.

Dalia [*contestando al terapeuta*]: Poco importa saber quién tiene razón... ¡Está bien! Pero, ¿está bien que mi hermano distorsione así la realidad?

El terapeuta: Si se trata de un recuerdo que mantiene desde su infancia y, si lo hace feliz, ¿por qué no? [*Pausa.*] Regreso al ejercicio, ¿pensaron en ustedes primero?

Jazmín: Pero, ¿cómo hacerle para no ser afectada por los problemas de la familia? Mi mamá está pasando por una profunda depresión y no puedo ser feliz si ella no lo es. Es curioso, porque

la otra noche, la sentí bastante bien, bastante tranquila y, como por arte de magia, fui a cenar un yogurt y me fui a dormir sin vomitar.

Flor: Yo igual. Cuando veo y sé que mi mamá no es feliz, yo no estoy bien en lo absoluto.

El terapeuta: Recuerden que todos somos responsables de nuestra propia felicidad e infelicidad, pero no de la de los demás.

Rosa: Cuando estaba muy mal, me molestaba que mi hermana me reprochara que “la casa se caería por mí”, dejándome entender que todos estaban muy preocupados por mí. Hoy en día, cada uno va a su propia terapia y nos sentimos mucho más felices así. [*Pausa.*] Yo también creo que mi felicidad no depende de la de los demás. Ahora, no estoy más feliz “gracias a Esteban”. Me molesta cuando oigo que la gente piensa que “Esteban me salvó”. Creo que soy feliz porque me lo he ganado. [*Pausa.*] El otro día, me hubiera ofendido muchísimo por lo que dijo mi madre. Me dijo: “¡Antes de acostarte con Esteban por primera vez, trata de engordar 2 o 3 kilos para no disgustarle!”. Me reí mucho pensando “mi pobre mamá, ¡si supieras!”. Y no me ofendí. Después, reconoció haberse expresado mal... Pues sí.

El terapeuta: Para la próxima, me gustaría que pensarán en la siguiente frase: “el problema no es lo que mi mamá me dijo, sino cómo yo lo interpreto”.

SESIÓN DIECISIETE

El terapeuta: ¿Cómo están?

[*Silencio.*]

El terapeuta: ¿Cómo se sienten frente a lo que han logrado?

Rosa: Estoy desesperada porque no puedo comer. No paro de pensar que igual así seré toda mi vida, sin poder comer. [*Pausa.*] Bueno, pues igual es porque no quiero comer. Creo que me gusta mi flaqueza. Me gusta sentirme flaca y no quiero engordar y, por lo tanto, no quiero, no puedo comer. Desde el punto de vista emocional, me siento diez mil veces mejor. Estoy completamente curada en ese nivel.

El terapeuta: El hecho de que no puedas o no quieras comer, ¿podría ser el síntoma de algo que todavía no funciona?

Rosa: ¿Es posible que esté completamente curada, excepto en el peso?

El terapeuta: Imagina que una persona estaba gravemente enferma como para quedarse en la cama durante muchos días. Hoy, esta persona se siente mucho mejor, pero tiene constantemente fiebre. Como se siente bien, entonces ella dice que podría vivir toda su vida con fiebre, pero la fiebre es sin duda alguna el signo de una infección.

Rosa: Sí, pero la persona sufre la fiebre, yo no sufro mi peso. Al contrario, me quiero quedar flaca como estoy. De plano, estoy tan bien que he pensado dejar la terapia.

El terapeuta: ¿Entonces crees estar completamente curada? ¿No crees que el hecho de no ser capaz de comer indique la presencia de un problema situado en alguna parte?

Rosa: Cuando me acuerdo de mis peores días en que estaba encerrada en mi cuarto para que nadie me viera... Me sentía tan gorda. Hoy en día, me siento flaca y me gusta como estoy.

[*Sigue un largo silencio.*]

Jazmín: Entiendo a Rosa. El otro día agarré las fotos de cuando pesaba 48 kilos. En ese momento, yo tenía un montón de pretendientes, pero ahora por nada me gustaría regresar a ese peso.

El terapeuta: ¿Qué pasaría si pesaras de nuevo 48 kilos?

Jazmín: Volvería a tener muchos pretendientes, pero me siento mejor por debajo de 45 kilos.

El terapeuta: Entonces no quieres volver a engordar para evitar tener “muchos pretendientes”.

Jazmín: Ya no quiero volver a ser como antes. Cuando siento que vomito menos veces, empiezo a compararme con las otras chicas alrededor de mí y me siento inmediatamente mucho más gorda que ellas, entonces vuelvo a vomitar dos veces más.

El terapeuta: ¿Por qué no te comparas con la gente feliz?

Jazmín: No lo sé.

Rosa: Yo conozco personas que son felices y flacas.

El terapeuta: Quizá esas personas tienen un peso que les conviene y que es saludable. Hay una diferencia entre el cuidado de sí mismo y obsesionarse por su peso. Nadie puede ser feliz si la comida es una tortura diaria.

Jazmín: Cuando me siento gorda, no tengo ganas de salir. En cambio, cuando me siento flaca, quiero ir a bailar. [*Pausa.*] Y pensándolo bien, nunca he tenido miedo de los hombres.

El terapeuta: Recuerda que no quieres volver al mismo peso que antes, cuando los chicos te cortejaban.

Jazmín: Creo que empecé a cambiar cuando mi padre murió. Realmente era la única persona que me daba todo... ¡Uh! No digo eso por los aspectos materiales.

El terapeuta: ¿Acaso tendrías miedo de comprometerte, que te prometan cosas y que luego te abandonen? En tu lugar, intentaré hacer un paralelo entre mi problema alimentario y “atreverme a sufrir”.

[*Silencio.*]

Rosa: El otro día, Esteban me dijo que sería “el hombre más feliz del mundo” si yo comiera normalmente. Luego le pedí que me dejara tranquila y en paz. A mí qué me importa si él come o si no come.

El terapeuta: ¿No crees que tu miedo sería, más bien, hacerle “el hombre más feliz del mundo”?

Rosa: Tal vez. [*Se ríe a carcajadas.*]

El terapeuta: Como ya me lo expresaste, cada día la comida es un tema de discusión entre ustedes. En lugar de construir tu relación con él, ¿la estarás sabotando a través de la comida?

[*Rosa no contesta y mira por la ventana.*]

Jazmín: Prefiero que me digan que soy anoréxica. El término “bulímica” tiene para mí una connotación súper negativa. [*Pausa.*] Me he dado cuenta hasta qué punto me tomo todo a pecho, lo que la gente dice de mí.

Rosa [*su mirada ha vuelto al centro*]: A mí me sucede algo parecido. Pero ahora me gusta que me digan que me veo bien. Antes, cuando me decían que me veía mejor, pensaba que la gente quería decir que había engordado. Ahora, ya no hago esa interpretación.

[*Jazmín y Rosa parecen estar en la misma sintonía en muchos puntos. Se lanzan sonrisas y miradas como si fueran cómplices.*]

Rosa: Esteban quiere que coma y coma... Pero estoy segura de que cuando esté gorda, él ya no me querrá. [*Pausa.*] Me gustaría que firmara un contrato de que no me va a dejar si engordo algunos kilos.

El terapeuta: ¿Acaso esto no sigue siendo el miedo al abandono? Si engordo, me dejará.

Rosa: No hay duda.

El terapeuta [*dirigiéndose a todo el grupo*]: ¿Qué pasa allí, respecto a la persona amada?

Dalia: Creo que queremos estar enfermas para que no nos abandonen... Y al mismo tiempo, estar enfermas también es una excusa para no involucrarnos en una relación amorosa.

Flor: Yo no entiendo muy bien la cuestión del abandono. Más bien tengo miedo a lastimar al otro dejándolo. Cuando una persona me hace prometer que no la voy a dejar, respondo que esta promesa es imposible [*dirigiéndose a Rosa*]. Si Esteban te dijera que vio a otra chica mejor que tú, ¿qué te provocaría?

Rosa: ¡Ah, cállate! ¡Cállate! Pues sería horrible. Sería lo peor que me podría pasar. Pensaría que no valgo nada.

El terapeuta: Y que eres fea, repulsiva, ¿verdad?

Flor: Yo creo que nunca he creído en el amor eterno. Mis padres se separaron al poco tiempo de estar juntos. [*Pausa.*] Me pasé siete años con alguien que tuve que abandonar debido a que, cuando me di cuenta que ya eran siete años, yo quería conocer a alguien más, a otra persona.

El terapeuta: Nadie rompe una relación sin motivo. Probablemente no eras feliz en tu relación.

Iris [*dirigiéndose a Flor*]: ¿Por qué el compromiso te provoca tanto miedo?

Flor: Tengo miedo de lastimar a otros.

El terapeuta: ¿Por qué las relaciones de pareja son tan difíciles? ¿No hay ningún vínculo con la comida? Toda nuestra vida podemos tener miedo al compromiso o al abandono. Tenemos que saber no huir a nuestras responsabilidades. Estos temores tal vez puedan disminuir, si de verdad lo queremos.

Jazmín: Pero, ¿cómo puedo hacer para evitar el sufrimiento que me provocó el abandono de mi papá?

El terapeuta: ¿Estás segura de que su muerte fue lo que te afectó o más bien el hecho de ya no tener todo lo que él te daba? Tarde o temprano todos vamos a abandonar a alguien o a ser abandonados. Si algo me duele, entonces necesito sentarme al lado de mi dolor, de mi sufrimiento, y constatar que tal vez no sea tan grave.

SESIÓN DIECIOCHO

El terapeuta: ¿Cómo están?

[*Las jóvenes contestan “bien”.*]

Jazmín: Quisiera contar algo. Finalmente pude hablar con mi hermano. El lunes por la noche, toqué a su habitación y sí aceptó que habláramos. En primer lugar, le pedí que me escuchara. Empecé a llorar mucho, pero logré decirle que tenía la impresión de que él no me quería y que necesitaba que él me ayudara. Me afirmó que estaba muy enojado conmigo porque yo no podía dejar de vomitar, de comer toda la comida de la familia; y que lo sentía, si por su conducta había dado a entender que no me quería, porque esa idea era falsa. Me dijo que me quería y que, por supuesto, quería ayudarme. Esta conversación me hizo mucho bien. De hecho, desde el domingo, no he vomitado.

Dalia: Esto confirma que la comunicación en nuestras familias es la clave.

Jazmín: También le pregunté lo que le podía molestar y que fuera independiente de mi trastorno. Me señaló que podría evitar regresar a casa a las 4:00 a.m. todos los fines de semana, que aún vivía en una casa familiar y que había algunas reglas que respetar. Por mi parte, le dije que necesitaba que habláramos y que los tres —mi madre, mi hermano y mi hermana— no se pusieran en contra mía.

El terapeuta: Van a tener que cumplir sus promesas. No hay que dejar que este canal de comunicación se cierre de nuevo.

Rosa: Para mañana, (el terapeuta) nos pidió que viniéramos los cuatro. A principio de la semana, mi hermana me dijo que no iba a venir a la psicoterapia. Le pregunté por qué y ella me res-

pondió: “¿Fuiste tú a la sesión familiar que mi psicóloga organizó hace seis meses? ¡No! ¿Por qué haría el esfuerzo de ir a la tuya?”. Le señalé que, en aquel momento, yo estaba muy mal. Agregué que para mí era importante que viniera mañana. Acabó por cambiar de idea y sí vendrá mañana finalmente.

El terapeuta: ¿Cómo te sentiste cuando te hizo ese comentario?

Rosa: Mal. Me sentí avergonzada por no haber asistido a su terapia. Bueno, tampoco me insistió mucho.

[Silencio.]

El terapeuta: ¿Qué más para hoy?

[Reina un largo silencio. Decido tomar la palabra. Ante todo, agradezco al grupo, tanto a las jóvenes como al equipo terapéutico por haberme acogido durante estos ocho meses. Les preciso que, si bien se trata de una investigación en antropología social, el estudio tiene mucho sentido para mí. Si la mayoría de los investigadores trabajamos sobre temas que nos ocupan personalmente, entonces yo formo parte de esta mayoría. Empiezo a contarles que yo misma tuve un trastorno alimentario durante casi ocho años. Oscilaba entre fases de anorexia y de bulimia. Todo empezó en plena pubertad, después de la muerte de mi abuela paterna. Les cuento mi sufrimiento. Les digo lo bien que se siente cuando desaparece totalmente el síntoma alimentario y todos los malestares físicos y emocionales que lo acompañan. No entro en los detalles. No quiero acaparar la sesión. Sin embargo, les expreso que me queda un mes para seguir compartiendo con el grupo y que me gustaría ofrecerles la faceta más humana y menos científica de la Karine que les acompañó durante estos largos meses. No quería decírselos en la última sesión por si tenían preguntas que hacerme. Reconstruyo aquí brevemente mi discurso que me pareció mucho más largo. Al contarles mi historia, que-

ría agradecerles profundamente el haberme hecho entrar en su vida y quería, a mi vez, hacerles entrar en la mía. Ofrecerles mi experiencia por la palabra, curiosamente, fue algo fácil y relativamente natural. Creo que estaba lista para exponerme a ellas. El terapeuta pregunta a las jóvenes qué les produce mi historia. Margarita, Dalia y Iris me agradecen la confianza y encuentran muy bueno que les comparta esta intimidad. Estoy tan emocionada que ni tomo nota.]

El terapeuta: ¿Qué ha significado para cada una de ustedes esta terapia de grupo hasta hoy?

Rosa: Por mi parte, me di cuenta de que no era la única que sufre este problema. Cuando lo hablaba con mis amigos, ellos no me entendían, aquí sí me siento comprendida y quizá... ¡Un poco menos loca! [*Estalla de la risa.*]

El terapeuta: ¡Oh! ¡Qué gracioso! Nos sentimos bien al exterior del grupo queriendo ser, gracias a nuestro trastorno, diferentes de los que nos rodean y nos sentimos bien al interior del grupo que comparte el mismo problema.

[*Rosa mira al terapeuta sin contestar y sonriendo.*]

Iris: Para mí, el grupo es otra familia.

Jazmín: Sí, es un lugar donde me puedo entregar, contar todo, analizar mi situación con calma y no sentirme atacada por los prejuicios.

Flor: Lo que me gusta es que aquí nos autoevaluamos y no evaluamos a las demás.

Begonia: Yo aprendí que la comida no era el problema.

El terapeuta: Otra pregunta, para las que han asistido a otros grupos antes: ¿en qué es diferente este grupo?

Rosa: ¡Uf! Fui a un grupo donde todas las chicas competían a quién sería la más delgada.

Flor: Yo fui a un primer grupo que se llama “Comedores compulsivos”. La gente iba allí para luchar y agredirse verbalmente. Las sesiones siempre terminaban con discusiones sobre religión, política... ¡Era horrible! El segundo grupo, no era mucho mejor. Éramos cuatro chicas y la recomendación del psicólogo era la abstinencia de carbohidratos. Nos jurábamos no comer pan, arroz, tortillas... Las reuniones se convertían en sesiones de mentiras. Mentíamos al grupo y sobre todo a nosotras mismas.

El terapeuta: Tercera pregunta: ¿qué idea tenían de nuestro grupo antes de venir?

Narcisa: Me lo imaginaba como en la televisión a veces se muestra. Es decir, que íbamos a tener que hacer grandes ruedas demostrándonos nuestra amistad, agarrándonos de la mano. Y nos íbamos a desear “¡Suerte!”. [*Las jóvenes se ríen, el grupo está divertido.*] También pensé que no iba a tener nada en común con ustedes. Yo vengo de una familia de clase media. No tengo dinero.

Dalia: Para mí, era difícil imaginar que iba a abrirme a los demás. De hecho, me doy cuenta de que realmente no me abrí. Recomendando muchas cosas, a veces adopto el tono de la chica que lo sabe todo. De hecho, pido disculpas y espero no haber ofendido a nadie.

Flor [*dirigiéndose a Dalia*]: ¿Por qué te es tan difícil abrirte a los demás y contar tu historia?

Dalia: Probablemente porque tengo miedo de lo que ustedes podrían llegar a pensar.

Flor: Entiendo. Pero, sabes, no tengas miedo de lo que piensen los demás. Cuando les dije a mis amigos que era homosexual, tenía miedo de sus reacciones... Pero, al final, la gente que me quiere, me acepta como soy.

El terapeuta: Es un proceso aceptarse a sí misma.

Narcisa: De vez en cuando, me miro en el espejo y me encuentro horriblemente fea. ¿Eso te pasa?

Dalia: Por supuesto.

[*Silencio.*]

Flor: Muchas veces, me pregunté qué significaba la terapia para mí. Creo que ir a la terapia, estar enferma a los ojos de los que me rodean me trae beneficios. Es cierto que mis padres y mis amigos se han acercado a mí. Al mismo tiempo, los quisiera a todos lejos de mí, que me dejen en paz. Pero, como sé que no tengo nada en común con mi padre, creo que por lo menos, por mi trastorno, se ha acercado a mí. En fin, todo está muy confuso en mi mente.

El terapeuta: Todos los seres humanos tratamos de hacernos querer, de que nos rodeen de afecto. Tal vez podríamos buscar otras maneras de comunicar esta necesidad de amor sin tener que recurrir al pretexto de la enfermedad.

SESIÓN DIECINUEVE

El terapeuta: ¿Cómo están? ¿Qué cuentan?

Dalia: Les traje algo hoy. Es un correo electrónico de mi padre. Me lo envió hace unos años, cuando yo sufría por una ruptura con un chico. En aquella época, este correo me ayudó mucho y creo que hay algunas cosas muy reales en este escrito. ¿Hay alguien que quiera leerlo en voz alta? Si no, puedo distribuirles las hojas.

El terapeuta: Sugiero que se hagan las dos cosas y que lo leas tú, en voz alta.

