

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

La delgadez como solución y como problema: narrativas y prácticas en torno al cuerpo femenino y a la salud en mujeres jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia

Tesis para optar el Título de Licenciada en Antropología que presenta:

Lisette Andrea Gamboa Gálvez

Asesora:

Carmen Juana Yon Leau

Julio, 2018

RESUMEN

La experiencia de ser diagnosticada con anorexia y bulimia representa una tensión y ambigüedad en torno al cuerpo femenino y a la salud. Nos encontramos actualmente en una sociedad donde la delgadez es altamente valorada a través de las interacciones cotidianas y en los medios; pero que a su vez puede ser patologizada por asociarse a prácticas alimentarias y acciones consideradas atípicas desde el discurso biomédico. Esta tesis explora, desde un enfoque antropológico, cuáles son las narrativas y prácticas en torno al cuerpo femenino y a la salud presentes en 6 mujeres jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia. Estas narrativas son relatos que buscan explicar y dar sentido a la experiencia subjetiva de vivir con determinada condición, las cuales producen significados de acuerdo a sus vivencias y marcos de interpretación. Esta investigación fue de carácter cualitativo con enfoque etnográfico. Las narrativas de las mujeres con anorexia y bulimia se triangularon con la observación participante a terapias de una clínica privada para reconstruir su experiencia cotidiana en ambos espacios, y también con la observación a medios con los que ellas han interactuado (programas de televisión y páginas web Pro Anorexia).

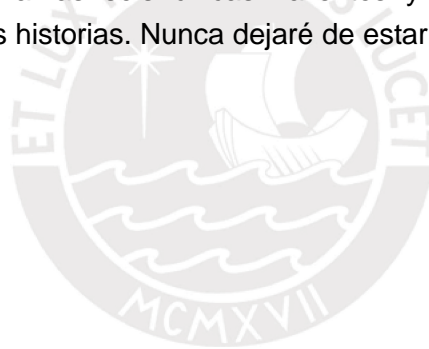
Los hallazgos de esta investigación se han organizado en tres secciones de acuerdo a los contextos y actores con los cuales interactuaron las jóvenes diagnosticadas. En primer lugar, se explicarán las narrativas del control del cuerpo femenino que estuvieron presentes a lo largo de su vida previo a su tratamiento. En esta etapa, los cuerpos de las jóvenes se ven sujetos a constante control, vigilancia y experiencias de violencia de género en diversos espacios y desde distintos actores. En el marco de estas experiencias, surgieron diversos significados sobre la delgadez y el cuerpo femenino que llevaron a desarrollar prácticas alimentarias y purgativas para bajar de peso como una búsqueda del propio control del cuerpo. Asimismo, en este contexto, también surgen las primeras miradas patologizantes de estas prácticas y estrategias que tenían como objetivo la delgadez.

Posteriormente, se procederá explicar las narrativas y discursos sobre la delgadez y anorexia presente en los medios de comunicación. Se analizarán la accesibilidad y búsqueda de información para bajar de peso; y también las prácticas relacionadas con la elaboración de sus primeros diagnósticos y la patologización sus prácticas alimentarias a partir de programas de televisión. Finalmente, se estudiarán las narrativas de y sobre los entornos terapéuticos. De este modo se hará un contraste entre las narrativas de las jóvenes, lo relatado desde los terapeutas y lo observado en terapias. Se analizarán los imaginarios en torno a una persona con anorexia, las motivaciones o decisiones para ingresar a un tratamiento terapéutico biomédico como las sensaciones de malestar y tensiones con el entorno; la práctica terapéutica como búsqueda de normalización a partir de la alimentación, medicación y terapias; y las diversas narrativas de recuperación que surgen desde las informantes y los terapeutas.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera dedicar un espacio para reconocer el constante apoyo de personas que han estado presentes durante todo el proceso de esta investigación. En primer lugar, agradezco a mis padres por su gran soporte a lo largo de mis estudios. A mis amigas Gabriela, Erika y Karina, a quienes admiro muchísimo como antropólogas y personas, y les agradezco por las discusiones íntimas y académicas que me hicieron aprender muchísimo de ellas y de mí misma en estos años. Agradezco infinitamente también las enseñanzas y charlas que se dieron con la asesora de esta tesis, Carmen Yon, ya que el grado de complejidad de esta tesis no hubiera sido posible sin ella. Agradezco también a Raúl Castro, María Eugenia Ulfe y Juan Carlos Callirgos por sus comentarios, sugerencias y entusiasmo por la investigación que iba desarrollando. Y sobre todo quiero agradecer a Fernando, por su amor, comprensión y su compañía constante en cada uno de mis dilemas, reflexiones, y logros que me dio el trabajo de campo y todo el proceso de redactar la tesis.

Agradezco a la institución donde realicé el trabajo de campo de esta investigación: a la directora, terapeutas y personal, por abrirme las puertas, compartir conmigo su día a día y estar abiertos al enfoque crítico y antropológico de esta investigación. Finalmente, quiero dedicar esta tesis a las seis chicas valientes y llenas de fuerza que me permitieron oír y contar sus historias. Nunca dejaré de estar agradecida por su apertura y confianza.