Dalia [*un poco avergonzada*]: “¿Cómo decirle a una mujer enamorada que debe volver a empezar todo, posponer su sueño que quería compartir y ya no pensar en dos, sino en uno? ¿Cómo decirle que el amor en las mentes estrechas se convierte en un hábito, que la rutina termina por engañar los sentidos y la razón? Por lo general, nos aferramos a nuestro compañero, sin darnos cuenta de que la sola cosa que cuenta realmente, son los momentos compartidos. ¿Cómo decirle a esta mujer que un poco de desamor fortalece el espíritu, porque la soledad nos predispone a recuperar nuestra autoestima, que el fracaso es más fructuoso que el éxito porque nos enseña a vivir intensamente? ¿Cómo decirle que amar no es necesitar a alguien porque la dependencia destruye el espíritu, que el amor nace sólo entre dos seres independientes, autosuficientes y autónomos? Debemos saber que la mejor manera para no encontrarlo es buscarlo de manera desesperada. La persona que necesita amor para alimentar su espíritu será siempre un juguete en manos de un seductor. Quisiera decirle que el verdadero amor surge de forma inesperada y sin prisa, que la plenitud se adquiere con paciencia y disciplina. Quisiera decirle que el rencor envenena la mente y destruye los recuerdos, que es mejor recordar los buenos tiem-

pos y olvidar al compañero que el destino puso al margen. Por último, quisiera decirle a esta mujer que la vida no se detiene y que siempre hay una nueva oportunidad para la persona que tiene tanto que ofrecer... y poca necesidad de recibir”.

El terapeuta: ¿Qué piensan de esto? ¿Quién ya se ha enamorado locamente?

[*Todas las chicas confirman.*]

Jazmín: Creo que me quedaré con que “amar es no necesitar a alguien”. Esta frase me gustó.

Flor: Yo estoy de acuerdo con esa frase, pero también creo que amar a alguien provoca al final que lo necesites.

El terapeuta [*dibujando en una hoja de papel*]: Podemos resumir los diferentes tipos de relación en tres esquemas. El primero, son dos círculos, uno al lado del otro, sin intersección. El segundo, son dos círculos con una intersección. Por último, el tercer esquema, son dos círculos que se superponen casi completamente. En el primero, las dos personas tienen poco contacto, “cada uno hace su vida”. En el tercero, cada una de las personas se inmiscuye en la vida del otro hasta asfixiarlo, aquí es donde surgen los problemas de celos y de dependencia. El segundo muestra una relación sana con una cierta independencia y participación. ¿Qué opinan de estos esquemas?

Flor: Mi padre y yo tenemos una relación del tercer tipo, según él. Siempre me repite que él y yo somos idénticos y que sólo somos uno. ¡Odio cuando dice esto!

El terapeuta: ¿Quién de ustedes considera tener una relación sana?

[*Nadie responde.*]

El terapeuta: ¿Qué es una relación sana?

Dalia: Pero, en el primer esquema, ¿la relación no podría ser sana si esta independencia al extremo les conviene a las dos personas?

El terapeuta: Sí y no. Para la próxima semana, voy a pedirles que lean *El arte de amar* de Erich Fromm. Es un pequeño libro que se lee muy rápidamente, en unas cuantas horas. Una pregunta: ¿qué vínculo podemos hacer entre nuestro trastorno y el amor?

Iris: Cuando no te sientes amada, el hecho de comer te da la sensación de estar protegida, de sentirte mejor. Es cuando también te vuelves dependiente de los alimentos.

Dalia: Yo lo veo de otra manera. El trastorno me ha permitido obtener la atención de mi familia. Estar enferma me ha permitido sentirme más querida por mis padres.

Flor: Para mí, el amor pasa por la comida. Cuando mi padre quiere tener un momento conmigo o con mi hermano, nos invita a un restaurante y comemos muchísimo. ¡Es la gran comilona!

El terapeuta: ¿No hay manera de comer razonablemente en esas situaciones?

Flor: ¡No! Si nos juntamos, si mi padre me da una cita en el restaurante, es para compartir mucha y buena comida. Esto siempre ha sido así en mi familia.

Jazmín: Mi hermano no entiende que lo que más necesito es que me tome en sus brazos, que sea cariñoso conmigo. El hecho de que me rechace y no exprese sus sentimientos como yo lo

necesitaría, me lleva a compensarlo con la comida y, después, a hacerme vomitar.

Flor: ¡Oh! Como mis padres, ¿sabes?, somos muy cariñosos. Siempre nos damos grandes abrazos, pero eso no lo soporto...

Iris: Yo tengo la sensación de que mi mamá me necesita más de lo que yo la necesito. Muchas veces toma el papel de la niña que me reclama cariñosos. Me molesta un montón y tampoco lo soporto...

Violeta: Estoy contenta porque creo que estoy superando el temor a enamorarme. Tenía la sensación de que este miedo a los muchachos estaba relacionado con mi trastorno. Y finalmente, ¡no! [Pausa.] ¡Encontré el amor! [*se sonroja*].

Dalia: Wow... ¡Genial! ¡Estoy muy feliz por ti!

El terapeuta: El chiste es tal vez darnos la oportunidad de encontrar el amor, ver si podemos ser amados. ¿Piensan que todos podemos ser amados?

Begonia: ¡Claro! ¡Todos podemos ser amados e incluso con nuestros defectos!

El terapeuta: ¿Alguien no tiene defectos?

Dalia: Antes, me fijaba en todos los defectos de las personas que me rodeaban. Quería rodearme de gente que no tuviera defectos. Ahora, acepto la idea de que todos tenemos algunos...

Jazmín: Yo quisiera decir algo que no tiene nada que ver con el tema, pero necesito descargar. Ayer por la noche, mi madre no estaba muy bien. La vi dando vueltas por la casa, refunfuñando. De pronto, gritó: “¡voy a comer una quesadilla!”, porque

así es. Bajó a la cocina y yo me junté. Quería entender qué era lo que le pasaba. Me contestó que quería que nos muriéramos los cuatro y que los problemas así se podrían resolver. Al principio, solté una carcajada porque era estúpido y me puse nerviosa. Luego, le pregunté si pensaba lo que estaba diciendo. Ella dijo que sí y que incluso, la otra noche, pensó en abrir el suministro de gas para que todos nos asfixiáramos durante nuestro sueño. Luego, sí me enojé y le dije que estaba harta de oírla decir que quería morir, que quería suicidarse. Y si realmente ése era su deseo, sólo tenía que hacerlo y dejarnos vivos, porque nosotros sí queremos vivir. Fui a mi habitación, súper triste y súper enojada con ella.

El terapeuta: Cuando sentimos que no servimos para nada, tratamos de huir de los problemas...

Jazmín: Mi mamá otra vez sacó el tema de que extrañaba a mi papá. Siempre lo mismo. Cada noche, se atiborra de quesadillas para la cena y luego me pregunta si creo que ella ha engordado. Cuando baja las escaleras, furiosa como ayer por la noche, para ir a comer sus quesadillas, le digo: “no vengas a quejarte, después, de que engordaste”.

El terapeuta: No le digas nada. ¿Te gusta a ti que te hagan comentarios sobre lo que comes? Además, te pones en un pseudo-rol de madre, estás invirtiendo los papeles.

Flor: Pienso en los tres esquemas con los círculos. Cuando tengo gripe y mi mamá también, siempre me dice: “¡es normal que tengamos gripe al mismo tiempo porque somos iguales!”. Y, mi padre, siempre me dice que “él y yo sólo somos uno...”. ¡Es algo para volverse loquísima! Ya sea con mi madre o con mi padre, su percepción de la relación conmigo es de la del tercer esquema, donde los círculos se superponen.

SESIÓN VEINTE

El terapeuta: ¿Cómo están? ¿Cómo están sus hijas?

Madre de Margarita: Creo que Margarita está muy bien. Ahora sabe manejar sus problemas y sus emociones. ¿Qué opinas? ¿Cómo la ves?

El terapeuta: Creo que está bien. Está muy bien. No le quedan muchas sesiones, tres o cuatro.

Madre de Margarita [*con la cara iluminada de repente*]: ¡Por Dios, qué feliz me haces! ¡Gracias por todo este trabajo!

El terapeuta: No me lo agradezcas. Es de ella el resultado.

Madre de Begonia: Begonia también está mucho mejor. Come de todo o casi de todo; come bien, ni muy poco, ni mucho, como nosotros. Me siento aliviada en ese punto. En cambio, me preocupa el hecho de que siempre le duela el estómago. Dice que su estómago se hincha luego luego, después de una comida y se la pasa quejándose mucho. Quisiera llevarla con un médico. El domingo pasado queríamos ir, pero tuvimos que terminar la compra de todos sus útiles escolares. Begonia quiere ir el próximo domingo. ¿Qué puede tener ella? Estoy muy preocupada.

El terapeuta: Es posible que tenga un poco de acidez. También es posible que no tenga nada y quiera estar segura, y demostrarse a sí misma que no tiene nada.

Madre de Begonia: Sí, creo que ella trata de convencerse de que ahora su cuerpo está sano. También me parece más abierta a los demás, habla y se ríe con nosotros. Todavía es muy manipuladora: siempre logra todo lo que quiere.

El terapeuta: Es posible que su lado manipulador esté más relacionado con su adolescencia, con sus ganas de demostrar que existe. ¿Cómo se lleva con su padre?

Madre de Begonia: Su relación tal vez ha mejorado un poco.

Hermana de Begonia: De todos modos, ¡mi papá es un caso! No puede mostrarnos nunca que nos ama si no nos ofrece cosas materiales. Él nunca nos tomó en sus brazos.

El terapeuta: A lo mejor ustedes tienen que mostrarle la forma de expresar sus emociones de otra forma que por lo material.

Hermana de Begonia: No creo que esté dispuesto a cambiar sus hábitos y a ser dominado por sus hijas y su esposa.

Madre de Margarita: Creo que todo es posible. Mi marido también se comportaba así hasta que él entendió la importancia de los besos y abrazos a sus hijos. Antes, era tan frío y cerrado.

El terapeuta [*volteándose hacia la madre de Rosa*]: ¿Cómo está Rosa?

Madre de Rosa: Está bien, de hecho, muy bien, aunque dice que no puede comer todavía. Creo que su romance con Esteban va bien, también. El otro día, ella quería presentárnoslo formalmente. Empezó a imaginar un guion. Yo abriendo la puerta y su padre un poco hacia atrás. Le dije que pusiera fin inmediatamente a su guion y que mejor conociéramos a su novio con sencillez y naturalidad. Se enojó conmigo y se enojó más aún cuando Esteban le dijo que no podía presentarse y conocernos ¡porque estaba en shorts y sandalias! Ella se fue con él —él pasó a buscarla sin bajarse de su carro— y espero que no hayan discutido por eso. Rosa se ve tan enamorada de él. Después, al pen-

sarlo bien, creo que respondí bien al hacerle entender que ella no siempre puede controlar todas las situaciones.

SESIÓN VEINTIUNO

El terapeuta: Hoy vamos a comenzar la reunión con *El arte de amar* de Erich Fromm ¿Quién lo leyó?

[Todas las chicas se miran entre ellas, ríen y dicen que no han tenido tiempo. Acaban de regresar a la escuela y dicen que tienen muchos libros que leer y tareas que hacer. Saco el libro de mi bolso y lo hago pasar.]

El terapeuta: Bueno, entonces, ¿cómo están? ¿Cómo estuvo el regreso a la escuela?

Narcisa: Si sólo yo pudiera volver a la escuela. ¡Estoy harta de las vacaciones! Hoy les traje un poema de Maya Angelou. Esta mujer ha trabajado mucho el tema del género. Me gusta mucho este poema porque muestra que ella tiene una gran estima y respeto por sí misma y por su cuerpo. Es muy segura de ella misma.

[Narcisa distribuye y lee en voz alta el poema. Éste cuenta que esta mujer sabe que no tiene un cuerpo de modelo, pero ella lo describe, mostrando que cada detalle desprende una cierta belleza, y que los hombres no se resisten ante ella... El estribillo es "Soy una mujer genial".]

El terapeuta: ¿Qué hace que una mujer pueda ser atractiva?

Jazmín: Creo que una mujer puede ser atractiva cuando demuestra que está bien consigo misma.

El terapeuta: ¿Y en la pareja?

Dalia: Creo que los hombres se interesan ante todo por el físico de la mujer.

Flor: No estoy de acuerdo. Los hombres pueden ser atraídos por tu forma de ser, tu carácter y no por tu apariencia.

Narcisa: Yo también creo que es más importante el carácter que el físico. Por ejemplo, a mí primero me llaman la atención los hombres intelectuales, que tienen lentes. Después, busco a los altos y con la piel blanca.

Jazmín [con rabia]: Sí, pero tú eres una mujer que busca a un hombre, y creo que un hombre que busca a una mujer no tiene los mismos criterios. Ellos sí, primero, se enfocan en el cuerpo. ¡Me saca de onda esto...!

Begonia: Creo que los hombres buscan a mujeres maduras y seguras de ellas mismas.

Jazmín: A mí, los hombres que me atraen son los que me inspiran una cierta protección, que me dan la impresión de que voy a estar bien con ellos y conmigo misma.

El terapeuta: Una mujer puede ser atractiva por varias razones: por su físico, su manera de pensar las cosas, su forma de ser, su sentido del humor, su independencia; en definitiva, por la admiración que puede suscitar. ¿Quién ya se sintió atraída por los amores imposibles?

[Todas las chicas estallan de la risa y se cruzan miradas cómplices. Se entiende que todas han soñado con amores imposibles.]

Narcisa: Creo que me gustaría ante todo que el muchacho me respete, que me haga reír y que pueda hablar de todo conmigo.

Violeta: Yo sé que es sobre todo mi forma de ser, mis sonrisas, mi actitud alegre que hace de mí una persona atractiva. Cuando me siento feliz, siento que todo el mundo se me acerca.

Flor: Yo también creo que tengo un carácter fuerte en mi manera de ser con la gente.

Dalia: Yo sé que voy a decir algo estúpido, pero pienso que cuando yo era delgada, era una persona mucho más atractiva que ahora. Tal vez porque yo estaba más segura de mí misma.

El terapeuta: Entonces no se trata solamente de tu físico sino también de tu actitud.

Dalia: Segurísimo. Cuando salgo por la noche y un tipo se me acerca y me pide mi teléfono, lo mando a volar o le doy un número equivocado. Opino que, de todos modos, sólo soy buena para atraer a los tipos pesados y borrachos.

Narcisa: Yo creo que lo que me hace atractiva es, sobre todo, mi forma de interactuar con la gente, mi buen humor, pues... Luego, pues, odio presumir, pero creo que mi inteligencia atrae, el hecho de que pueda hablar de cosas "intelectualmente superiores". Y también me siento atractiva cuando me pongo guapa, cuando me siento bonita. Para mí, es importante sentirse bien y guapa.

El terapeuta: ¿Sienten que hay algo que algún día podría hacerlas más atractivas?

Begonia: Sí, creo que haciéndome cada día más afectuosa con la gente, soy más y más atractiva.

Jazmín: Yo, nada de nada... O sí, tal vez mis escotes. De todos modos, odio mi cuerpo.

Narcisa: ¡Estás loca! ¿Qué es lo que odias?

Jazmín: Odio mis costillas que sobresalen, mis dientes. Eso sí, me gustan mis ojos, pero, globalmente, me siento muy fea. También sé que todo lo que creo no es forzosamente lo correcto.

SESIÓN VEINTIDÓS

El terapeuta: ¿Cómo están?

[*Todas las chicas, entre dientes, dicen “bien” y sigue un silencio.*]

El terapeuta: ¿Tal vez podríamos hablar sobre *El arte de amar*? o ¿prefieren que hablemos del “Arte del trastorno alimentario”?

Flor: Creo que el arte de enfermarnos es el que más nos corresponde. No entiendo por qué, cuando estoy bien durante dos o tres días, necesito estar mal en los dos o tres días siguientes. Siento que funciono en ciclos de dos o tres días.

Iris: Yo me puse nerviosa en estos días porque ya no puedo vomitar. Para mí, comer es sinónimo de vomitar. De hecho, estoy tranquila cuando sé que voy a poder vomitar lo que voy a comer. Es como cuando me cortaba las venas. Cortarme o hacerme vomitar me daba una gran satisfacción. [*Pausa.*] Además, es raro, ya no puedo vomitar y mi garganta hace ruidos terribles.

El terapeuta: ¿Y qué haces con la cuestión emocional? ¿Y por qué la autoagresión?

Iris: No lo sé. No entiendo nada de todos modos.

Jazmín: Seguro crees que no mereces estar bien.

El terapeuta: Hay una palabra que coincide con lo que tú describes, es “sabotaje”.

Jazmín: Pero, ¿qué significa exactamente esa palabra?

El terapeuta: Cuando nos saboteamos, hacemos todo lo posible para mantener nuestro trastorno.

Flor [riéndose]: Un poco como yo; cuando estoy bien durante dos o tres días, creo que realmente necesito estar mal.

Jazmín: Yo estoy un poco desesperada ahora porque estoy bien, incluso muy bien emocionalmente, pero no puedo dejar de vomitar.

El terapeuta: De la misma manera que te acostumbraste a esta práctica, es necesario que te desacostumbres. Es un proceso que toma tiempo y requiere paciencia.

Flor: Quisiera regresar a la cuestión de la simbiosis que tengo con mi madre. En estos días, se me ha hecho difícil rechazar lo que mi madre me pidió que hiciera: llevarla a tal lugar, quedarme con ella para hacer esto o aquello. Me sentí atrapada, me sentí encarcelada... Y, sobre todo, me sentí incapaz de enfrentarme a ella.

El terapeuta: Sabes que tu mamá no cambiará. Es inútil pensar que te vas a curar el día que tu mamá cambie. Tienes que poner tus límites. Imagina que vives en una casa que no tiene rejas en las ventanas. No quieres ponerlas porque no son muy estéticas, ¿no? Pues, un día, unos ladrones entran en tu casa y roban todo lo que tú tienes de mucho valor. Decides poner las rejas. Los ladrones vuelven, pero, esta vez, saltan por encima del muro del

jardín. Pides que te construyan un muro más alto. Pero con eso no basta, los ladrones regresan y con la ayuda de una escalera... Decides poner una reja electrificada por encima del muro de tu jardín. Los ladrones vuelven. Entonces, decides mudarte. Es lo mismo con tu mamá. Necesitas encontrar la manera que permita que deje de inmiscuirse en tu vida.

Begonia: El chiste es ser uno mismo frente a los demás. Yo, por ejemplo, el año pasado, tenía un grupo de amigas en la escuela que se la pasaba criticándose unas a las otras. Este ambiente me pesaba muchísimo porque no dejaban de juzgar a las personas en función de si eran gordas o feas, etcétera. Este año he decidido no estar con estas chicas y me encontré otro grupo de amigas en el cual puedo ser yo misma.

El terapeuta: Sin duda, la decisión no fue fácil. Debiste haber tenido miedo a ser rechazada o descalificada por el grupo.