ÍNDICE

<u>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</u>	7
1.1. Presentación y justificación del tema.....	7
1.2. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA): anorexia y bulimia.....	13
1.3. Estado de la Cuestión	15
1.4. Marco Teórico: antropología médica, enfoque foucaultiano, enfoque de género y la antropología de los medios	21
1.4.1. Antropología Médica – Enfoque fenomenológico interpretativo.....	21
1.4.2. Enfoque foucaultiano.....	26
1.4.3. Estudios de género.....	29
1.4.3. Antropología digital y de los medios	32
1.5. Aspectos metodológicos: selección de informantes y lugares, técnicas de recojo de información y consideraciones éticas	34
1.6. Balance acerca del trabajo de campo y el acercamiento etnográfico.....	39
<u>CAPÍTULO II: LAS HISTORIAS DE LOS CASOS REPRESENTATIVOS</u>	42
2.1. El ejercicio de contar una historia y dar sentido a una experiencia	42
2.2. Los casos.....	44
2.2.1. Andrea	47
2.2.2. Vanessa.....	49
2.2.3. Sandra	51
2.2.4. Jessica.....	52
2.2.5. Bianca.....	54
2.2.6. Lorena.....	56
<u>CAPÍTULO III: LOS ESPACIOS TERAPÉUTICOS</u>	59
3.1. Clínica X	59
3.2. Clínica Z.....	61
3.3. Otros espacios terapéuticos.....	62
<u>CAPÍTULO IV: CONTROL DEL CUERPO FEMENINO: LA DELGADEZ COMO SOLUCIÓN Y COMO “PROBLEMA”</u>	64
4.1. Vigilancia y control del cuerpo femenino en distintas etapas de vida	65
4.1.1. Los comentarios de la familia y significados en torno a la gordura.....	66
4.1.2. Violencia de género: abusos sexuales, físicos y psicológicos	69
4.1.3. El bullying escolar y universitario	73
4.1.4. Los espejos y reflejos como vigilancia permanente	75

4.2. Significados en torno a la delgadez	77
4.2.1. La delgadez como belleza.....	77
4.2.2. La delgadez y la búsqueda de aceptación	79
4.2.3. La delgadez como invisibilización	81
4.3. El control y modificación del cuerpo femenino a través de prácticas alimentarias y purgativas	83
4.3.1. Prácticas y estrategias de modificación sobre el cuerpo: dietas, ejercicios, y otros.....	83
4.3.2. Devolver la comida	86
4.3.3. El uso de laxantes	89
4.3.4. La autolesión como castigo.....	90
4.4. “Perder el control”: El control del cuerpo femenino a través de la patologización	92
4.4.1. “¿Hasta dónde se puede llegar?”: Las prácticas alimentarias y purgativas, y la delgadez extrema como problemas	93
4.4.2. Primeros acercamientos a la “normalización” en espacios terapéuticos biomédicos y no biomédicos	95
4.5. BALANCE DEL CAPÍTULO	97

CAPÍTULO V: DISCURSOS SOBRE LA DELGADEZ Y LA ANOREXIA PRESENTES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

100

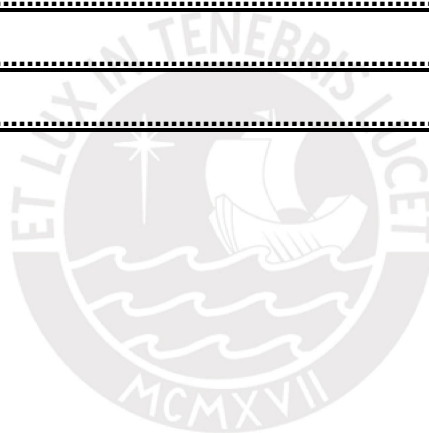
5.1. La búsqueda de información e imágenes como estrategia y motivación para bajar de peso	101
5.2. Las páginas Pro Ana y Pro Mía: cuestionamientos hacia el discurso biomédico.....	102
5.3. “¿Qué me sucede?” y “¿Está mal lo que hago/lo que me está pasando?”: miradas patologizantes desde los medios de comunicación	108
5.4. BALANCE DEL CAPÍTULO	112

CAPÍTULO VI: LAS NARRATIVAS Y PRÁCTICAS DESDE Y SOBRE LOS TERAPEUTAS Y LAS TERAPIAS

114

6.1. ¿Quién es una persona con anorexia?: narrativas e imaginarios desde el discurso biomédico	114
6.1.1. La anorexia como “producto de la sociedad”: significados de ser mujer y joven; y el impacto de los medios de comunicación	115
6.1.2. ¿Sobrep patologización o invisibilización de la anorexia?: limitaciones del discurso biomédico en torno al diagnóstico y definición	118
6.2. Motivaciones y decisiones para el ingreso a un internamiento.....	120
6.2.1. Conflictos y tensiones con el entorno	120
6.2.2. Sensaciones y signos de malestar	123
6.3. El entorno terapéutico: prácticas en búsqueda de la “normalización”	126

6.3.1. Reglas y vigilancia.....	126
6.3.2. Prácticas normalizadoras en la alimentación	131
6.3.3. Medicación de las personas diagnosticadas: tratando de controlar los “pensamientos”	138
6.3.4. “Estar delgada, pero verse gorda”: Devolviendo un “verdadero” control y percepción sobre el cuerpo	140
6.4. Narrativas y trayectorias de “recuperación”	145
6.4.1. “Recaídas” y “deslices”	146
6.4.2. Vivir con anorexia: narrativas y significados de “recuperación”, “cura” y “estabilidad”	149
6.4.3. Una buena relación con la comida y con el cuerpo.....	153
6.4.4. “¿Por qué a mí?”: reflexiones sobre impactos negativos y positivos sobre vivir con anorexia	155
6.5. BALANCE DEL CAPÍTULO	159
<u>REFLEXIONES FINALES.....</u>	<u>162</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA.....</u>	<u>171</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>182</u>



CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación y justificación del tema

*“Vivimos en una sociedad que critica la anorexia e idolatra la delgadez como símbolo de belleza.”
Anónimo¹.*

La anorexia y bulimia han sido condiciones poco abordadas tanto en la salud pública como en la cotidianidad de las personas. Las disciplinas biomédicas como la medicina, la psiquiatría y la psicología clínica han sido aquellas que más han abordado el tema reconociendo a la anorexia y bulimia como prácticas alimentarias calificadas de extremas (Gracia Arnaiz, 2014) al implicar dietas restrictivas, purgaciones y el dejar de comer. Sin embargo, esto se enmarca en un contexto en el cual hay ambigüedades discursivas y normativas en torno a la salud y el cuerpo: se debe bajar de peso haciendo dietas y ejercicio para evitar la obesidad y porque la delgadez es valorada como muestra de salud y belleza; pero al mismo tiempo se debe evitar las dietas excesivas para luchar contra la anorexia y bulimia (Gracia Arnaiz, 2010). Vistas como enfermedades, la anorexia y la bulimia se han constituido como temas bastantes estigmatizados al ser principalmente abordados en sus dimensiones médicas, enfocándose en la patologización, diagnóstico y tratamiento.

Sin embargo, en los últimos años, se ha reconocido la importancia de la influencia de factores históricos y circunstancias cambiantes socioculturales para la comprensión de la anorexia y bulimia (Russell, 2003). Los factores que llevaron a considerar el contexto sociocultural de estos dos problemas de salud era la evidente prevalencia de anorexia y bulimia en el género femenino, y específicamente en mujeres jóvenes (National Institute of Mental Health, 2014). En ese sentido, se ha resaltado que las causas de la anorexia y bulimia están estrechamente ligadas a las concepciones, entornos sociales e imaginarios de la sociedad occidental en torno al cuerpo y a la belleza (Bazán, 2012).

Asimismo, en los últimos años, ha habido un aumento de estos casos mundialmente y en el nivel nacional², en un contexto en el cual la masividad de los medios de comunicación refuerzan cánones de belleza en el cuerpo femenino como la delgadez (Carrillo, 2001 y 2003). Alrededor del comienzo del siglo XXI, el Internet se volvió un espacio donde las personas pueden tener acceso a distinto tipo de

¹ Esta frase es bastante popular y comúnmente usada en los blogs que apoyan la anorexia y bulimia (Pro-Ana y Pro-Mía). No se ha podido rastrear el autor de la frase, ya que como la mayoría del contenido de estos entornos online, son continuamente compartidos perdiéndose de vista a los autores originales de los textos, imágenes, fotografías, etc.

² De acuerdo a la base de datos del Ministerio de Salud del Perú (2016) sobre personas con trastornos alimenticios, las mujeres representan un 80% del total de los casos y aquellas que fluctúan entre los 12 a 29 años de edad representan el 70% de los casos. Asimismo, el diagnóstico se ve en aumento, ya que en el 2015 se registraron cerca de 3000 casos, mientras que en junio de 2016 ya hay 2000 casos registrados.

información, y entre los temas de indagación, resulta popular la búsqueda de métodos para bajar de peso (Bonie y Latzer, 2016). Asimismo, surgieron entornos online, como los foros y blogs, caracterizados por el anonimato e impersonalidad que han permitido la discusión de un tema estigmatizado como los trastornos alimenticios entre personas que han sido diagnosticadas con anorexia y bulimia o se identifican como tal, donde se hace evidente que esta condición va más allá del cuerpo físico. Las redes han visibilizado posturas críticas ante el cuerpo femenino que es exigido a ser delgado, pero que a su vez es patologizado por prácticas alimentarias y acciones consideradas atípicas desde el discurso biomédico. En estos entornos online las personas que se identificaban con estas aflicciones compartían entre ellas sus experiencias (Boero y Pascoe, 2012) buscando la discusión e interacción en un espacio fuera del espacio biomédico al poseer una mirada patologizante, juiciosa y negativa de los trastornos alimenticios (Warin, 2009).

A pesar del creciente número de investigaciones que recurren al ensamblaje del contexto sociocultural y a las causas biomédicas para explicar estos diagnósticos, estas no han detenido que aumente la incidencia de la anorexia y bulimia a nivel mundial en los últimos años, ni tampoco ha surgido una mejor comprensión de estos casos yendo más allá de la mirada patologizante. En ese sentido, un grupo muy reducido de antropólogos médicos han podido dar cuenta de la importancia que tendría el enfoque antropológico aplicado al estudio de la anorexia y bulimia. Este se caracteriza por comprender la articulación de experiencias subjetivas de padecimiento y el contexto sociocultural que da sentido a estas vivencias (Gracia Arnaiz, 2010). Asimismo, este enfoque se caracteriza por tener una mirada crítica ante la ambigüedad sobre el cuerpo que representa un diagnóstico biomédico sobre la anorexia y bulimia al estar en un contexto donde el cuerpo es exigido a ser delgado. No obstante, tanto a nivel mundial como en el Perú, aún persiste un vacío desde la disciplina antropológica sobre el estudio de la anorexia y bulimia.