Begonia: Sí fue difícil para mí tomar esta decisión. Pero, en estos momentos, hay que pensar en nuestro bienestar, que es por uno mismo, para estar bien, para estar mejor. Con eso, tenemos todo para ganar.

[Con estas buenas palabras de Begonia que muestran que sí está en camino hacia una cura, cierro mi cuaderno. La terapia no terminó, pero hoy es la última sesión colectiva a la que asistiré. Decido dejarme llevar por el diálogo como si yo fuera parte de las pacientes. Hubiera podido serlo en otro tiempo y en otro lugar. Mis oídos captan las diferentes ideas discutidas y sintetizadas por el terapeuta al final de la sesión. “Ser responsable de su propia vida”, “ignorar los pensamientos erróneos de los demás”, “trazar una línea entre uno y los demás”, “darse la oportunidad de seguir adelante”, “enfrentarse con sus miedos”. Estas frases resbalan en el círculo que dibujamos al estar así sentadas. Estas ideas penetran los cuerpos y las mentes. Me sumerjo en mis pensamientos. Me

pregunto qué efecto o impacto habrán tenido estas terapias para mi historia personal, mi propia psique. Una cosa es cierta: tomé a pecho este trabajo y me comprometo a profundizarlo lo más que pueda y durante muchos años más. Cada vez que me encontré cara a cara con estas jóvenes y que las escuché, temblé por su malestar, quise gritarles hasta qué punto las entendía. En interés de la investigación, para mantener el papel de la antropóloga que quiere evitar hacer la amalgama entre su historia y la de los sujetos que estudia, traté de ocultar mis emociones, me mordí la lengua y cerré la boca más de una vez.]

REFLEXIONES DIGESTIVAS

A PARTIR DE la lectura de las veintidós sesiones que integran la segunda parte de este libro, quisiera ofrecer algunas reflexiones finales a manera de discusión, como si empezáramos una buena sobremesa. Sin duda, el problema de la anorexia es complejo, múltiple y polifacético, de tal suerte que puede soltar las lenguas al infinito. Con este libro, de ninguna manera pretendo agotar la temática: mi objetivo final es organizar el conjunto de ideas que me ha despertado el diálogo de estas jóvenes y de sus familiares, en este contexto preciso de sanación terapéutica. No se trata de juzgar ni la labor del terapeuta ni la eficacia de la terapia: yo no represento ninguna autoridad capacitada para ello y tampoco creo que esta muestra de diálogos reconstruidos permita una realización rigurosa y sistemática de tal evaluación.

Estas veintidós sesiones son un reflejo de lo que se puede observar y de lo que ocurre *in situ*, en el marco de una terapia colectiva para pacientes y familiares por separado, en torno a la anorexia (y otros trastornos alimenticios). Cuando las investigadoras e investigadores hacemos trabajo de campo, acumulamos materia prima en nuestros cuadernos y computadoras que son, muchas veces, tesoros de información. Para esta investigación, cuyo campo se realizó de 2003 a 2004, escribí concienzudamente un diario que alcanzó 324 páginas “sin que me haya dado cuenta”. Nunca fijamos extensiones a los diarios de campo que constituyen una herramienta para agrupar, procesar y analizar toda la información en bruto que obtenemos durante una investigación. Se trata de documentos privados, que decimos escribir

para nosotros, pero que muchas escribimos con la fantasía de ser leídos por otros, de tanto goce que proporciona este tipo de escritura. Al hojear y releer mi diario de campo sobre anorexia, pensé que era un desperdicio no sacarle todo el provecho posible a este material, un poco como cuando un cineasta mira todos los *rushes* de su filmación y constata que tiene suficientes para hacer otra película. Estas veintidós sesiones, en todo caso, han apaciguado mi sed de una mayor difusión de esta información cuidadosamente guardada.

Las reflexiones que se desgranán a continuación, discuten e intentan sintetizar los puntos principales que se resaltan en estos diálogos. El ejercicio de síntesis es arduo porque todos los temas —o casi todos— interactúan entre sí; como se ha podido constatar, difícil es separar las preocupaciones alimentarias y corporales de la dinámica familiar, por ejemplo. En estas líneas, me fundo en lo que nos enteramos por medio de las sesiones evitando recurrir a otro detalle que viniera de otra parte del diario porque, como lo acabo de mencionar, la idea es entablar una especie de sobremesa, reaccionar y discutir sobre las veintidós terapias como lo hacemos después de una buena (o mala) película; también ilustro mi argumento basándome esencialmente en los testimonios de jóvenes que sufren anorexia, con o sin crisis de bulimia. Pongo entre paréntesis el número de la sesión a la que me refiero. Asimismo, opto por una escritura libre y fluida dirigida a un público general ya que todas mis referencias bibliográficas, al concentrarse en las notas al pie de página, no deben estorbar o interrumpir la lectura; los lectores con inquietudes académicas, en cambio, encontrarán en estas notas todas las fuentes que nutren aquí mi pensamiento.

ANOREXIA, BULIMIA Y CLASE SOCIAL

Empezaré por presentar brevemente a estas jóvenes. En total, eran 14 y sus edades oscilaban entre los 13 y 24 años. Acudían

a esta institución médica privada, localizada en una colonia y una delegación de clase alta de la Ciudad de México; todas sufrían un trastorno de la conducta alimentaria; no todas padecían anorexia, de tipo restrictivo o purgativo; varias de ellas vivían episodios bulímicos. Las terapias colectivas, parentales y entre pacientes, se desarrollaban en una sala grande, luminosa, de paredes blancas donde las sillas formaban un círculo; estas terapias completaban otras de tipo individual a las que yo no asistía. Entre una y otra sesión colectiva, recibía, sin embargo, a las jóvenes que sufrían anorexia para realizar entrevistas a profundidad, en privado con cada una de ellas.

Al escuchar a estas jóvenes, llama la atención que todas parecen provenir de familias acomodadas. En efecto, se refieren a actividades que realizan de la clase social alta y media-alta. Por ejemplo, Lila se va de vacaciones a estados de la República y al extranjero, además de tener chofer a su disposición (S. 6); Rosa sale de crucero con sus padres a Miami en Semana Santa y sólo anhela hacer su *shopping* (S. 6); la familia de Hortensia tiene residencia secundaria en Valle de Bravo (S. 7). Si bien resalta la idea del *comfort* y de cierto nivel económico para muchas de ellas, otras no tienen condiciones tan acomodadas. Es el caso de la familia de Jazmín, quien tras la muerte del padre se ha enfrentado a muchas presiones como el pago de deudas, por lo que se alteró la dinámica familiar dando pie a severos conflictos (S. 15).¹ En el caso de Narcisa, si bien los problemas económicos familiares no están explicitados, se buscan formas de obtener más ingresos como, por ejemplo, convertir la casa de la abuela en un hostal (S. 7).

Como lo mencioné en la primera parte de este libro, desde hace varios decenios existe una correlación entre anorexia y las clases sociales alta o media-alta. En la década de 1970, grandes especialistas hablaron de un número desproporcionado de

¹ Cabe precisar que, en el caso de esta joven, el terapeuta fijó un pago simbólico por sesión para ayudar a esta familia que no podía costear el proceso terapéutico.

pacientes procedentes de familias que pertenecían a los “súper ricos”, con padres que ejercían profesiones muy bien remuneradas (doctores, abogados, empresarios, directores de escuelas, entre otras).² Esta constatación se explicaba por el hecho de que sólo las personas de sectores privilegiados podían pagar y acceder a cuidados psiquiátricos o recurrir a grandes especialistas. Pero conforme fueron pasando los años, este reparto social se transformó y aparecieron pacientes procedentes de medios sociales más modestos. Lo prueban —aunque sólo en parte— estas veintidós sesiones.

Del lado de la bulimia, se ha escrito mucho sobre su impacto en las jóvenes brillantes en sus estudios y en las mujeres que desarrollan grandes carreras, que ocupan puestos prestigiosos, tradicionalmente ocupados por hombres, o que se encuentran en ámbitos profesionales competitivos.³ Este perfil corresponde, de hecho, al de Narcisa, quien se autocalifica como “niña 10” por su rendimiento escolar (S. 7) y por sus ambiciones laborales a futuro; ahora bien, ella se refiere explícitamente a su procedencia social: “Pensé que no iba a tener nada en común con ustedes. Yo vengo de una familia de clase media. No tengo dinero” (S. 18). A diferencia de la anorexia, a la afección bulímica no se le ha etiquetado una clase social específica. Esto es palpable a lo largo de las sesiones.

No obstante, más allá de la cuestión de la clase social que muchas veces marca la pauta de los intercambios, las jóvenes expresan el cansancio de escuchar con frecuencia que “tienen todo en la vida para ser felices” o que “tienen todo lo que quieren”, como si, por venir de un contexto social privilegiado, no gozaran del derecho al malestar físico y emocional. Más de una vez, describen cómo sus padres se revelan incapaces de demostrar sus sentimientos cuando sí son capaces de atiborrarlas de

² La referencia más clásica del contexto estadounidense es: Bruch (1994: 24). Sin embargo, se pueden consultar también otras fuentes como: Theander (1970) para Suecia; o Dally (1969) para Inglaterra.

³ Cf. Gordon (1996: 73-74).

regalos diversos (S. 13). Refiriéndose a su padre, la hermana de Begonia afirma: “No puede mostrarnos nunca que nos ama si no nos ofrece cosas materiales. Él nunca nos tomó en sus brazos” (S. 20). En el discurso de estas jóvenes, no se escucha tanto una reprobación de la clase social a la que pertenecen sino una crítica fuerte y directa a la cultura materialista en la que están sumergidas. Esto tiene más sentido aún, si recordamos nuestras hipótesis de partida, presentadas en la introducción de este libro, porque, en otras palabras, estas jóvenes están rogando que las “subjeticen”, que consideren sus necesidades afectivas y que dejen de “objetivarlas” contemplando solamente sus necesidades materiales.⁴ Aquí se percibe nuevamente la pareja dicotómica sujeto/objeto, que abordamos desde el inicio de este libro.

COMIDA Y COMUNICACIÓN

Bien sabido es que el acto alimentario satisface más que una necesidad vital y biológica. Alimentarse es un fenómeno complejo y multifacético que, más allá de lo fisiológico, incluye dimensiones culturales, simbólicas, sociales e imaginarias.⁵ Muchas veces, también la comida es sinónimo de emociones. Comemos para sentirnos apapachados; comemos por ansiedad; comemos por

⁴ Aquí se abre una pista de investigación sobre el cruce entre cultura material, cuerpo y anorexia. Recordamos a Mauss que afirmaba que los objetos materiales eran parte de las técnicas corporales ya que creaban una dinámica específica, vinculada con las conductas motrices y, por ende, con todo el ser humano (1999: 365-386). En el caso de la anorexia, no nos interesa tanto saber cómo las ruedas de una bicicleta o las espátulas de los esquíes influyen sobre la práctica corporal de las jóvenes; sin embargo, sí nos interesa cómo los objetos materiales regalados por los padres —y que entran en contacto con el cuerpo, como la ropa, por ejemplo— modifican las vivencias subjetivas de las jóvenes. Un artículo luminoso de Jamard titulado “Au coeur du sujet: le corps en objets?” (2002) demuestra hasta qué punto la prolongación del cuerpo por medio de objetos materiales tiene un impacto en la cuestión del sujeto.

⁵ Entre otras referencias clásicas sobre el tema, podemos citar: Fischler (2001: 12-13).

enojo y antojo; comemos para llenar la soledad; comemos para disfrutar la convivencia. Comemos por un sinnúmero de razones que superan el solo objetivo de absorber nutrimentos varias veces al día. Más que nadie, las personas que sufren trastornos alimentarios conocen estas diversas funciones del acto alimentario y sobre todo pueden justificar por mil motivos por qué no comen. No comen para no engordar; no comen porque se sienten tristes; no comen porque les va a caer pesada la comida; no comen porque les da una sensación de poder —sobre ellas mismas y los demás—; no comen porque dicen no tener tiempo de estar horas con la familia o bien, porque tienen mucha tarea escolar; no comen para llamar la atención; no comen y, a veces, tampoco saben por qué, pero sí saben que no quieren comer.

El rechazo a la comida es lo que más asusta a las madres, quienes evalúan cómo se sienten sus hijas, ante todo, en función de si comen o no; siempre es más fácil hablar de “cosas visibles”, como la absorción de comida, las fluctuaciones corporales, que de “cosas invisibles”, como el estado de ánimo o las emociones. Desde la primera sesión, la madre de Azalea expresa su alivio porque, entre otros cambios, ha vuelto a comer carne y pescado y sigue “al pie de la letra su dieta” (S. 1). Más tarde, esta madre vuelve a expresar que se siente más tranquila al ver que su hija está siguiendo su dieta (S. 4). A lo largo de las sesiones, varias madres manifiestan su preocupación o sosiego al constatar que nuevamente dejaron de comer o volvieron a comer (S. 8, S. 10, S. 20).

Las expresiones anteriores dan la impresión de que estas madres ignoran u olvidan los múltiples significados que conllevan el comer y el no comer, como si a ellas sólo les perturbara el aspecto fisiológico. Esto es particularmente notable en las madres cuyas hijas han vivido una o varias hospitalizaciones por poner en peligro su vida al no alimentarse. Todo parece funcionar como si el rechazo a la comida fuera el mensaje más violento que pudieran recibir las madres, como si “dejar de comer” no fuera más que una metonimia que significara “querer morir”,

y a la inversa, “volver a comer” no fuera más que otra manera de decir “querer revivir”, “renacer a la vida”. Cuando Rosa, en pleno crucero, se desmaya delante de su madre por no comer a la hora del desayuno, esta última expresa así su terror: “[...] ya no puedo vivir así, siempre teniendo miedo de que Rosa se muera” (S. 8).

Deliberadamente, recorro aquí al término *mensaje* porque, en el caso de la anorexia, comer, dejar de comer, o comer y vomitar son acciones que representan particularmente todo un lenguaje. En veintidós sesiones observamos hasta qué punto reina una falta de comunicación entre miembros de una misma familia; o, mejor dicho, no existe la posibilidad de conversar en torno a temas íntimos o incluso de sólo expresar “estoy bien” o “estoy mal”. De manera recurrente, las jóvenes se quejan de que sus padres no pueden poner palabras en las emociones, hacerles la sola pregunta de cómo se sienten, o peor aún, escuchar la respuesta a esa pregunta (S. 1, S. 12, S. 13). Como lo vimos anteriormente, estos padres van a saturar a sus hijas de cosas materiales, pero no sabrán “cómo hablar” con ellas. En palabras más triviales: los padres prefieren regalar a sus hijas el más reciente iPhone o una prenda de marca para asegurarse de que las hacen felices, un poco como si la felicidad ya no procediera de lo subjetivo sino de la mercancía.⁶

Este tipo de comportamiento no es sólo característico de las familias cuya hija sufre anorexia; identifiquémoslo más bien como un síntoma de la sociedad de consumo en la que vivimos. También es importante notar que puede tratarse de un asunto

⁶ Vincent afirma que “la sociedad de consumo celebra la devoración del objeto”, que esta devoración se inscribe en una lógica de producción incesante de nuevos objetos. Ahora bien, el autor también añade que “la anoréxica instala un orden frente al objeto, es decir, el dominio de la regulación de éste, que pasa por una dieta, es decir un conjunto de leyes relativas al objeto” (2006: 73-74). De ahí la lucha —inconsciente muchas veces— de las jóvenes que sufren anorexia delante de la profusión de objetos y el odio que expresan cuando sus padres les dicen que tienen todo para ser felices.

generacional, del signo de otro tiempo. Muchos padres pueden desarrollar una obsesión por “dar todo” a sus hijos para que éstos no sufran las carencias que ellos mismos sufrieron en su infancia. Sobresale el deseo en varias familias de consolidar otra posición social. Retumba lo que afirma la madre de Jazmín: “Me siento tan culpable por no darles a mis hijos todo lo que necesitan” (S. 1).

En numerosas familias tradicionales, aunque no solamente en éstas, no se suele hablar de asuntos personales y de sentimientos porque “no se hace”, porque crea malestar, falsa nota en el orden interaccional o porque es tabú. No significa que haya forzosamente un mal ambiente familiar, pero el recurso humorístico, la broma, el intercambio sobre temas fútiles e inofensivos o el puro silencio vienen a sustituir las conversaciones a profundidad. Existe entonces una brecha entre padres que nunca han sabido hablar de cosas íntimas, e hijas que identifican necesidades afectivas que les gustaría ver suplidas con gestos y palabras cariñosos. En respuesta, las jóvenes desarrollan otra oralidad; hablan y expresan sus emociones a su manera, cerrando la boca para dejar de comer o abriendo la boca para comer y vomitar. La madre de Lila recuerda que, de niña, su hija se ponía a vomitar cuando no quería ir a la escuela (S. 8). Cuando Begonia cuenta que su hermana empezó a dejar de comer y a esconder sus platos de pollo y arroz en el armario de su habitación, se entiende que, por medio de esas acciones, esta joven estaba comunicando su malestar (S. 11). Por último, la familia de Jazmín tiene, sin duda, que descifrar el mensaje que representan las bolsas de vómito que la joven deja tiradas por toda la casa (S. 7). Es probable que esta joven esté marcando territorio o diciendo “aquí estoy”, si consideramos que las bolsas de vómito puedan verse como prolongaciones de su cuerpo.