Esta tesis busca explorar, desde un enfoque antropológico y con herramientas etnográficas, las narrativas y prácticas en torno al cuerpo femenino y a la salud en el caso de 6 mujeres diagnosticadas con anorexia y bulimia. Estas narrativas son relatos que buscan explicar y dar sentido a la experiencia subjetiva de vivir con determinada condición enmarcada en un contexto sociocultural, las cuales producen significados de acuerdo a sus vivencias y marcos de interpretación. Asimismo, al tener un enfoque etnográfico y a través de los relatos de los casos estudiados, se han podido también reconstruir las prácticas en torno al cuerpo, a la delgadez y a la salud antes de entrar en un entorno terapéutico; y también observar estas prácticas en un entorno terapéutico. Las unidades de análisis serán el **cuerpo femenino** en tanto que es un campo donde se despliegan significados y relaciones de poder, donde también se vive y se conoce a través de este; y la **salud**, ya que los significados son fluidos en el contexto de vivir con anorexia dependiendo de las interacciones que se tengan con distintos discursos, actores y entornos.

Este trabajo busca incorporar los aportes de tres ámbitos de especialización para el análisis del tema planteado: la antropología médica, los estudios de género y la antropología de los medios. Desde la antropología médica, se toman en cuenta los aportes realizados desde el enfoque fenomenológico interpretativo, el cual tiene como base comprender la experiencia subjetiva de la salud y enfermedad en una persona que construye significados a partir de sus vivencias y ciertas lógicas de explicación que se encuentran enmarcadas en contextos socioculturales específicos (Good, 1994). Asimismo, también se tuvo como punto de partida el enfoque de Csordas (1990) sobre el embodiment, en la que se desarrolla al cuerpo como sujeto y objeto de la cultura, y fuente de subjetividad. También, desde este enfoque se rescata a Schepher-Hughes y Lock (1987) sobre su crítica a la mirada reduccionista y orgánica que tiene la biomedicina sobre el cuerpo y la salud, donde se deja de lado el aspecto sociocultural.

De la misma manera, se incorporará el enfoque foucaultiano sobre el discurso biomédico y control del cuerpo femenino en la cotidianidad, ya que la tesis central de Foucault a lo largo de sus obras es visibilizar la individuación e internalización de los mecanismos de poder sobre el cuerpo. En este caso, hacemos referencia al discurso biomédico que se maneja desde la salud pública y su injerencia sobre los cuerpos femeninos. Asimismo, a través de este enfoque también se piensan resaltar otros dispositivos de poder que reproducen valores estéticos sobre el cuerpo como la delgadez. Cabe resaltar que a lo largo de los capítulos, se incorporaran otras perspectivas teóricas sobre los estudios del cuerpo que son entendidas bajo los hallazgos de esta investigación.

Asimismo, los aportes de los estudios de género son de gran relevancia en esta investigación, ya que nos permiten comprender las relaciones de poder en las cuales se encuentran contextualizadas sus experiencias personales presentes en sus narrativas y prácticas observadas. En ese sentido, a través de Joan Scott (1986) vemos cómo la femineidad se ha definido en términos relacionales y normativos, y a través de Judith Butler (1996) cómo el cuerpo es elemental para la construcción del género y femineidad, donde se sitúan y organizan las normas culturales, pasadas y su respectiva reinterpretación. Asimismo, a través de las autoras Lamas (2002) y De Barbieri (1993) también se rescató el porqué del control y subordinación del cuerpo femenino presente en la cotidianidad de las mujeres a través de distintos actores, espacios e instituciones, y que esto se debe a una naturalización y biologización de las valoraciones sobre lo masculino y femenino.

Por otro lado, la antropología de los medios nos ayuda a entender cómo los medios y tecnologías masivas también se encuentran sujetos a discursos de poder – como los que hay sobre el cuerpo femenino- y cómo gracias a estos se normalizan en la vida cotidiana de las personas (Da Porta, 2014 y Hall, 2003). Sin embargo, estos a su vez pueden representar un campo de disputas, visibilización y agencia debido al gran alcance que hay por su inmediatez e impersonalidad. Desde la rama de la antropología digital (Pink et al, 2016) se rescata el constante diálogo e interacción de

los contextos online y offline, y no concebir lo “virtual” como algo ajeno a la realidad física. De esta manera podemos entender cómo los medios como blogs, redes sociales y programas de televisión influyen en la construcción de significados en torno a la salud y cuerpo al también ser parte de las narrativas y dar sentido a las experiencias.

A partir de esto, se han propuesto los siguientes objetivos específicos: analizar las narrativas de control del cuerpo femenino que han estado presentes en distintas etapas de la vida de las jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia; indagar cómo los medios de comunicación han influenciado sus narrativas y la construcción de significados en torno a la delgadez, salud y enfermedad; y explicar cómo las narrativas de los terapeutas y presentes en las terapias, influyen en la construcción de significados en torno al cuerpo y la salud y en sus prácticas.

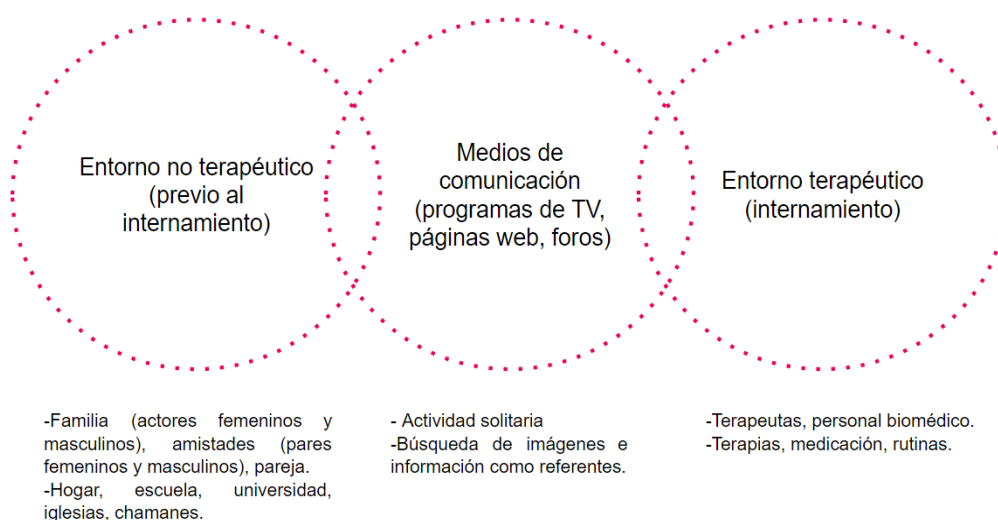
Pregunta Principal:

¿Cuáles son las narrativas y prácticas en torno al cuerpo femenino y la salud de las mujeres jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia?

Preguntas específicas:

- ¿Qué narrativas y prácticas sobre el control del cuerpo femenino y la delgadez estuvieron presentes en la vida de las jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia antes de entrar al entorno terapéutico?
- ¿Cómo su interacción con los medios de comunicación influenciaron en los significados en torno a la delgadez, salud y enfermedad?
- ¿Cómo las narrativas y prácticas presentes en el entorno terapéutico biomédico influenciaron en los significados en torno al cuerpo y la salud que manejan actualmente estas jóvenes?

Tres esferas de interacciones y experiencias con distintos actores y en distintos espacios como productores de significados



Fuente: Elaboración propia

Como se señala en el gráfico, cada una de las preguntas refiere a tres esferas que se han podido identificar y se han organizado de acuerdo a las interacciones y experiencias con distintos actores y en distintos espacios como productores de significados en torno al cuerpo femenino y a la salud. Estas esferas, que serán desarrolladas en cada capítulo (4, 5 y 6), no implican necesariamente una continuidad, y por ello se muestran intersectadas y están sujetas a las particularidades de la historia de cada informante. Sin embargo, se pudo ver que hay un momento previo al tratamiento donde las interacciones predominaron en entornos no terapéuticos con actores y espacios como la familia, amistades, las parejas, el colegio, entre otros. Como segunda esfera, la interacción con medios de comunicación como el internet y los programas de televisión resaltó en las experiencias de las informantes al ser esta una actividad solitaria, pero que a su vez servía de refuerzo para buscar estrategias y referentes para adelgazar o para hacer sus primeros diagnósticos. Como tercera esfera, el entorno terapéutico, específicamente el internamiento, se mostraba como un espacio cuyas dinámicas y actores influenciaban de manera distinta la construcción de significados en torno al cuerpo y a la salud.

Para poder responder a la pregunta principal de esta investigación, esta investigación está estructurada de la siguiente forma: en el segundo capítulo se describirán las historias de cada informante y cómo fue su ejercicio de contar su historia. En el tercer capítulo, se describirán la Clínica X, sus dinámicas y actores como espacio observado, y también se mencionarán otros espacios recurrentemente mencionados por las informantes. Posteriormente, en los capítulos 4, 5 y 6 se responderán a cada una de las preguntas específicas.

En el cuarto capítulo, se buscará explicar las narrativas del control del cuerpo femenino que estuvieron presentes a lo largo de su vida previo a su tratamiento. Estas narrativas de control generalmente se han dado en torno a la vigilancia, los distintos significados que surgieron sobre la delgadez, las prácticas alimentarias y purgativas, y finalmente las primeras miradas patologizantes hacia las prácticas para bajar de peso. Posteriormente, en el quinto capítulo se procederá a explicar las narrativas y discursos sobre la delgadez y anorexia presente en los medios de comunicación. Este capítulo tratará las prácticas de búsqueda y visualización de información para bajar de peso; y también las prácticas relacionadas a la elaboración de sus primeros diagnósticos y patologización sus propias prácticas alimentarias presentes en medios digitales como en la televisión. Finalmente, en el último capítulo, se desarrollarán las narrativas de y sobre los entornos terapéuticos. Esto quiere decir que se hará un contraste entre las narrativas de los casos principales y también lo relatado desde los terapeutas y observado en terapias. Se podrán ver los imaginarios que hay entorno a una persona con anorexia, las motivaciones o decisiones para ingresar a un tratamiento terapéutico biomédico, el entorno terapéutico como búsqueda de normalización y las diversas narrativas de recuperación.

Esta investigación fue de carácter cualitativo con enfoque etnográfico, en tanto que las narrativas de las mujeres con anorexia y bulimia se triangularon con la observación participante y no participante a terapias de una clínica privada para reconstruir su experiencia cotidiana en ambos espacios, y también con la observación a medios con los que ellas han interactuado (programas de televisión y páginas web Pro Anorexia). Se trabajaron con 6 casos de mujeres que fluctúan entre los 17 a 24 años que actualmente se encuentren en tratamiento o lo hayan culminado en centros de salud mental de Lima, y una de ellas que se autodiagnosticaba con anorexia y sus vivencias eran bastante similares al resto de informantes. De la misma manera, se entrevistó también al personal de salud vinculado a la clínica privada como psicólogos, nutricionista, enfermera, técnicas, entre otros, como a otros especialistas de otros centros.