COMIDA Y DOMINACIÓN

A lo largo de las veintidós sesiones, la comida parece ser el arma de la joven que sufre anorexia. Como ella sabe —consciente o inconscientemente— que sus padres van a alarmarse porque deja de comer, pronto aprende que, con la comida, se puede manipular o que ésta le otorga poder sobre los demás. Para Navidad, Azalea pide a sus padres que le regalen un recetario de postres; a ella siempre le ha gustado preparar postres que nunca prueba (S. 1). La afición a la cocina es un comportamiento bastante clásico en las jóvenes que padecen anorexia. Aparece una voluntad en ellas de invertir los roles de quién está alimentando a quién. “No quiero que me den de comer, pero yo sí los voy a nutrir”, opinan secretamente varias de ellas, en un afán de mantener el control del asunto de la comida y de tener el poder.⁷

“Dar de comer a los demás sin comer yo; crear yo un objeto de tentación y demostrarme a mí misma que soy más fuerte que todos y que no voy a caer en la tentación”, son también objetivos que pueden perseguir, en su fuero interno, las jóvenes que sufren anorexia. Tienen un exacerbado espíritu de competencia a la hora de comer: hacen rápidamente el cálculo de lo que absorben en términos de calorías y, en su mente, se regocijan de ingerir menos alimentos que cualquier persona de la mesa. Saben perfectamente quién ha comido qué y se sienten inmediatamente superiores a cualquiera por haber sido capa-

⁷ Entre otras referencias, Buckroyd ejemplifica perfectamente este fenómeno: “Lo que a menudo resulta difícil de soportar en las familias es que la mujer anoréxica quiera hacer la comida pero se niegue a comerla e insista en que los demás la coman. Caroline había aprendido a hacer pasteles y se pasaba horas creando las mezclas más sorprendentes y deliciosas, glaseadas y decoradas y rellenas de crema. Le gustaba ofrecérselos a su familia los domingos, como postre, pero se negaba a probar bocado alguno diciendo que ‘no le cabía nada más’ y que de todos modos había estado comiendo mientras los hacía. Su desgraciada familia se sentaba a comer los pasteles sin poder disfrutarlos mientras Caroline los miraba y de vez en cuando preguntaba si estaban buenos” (1998: 24).

ces de no sucumbir al aporte calorífico y grasoso de la comida.⁸ El control de sí por medio de lo que uno ingiere o no ingiere, no es característico de la anorexia —lo sabe bien, por ejemplo, cualquier persona acostumbrada a la práctica del ayuno—; sin embargo, lo que llama la atención en el caso del trastorno es que las personas se midan obsesiva y constantemente con los demás a partir de lo que ellas dejan de comer y que sí comen los otros.

El ejercicio de dominación sobre los demás, que las jóvenes que sufren anorexia desarrollan a raíz de su relación con la comida, también tiene sus límites y contrapuntos.⁹ Lila describe un comercial que ha visto en la televisión y que para ella tuvo mucho sentido: una joven está manejando y su padre le ordena girar a la izquierda, a la derecha, frenar, etcétera; las órdenes la crispán, la hacen enojar en silencio y cuando el padre se sale del coche, ella agarra un paquete de cereales que devora con irritación (S. 12). En este caso, se escenifica claramente un atracón de comida para contrarrestar la dominación y autoridad paterna. Las jóvenes que sufren anorexia, se astringen tanta disciplina corporal y tanta restricción alimentaria que con regularidad llegan a perder el control y la dominación que usualmente ejercen sobre ellas mismas: es el caso de Lila que se angustia al ver sus fotos de cuando salió del hospital (S. 2) o el de Jazmín, que está basculando hacia un trastorno bulímico (S. 1).

⁸ Este tipo de vivencias se devela sobre todo en los diarios que publican las jóvenes anoréxicas. Entre otros ejemplos, Safarti y Meunier mencionan que a las jóvenes les puede dar asco ver a sus familiares comiendo (2001: 102).

⁹ Coincidimos con Morandé quien afirma que este orgullo de las jóvenes, que están encontrándose tanto en el control y la comparación con los demás, es más aparente que real porque es la prueba de un malestar interno insaciable (1999: 125).

FLAQUEZAS Y GORDURAS: IMAGINARIOS MEZCLADOS

Como bien sabemos, el hombre se nutre de imaginarios porque sus alimentos nutren y significan a la vez;¹⁰ premisa que la obsesión por la comida que atormenta a estas jóvenes no puede contradecir. De la misma manera, observamos a lo largo de estas sesiones, hasta qué punto las jóvenes van construyendo diferentes imágenes de su cuerpo. Este aspecto es visible desde su relación con la indumentaria. En mi diario de campo, describí cómo las jóvenes se presentaban a la terapia: sin importar la temperatura que hiciera, una llevaba siempre un abrigo de invierno que le cubría todo el cuerpo y que no se desabrochaba; otra vestía siempre prendas negras; una más, por muy gorda que se sintiera, usaba pantalones muy ajustados que combinaba con blusas de prolongados escotes; otra iba en pants con suéteres amplios que escondían cualquier esbozo de silueta. A lo largo de las sesiones, siempre pensé en que por medio de la vestimenta se desplegaba todo un lenguaje o cierta teatralidad.¹¹ Lo más clásico es cuando las jóvenes se deleitan con ponerse sus pantalones o blusas de talla 12 o 14 años (S. 2, S. 5 y S. 9); estas tallas les sirven de referencia aunque aprenden a identificar su resistencia —o rechazo— a tener un cuerpo de mujer deseando a toda costa seguir usando la ropa de esa edad.¹²

¹⁰ Cf. Fischler (2001: 20), Durif-Bruckert (2009: 75-86).

¹¹ Según Nardone *et al.* (2004: 67-68), las “anoréxicas abstinentes” —es decir, las personas que ayunan de manera prolongada y que tienen todas sus emociones anestesiadas— son las que más descuidan su apariencia física e indumentaria. En el marco de su terapia sistémica, estos especialistas les proponen “reconciliarse con su feminidad”, es decir, les alientan a jugar con su estilo indumentario, su manera de hablar y de peinarse; estas intervenciones tienen el objetivo de proporcionar a las pacientes agradables percepciones y emociones, confortando indirectamente su facultad de sentirse deseables como mujeres (Nardone *et al.*, 2004: 97).

¹² En la literatura especializada sobre anorexia, es muy frecuente encontrar que las jóvenes estén en la búsqueda permanente de ponerse ropa de la talla más chica. Entre otras referencias, podemos citar el caso de “Laia o entrar en una 34”, en Gracia Arnaiz y Comelles (2007: 124-129).

Los imaginarios se van mezclando y algunas de ellas, como Rosa y Jazmín, no dudan en expresar que se sienten gordas como un hipopótamo, una ballena o una vaca enorme (S. 3 y S. 11). Es de llamar la atención la comparación de su cuerpo con el de un animal y, sobre todo, la alusión que hacen a la deformidad y a lo desmedido. Estos recursos metafóricos no son característicos de personas que sufren anorexia, aunque sí lo es la distorsión de la imagen corporal. Distorsión e insatisfacción corporal parecen ser las palabras clave del trastorno. Jazmín dice odiar su cuerpo, sus costillas que sobresalen y sus dientes; si bien le gustan sus ojos, opina que es globalmente fea (S. 21). Rosa evoca su gran panza y afirma haber empezado a aceptar que su novio pueda ver esta parte de su cuerpo (S. 12). Interesa también la asociación que establece esta joven entre, por un lado, engordar y, por el otro, ser abandonada por su novio (S. 17). Hasta menciona que le gustaría firmar un contrato en el que su éste se comprometiera a quedarse con ella en caso de que ella engorde. Dicho de otro modo, está anclada en su mente la creencia, según la cual, engordar es sinónimo de estar fea y ser infeliz en el tema del amor. Rosa no es la única joven que vincula la gordura con la fealdad y la infelicidad, así como la delgadez con la belleza, la felicidad y el éxito social (S. 1, S. 13 y S. 21). Esta asociación de ideas es clásica en las sociedades occidentales actuales y las jóvenes difícilmente toman distancia crítica al respecto. Un día, Narcisa trajo al grupo un poema de Maya Angelou y abrió el debate sobre lo que hace a una mujer atractiva. Mientras unas sostenían que la belleza es corporal, otras defendieron que una mujer atractiva es la que tiene una gran autoestima y respeto por su cuerpo.

Si las relaciones que las jóvenes mantienen con su cuerpo tienen como trasfondo estas imposiciones culturales de delgadez, también se ven alimentadas por la mirada de las personas cercanas. A Jazmín le gusta que le digan que es flaca, “le da alas”; a Violeta le da un bajón cuando le dicen que es flaca, se siente

flaca y le inquieta no engordar;¹³ y Begonia nunca se cree los comentarios de los demás (S. 9). La evaluación que los otros pueden hacer de su cuerpo les es sumamente importante: lo notamos cuando Hortensia se refiere al gran gusto que ha tenido cuando su hermano le dijo que la veía delgada (S. 2); la madre de Rosa cuenta que su hija le pregunta constantemente si la ve gorda o no (S. 1). Esta mirada ajena es tan crucial como el hecho de que las califiquen de “anoréxicas” o de “bulímicas”. Por ejemplo, Jazmín afirma: “Prefiero que me digan que soy anoréxica. El término ‘bulímica’ tiene para mí una connotación súper negativa. Me he dado cuenta hasta qué punto me tomo todo a pecho, lo que la gente dice de mí” (S. 17). Detrás de las etiquetas “anoréxica” o “bulímica” hay todo un imaginario escondido. Como lo escribí a inicios del capítulo “Anorexia: ayer y hoy”, en la actualidad, las creencias populares parecen confundir “ser anoréxica” con “ser flaca”; también el calificativo de “anoréxica” suele acompañarse de otras connotaciones como las de tener “gran control de sí”, así como cierto “gusto” por la flaqueza. A la inversa, “ser bulímica” remite a “ser gorda” y por ende “fea”, así como a “no tener voluntad de resistir a la comida”. En el fondo, el deseo de la joven que padece bulimia es que un día le atribuyan la categoría de “anoréxica”. La forma recíproca no funciona: una joven que sufre anorexia nunca querrá que la digan que es “bulímica” y será capaz de rectificar rápidamente y declarar: “Yo sí soy anoréxica”.¹⁴

¹³ Este tipo de afirmación, como la de Violeta que se siente y sabe “flaca”, no es muy frecuente, aunque también ocurre en las personas que sufren anorexia. Lo explica Bruch como una manera de estas jóvenes para verse más agradables y cooperativas con el equipo de terapeutas (1990: 25).

¹⁴ Jeammet sostiene que la anorexia y la bulimia forman una pareja de comportamientos que, si parecen opuestos, son profundamente semejantes y complementarios. Para este investigador, “la anoréxica vive en el miedo de hacerse bulímica y la bulímica sueña con hacerse anoréxica” (2004: 30). En el trabajo de campo, pude, sobre todo, comprobar que la persona que sufre bulimia sí dice anhelar convertirse en anoréxica.

MADRES MUY MADRES

El entrelazamiento de las dos terapias colectivas tiene, tanto para las pacientes como para los familiares, una gran virtud: develar con justa precisión cómo se viven las relaciones interpersonales en un contexto de trastornos alimentarios. En los diálogos resalta de manera central la figura de la pareja madre-hija. Mucho se ha escrito sobre el rol que ocupa la madre en la anorexia por ser la persona responsable de nutrir a su bebé desde el nacimiento —y añadiría yo, desde el embarazo—; por ser la persona que se encarga de toda la intendencia doméstica, de la educación de los hijos y por ser la que acude a la terapia —la mayoría de las veces sin el apoyo de su marido.¹⁵ Más allá del tono incriminador o defensor que se ha usado para retratar a las “madres de anoréxicas”, me parece más justo profundizar sobre la naturaleza de este vínculo cuya complejidad no deja de asombrar.

Una constatación de la que quisiera partir es que muchas madres de estas jóvenes son “muy madres”. Toda mujer que accede al estatuto de madre se enfrenta a dos modelos de realización: el de madre o el de mujer; el de persona dependiente y entregada a los demás o el de persona autónoma y dedicada a su realización personal. En una misma persona pueden y suelen coexistir ambos modelos; hay quienes encuentran una posición mediana o modulan su emplazamiento en función de la edad de sus hijos y de sus necesidades básicas. Sin embargo, muchas se inclinan, lo quieran o no, hacia un lado o hacia otro: son más madres que mujeres o son más mujeres que madres.¹⁶

¹⁵ Vialettes (2001: 192-193) describe muy atinadamente esta responsabilidad de la madre. Este autor considera que echar la culpa a las madres —o tenerlas por únicas responsables de la anorexia de su hija— es aún más grave, dado que muchas veces estas madres desempeñan un papel estructurante y son motor en la familia, por lo que toda desestabilización psicológica de estas madres puede agravar las tensiones familiares.

¹⁶ Dos autoras, psicoanalista y socióloga, han desarrollado con brío este mismo punto de las madres muy madres o “*des femmes plus mères que femmes*”: Eliacheff y Heinich (2002: 18).

A pesar de que el dispositivo de la terapia parental predispone a las madres a hablar de su rol como madres, no pueden esconder su tendencia protectora y dominante de madres, “muy madres”. Esto se puede ilustrar por la abnegación que varias de ellas expresan; así resume la madre de Jazmín, la prescripción de género que impone la cultura: “todas tenemos el instinto materno, el sentimiento de sacrificio” (S. 4). Otro prisma a partir del cual se nota el redoblamiento del carácter madre es cuando se da una actitud sobreprotectora. Azucena cuenta que fue abordada por un agente de seguridad de un supermercado, que quería averiguar que la joven no estaba robando ningún producto, y su madre, en un impulso, irrumpió e interfirió sin que su hija se pudiera defender sola (S. 5). Por último, son también “madres muy madres” cuando se enfocan excesivamente en el comportamiento —al que califican de bueno o malo— de sus hijas; hay un claro control en la actitud de estas madres, quienes quieren imponer reglas según sus propios criterios y rigor moral.¹⁷ Lo develan, por ejemplo, los testimonios de la madre de Lila: “[...] dejé de centrarme en las cosas que me molestan de Lila. No me gustaba verla hablando por teléfono durante horas o ver que no se bañaba...”. Y de la madre de Hortensia: “A mí ya no me importa que el cuarto de Hortensia esté patas arriba” (S. 8). Ambas se refieren a algo que hacían con frecuencia y muestra su obsesión por dirigir la vida de sus hijas.

¹⁷ Es un comportamiento descrito por autores como Vialettes (2001: 197), Le Breton (2007a: 151) o Bruch (1990: 186-187), quien describe —a través de la voz de una joven— que algunas madres pueden violentamente oponerse a las decisiones de sus hijas y juzgar constantemente sus malas acciones. También Buckroyd (1998: 59-61) describe el modelo de “familias contenidas”, es decir, con reglas estrictas para controlar qué sentimientos pueden expresar los niños y qué modos de expresión y comportamientos se permiten. Citemos también a Maillat: “Hemos podido notar en las familias de anoréxicas cierta rigidez: las reglas del funcionamiento son inmutables y no pueden ser modificadas. Garantizan un sentimiento de unidad y de seguridad. Toda tentativa de separación es vivida como amenazando el equilibrio del grupo” (1995: 80-81).

A lo largo de la terapia, estas madres “muy madres” parecen aprender a reconstruirse como “mujeres ante todo”, identificando sus propios deseos. Es el caso de la madre de Lila, quien describe la culpa que siente al ver a su hija llorar y sufrir, y el desapego que empieza a experimentar, regocijándose del disfrute que es de repente volver a pensar en sí misma, antes que en su hija (S. 4). Si bien otras madres coinciden en los beneficios del pensar en sí mismas, es la madre de Lila quien, en varias sesiones, insistirá en la necesidad de llevar a cabo este gran trabajo sobre sí misma y que precisa aprender a separar sus problemas de los de su hija, para que Lila logre ser cada día más autónoma (S. 8).

La cuestión de la separación —o, más bien, de la no separación— es central en el vínculo que forman madre-hija, tal como aparece en la alternancia de las dos terapias. Muchas veces, emana un sentimiento de indivisión o de simbiosis entre la una y la otra. Esto es palpable, por ejemplo, cuando la madre de Azalea cuenta: “El sábado por la mañana fuimos de compras las dos y se me olvidó recordarle que se llevara su bocadillo y a ella también se le olvidó. Entonces, me dijo: ‘¡mamá, olvidamos el bocadillo!’ como si fuera mi deber pensar en ello” (S. 10). Este comentario es sumamente interesante: la madre interpreta que su hija opinaba que era su deber —el de la madre— pensar en el bocadillo, cuando la hija no le dijo: “¡mamá, olvidaste el bocadillo!” sino que empleó el nosotros para decir que era más bien el deber de las dos, como si las dos compartieran el mismo cerebro.

Este sentimiento de indivisión, o más bien la impresión de que las madres necesitan reflejarse en sus hijas o que hay cierto espejismo entre la madre y la hija, sale a la luz en varios comentarios. La madre de Jazmín afirma que siempre se ha identificado más con Jazmín que con su otra hija y que Jazmín siempre ha sido una fuente de tranquilidad para ella por tener similitud de caracteres (S. 1); más tarde en la terapia, Jazmín, indignada, describirá que, cada noche, su madre se atiborra de quesadillas y que luego le pregunta si se ve gorda (S. 19). Aquí interesa

ver cómo la madre, que está pasando por una grave depresión, reproduce, inconsciente o no, el comportamiento alimentario de su hija. Otra faceta de esta indivisión es cuando las madres tienen dificultades para aceptar que sus hijas tengan iniciativas propias o expresen estar en desacuerdo con ellas (S. 1). Aunque con el transcurso de las sesiones algunas madres se hacen conscientes de la necesidad e importancia de que sus hijas afronten su vida con decisiones propias, independientes, y autónomas —y, por tanto, se hacen conscientes de que sus hijas se convierten en sujetos—, no pueden esconder el dolor que dicho desprendimiento les causa, dada la relación de dependencia que mantienen con ellas.

Anteriormente vimos cómo, por medio de la comida, se instauraba una relación de dominación entre las jóvenes y sus familiares. Para ampliar este punto, podemos añadir que, entre las madres y las hijas, hay un juego de manipulación y de poder mutuo. Por un lado, recordemos a la madre de Azucena que confesó la tendencia a usar a su hija como la persona que le podría solucionar la vida (S. 1). Este tipo de conductas por parte de las madres de jóvenes que sufren anorexia es bastante característico —sobre todo cuando la joven no ha empezado un proceso terapéutico o está sólo en el inicio—: la joven se somete a las sugerencias, decisiones y órdenes de su madre sin discutir. Por otro lado, y a la inversa, tanto la madre de Azalea como la de Begonia dicen sentir que no tienen el derecho al error con sus hijas, quienes son capaces de dejar de hablarles o enojarse durante varias horas por no obtener lo que ellas quieren (S. 4 y S. 9). Aunque estas acciones se puedan interpretar como berrinches —propios de niñas a quienes siempre se les han cumplido todos sus deseos—, también son relaciones bastante típicas de la edad rebelde adolescente. Esto suele acompañarse de un chantaje emocional: Begonia dirá a su madre que no la quiere, que no la comprende (S. 9); otras reclaman más afecto y calor humano de sus madres, más capacidad de dar abrazos (S. 6). De esta manera, las relaciones de dominación que mantienen las

madres sobre sus hijas, se pueden llegar a invertir de forma que la joven se va convirtiendo en una tirana doméstica para todo lo que concierne a su comida, a la organización temporal del día o a la elección de los ocios familiares.¹⁸

Si bien algunas reclaman más afecto de parte de su madre, no puede ocultarse que en las sesiones emergen descripciones de relaciones muy íntimas entre madres e hijas.¹⁹ Por ejemplo, la madre de Rosa dice que su hija le quiere “contar todo”, como si fuera su mejor amiga: la hija pone el teléfono en alta voz entre las dos cuando el novio le llama; en una ocasión, estuvo a punto de contarle la pérdida de su virginidad cuando su madre la paró a tiempo (S. 15). En la sesión siguiente, aprendimos por Rosa que su madre le dijo de manera incisiva y violenta: “Antes de acostarte con Esteban por primera vez, intenta engordar 2 o 3 kilos para no disgustarle” (S. 16). Sabemos también que la madre de Rosa tenía la costumbre de llamar diez veces al día a su hija y que ahora se controla para no hacerlo más que una vez cada cuatro días (S. 12). Por último, vale la pena traer a consideración otra situación no menos llamativa. Lila describe una situación donde francamente parece que le gustaría sabotear la relación de sus padres. El día de su aniversario de bodas, los acompaña al restaurante, pero regresa todos los platos intactos

¹⁸ Una descripción de este tipo de comportamientos es detallada en Viallettes, el autor incluso se refiere a una relación de “ama-esclava” (2001: 202-205). También Morandé afirma: “La chica se pega a su madre mientras protesta que no la deja en paz, la invade mientras se deja invadir. En muchas ocasiones, hacen una locura a dos, donde cuesta precisar quién está más enferma” (1999: 133).

¹⁹ Acerca del exceso de intimidad que pueda haber entre una madre y su hija que padece anorexia, Bockemühl recomienda: “La estrecha relación con la madre, y frecuentemente de compañerismo, es un obstáculo para las niñas y para su maduración personal. El saber dar una confianza a los padres [en el contexto de la terapia familiar], sobre la cual aprenden a actuar, permitirá que esta relación con la madre no se rompa, pero sí se afloje” (2001: 47). Viallettes también dice que las relaciones muy íntimas entre la joven que sufre anorexia y su madre, se parecen a las de dos amigas adolescentes, se viven en cierto desequilibrio porque “la intrusión materna impide el desarrollo de las potencialidades de la joven” (2001: 198).

y al día siguiente, le dice a su madre que la odia y no soporta ver a sus padres tomar y festejar su amor (S. 8); varias sesiones antes, Lila preguntó al terapeuta si era posible que su madre fuera celosa de la relación que ella podía tener con su padre (S. 5). Aquí no sabemos muy bien si la madre podría sentir celos de la relación entre su hija y su marido, o si más bien es la hija la que tiene celos de su madre, queriendo sustituirla. Tampoco se descarta que haya celos mutuos y que esto sea, también, la expresión de relaciones muy íntimas.²⁰

A final de cuentas, los elementos que disponemos por medio de estas veintidós sesiones son insuficientes como para construir una certeza en torno al comportamiento general de una madre cuya hija padece anorexia, de manera que sería reduccionista elaborar un retrato único de estas madres, si bien es cierto que parecen compartir algunos puntos comunes entre ellas. Resaltan cuestiones de indivisión, de manipulación y juegos de poder, de excesos de intimidad y celos; sin embargo, no sabemos si estos comportamientos constituyen factores que predisponen al trastorno de sus hijas, si existían antes de la aparición del trastorno —lo que es probable pero no se puede comprobar— o si son consecuencias de esta situación específica. Si bien en las veintidós sesiones se visualizan “madres muy madres”, poco propensas a que sus hijas se conviertan en adultas responsables de su propia vida, tampoco se descarta la posibilidad de que haya madres de jóvenes anoréxicas que sean “más mujeres que madres”. De hecho, en la literatura especializada sobre el tema, también se describen madres de anoréxicas, particularmente integradas en una vida profesional exitosa, hiperactivas, mujeres que controlan sus propios afectos, poco demostrativas y que, en ocasiones, rechazan cualquier contacto

²⁰ Poca literatura desarrolla los celos entre madres e hijas; Vialettes evoca brevemente los celos que pueden sentir unas madres cuando sus hijas están caminando hacia la curación. Aunque su deseo más grande sea que sus hijas estén sanas, a esas madres les gustaría tener la misma soltura que sus hijas para solucionar su vida conyugal, profesional o personal (2001: 200).

íntimo con sus hijas. En su mayoría, las madres de la investigación que nos ocupa, son amas de casa o con empleos de medio tiempo, mujeres que no necesariamente cuadran con el perfil de una mujer exitosa profesionalmente. Si las madres son “madres muy madres” o “madres más mujeres que madres”, tal vez no sea la cuestión. Lo importante es que estas madres consideren a sus hijas como sujetos diferentes de ellas mismas, que dejen de privarles de su aventura personal, que dejen de verlas como objetos, como *sus* objetos.

ENTRE PADRE Y PADRE

Si bien las relaciones madre-hija podrían hacer derramar todavía más tinta, más difícil es, en cambio, desentrañar las relaciones que las jóvenes tejen con sus padres y viceversa. El rol del padre en la dinámica de la anorexia, muchas veces, ha sido aminorado frente al de la madre porque no sólo las hijas hablan menos de sus padres en la terapia sino que ellos mismos no acuden a las sesiones o no lo hacen con la misma frecuencia que las madres.²¹ A lo largo de las veintidós sesiones, observamos que varios padres no quieren ir a la terapia —el de Violeta y el de Narcisa— y que, según las hijas, ellos no “prestan atención” a su petición de que vayan a terapia (S. 13). En un caso extremo, también escuchamos, en palabras del terapeuta, que el padre de Hortensia decidió que su hija dejara la terapia (S. 14). ¿Será el fruto de la sola decisión del padre o de una decisión concertada entre varios familiares? No contamos con los elementos

²¹ En la literatura especializada sobre anorexia, encontramos muchas veces este rol borrado de los padres en el proceso terapéutico: Bruch (1994: 98), Maillat (1995: 83). Apfeldorfer escribe: “El papel del padre ha sido descuidado durante mucho tiempo. Se le describe, en primer lugar, adjudicándole un carácter indefinido, sin autoridad, e incluso como un padre física y moralmente ausente, absorto, por ejemplo, en su trabajo, o bien, desaparecido o fallecido” (2004: 85). También Vialettes lo menciona, pero considera que es un grave error minimizar la responsabilidad del padre en la estructura familiar de la joven anoréxica (2001: 208).

para saberlo. En varias ocasiones, algunas jóvenes comunican al grupo cuánto se dan cuenta de que su padre está atravesado por “conflictos internos” o es incapaz de expresarles su amor. Un día, Margarita contó que ha podido hablar con su padre, que éste la escuchó y que logró perder 2 kilos por el alivio que le proporcionó la conversación (S. 5). En nuestras sociedades, al hombre se le acostumbra—desde la infancia—a no expresar sus sentimientos; se le ordena actuar en vez de sentir, y cuando de repente se encuentra en su rol de padre, se ve incapaz de entrar en una relación de intimidad.²²

El padre de Margarita es uno de los pocos que acuden puntualmente a la terapia. Su intervención, sin embargo, gira en torno a agradecimientos al terapeuta por conseguir que su hija se mejore y se enfoca en una referencia religiosa destinada al grupo: “No olvidemos que Dios es fe y amor. No olvidemos lo que Dios nos puede dar” (S. 4). Esta afirmación ilustra, a nuestros ojos, una manera de ponerse a distancia, de contornar la imposibilidad de entrar en el mundo de las emociones, de quitarse la culpa y de huir de sus propias responsabilidades: Dios puede tener piedad de la situación de estas jóvenes y sacarlas adelante. La referencia religiosa tiende a irritar a las jóvenes, que desarrollan cierta crítica hacia la salvación de Dios. Ellas, en realidad, reclaman una mayor empatía de sus padres. Es el caso sobre todo de: 1) Hortensia, que viene de una familia tradicional y católica, y cuya madre le dice también hay que “tener fe, confiar en Dios, tener un poco de voluntad en la vida” (S. 12 y S. 14); y 2) de Lila, enfurecida por la proyección de la familia perfecta que va cada domingo a misa, cuando su hermano se suicidó y ella se hundió en la anorexia —para ella, es importante desvincular su trastorno de la voluntad de Dios (S. 12 y S. 14).

²² Maine (1995) dedica gran parte de su libro a ahondar en este aspecto cultural que genera un hambre o una sed de contacto con el padre por parte de su hija que padece anorexia. Por este concepto de hambre del padre, Maine designa el vacío sentido por las mujeres cuyo padre estaba emocionalmente ausente durante la infancia. Para esta autora, este vacío lleva a una pésima autoestima, un rechazo al cuerpo y genera trastornos alimentarios.

Las jóvenes expresan mucha insatisfacción cuando se refieren al comportamiento de sus padres: algunas sienten que ellos no las toman en consideración o que opinan que “este problema” no les concierne por ser un asunto de mujeres, o porque está contaminado por el culto a la delgadez que vanaglorian las revistas femeninas.²³ En este inicio de siglo XXI, muchos hombres siguen considerando que, para ser un buen padre, hay que permanecer al exterior de la familia, cumpliendo con el rol de proveedor económico. Si este aspecto no resalta en las veintidós sesiones, sí ha estado en filigranas en la historia de varias de estas jóvenes que reclaman más de su figura paterna o que manifiestan —por medio de esta insatisfacción— reclamos de amor de su padre.

En esta irritación, aparecen también ciertos rasgos de una idealización —cultivada y rechazada— del padre, y de allí, el título de este apartado: “Entre padre y Padre”. El padre está, muchas veces, ausente físicamente o permanece callado delante de la madre —como en el caso de Lila que describe a un padre que obedece a su esposa y cumple todo lo que ésta pide, como cuando coloca las persianas como ella lo quiere (S. 6)—; pero estos “defectos” *a priori* acaban siendo considerados por las jóvenes como “cualidades” que colocan a su padre en un pedestal. Tal como un Dios omnipresente pero inaccesible, los padres de estas jóvenes aparecen como padres idealizados: con ellos, las jóvenes entablan conversaciones sobre sus estudios y sus aspiraciones a futuro, en donde la cotidianidad queda relegada. Conforme va progresando la terapia, ellas se dan cuenta de la actitud de los padres y de la idealización pasan a la crítica.²⁴ Esto es palpable cuando, de repente, Margarita se da cuenta de que su padre tiene “conflictos internos” detrás del silencio y la imagen de persona inaccesible que lo caracteriza (S. 5).

²³ Es una hipótesis que a veces se dibuja cuando se profundiza la conversación a solas con las jóvenes. Algunos autores también la evocan: Vialettes (2001: 208); Maine (1995: 58).

²⁴ Este aspecto relativo a la idealización del padre ha sido abordado brevemente por Vialettes (2001: 216-217).

Al igual que en el apartado anterior respecto a las madres, es necesario precisar que los padres presentados en las veintidós sesiones no solamente constituyen una muestra muy limitada (por su número e información contenida) para ser representativa, no pretendo resumir los rasgos principales de personalidad de estos padres en familias donde una persona sufre anorexia. Al lado de padres ausentes-presentes, también existen padres que participan activamente en el proceso terapéutico, que se involucran más en la vida doméstica —preparación de las comidas, por ejemplo— que sus propias esposas, muy dedicadas a su carrera profesional; en estas configuraciones familiares, se asiste a una disminución de las diferencias entre roles de género, o a veces, incluso, a inversiones de los tradicionales roles de género donde el padre se ve en roles más femeninos y la madre en papeles más masculinos. Pero, una vez más, cabe reiterar que ninguna generalización se puede establecer y es mejor estudiar caso por caso.

HERMANA(S) EN ESPEJO

En las veintidós sesiones, llama la atención hasta qué punto estas jóvenes que padecen anorexia manifiestan estar en lógicas de competencia, de control y de comparación constante con sus hermanas. Incluso estas lógicas a veces conllevan cierta dosis de violencia verbal o física. Jazmín dice que su hermana mide 57 cm de cintura mientras ella misma mide 60 cm; al verse más gorda, se siente inmediatamente inferior a su hermana (S. 11). El punto de comparación aquí es la delgadez; pero también la comida, cuando Jazmín precisa que su hermana no come casi nada y al mismo tiempo cuida que Jazmín no coma en exceso (S. 11); en un impulso de nerviosismo, la hermana le ha espetado a Jazmín: “¡Es que tus crisis de bulimia te queman las neuronas!” (S. 6).

Begonia afirma que su hermana constituyó su modelo ya que adelgazó milagrosamente gracias a una pastilla que un nutrió-

logo le prescribió porque era un poco gorda y no dejaba de comer frituras (S. 11). Aunque Begonia se desespera de no tener ninguna comunicación con su hermana, la observa porque sabe exactamente lo que ella come —las gelatinas a escondidas— o lo que no come —el pollo dejado en el armario (S. 11). Otra vez, la comparación se enfoca en lo corporal y lo alimentario y la relación puede incluso llegar a los golpes: en una sesión, Begonia enseña los moretones de la pelea que tuvo con su hermana y cuyo motivo era que Begonia había comido todo el pollo y la hermana no tenía más que los nopales para su estómago (S. 11).

Asimismo, Violeta siempre se comparó con sus hermanas mayores, sintiendo siempre que era menos importante que ellas; da el ejemplo de que se convocaba a toda la familia cuando sus hermanas hacían presentaciones de ballet, pero no cuando ella bailaba; asocia su anorexia con las ganas de ser aceptada socialmente o, de manera más concreta, familiarmente (S. 13). Violeta no reporta comparaciones en torno a la comida o al cuerpo, sino que alude de forma reiterada a la sensación de ser alguien “menos” que sus hermanas.

En estos tres casos, observamos una comparación de la joven que padece anorexia con su(s) hermana(s): ésta o éstas fungen como un espejo a través del cual evalúan su cuerpo, su manera de comer y de ser aceptada en el entorno cercano. Con frecuencia se sienten inferiores a sus hermanas aunque, paradójicamente, es frecuente que sus padres les otorguen un lugar especial en la familia debido a su propio trastorno que moviliza toda la atención.²⁵ En respuesta a esta situación, algunas de las hermanas reaccionan rebelándose o, en todo caso, manifiestan celos e irritación frente al comportamiento —que califican de “raro”— de la hermana que padece anorexia.²⁶ Muy poca literatura especializada aborda la naturaleza de las interacciones

²⁵ Bruch evoca este sentimiento de “superioridad” (1994: 101) que también observamos en estas terapias.

²⁶ Maillet (1995: 82) escribe: “La fratria de la anoréxica se siente, también, desconcertada por el comportamiento general y alimentario de su hermana. Las

entre la joven con anorexia y su(s) hermana(s) y esto no es realmente sorprendente cuando sabemos bien que las comparaciones, los celos y las irritaciones marcan la vida ordinaria de muchas fratrias. Tal vez lo que diferencia una familia con una joven que vive anorexia, de otra sin este componente, es que el tema de conflicto se centra en la silueta corporal, el peso y la comida.

JAZMÍN Y SU HERMANO: UNA RELACIÓN *SUI GENERIS*

Así presentados y constituidos, los dos grupos de terapia no permiten tener una visión precisa de las relaciones que las jóvenes que sufren anorexia pueden mantener con sus hermanos. La única familia donde resalta la presencia de un hermano es la de Jazmín,²⁷ desgraciadamente sumergida en una crisis intensa, a raíz del fallecimiento del padre. Desde la primera sesión, el hermano declara que, como hermano mayor y único hombre de la casa, es su deber establecer reglas en la casa (S. 1). Por sus intervenciones, podemos sentir un temperamento relativamente dominador y autoritario. Aunque poco expresivo de sus sentimientos, está sin duda muy afectado por la pérdida del padre, tanto como las dos hermanas y la madre. Si bien el hermano está abogando por una repartición de roles de género muy tradicionales, su propósito no tiene éxito dado el estado de crisis familiar generalizado: 1) Jazmín no puede dejar de vomitar y se olvida de recoger sus bolsas de vómito esparcidas en la casa (S. 7, S. 15), come toda la comida que su madre almacena en el

reacciones van de la irritación frente a la manera obsesional y lenta con la que come, puntuada por reflexiones acerbas sobre su delgadez, a cierta indiferencia y desprendimiento delante de su comportamiento tan raro y que moviliza la atención de los padres de manera excesiva, en detrimento del resto de la familia”.

²⁷ Nos referimos a los hermanos presentes y participando en la terapia porque, de otro modo, habría que mencionar también el caso de Lila cuyo hermano falleció.

congelador (S. 4); 2) la hermana de Jazmín tendría una tendencia a la anorexia (S. 15); 3) el hermano, en su rol de sustitución del padre y “nuevo jefe de familia”, se desgasta en reglas que no tienen sentido (S. 7) y vive repentinamente un infarto al que sobrevive (S. 15); y, 4) la madre se hunde en una depresión que la lleva a desear suicidarse, y siente que no logra levantar a una familia hundida en problemas económicos (S. 4, S. 15). La relación entre Jazmín y su hermano no se puede deslindar de las otras relaciones intrafamiliares: todo funciona como un conjunto y representa una situación particular. Lo que sí es destacable es que Jazmín se siente paralizada por el miedo que le provoca su hermano, aunque tenga un solo deseo: hablar con él. Después de varias tentativas, logra tener un intercambio pacífico con él y afirma sentirse mejor (S. 18).

La conclusión de Jazmín es que, si tuviera una mejor relación con su hermano, si éste la abrazara de vez en cuando, no necesitaría atascarse de comida y luego vomitarla; asocia sus vómitos con un estado de intranquilidad (S. 16 y S. 19). Para ella, su familia influye un 90% en su enfermedad (S. 12) y se pregunta cómo hacer para no sentirse afectada por los problemas extremos de la familia y su situación crítica, muchas veces violenta. En todo caso, lo que observamos en la situación de Jazmín es cómo la comida y el vómito son la “compensación” que obtiene de todas las carencias afectivas que genera la situación familiar, donde no solamente se juega la relación Jazmín-hermano sino también las relaciones con su madre y hermana. El sistema en su totalidad funciona sobre sí mismo.