Justificación

Los estudios realizados sobre el tema desde la antropología médica han podido dar cuenta de la importancia que tiene el enfoque antropológico aplicado al estudio de la anorexia y bulimia. Este se caracteriza por comprender la articulación de experiencias subjetivas de padecimiento y el contexto sociocultural que da sentido a estas vivencias (Gracia Arnaiz, 2010). En ese sentido, la presente investigación busca aportar a la comprensión de la anorexia y bulimia desde un enfoque fenomenológico-interpretativo que rescata la perspectiva de las personas que han pasado por esta experiencia a través del análisis de sus narrativas, prácticas y los significados que se producen. Al ser las historias de vida uno de los métodos con los cuales me acercaré a los casos principales, estos me permitirán indagar también los contextos sociales más amplios en las que encontraban enmarcadas sus narrativas a lo largo de su vida, a través de la presencia de discursos de género, intergeneracionales, el contacto con los medios de comunicación, entre otros.

Esta investigación también se caracteriza por un enfoque etnográfico en el recojo de información, el cual es difícil de aplicar a establecimientos de salud por su difícil acceso. En ese sentido, este trabajo significa un aporte a los estudios de antropología médica, ya que pude tener la oportunidad de explorar los espacios de un centro de salud mental durante más de dos meses, su cotidianidad, las prácticas, interacciones sociales, y las narrativas presentes en las terapias y en los terapeutas. Todo esto, junto a las narrativas de mis casos de estudio, nos permite aproximarnos de modo crítico al abordaje de la anorexia y bulimia en los espacios biomédicos y en la práctica médica, tanto en sus criterios de diagnóstico que han sido cuestionados por varios investigadores desde la biomedicina como en las ciencias sociales (Zafra, 2010); como en el aspecto terapéutico que también es cuestionado por las personas que han recibido tratamiento.

Por último, cabe resaltar que mi interés personal en el tema surgió al visitar las páginas web pro anorexia (páginas en favor o que promueven la anorexia). Me llamó la atención que un grupo de personas que se identificaban con anorexia y bulimia,

trataban de reivindicar ciertas prácticas alimentarias, como restricciones, ayuno, purgaciones, entre otros, que generalmente son vistas como patológicas bajo el discurso biomédico al alejarse de lo considerado como normal. Categorías aparentemente fundamentales como “salud y enfermedad” se muestran con significados fluidos y cuestionados por estas personas que critican al discurso biomédico por su mirada patologizante, pero a su vez lo reapropiaban para darle sentido a su motivación de adelgazar. Asimismo, a través de estas páginas, pude percatarme que el hecho de compartir sus propias experiencias e historias resultaba importante para estas personas, visibilizando un tema que es muy difícil de hablar en físico. Al recoger las narrativas de personas que han pasado por esta experiencia, esta investigación contribuirá a la desestigmatización de este tema.

1.2. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA): anorexia y bulimia

Antes de exponer el Estado del Arte y Marco Teórico, en primer lugar, es necesario especificar que la conceptualización de anorexia y bulimia que se hará uso en esta investigación es consciente de que este concepto deviene de una nosología psiquiatra que se encuentra enmarcada en un contexto histórico y sociocultural.

Al buscar explorar los significados en torno a la cuerpo femenino, salud y enfermedad desde las narrativas de mujeres con anorexia y bulimia, este trabajo partirá desde una ruptura conceptual y epistemológica del proceso que sigue el discurso biomédico para catalogar comportamientos irracionales y anormales como enfermedad sin explorar la subjetividad de cada persona en un contexto sociocultural (Zafra, 2010), lo cual sí se busca hacer en esta investigación. Asimismo, si bien esta investigación posee esta visión crítica de las categorías biomédicas, la medicalización y patologización; de igual manera, es necesario usar estas terminologías a lo largo de la investigación, ya que las mismas mujeres jóvenes, que constituyen los casos estudiados hacen uso de etiquetas o categorías biomédicas como parte del proceso de medicalización. Sin embargo, el uso de estas etiquetas en sus propias narrativas no solo evidencia una incorporación del discurso biomédico para explicar su experiencia, sino también un cuestionamiento de estas categorías que se hace a lo largo de su explicación y en la búsqueda de dar sentido.

Según la National Association of Anorexia Nervosa and Eating Disorders (ANAD, 2016) de Estados Unidos, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una relación no saludable entre la comida y el peso que interfiere distintas áreas de la vida de la persona. Inicialmente se puede estar excesivamente preocupado con la comida, peso y el ejercicio, pero la persona que vive con un trastorno alimenticio tiene un punto de vista demasiado crítico e irreal sobre su imagen corporal. A causa de esto, sus hábitos alimenticios pueden cambiar drásticamente y pueden afectar el funcionamiento normal del cuerpo y sus actividades diarias. De acuerdo a la NIH (2014), hasta el momento se han reconocido oficialmente tres TCA: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el comedor compulsivo.

La anorexia ha sido definida como el miedo intenso de ganar peso y engordar. A su vez, se definen como comportamientos “no saludables” el hecho de restringir calorías, comer comidas en específico o ayunar. En el caso de la bulimia, la persona sí come grandes cantidades de comida y luego procede a vomitar lo ingerido o hace uso de laxantes o diuréticos. Cabe rescatar que la anorexia puede ser también purgativa como la bulimia, y se distinguen porque en esta última se comen grandes cantidades de comida. Sin embargo, en la cotidianidad de las personas o en la cultura popular, se tienden a utilizar los conceptos de anorexia y bulimia, asociando a la bulimia exclusivamente con el vómito y a la anorexia con la restricción.