La actitud del hermano de Jazmín puede hablarnos, de alguna manera, de la figura paterna que imperaba en la casa antes de que ocurriera el trágico evento. ¿Era el padre de Jazmín autoritario y dominador tal como el hermano lo quiere ahora representar? Tal vez sí lo fue; tal vez sólo haya sido una reappropriación del rol paterno, por parte del hermano. No tenemos elementos de respuesta en las veintidós sesiones; tampoco en el trabajo individual que se hizo con Jazmín. Lo que es impor-

tante apuntar es que el ejercicio de dominación, masculina o femenina, por parte de un familiar, como la ejerce en este caso el hermano, es vano y contraproducente en una joven que sufre anorexia porque, conscientemente o no, seguirá manteniendo lógicas de dominación con su cuerpo y su comida, perdiendo con regularidad el control —lo que vive en carne propia Jazmín. La relación de esta joven con su hermano es *sui generis* y, de ninguna manera, refleja cómo las personas que sufren anorexia interactúan con su(s) hermano(s). Estos últimos no suelen intervenir para modificar el comportamiento de su hermana; pero, cuando intentan hacerlo, suele desembocar en un fracaso como sucede en el caso de Jazmín.²⁸

OTRAS RELACIONES INTERPERSONALES, OTROS PROBLEMAS

A lo largo de las sesiones, no sólo estas jóvenes que sufren anorexia describen dificultades relacionales con su familia sino también con otras personas de su entorno. Algunas de ellas ahondan en el tema de las amigas, que frecuentan sobre todo en la escuela. Begonia explica cómo ha logrado cambiar de grupo de amigas para sentirse mejor, sin ser juzgada o criticada por su apariencia física (S. 22). A diferencia de Begonia, Jazmín no siente forzosamente el juicio o la mirada de la amiga; pero no puede evitar compararse con otras chicas, y al evaluar que es más gorda que ellas, se pone a vomitar dos veces más al día (S. 17).

Interesa también el caso de Violeta, a quien le angustia la idea de irse de vacaciones con una amiga, de tener que quedarse todo el día con ella; afirma necesitar huir a veces de la compañía y estar aislada (S. 6). Algunas sesiones más tarde, esta joven expresa su desesperación por no tener amigos en la escuela, estar

²⁸ Cf. Vialettes (2001: 221). Este autor sostiene que los hermanos son a la vez admirados y temidos por la joven con anorexia y que ésta se preocupa mucho por lo que piensan sus hermanos de ella misma. El caso de Jazmín, de cierta manera, se adecua a estas características.

sola y alejarse voluntariamente (S. 9).²⁹ A raíz de su testimonio, circulan en el grupo varias impresiones sobre la soledad interna y también sobre la evaluación social bajo la cual las jóvenes pueden sentirse presionadas: si la sociedad dicta que cuanto más flaca es una mujer, más guapa es, también reina la lógica según la que cuántos más amigas y amigos tiene, más vale, más querida y exitosa es la persona. Violeta acabará por esforzarse en salir de fiesta con compañeros, aunque describa hasta qué punto le es difícil socializar (S. 11).

El caso de Violeta nos remite a la cuestión del límite que muchas veces se plantea en las dinámicas relacionales de las jóvenes que sufren anorexia. De alguna manera, Violeta teme ser invadida por la amiga, teme que le haga perder el control de su espacio y de su tiempo. Con frecuencia, Violeta opta por el aislamiento social que no es otra cosa que poner un límite con los demás. A la inversa, a otras jóvenes les cuesta establecer un límite a los demás, quienes tienden a mantener conductas abusivas con ellas. Lila se desilusiona rápidamente cuando una conocida de la familia, quien la invita a dar un curso en un colegio, le deja entender que será de manera gratuita. Después de pensarlo, Lila rechaza el trato, es decir, pone un alto a esta persona abusiva, quien reacciona de manera poco agradable y comprensiva (S. 2).

Otro ejemplo surge cuando la madre de Hortensia reporta que su hija por fin pudo decir que “no” a sus amigas (S. 4). Muchas veces, expresar frontalmente un desacuerdo es difícil para estas jóvenes porque no les han enseñado en sus casas a expresar sus propias opiniones, a rebelarse por la palabra, a ir en contra de una decisión autoritaria, a generar un conflicto por-

²⁹ El aislamiento social es una característica de la anorexia. Morandé escribe: “La paciente se aparta de su generación, a veces de forma irreparable, perdiendo no sólo sus amigas, sino también las claves de comunicación inter pares. Cuando sale de la enfermedad, especialmente si ha transcurrido mucho tiempo, es como si hubiera vivido en otro planeta, no en otra ciudad. Tiene amplia tarea por delante para recuperar una forma correcta de relacionarse” (1999: 135).

que su ambiente familiar se caracteriza por la famosa “armonía aparente”³⁰.

Por último, podemos evocar las relaciones amorosas con las que estas jóvenes parecen comprometerse o no. Mucho se ha escrito sobre las dificultades de las personas que viven anorexia a tejer vínculos afectivo-amorosos, y de hecho, este punto resalta a lo largo de las sesiones.³¹ Sin duda, Lila es la que más comparte el miedo que le provocan los hombres, el pánico que le suscita proyectarse en una relación con alguien; un día, sola en su casa y paralizada por el temor a entrar en contacto con el otro sexo, ni siquiera fue capaz de abrirle la puerta al albañil (S. 12). En Lila, bailan juntos un miedo y una ilusión o fantasía pendiente ya que, otro día, esperó durante horas la llamada telefónica de un chico (S. 6).

El miedo al enamoramiento, al noviazgo o al compromiso en una relación de pareja no es una constante en la anorexia, ni una característica de ésta. Jazmín afirma: “nos sentimos tan bien cuando nos seducen. Mi novio vive en Playa del Carmen y no lo veo muy seguido” (S. 5); y Violeta anuncia que está superando el temor a enamorarse (S. 19). La necesidad de sentirse deseada y seducida también puede convivir con las diferentes inhibiciones. Darse la oportunidad de vivir una relación se nota en algunas chicas, como el caso de Rosa, quien imaginó un guion para presentar a su novio con sus padres (S. 20).

Estas diferentes actitudes frente al otro sexo deben situarse en función de la fase en la que se encuentran en la terapia. Cuando

³⁰ Entre otras referencias, podemos citar el texto clásico de Bruch que menciona que “los padres de las jóvenes anoréxicas insisten mucho en el hecho de que la vida de familia es normal, repitiendo que ‘nada va mal’, exaltando a veces de manera frenética la noción de ‘felicidad’, negando por completo la grave enfermedad de uno de sus miembros” (1994: 101). La “armonía aparente” familiar también es descrita por Buckroyd; ella lo nombra el sistema de la “buena” familia a la que le resulta casi imposible permitir la expresión de cualquier sentimiento perturbador (1998: 62).

³¹ Por ejemplo, Bruch menciona que la anorexia ha sido percibida como la expresión del rechazo a la sexualidad o al embarazo (1994: 118).

están al inicio, las jóvenes son poco aventureras, pueden tener miedo a la sorpresa, a las cosas “no dominables”, detestan dejar que lo imprevisible y la casualidad guíen su vida. En cambio, en cuanto sienten los beneficios de la terapia, empiezan a (re)tomar posesión de su deseo, afirmar lo que quieren o con quién. El control que tenían de manera irrepreensible con su cuerpo y la comida se va transformando y acompañando actitudes más provechosas para ellas ya que, de repente, están en condiciones de poner límites, de afirmar lo que quieren y no quieren con las personas de su entorno.

EL PROCESO TERAPÉUTICO

Este último apartado comparte algunas ideas en torno al proceso terapéutico. Acerca de la forma en cómo se desarrollan las terapias, es interesante observar que, tanto del lado de las pacientes como del lado de sus familiares, las sesiones colectivas parecen tener como función principal repartir el peso del trastorno entre participantes.

En la terapia para las jóvenes, se nota la red de solidaridad que van construyendo poco a poco; se escuchan entre ellas, se identifican o no, opinan y se contestan entre ellas como si su voz estuviera encarnando a veces al propio terapeuta (S. 7). Si con frecuencia reinan grandes silencios donde cada una parece sumergirse en sus propios sentimientos, en otros momentos se empeñan en salvar a la que más se está hundiendo. Las jóvenes no dudan en afirmar que la terapia les sirve para sentirse menos solas y aisladas con su problema; pueden contar al grupo su malestar sin sentirse juzgadas (S. 18).³²

³² Como lo advierte Apfeldorfer (2004: 65), el principal objetivo de las terapias de grupo es “el intercambio entre los participantes con fines de mutuo apoyo”.

En la terapia para los familiares, tal vez se palpe más pudor y reserva entre las y los participantes.³³ En las primeras veces cuando se unen al grupo, la mayoría de las madres se sienten rebasadas y abatidas por el trastorno de su hija: apenas pueden intervenir y testimoniar. Se escuchan entre ellas con mucho respeto, aunque muchas veces les importa menos seguir el hilo de la conversación, que hablar de un tema diferente que les preocupa de forma puntual e individual; parecen a veces orientar su relato como si buscaran la aprobación del terapeuta (S. 1). Basta que una madre describa que siente haber tomado las buenas decisiones para ella y su hija —como lo hace por ejemplo la madre de Lila (S. 8)— para que el ánimo del grupo se levante.

Quisiera enfocarme ahora en varios de los mensajes que transmiten estas dos terapias. Primero, se nota una cierta insistencia en el aprendizaje del manejo de emociones: de la misma manera que las jóvenes van reconociendo que su problema con la comida tiene un fundamento emocional, las madres van identificando el control que sus hijas adquieren respecto a sus emociones y a su relación con la comida (S. 18). Poco a poco, las madres dejan de preocuparse por lo que sus hijas ingieren o dejan de hacerlo, y reconocen la importancia del estado de ánimo.³⁴

Segundo, las jóvenes parecen caminar hacia una curación cuando restablecen una confianza en sí mismas y una identidad

³³ Buckroyd (1998: 120) explica que los familiares —más que las jóvenes en sí— siempre tienen que armarse de mucho valor para permitir que un extraño —el terapeuta o los otros participantes en el caso de una terapia colectiva— mire lo que ocurre adentro, pero la autora apunta que el cambio de la dinámica y de las relaciones familiares es la mejor solución que se puede aportar a un caso de desorden alimentario.

³⁴ Varias terapias se empeñan en ayudar a las jóvenes a expresar sus emociones. Acerca de esto, Apfeldorfer escribe: “La idea general es que el sujeto vive de pretextos y disfraza sus emociones. Se trata de que las exprese, de que cobre consciencia de lo que siente, de que deje de querer complacer siempre a otro. (...) Se trata de terapias intensivas, a menudo de grupo, que ponen el acento en la expresión, por parte del sujeto, de sus propios sentimientos y emociones” (2004: 64).

propia, aunque su relación con la comida no sea completamente sana. Lila afirma: “El chiste, tal vez, es tener confianza y sentirse bien consigo mismo” (S. 14); y Azucena, en otro momento, dirá: “Necesitamos descubrir quiénes somos realmente” (S. 7). Estas jóvenes se van dando cuenta de que “la pasan mejor” cuando son ellas mismas, es decir, cuando dejan de moldear su imagen —o dejan de preocuparse— en función de lo que los demás pueden esperar de ellas. Simultáneamente, van reconociendo la imperiosa necesidad de dejar de exigirse tanto a ellas mismas. Un día, Azucena comparte con el grupo una canción titulada “Superman”, cuya idea central es que los héroes también se pueden equivocar (S. 3). En un tono de alivio, las jóvenes exclaman que también tienen el derecho de cometer errores, y de no ser perfectas (S. 3); más tarde, intercambian impresiones sobre la importancia de dejar de creer que existe un mundo perfecto (S. 19).

El tercer mensaje, y el que más llama la atención a lo largo de las dos terapias, se centra en la cuestión de la separación y de la promoción a la autonomía. Desde las primeras sesiones, se comunica la idea al grupo de familiares que la sobreprotección a las hijas infantiliza y no representa la mejor manera de demostrar afecto y cariño (S. 1, S. 4). Asimismo, se alienta a las madres a que se separen un poco de sus hijas, que dejen de sacrificarse por ellas (S. 15) y se insiste en que cada una, tanto madre como hija, es responsable de sus propias desgracias y alegrías (S. 16). De manera frecuente, el terapeuta, por un lado, invita a las madres —y a los padres presentes— a que dejen a sus hijas tomar sus propias decisiones (S. 1), y por otro lado, también recomienda a las jóvenes que separen su vida de la de sus madres, al aprender a superar sus miedos (S. 2).³⁵ Con estas ideas, vemos claramente la eficacia del concepto “sujeto” y sobre todo su apli-

³⁵ Como lo explicita Morandé (1999: 243-244), cual sea el proceso terapéutico que se decida y realice, el terapeuta debe potenciar la autonomía de las pacientes, así como la búsqueda de su propia identidad. Una buena manera de caminar hacia estos logros es justamente empezar con el reconocimiento de las sensaciones, las emociones y los límites.

cación directa: las jóvenes caminan hacia la curación en cuanto ellas mismas empiezan a entender que deben tomar las riendas de su vida y en cuanto sus madres (y padres) también entienden que deben facilitarles su toma de autonomía.³⁶

Por último, quisiera retomar una idea que aparece en filigranas a lo largo de las dos terapias y que se evidencia más claramente en la última sesión: me refiero a la imagen de la barrera y de la cárcel invisible. Cuando Flor explica que tiene una relación simbiótica con su madre y que se somete a todos sus deseos y voluntades, expresa hasta qué punto se siente “encarcelada” en esta relación, pero para salir de esta situación de “encarcelamiento”, se le sugiere poner más barreras y límites entre su madre y ella misma (S. 22). Anteriormente, este mismo tema del límite salió a relucir varias veces cuando, por ejemplo, las jóvenes deben aprender a decir que “no” a sus amigas o a otras personas (S. 1). Así vemos cómo estas jóvenes se encuentran a veces encerradas en situaciones limitantes que se fabrican ellas mismas en el contacto con otros; les cuesta afirmar sus propias necesidades y no dejarse invadir por las de los demás.³⁷ Al mismo tiempo, para salir de estas situaciones, deben aprender —o volver a aprender— a determinar con más firmeza qué quieren y qué no quieren, es decir, ser dueñas de sus propias decisiones explorando su deseo. Regresamos a la misma cuestión: con esta metáfora de la “cárcel invisible”, es, en realidad, la construcción del sujeto la que está en juego.³⁸

³⁶ Aquí me refiero al concepto de sujeto tal como lo define Fraisse (2008: 41) ya que, para ella, “la palabra ‘autonomía’ es la que más conviene para calificar la construcción de un sujeto”.

³⁷ Lo interesante es que, lo que aplica aquí para las relaciones interpersonales, se puede observar también en sus relaciones con el cuerpo. Las jóvenes también están encerradas en relaciones específicas con su cuerpo y les cuesta volver a descubrir sus propias necesidades corporales y alimentarias. Abordo esta temática de la “cárcel invisible” en otro libro de mi autoría (Tinat, 2014a: 17).

³⁸ Saber y poder tomar sus propias decisiones forma parte del devenir sujeto, tal como lo explica Fraisse (2008: 43-45).

A través de estas líneas, sólo se pretende subrayar algunas ideas rectoras que, en mi opinión, se encuentran en los fundamentos de las dos terapias.³⁹ Como lo afirmé al inicio de este escrito, no es mi intención realizar una evaluación de la terapia o del terapeuta. Al igual que la bulimia y los otros desórdenes alimentarios, la anorexia reclama mucha atención y profesionalismo por parte de los especialistas encargados de curarla porque son afecciones con alta dosis de subjetividad, donde no se puede abordar a la joven de manera aislada sino en la totalidad de su sistema relacional (familiar y otro). De hecho, existen diferentes terapias como, por ejemplo, la cognitiva,⁴⁰ la psicoterapia interpersonal,⁴¹ la psicoterapia individual y el psicoanálisis,⁴² la familiar,⁴³ la artística.⁴⁴ En función de la etapa —inicial o avanzada— en la que se encuentra la joven y sobre todo según su

³⁹ Para Pomerleau (2001: 141), la mayoría de las psicoterapias a las que se recurren en el marco de los trastornos alimentarios tienen por objetivos: 1) mejorar el funcionamiento personal e interpersonal trabajando los conflictos psicológicos, mejorando la autoestima y enfrentando mejor el mundo adulto; 2) ayudar a la paciente a afirmarse, a conocer mejor sus límites, a respetarlos y hacerlos respetar; y 3) corregir los pensamientos automáticos negativos.

⁴⁰ La *terapia cognitiva* tiene como objetivo modificar los esquemas de pensamientos que no resultan funcionales —pensamientos automáticos negativos— tanto en el ámbito de la alimentación, el peso y la imagen corporal como respecto a autoestima, perfeccionismo y espíritu de competición, etcétera (Pomerleau, 2001: 142).

⁴¹ La *psicoterapia interpersonal* es una terapia breve, elaborada ante todo para el trato de la depresión cuyas problemáticas abordadas se enfocan en: el duelo patológico, los desacuerdos interpersonales; las dificultades en los cambios de roles y los déficits relacionales (Klerman *et al.*, 1984).

⁴² Tanto una psicoterapia individual profunda como un psicoanálisis permiten que la joven descubra quién es ella misma en su historia familiar y personal, cuáles son sus miedos, conflictos, pensamientos y angustias que están en las raíces del trastorno (González, 2002: 191-192).

⁴³ Dos grupos de terapeutas han desarrollado la terapia familiar: 1) Minuchin *et al.* (1978) y 2) Selvini Palazzoli (1986). Para ambos grupos, se considera la familia como un sistema interactivo en el cual se adoptó un modo de funcionamiento que contribuye a perpetuar un síntoma; entonces, se trata de ver cómo se puede modificar el funcionamiento de la familia.

⁴⁴ Muchos terapeutas opinan que lo no verbal puede ayudar a liberar la ex-

estado de desnutrición o inanición, se puede recurrir a terapias ambulatorias de día o a una hospitalización, con o sin contacto con la familia. Todo depende de la oferta de terapias que esté al alcance geográfico de la joven, así como de los medios económicos de los que pueda disponer su familia, más allá del estado físico y anímico. Estas veintidós sesiones sólo representan un fragmento de dos terapias colectivas entrelazadas dentro de todo un dispositivo terapéutico, y en este sentido, no reflejan todo el trabajo analítico que se puede llevar a cabo, en el marco de la anorexia.