Pero el propósito de esta tesis no es esclarecer los conceptos ni diferenciarlos, sino basarse en el uso de los conceptos y las narrativas de las personas y como esto se asocia a un contexto sociocultural mayor. De hecho, tal como señala Littlewood (2002), ya sea la restricción severa que implica la anorexia, o la bulimia como el hecho de vomitar luego de haber comido grandes cantidades de comida, detrás de ello están las normativas hacia el cuerpo en tanto femenino y que es exigido a ser delgado. En esta investigación se ha elegido a la anorexia y bulimia como los fenómenos que van a ser estudiados, ya que según estudios epidemiológicos, generalmente la anorexia se da antes o es desencadenante de la bulimia (Russel, 2003).

Sin embargo, se ha cuestionado muchas veces los criterios de diagnósticos establecidos para la anorexia y bulimia, señalando que caen muchas veces en la patologización de comportamientos propios de una cultura (Zafra, 2010). Prince (1985) fue uno de los primeros investigadores en definir la anorexia tomando en cuenta el contexto sociocultural. Él definió lo que era un síndrome cultural a través del caso de la anorexia, señalando que estaba restringida a las culturales occidentales o a aquellas culturas que se encontraban fuertemente influenciadas por ella. Paralelamente Chernin (1985) y Orbach (1986) desafiaron el criterio de ver los trastornos alimenticios como psicopatologías, ya que estas conductas alimentarias que son aspectos aprendidos a partir de los roles de la cultura y el género a los cuales las personas diagnosticadas pertenecen.

Si bien la biomedicina actualmente reconoce la importancia de un contexto sociocultural en el abordaje de la anorexia, ya que se caracterizaban por su prevalencia en mujeres de sociedades occidentales (APA, 2000); investigadores desde las ciencias sociales como antropólogos y sociólogos, señalaron que este enfoque resultaba bastante etnocéntrico, reduccionista, determinista y no tomaba en cuenta los matices que se presentan en cada lugar a pesar de encontrarse influenciadas por un imaginario occidental (Bain, 2012). Por un lado, se ha criticado que el discurso biomédico haya establecido como características elementales para identificar un trastorno alimenticio el miedo a engordar (Gracia, 2014: 77) y el cuerpo extremadamente delgado (Gooldin, 2008). En ese sentido, Mabel Gracia Arnaiz critica que la conceptualización de los trastornos alimenticios se ha reducido clínicamente lo social y psicológico a conductas que se alejan de patrones alimentarios aceptables calificándolas de desórdenes. Esta

autora también señala que el problema del enfoque culturalista es que responde una vez más a la lógica médica de buscar causalidades y/o responsabilidades de comportamientos “anormales”, más allá de buscar comprenderlos a fondo.

1.3. Estado de la Cuestión

En esta sección se procederá a describir cómo distintos enfoques en las ciencias sociales y humanidades han abordado la anorexia y bulimia desde una mirada desmedicalizadora que cuestiona cómo se ha ubicado la anorexia y bulimia en el terreno médico que no las ha abordado en un contexto social y cultural mayor. En ese sentido resulta importante resaltar como la anorexia y bulimia se relaciona con diversas dimensiones de la cultura, las relaciones de género e intergeneracionales en el ámbito de la familia y otros espacios. En primer lugar, se hará mención a cómo surgió la mirada patologizante y normalizadora ante determinadas prácticas alimentarias y comportamientos; y cómo estos se terminaron siendo reconocidos como anorexia. Luego, se harán mención a los estudios que se concentraron en los estudios de cuerpo, de género y de los medios masivos de comunicación. También, se mencionarán los trabajos realizados desde el enfoque de la antropología médica y se resaltarán aquellos estudios de carácter etnográfico, en los que se analizaron narrativas de las personas estudiadas. Por último, se mencionará un tema abordado en los últimos cinco años: los estudios realizados sobre los grupos online pro anorexia.

1.3.1. Historización de la anorexia

En esta sección, se mencionará brevemente las investigaciones que han hecho énfasis en la comparación y el enfoque histórico, dando cuenta de las diversas representaciones, significados y prácticas en torno a la alimentación que actualmente podrían ser tomadas como antecedentes a lo que se conoce hoy en día como anorexia (Gracia, 2014: 77). Joan Brumberg (1988) recalca que antes de conocerse como tal la anorexia, se podría decir que hubo casos antiguos de “anorexia”. La autora realiza una genealogía de prácticas alimentarias que actualmente serían patologizadas, que datan desde los santos de la Edad Media, las mujeres que ayunaban en la época victoriana, la delgadez como un ideal del cuerpo; y el control de peso en la actualidad. Rusell (2003) también reconoce que en sociedades no occidentales que no comparten los mismos valores corporales, existen prácticas alimentarias que pueden ser considerados como poco saludables o categorizadas como anorexia. La voluntad de pasar hambre ha estado presente a lo largo de la historia y en otras culturas, pero los investigadores recalcan que los motivos detrás de ello, como el “miedo” a ganar peso, son los que también definen el reconocimiento de la anorexia como tal. Es por ello la importancia de ubicar a este fenómeno en un marco sociocultural más amplio.