BOCADOS FINALES

Como lo insinué al inicio de estas reflexiones digestivas, mi intención no consiste en encerrar la anorexia en conclusiones categóricas y bien delineadas porque el tema invita, a mi parecer, a la sobremesa interminable. Conforme avanzaba en la investigación, desde hace casi quince años, más fascinante e inagotable me parecía el tema. Al sacar estas sesiones del olvido del diario de campo, quise apaciguar mi necesidad de ofrecer más información, que ayudara a enriquecer la discusión sobre la anorexia, al tiempo que permitiría esclarecer algunas sombras sobre el padecimiento. Debo reconocer, sin embargo, que tenía una motivación añadida.

La lectura —y relectura— de estas terapias me convence de su utilidad en la medida en que no puede dejar indiferente al lector (general o académico). En efecto, es una lectura susceptible de provocar muchas emociones, a veces encontradas, que oscilan entre la compasión, la conmoción y el desagrado. Las veintidós sesiones invitan tanto a la identificación como a la desidentificación con las personas que han vivido —de lejos o

presión oral. Así una terapia artística —por medio de artes plásticas, teatro o música— puede formar parte de un programa de curación (Buckroyd, 1998: 120; Bockemühl, 2001: 55-56).

de cerca— el tormento de la anorexia. Sin embargo, debo decir que las emociones y conflictos que afloran en las terapias no son exclusivos de personas que padecen anorexia: son emociones humanas, desacuerdos familiares, lógicas de manipulación y control; son relaciones complejas, en suma, que emergen en diferentes contextos familiares y sociales, particularmente entre cualquier madre y cualquier hija. A lo largo de los intercambios, se van desgranando problemas y temas en los que cualquiera se puede reconocer. En estas terapias afloran, por un lado, todos los rasgos característicos —en ocasiones sumamente estereotípicos— de la anorexia: la madre sobreprotectora e invasora, la hija tirana, la comida como arma de poder, la fobia a lo gordo, el miedo al abandono, el padre ausente, la imagen de la chica fresca. En el discurso de las jóvenes, aparecen los aspectos definitorios de la anorexia como si hubieran leído y asimilado toda la literatura especializada sobre el trastorno o como si fuera tranquilizante encajar con sus estereotipos.

Por otro lado, sin embargo, las veintidós sesiones nos hablan cruelmente de la sociedad contemporánea en la que vivimos: conflictos relacionales entre generaciones, aspiraciones nunca saciadas de ascenso en la escala social y económica, consumo desenfrenado que llena espacios de insatisfacción personal. En estas dos terapias colectivas emerge también la figura de la madre de hoy en día, es decir, la madre rebasada por las situaciones porque es madre, esposa, trabajadora (en la mayoría de los casos), responsable de todo y de todos en la casa. Mediante el prisma de la anorexia, se evidencian identidades de género, bien conocidas y probadas en carne propia por mucha gente.

Así esta segunda parte condensa e ilustra de manera más completa múltiples facetas de la anorexia que se abordaron en la primera parte. Este tema, que parece tan vinculado con lo psicológico y lo mental, tiene en realidad mucho que ver con la sociedad que nos toca vivir, así como con ciertas lógicas sociales y familiares. Tanto en los diálogos que establecen entre ellas como en los que intercambian sus parientes, se parte muchas

veces del síntoma corporal para llegar al verdadero significado social. Recordaré también que al titularse *Las bocas útiles*, este libro sostiene que la anorexia conlleva un intento de hacerse sujeto, de conquistar un espacio en su configuración familiar para poder decir su existencia. Las veintidós sesiones lo confirman y ahondan en este sentido.

Esta reflexión final nos lleva naturalmente al tema de la prevención de la anorexia, que mencionaba a inicios de esta segunda parte. ¿Serán *Las bocas útiles*, útiles para prevenir? Ojalá la inmersión en estas sesiones ayude a entender algunas facetas de las realidades conocidas por estas jóvenes. La información es el primer paso de la prevención. Además de suscitar la reflexión, esta obra tiene como finalidad la de informar. Considero que un verdadero trabajo de prevención debe originarse desde la infancia, fomentando, por ejemplo, un comportamiento autónomo y respetuoso del sujeto. Asimismo, otras medidas preventivas se pueden tomar en actividades específicas que propician la aparición de trastornos alimentarios. Por ejemplo, el ballet invita a una gran disciplina corporal y es importante que los padres de las bailarinas estén vigilando que no florezca en sus hijas una obsesión por la delgadez extrema. Aun así, la cuestión de la prevención no es tan evidente y fácil, porque el comportamiento de las niñas susceptibles de desarrollar anorexia en su adolescencia, no suele destacarse por malo, sino que, al contrario, suelen ser niñas brillantes, con alto rendimiento escolar, dóciles y agradables. En este caso, es el panorama demasiado perfecto el que debe llamar la atención.

Ya casi es hora de dejar la sobremesa; sin embargo, no me iré sin explicarme sobre un último punto. Me refiero a la figura de investigadora implicada en su trabajo de campo. Durante el desarrollo de las dos terapias, opté por tomar un rol de observadora muy poco participativa en los intercambios orales. Me parecía crucial respetar el trabajo terapéutico sin interferir e intentando hacer olvidar mi presencia; asimismo necesitaba estar muy atenta en mi escucha para anotar con precisión todo lo que

se decía y cómo se decía.

En un momento dado (S. 18), dejé caer la máscara de investigadora y tomé la palabra como una de estas jóvenes, relatando un fragmento de mi historia. Dicho de otro modo, cambié de lugar, sin premeditarlo. Por supuesto, esta ocurrencia desató una reflexión interior sobre el nudo metodológico que implicaba: ¿se dice que uno ha vivido lo mismo? ¿No se dice? Y luego, a la hora de componer el libro, pensé: “una cosa es si se dice o no, pero la otra es si se publica este tipo de información o si se deja guardada en medio de los tesoros del diario de campo”. En una publicación futura, prometo tratar a profundidad esta cuestión metodológica, muy interesante a mis ojos.

Por ahora, sólo subrayaré que me gustó dejar el texto de las veintidós sesiones tal cual como lo extraje del diario, con mi experiencia subjetiva y este deseo de presentarme ante ellas con una cara más humana y menos científica. Si bien esta misma actitud es necesaria y bien conocida de los antropólogos y antropólogas, que siempre están en la búsqueda de la empatía, aquí diré que “abrí la boca” con mucha espontaneidad y que esto constituyó, para mí, la mejor prueba de que las bocas de las jóvenes sí podían ser útiles a otras personas, para que vuelvan a analizar lo vivido o para que prevengan el futuro. Ojalá así sea.

BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA GARCÍA, Victoria *et al.* (2003), “Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México”, en *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5:3, pp. 223-232.
- ÁLVAREZ-RAYÓN, Georgina *et al.* (2009), “Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria”, en *Salud Pública*, 11:4, pp. 568-578.
- ÁLVAREZ-RAYÓN, Georgina *et al.* (2003), “Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujeres estudiantes”, en *Psicología y salud*, 13:2, pp. 245-255.
- ÁLVAREZ RUIZ, Serafín (1992), *La cuesta*, Patamban, Ediciones Patamban.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2014), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V*, 5ª ed., Arlington, V.A., trad. bajo la dir. de Celso Arango López, José Luis Ayuso Mateos y Eduard Vieta Pascual, Buenos Aires–Bogotá–Caracas–Madrid–Porto Alegre, Editorial Médica Panamericana.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2013), *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*, Arlington V.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1995a), *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*, Washington, Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1995b), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales:*

- DSM-IV, trad. bajo la dir. de Jaime J. López-Ibor Aliño, Barcelona, Masson.
- APFELDORFER, Gérard (2004), *Anorexia, bulimia, obesidad. Una explicación para comprender, un ensayo para reflexionar*, México, Siglo XXI Editores [1995].
- BEAUVOIR, Simone de (2008), *Les bouches inutiles*, París, Gallimard [1945].
- BEAUVOIR, Simone de (1976), *Le deuxième sexe*, París, Gallimard [1949].
- BECKER, Howard Saul (2002), *Les Ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, París, Editions La Découverte [1998].
- BEHAR, Rosa y Marcelo ARANCIBIA (2015), “Trastornos de la imagen corporal: anorexia nerviosa versus anorexia inversa (trastorno dismórfico muscular)”, en *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6:2, pp. 121-128.
- BELL, Rudolph (1994), *L'anorexie Sainte, Jeûne et mysticisme du Moyen Âge à nos jours*, París, Presses Universitaires de France [1985].
- BENJET, Corina *et al.* (2012), “Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes”, en *Salud mental*, 35:6, pp. 483-490.
- BOCKEMÜHL, Johannes (2001), *Anorexia y Bulimia*, Buenos Aires, Editorial Antroposófica.
- BOJÓRQUEZ, Ietza y Claudia UNIKEL (2004), “Presence of Disordered Eating among Mexican Teenage Women from a semi-urban Area: its relation to the cultural hypothesis”, en *European Eating Disordered Review*, 12:3, pp. 197-202.
- BOURDIEU, Pierre (1994), “L'illusion biographique”, en *Raisons pratiques*, París, Seuil, pp. 81-89.
- BOURDIEU, Pierre (1991), *El sentido práctico*, Madrid, Taurus.
- BROMBERGER, Christian (2005), “Trichologiques: les langages de la pilosité”, en *Un corps pour soi*, Christian Bromberger *et al.* (coords.), París, Presses Universitaires de France, pp. 11-40.

- BRUCH, Hilde (1994), *Les yeux et le ventre. L'obèse, l'anorexique*, París, Payot [1973].
- BRUCH, Hilde (1990), *Conversations avec des anorexiques*, París, Documents Payot.
- BRUMBERG, Joan Jacobs (1988), *Fasting Girls: The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*, Cambridge, Harvard University Press.
- BRUSSET, Bernard (1977), *L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*, Toulouse, Privat.
- BUCKROYD, Julia (2000) [1996], *Anorexie et Bulimie*, París, Éditions J'ai lu.
- BUCKROYD, Julia (1998), *Anorexia y bulimia*, Barcelona, Ediciones Martínez Roca.
- CÁMARA DE DIPUTADOS (2007), *Gaceta parlamentaria*, X: 2194, jueves 15 de febrero de 2007, consultado por última vez el 13 de junio de 2017, disponible en: [<http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/60/2007/feb/20070215.html>].
- CARAVEO, Jorge *et al.* (1999), Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México. Prevalencia y comorbilidad durante la vida, en *Salud mental*, 22 (número especial), pp. 62-67.
- CASTRO, Josefina y Josep TORO (1991), "The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish Version", en *Psychological Assessment*, 7:2, pp. 175-190.
- CENTRO DE ESTUDIOS PARA EL ADELANTO DE LAS MUJERES Y LA EQUIDAD DE GÉNERO (CEAMEG) (2016), "Anorexia y bulimia en México", (Infografía), consultada por última vez el 24 de abril de 2017, disponible en: [http://www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/006_centros_de_estudio/05_centro_de_estudios_para_el_adelanto_de_las_mujeres_y_la_equidad_de_genero/02c_infografias].
- CHEMNIN, Kim (1981), *The Obsession: Reflections on the Tyranny of Slenderness*, Nueva York, Harper & Row.
- CHOURAQUI, Jean-Pierre (2002), "Aspects nutritionnels de l'anorexie mentale de l'adolescent ou réalimenter les ma-

- lades très dénutris”, en *La jeune fille et la mort*, Thierry Vincent (coord.), Strasbourg, Editions Arcanes, pp. 39-51.
- COMBE, Colette (2002), *Soigner l'anorexie*, París, Dunod.
- CORCOS, Maurice (2005), *Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*, París, Dunod.
- CRUZ-BOJÓRQUEZ, Reyna María *et al.* (2013), “Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición”, en *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4:1, pp. 37-44.
- CRUZ-SÁEZ, María Soledad *et al.* (2013), “Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias y dificultades emocionales en chicas adolescentes”, en *Anales de psicología*, 29:3, pp. 724-733.
- DALLY, Peter (1969), *Anorexia nervosa*, Londres, William Heinemann Medical Books.
- DARMON, Muriel (2003), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, París, Editions La Découverte.
- DÍAZ-CASTILLO, Ricardo y Araceli AIZPURU (2016), “Relación entre alexitimia e insatisfacción corporal en mujeres mexicanas con distintos trastornos alimentarios”, en *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7:1, pp. 71-77.
- DOLAN, Bridget (1991), “Cross-Cultural Aspects of Anorexia Nervosa and Bulimia: A review”, en *International Journal of Eating Disorders*, 10:1, pp. 67-78.
- DUBET, François y Danilo MARTUCELLI (2000), *¿En qué sociedad vivimos?*, Argentina, Losada.
- DURET Pascal y David LE BRETON (2005), “Introduction”, en *Un corps pour soi*, Christian BROMBERGER *et al.* (coords.), París, Presses Universitaires de France, pp. 7-9.
- DURIF-BRUCKERT, Christine (2009), *La nourriture et nous. Corps imaginaire et normes sociales*, París, Armand Colin.
- DURKHEIM, Émile (1995), *Le suicide. Étude de sociologie*, París, Presses Universitaires de France [1897].
- ELIACHEFF, Caroline y Nathalie HEINICH (2002), *Mères-filles. Une relation à trois*, París, Éditions Albin Michel.

- FICHERA, Virginia M. (1986), "Simone De Beauvoir and 'The Woman Question': Les Bouches Inutiles", *Yale French Studies*, núm. 72, pp. 51-64. Disponible en JSTOR, [www.jstor.org/stable/2930226].
- FISCHLER, Claude (2001), *L'Homnivore*, París, Odile Jacob.
- FISCHLER, Claude (1995a), *El (h)omnívoro. La cocina y el cuerpo*, Barcelona, Anagrama.
- FISCHLER, Claude (1995b), "Gastro-nomía y gastro-anomía: sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea", en Jesús Contreras (coord.), *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*, Barcelona, Universitat de Barcelona, pp. 357-380.
- FRAISSE, Geneviève (2008), "El sujeto y la permanencia del objeto", en *¿Desnuda está la filosofía?*, Buenos Aires, Leviatán, pp. 39-61.
- FRAISSE, Geneviève (2005), "Le devenir sujet et la permanence de l'objet", en *Nouvelles questions féministes*, 24:1, pp. 14-23.
- FRAISSE, Geneviève (2001), *La controverse des sexes*, París, Presses Universitaires de France.
- FRANCO-PAREDES, Karina *et al.* (2010), "Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México", en *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1:1, pp. 102-111.
- GARNER, David y Paul GARFINKEL (1982), "The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates", en *Psychological Medicine*, 12:4, pp. 871-878.
- GARNER, David y Paul GARFINKEL (1979), "The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa", en *Psychological Medicine*, 9:22, pp. 273-279.
- GAULEJAC, Vincent de (1999), *La névrose de classe*, París, Hommes et groupes.
- GLANTZ, Margot (1992), *Borriones y borradores. Ensayos sobre literatura colonial*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

- GOFFMAN, Erving (1961), *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Nueva York, Anchor Books Edition.
- GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ, Gilda *et al.* (2012), “Comparando imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo entre mujeres mexicanas y alemanas”, en *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3:2, pp. 19-28.
- GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ, Gilda *et al.* (2008), “Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas”, en *Salud mental*, 31:6, pp. 447-452.
- GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ, Gilda (1997), “Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes”, en *Revista mexicana de psicología*, 14:1, pp. 31-40.
- GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ, Gilda (1993), “Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa”, en *Revista mexicana de psicología* 10:1, pp. 17-27.
- GONZÁLEZ, Margarita Esther (2002), *Anorexia y Bulimia. Los desórdenes en el comer*, México, Norma Ediciones.
- GORDON, Richard A. (1996), *Anorexie et boulimie. Anatomie d'une épidémie sociale*, Mesnil-sur-l'Estrée, Stock/Laurence Pernoud [1990].
- GOUY-GILBERT, Cécile (1987), *Ocumicho y Patamban: dos maneras de ser artesanos*, México, Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos.
- GRACIA ARNAIZ, Mabel y Josep M. COMELLES (2007), *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*, Barcelona, Icaria Editorial.
- GUADARRAMA, Rosalinda y Sheila MENDOZA (2011), “Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo”, en *Enseñanza e Investigación en psicología*, 16:1, pp. 125-136.

- GUERRERO ZAVALA, María Fernanda (2009), *Experiencia plástica estética. Género y poder: tinturas que colorean los cuerpos modificados quirúrgicamente de seis mujeres mexicanas*, tesis de maestría en Estudios de Género, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México.
- GUILLEMOT, Anne y Michel LAXENAIRE (1997), *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*, París, Masson.
- HÉRITIER, Françoise (2007), *Masculino/Femenino II. Disolver la jerarquía*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- HÉRITIER, Françoise (2002a), *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*, París, Odile Jacob.
- HÉRITIER, Françoise (2002b), *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*, Barcelona, Ariel.
- HÉRITIER, Françoise (1996), *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, París, Odile Jacob.
- HÉRITIER, Françoise (1981), *L'exercice de la parenté*, París, Seuil.
- HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, Julia (2015), “Las niñas buenas no gritan: anorexia y desafíos a la feminidad en jóvenes mujeres de León, Guanajuato”, en *Revista interdisciplinaria de estudios de género*, 1:1, pp. 131-156. DOI: [<http://dx.doi.org/10.24201/eg.v1i1.20>].
- HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, Julia (2009), *Representaciones y usos corporales en jóvenes con anorexia y bulimia*, tesis de doctorado en Sociología, México, Universidad de Guanajuato.
- HIGONNET, Anne (2000), “Mujeres, imágenes y representaciones”, en *Historia de las mujeres. V. El siglo xx*, Françoise Thébaud (coord.), Madrid, Santillana, pp. 410-425.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2014), “Censos Económicos 2014. Resultados Definitivos”, consultado por última vez el 24 de abril de 2017, disponible en [<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ce/ce2014>].

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2011), “Censo de población y vivienda 2010. Principales resultados por localidad”, consultado por última vez el 24 de abril de 2017, disponible en [<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2010/>].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2000), “XII Censo de población y vivienda 2000. Principales resultados por localidad”, consultado por última vez el 24 de abril de 2017, disponible en <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2000/>.
- JAMARD, Jean-Luc (2002), “Au cœur du sujet: le corps en objets?”, *Techniques & Culture*, 39, pp. 1-30.
- JEAMMET, Philippe (2004), *Anorexie Boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*, París, Hachette Littératures.
- JEAMMET, Philippe (1991), “Comme il ne vous plaira pas: ni fille ni garçon mais anorexique”, en *Comme il vous plaira, fille ou garçon?*, París, ESF, pp. 181-186.
- KLERMAN, Gerald *et al.* (1984), *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Nueva York, Basic Books.
- KESTEMBERG, Evelyne y Jean KESTEMBERG (1998), *La faim et le corps*, París, Presses Universitaires de France [1972].
- LAPLANTINE, François (2001), *L'anthropologie*, París, Payot & Rivages [1995].
- LAVRIN, Asunción (2002), “La celda y el convento: una perspectiva femenina”, en *Historia de la literatura mexicana, 2. La cultura letrada en la Nueva España del siglo XVII*, México, Siglo XXI, pp. 372-410.
- LEACH, Edmund (1958), “Magical Hair”, en *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, 88:2, pp. 147-164.
- LE BRETON, David (2007a), *En souffrance: Adolescence et entrée dans la vie*, París, Éditions Métailié.
- LE BRETON, David (2007b), *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*, Buenos Aires, Nueva Visión.

- LEÓN, Rodrigo y Araceli AIZPURU (2010), “Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria”, en *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1:1, pp. 119-124.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1949), *Les structures élémentaires de la parenté*, París, Presses Universitaires de France.
- LORA-CORTEZ, Carmina Isabel y Teresita de Jesús SAUCEDO-MOLINA (2006), “Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México”, en *Salud mental*, 29:3, pp. 60-67.
- LORETO LÓPEZ, Rosalva (2002), “Escrito por ella misma. Vida de la Madre Francisca de la Natividad”, en A. Lavrin y R. Loreto (eds.), *Monjas y beatas. La escritura femenina en la espiritualidad barroca novohispana. Siglos XVII y XVIII*, México, Universidad de las Américas Puebla-Archivo General de la Nación, pp. 25-39.
- MAILLET, Jacqueline (1995), *Histoires sans faim. Troubles du comportement alimentaire: anorexie, boulimie*, París, Desclée de Brouwer.
- MAINE, Margo (1995), *Anorexie, Boulimie, Pourquoi?: Troubles de la Nutrition et Relation Père-Fille: Faim du Père, Soif de Contact*, Barret-le-Bas, Le Souffle d'Or.
- MAÎTRE, Jacques (2000), *Anorexies religieuses, anorexie mentales. Essai de psychanalyse sociohistorique de Marie de l'Incarnation à Simone Weil*, París, Les Éditions du Cerf.
- MAÎTRE, Jacques (1997), *Mystique et féminité. Essai de psychanalyse sociohistorique*, París, Les Éditions du Cerf.
- MARKEY, Charlotte (2004), “Culture and the Development of Eating Disorders: A Tripartite Model”, en *Eating Disorders*, 12:2, pp. 139-156.
- MARZANO, Michaela (2003), *La pornographie ou l'épuisement du désir*, París, Buchet/Castel.

- MAUSS, Marcel (1999), "Les techniques du corps", en *Sociologie et Anthropologie*, París, Quadridge Presses Universitaires de France [1950].
- MEDINA-MORA, María Elena *et al.* (1992), "Trastornos emocionales en población urbana: Resultados de un estudio nacional", en *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3, 1992, pp. 48-55.
- MOCTEZUMA YANO, Patricia (2002), *Artisanos y artesanías frente a la globalización: Zipiajo, Patamban y Tonalá*, Zamora, El Colegio de Michoacán.
- MINUCHIN, Salvador *et al.* (1978), *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Cambridge, Harvard University Press.
- MOISSEEFF, Marika (1987), "Entre maternité et procréation: l'inceste", en *Patio Psychanalyse*, 7, pp. 120-145.
- MORANDÉ, Gonzalo (1999), *La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Madrid, Temas de Hoy.
- MYERS, Kathleen (2002), "Fundadora, cronista y mística, Juana Palacios Berruecos: Madre María de San José (1656-1719)", en *Monjas y beatas. La escritura femenina en la espiritualidad barroca novohispana. Siglos XVII y XVIII*, Asunción Lavrin y Rosalva Loreto (eds.), México, Universidad de las Américas Puebla-Archivo General de la Nación, pp. 67-84.
- NARDONE, Giorgio *et al.* (2004), *Manger beaucoup, à la folie, pas du tout. La thérapie stratégique face aux troubles alimentaires*, París, Seuil.
- ORBACH, Susie (1986), *Hunger Strike. The anorectic's struggle as a metaphor for our age*, Londres, Faber and Faber.
- ORBACH, Susie (1978), *Fat is a Feminist Issue: the Anti-Diet Guide to Permanent Weight Loss*, Nueva York, Paddington.
- PALAZZOLI, Selvini (1986), *Self Starvation*, Northvale/Londres, Jason Aronson.

- PATE, Jennifer y Andres PUMARIEGA (1992), "Cross-Cultural patterns in Eating Disorders: A Review", en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31:5, pp. 802-809.
- PÉREZ GIL-ROMO, Sara Elena *et al.* (2007), "Prácticas alimentarias en mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo?", en *Salud pública de México*, 49:1, pp. 52-62.
- PINEDA-GARCÍA, Gisela *et al.* (2014), "Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en universitarios de Baja California-México", en *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5:2, pp. 80-90.
- POMERLEAU, Guy (2001), *Démystifier les maladies mentales. Anorexie et Boulimie, Comprendre pour agir*, Quebec, Gaëtan Morin éditeur.
- RAIMBAULT, Ginette y Caroline ELIACHEFF (1989), *Les Indomptables. Figures de l'anorexie*, París, Odile Jacob.
- RAVEGLIA, Audrey (2002), *Jeûne fille*, París, Éditions Balland.
- RIO, Mathias (2006), "Un cas d'anorexie masculine", *L'information psychiatrique*, 82:8, pp. 669-681. DOI: 10.3917/inspy.8208.0669.
- RUBIAL GARCÍA, Antonio (2004), "¿Herejes en el claustro? Monjas ante la Inquisición novohispana del siglo XVIII", en *Estudios de Historia novohispana*, 31, pp. 19-38.
- SAFARTI, Vanessa y Alain MEUNIER (2001), *Je m'aime, donc je vis. C'est quoi l'anorexie?*, Kervignac, Payot.
- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (SEP) (2010a), *Programas de la serie "¿A qué le tiras"* [video], México, Secretaría de Educación Pública, consultado por última vez el 24 de abril de 2017, disponible en [http://www.educacion.df.gob.mx/se//index.php?option=com_content&task=blog-category&id=59&Itemid=141].
- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (SEP) (2010b), "En la mira: género y educación media superior. Ciclo de conferencias", México, Secretaría de Educación Pública.

- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2010a), “Si yo puedo, tú también” [video], México, Secretaría de Salud, consultado por última vez el 24 de mayo de 2010, disponible en [<http://www.fundaciontelevisa.org/salud/anahi-contr-la-bulimia-y-anorexia.html>].
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2010b), *Acuerdo nacional para la salud alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Acciones del Gobierno Federal*, México, Secretaría de Salud, consultado por última vez el 24 de mayo de 2010, disponible en [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf].
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2017), *Sabías que 7 de cada 10 adultos padecen sobrepeso u obesidad*, México, Secretaría de Salud, consultado por última vez el 24 de abril de 2017, disponible en [<https://www.gob.mx/salud/articulos/sabias-que-7-de-cada-10-adultos-padecen-sobrepeso-u-obesidad?idiom=es>].
- SILVA, Cecilia *et al.* (2017), “Rol de género y actitudes alimentarias en adolescentes de dos diferentes contextos socioculturales: tradicional vs. no tradicional” en *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8:1, pp. 40-48.
- THEANDER, Sten (1970), “Anorexia Nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients”, en *Acta Psychiatrica Scandinavica: Supplementum 214*, Munksgaard, pp. 1-194.
- TINAT, Karine (2014a), *Los pijos de Madrid. Reflexiones sobre la identidad y cultura de un grupo de jóvenes*, México, El Colegio de México.
- TINAT, Karine (2014b), “Hacia una sociología de la alimentación y de la sexualidad”, en *Sociólogos y su sociología. Experiencias en el ejercicio del oficio en México*, Hugo José Suárez y Kristina Pirker (comp.), México, UNAM / El Colegio de México.
- TINAT, Karine (2013), “Anorexia en el modelaje: de la dificultad de las mujeres para hacerse sujetos”, en Lucía Raphael

- y María Teresa Priego (coords), *Arte, justicia y género*, México, Editorial Fontamara / Suprema Corte de Justicia de la Nación, pp. 109-122.
- TINAT, Karine (2012), “Aprehender ‘el devenir sujeto’ y ‘el hacerse objeto’ en la anorexia nerviosa”, en María Eugenia Sánchez Díaz de Rivera y Óscar Soto Badillo (coords.), *Interioridad, subjetivación y conflictividad social*, Puebla, Universidad Iberoamericana, pp. 121-143.
- TINAT, Karine (2010a), “La anorexia: ¿un trastorno antiguo o contemporáneo?”, en *Relaciones de género*, Colección “Los grandes problemas de México”, vol. VIII, Ana María Tepichin, Karine Tinat y Luzelena Gutiérrez de Velasco (coords.), México, El Colegio de México, pp. 225-247.
- TINAT, Karine (2010b), “Aménorrhée, lanugo et cheveux. Représentations et pratiques autour de la vitalité dans l’anorexie mentale”, *Cahiers d’anthropologie sociale*, Paris, L’herne, pp. 43-56.
- TINAT, Karine y Víctor Manuel ORTIZ (2009), “El caso D. Lo errante y lo aberrante de un cuerpo anoréxico”, en *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 30:117, Zamora, El Colegio de Michoacán, 2009, pp. 83-128.
- TINAT, Karine (2008a), “De jóvenes, cuerpos y alimentos: la reconstrucción de un itinerario de investigación”, en *Estudios sociológicos*, 26:76, pp. 179-196.
- TINAT, Karine (2008b), “¿Existen la ‘anorexia’ y la ‘bulimia’ en el medio rural? Nuevas representaciones y prácticas alimentarias y corporales en los jóvenes de Patamban”, en *Estudios sociológicos*, 26:78, pp. 647-667.
- TINAT, Karine (2008c), “Le poids du féminin et du masculin dans le corps anorexique”, *Corps/ Revue interdisciplinaire*, 4:1, pp. 41-48.
- TINAT, Karine (2006), “Le contrôle extrême de la nourriture. Un regard sur l’anorexie mentale à Mexico”, en *Journal des Anthropologues*, pp. 105-122.

- TINAT, Karine (2005a), "La transparence du corps féminin. Regards croisés entre anorexie mentale et pornographie", en *Revue MEI. Médiation et Information*, pp. 143-153.
- TINAT, Karine (2005b), "Aproximación antropológica de las relaciones entre anorexia nerviosa y feminidad", en *Psicología iberoamericana*, 13:2, pp. 104-114.
- TORO, Josep (1996), *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Barcelona, Ariel.
- TORRES, Felipe y Yolanda TRÁPAGA (2001), *La alimentación de los mexicanos en la alborada del tercer milenio*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- TOURAINÉ, Alain (2006), *Le monde des femmes*, París, Fayard.
- TOURAINÉ, Alain (2005), *Un nouveau paradigme. Pour comprendre le monde aujourd'hui*, París, Fayard.
- UNIKEL, Claudia *et al.* (2011), "Disordered eating and substance use among female simple of Mexican adolescents", en *Substance Use and Misuse*, 46:4, pp. 523-534.
- UNIKEL, Claudia e Ietza BOJÓRQUEZ (2007), "A Review of Eating Disorders Research in Mexico", en *International Journal of Psychology*, 42:1, pp. 59-68.
- UNIKEL, Claudia *et al.* (2003), "Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo", en *Salud pública de México*, 46:6, pp. 509-515.
- UNIKEL, Claudia *et al.* (2002), "Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años", en *Salud mental*, 25:2, pp. 49-57.
- UNIKEL, Claudia y Jorge VILLATORO (2000), "Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos", en *La Revista de investigación clínica*, 52:2, pp. 140-147.
- UNIKEL, Claudia *et al.* (1996), "Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de jóvenes adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria", en *Psicopatología*, 16, pp. 121-126.
- VAN GENNEP, Arnold (1981), *Les rites de passage. Étude systématique des rites*, París, Picard [1909].

- VIALETTES, Bernard (2001), *L'anorexie mentale, une déraison philosophique*, París, L'Harmattan.
- VIGARELLO, Georges (2005a), "Beauté féminine, beauté culturelle: l'invention de la « ligne » dans l'idéal esthétique", en Christian BROMBERGER *et al.* (coords.), *Un corps pour soi*, París, Presses Universitaires de France, pp. 139-151.
- VIGARELLO, Georges (2005b), *Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento a nuestros días*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- VIGARELLO, Georges (2004), *Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours*, París, Seuil.
- VINCENT, Thierry (2006), *L'Anorexie*, París, Odile Jacob.
- WIEVIORKA, Michel (2012), "Du concept de sujet à celui de subjectivation/dé-subjectivation, FMSH-WP-2012-16. [halshs-00717835].
- WIEVIORKA, Michel (2005), *La violence*, París, Hachette Littératures.
- ZARCO ITURBE, Abril Violeta (2009), *Para ser bella, hay que ver estrellas. Cuerpo, género y construcción de un estilo de vida*, tesis de maestría en Estudios de Género, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México.

Artículos de prensa

- AJV (2016), "Día internacional de la lucha contra los trastornos alimentarios", *Informe 21.com*, 30 de noviembre, disponible en [<https://informe21.com/actualidad/dia-internacional-de-la-lucha-contra-los-trastornos-alimentarios>].
- BOLAÑOS, Claudia (2011), "Murió Karla Álvarez por paro cardiorrespiratorio: ALDF", *El Universal*, 28 de febrero, disponible en [<http://www.eluniversaldf.mx/home/nota21282.html>].

- DPA (2007), "Otra víctima de la anorexia, joven aspirante a modelo", *La Jornada*, 9 de enero, disponible en [<http://www.jornada.unam.mx/2007/01/09/index.php?section=espectaculos&article=a09n2esp>].
- GDA (2013), "Muerte de actriz Karla Álvarez está ligada a bulimia y anorexia", *La Nación*, 18 de noviembre, disponible en [http://www.nacion.com/ocio/farandula/Karla_Alvarez-actriz_mexicana-bulimia-anorexia-muerte_0_1379062294.html].
- HELLMICH, Nanci (2006), "Do thin models warp girl's body image?", *USA Today*, 29 de septiembre.
- JACOB, Antoine (2006), "Heidi Klum accusée d'encourager l'anorexie", *Le Monde*, 8 de febrero.
- JOZSEF, Eric (2007a), "L'anorexie, c'est une véritable maladie et non un mode de vie" y "Une publicité choc contre l'anorexie", *Libération*, 25 de septiembre.
- JOZSEF, Eric (2007b), "Toscani met l'Italie mal à l'aise", *Libération*, 26 de septiembre.
- LAMAS, Marta (2000), "Mujeres: un debate abierto", *Letras libres*, 11:16, pp. 16-20.
- MESA EDITORIAL (2011), "La anorexia y la bulimia son problemas difíciles de ver: Fundación Ellen West", *Merca 2.0*, 16 de junio, disponible en [<https://www.merca20.com/la-anorexia-y-la-bulimia-son-problemas-dificiles-de-ver-fundacion-ellen-west/>].
- MORA, Karla (2011), "Anorexia y bulimia son problemas de salud pública: ALDF", *El Universal*, 28 de febrero, disponible en [<http://www.eluniversaldf.mx/home/nota21282.html>].
- NOTIMEX (2011), "IMSS aplicará programa contra la anorexia", *Azteca Noticias*, 31 de julio, disponible en [<http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/salud/64853/imss-aplicara-programa-contrala-anorexia>].
- NOTIMEX (2007), "Lanzan campaña 'Quiérete' contra la anorexia y bulimia", *El Universal*, 10 de julio, disponible en [<http://archivo.eluniversal.com.mx/articulos/41300.html>].

- QUIÑONERO, Juan Pedro (2011), “La historia de Isabelle Caro, imagen de la anorexia”, *ABC*, 3 de enero, disponible en [<http://www.abc.es/20110101/sociedad/abci-modelo-anorexica-201101011907.html>].
- TOLEDO, Fernando (2007), “Denuncia anorexia Toscani”, *Reforma*, 25 de septiembre.
- UMÉDICO (2008), “Organizan campaña ‘Alimenta tu corazón’ contra bulimia y anorexia”, *Universo Médico*, 4 de diciembre, disponible en [<http://universomedico.com.mx/noticias-medicas/organizan-campana-alimenta-tu-corazon-contra-bulimia-y-anorexia/>].
- VATON, Marie (2006), “La tragédie d’une femme brindille”, *Le Nouvel Observateur*, 23 a 29 de noviembre.
- VIDALIE, Anne (2007), “Anorexie : les victimes de la mode”, *L’Express*, 19 de enero.

Las bocas útiles: aproximaciones sociológicas y antropológicas a la anorexia se terminó de imprimir en febrero de 2019, en los talleres de Editorial Color, S.A. de C.V., Naranjo 96 bis, P.B., col. Santa María la Ribera, 06400, Ciudad de México.
Portada: Pablo Reyna.
Tipografía y formación: Logos Editores.
Dirección de Publicaciones de El Colegio de México.

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

La anorexia, un desorden complejo y polifacético, tiene dimensiones corporales, sociales y relacionales. Negarse a comer es sólo una de muchas señales. Varias son las formas de experimentar el trastorno. Esta obra ofrece tanto una mirada a la anorexia a través de la experiencia concreta de ocho jóvenes (13-24 años) de la Ciudad de México; propone una reflexión a profundidad basada en dos nociones: las relaciones jerárquicas de generación y de sexo, y la cuestión del sujeto. La tesis central del libro plantea que la anorexia es, para la persona que la padece, una forma de hacerse sujeto, de afirmar su propia existencia y de dominar, al mismo tiempo, sus relaciones con el cuerpo y con otras personas. Así, este problema es expuesto como una estrategia de vida y, a la vez, de supervivencia: un lento proceso del “devenir sujeto” marcado por momentos en los que el sujeto mismo se deshace.

ISBN: 978-607-628-573-2



C EL COLEGIO
M DE MÉXICO