El surgimiento de la anorexia conocida y diagnosticada como trastorno alimenticio se dio a partir del siglo XIX en el que se veía que las clases altas internaban a sus hijas en centros de rehabilitación porque se negaban a comer. Otro síntoma que podían apreciar los médicos era que las mujeres usualmente mentían frente a su

familia, pero luego confesaban que el hecho de comer poco en ese entonces, se debía que así mostraban más delicadeza y femineidad. Es así como poco a poco la anorexia se consideró un desorden psicológico al verse en la calidad de enfermedad y sujeta a un tratamiento. Sin embargo, Susan Bordo, a través de una genealogía que realiza en su texto "Unbearable Weight" (2003), señala que el concepto de anorexia surgió poco a poco a partir de los años 40, cuando se empezaron a diagnosticar los primeros casos desde la psiquiatría. La autora señala que a partir de los ochentas se ve un aumento radical del diagnóstico de la anorexia y bulimia: 1 de cada 200 mujeres era diagnosticada con anorexia y el 90% eran mujeres. Este diagnóstico estaba relacionado con la moda (modelos como referentes, belleza y ropa) y cómo esta ha puesto el adelgazamiento como protagonista en las últimas décadas (2003: 140).

Por otro lado, Littlewood (2002) en su libro sobre patologías de Occidente señala que si bien la anorexia puede datar desde al menos hace dos siglos atrás de acuerdo a diversos estudios, en el caso de la bulimia, hablando específicamente del hecho de comer grandes cantidades y posteriormente vomitarlo, corresponde exclusivamente a un contexto específicamente occidental e industrializado en el que la nutrición y la salud eran óptimas para más personas. Señala que sin embargo, desde las ciencias sociales, tanto la anorexia y bulimia responden a los mandatos de delgadez y femineidad.

1.3.2. La anorexia desde los estudios del cuerpo

En los estudios realizados sobre la anorexia, el cuerpo, los valores estéticos corporalizados y su regulación a través de las prácticas alimentarias, el ejercicio físico y el discurso biomédico, son temas que han llamado mucho la atención a distintos investigadores, y se destaca por su abordaje desde el enfoque foucaultiano por la mayoría de autores. Distintos autores identifican como una causa sociocultural la constante vigilancia y disciplinamiento que hay sobre el cuerpo desde los medios de comunicación y el discurso biomédico, pero a su vez, la reapropiación que hay sobre el cuerpo para llevarlo a la extrema delgadez. Se mencionarán algunos autores que identificaron puntos importantes que siguen influenciado a autores contemporáneos.

Por ejemplo, Charles Edgley (2006) muestra la obsesión de muchos americanos al perseguir una imagen de lo que se considera un cuerpo saludable y ejercitado frente a una crítica a la obesidad. Se señala que el yo se encuentra en una tensión de reconstruirse frente a lo que es considerado como adecuado para el cuerpo según la época. En este proceso de identificación y construcción se encuentran distintos instrumentos como el gimnasio, los deportes y la tecnología cosmética y estética. Se vigila y castiga a quien no siga un estilo de vida saludable y se celebra al que si lo esté haciendo. Pero en este último caso, no solo se celebra, sino se promueve y "vende", es decir se legitima a través de su mercantilización y consumo. De esta manera, Edgley señala que se dan constantes cambios en la semiótica del cuerpo.

La autora Liz Eckermann propone un análisis desde Foucault sobre el cuerpo y las subjetividades del género sobre la decisión de dejar de comer (1997). Menciona que

la persona que deja de comer está en un proceso de recreación o reinención de su cuerpo, más allá de simplemente modificarlo. La autora señala que esta reinención del cuerpo supone una contradicción: en primer lugar, uno fue víctima de la vigilancia y normalización del cuerpo por el discurso biomédico de salud, pero a la vez, la reinención del cuerpo devela la capacidad de agencia sobre este como demostración de independencia. La autora señala que también otra manera de objetivar el cuerpo era a través de la asimilación de un ideal de adelgazamiento. El caso de la anorexia podría ser esta una forma de responder hacia el cuerpo estigmatizado y calificado como aberrante al no encajar en lo impuesto y promovido por la sociedad.

Liz Frost (1997) señala que la medicina y psiquiatría ha catalogado la sensación de odiar el cuerpo como anormal y enferma. La autora critica que esto se ha hecho con poca reflexividad, ya que las mujeres se han visto constantemente expuestas hacia un descontento con el cuerpo por distintos factores. De esta manera, se puede ver que a través de las ciencias médicas resulta bastante complejo definir quién tiene o no anorexia y bulimia, ya que se han establecido características que muchas mujeres pueden experimentar en un marco social y cultural más amplio. La anorexia bajo los criterios actuales de diagnóstico, no es del todo sensible a la cultura actual donde muchas prácticas alimentarias ligadas a la delgadez como las dietas, ayunos, entre otras, son valoradas; pero que a su vez podrían ser patologizadas desde la biomedicina.

En el Perú, Liuba Kogan, en su artículo “La construcción de los cuerpos o los cuerpos del capitalismo tardío” (2003), realiza un análisis a los cuerpos vigoréticos, bulímicos y anoréxicos como un extremo en una escala donde el eje central es el ideal corporal de delgadez. El ejemplo de la anorexia le permite ver como los cuerpos son productores y transmisores de significados sociales desde la misma práctica de la alimentación. Es así como los desórdenes alimenticios pueden servir de material para una nueva forma de analizar la gestión y simbolismo del cuerpo.

1.3.3. La anorexia desde los estudios de género y feministas

Los estudios de la anorexia desde el enfoque de género han sido los que más han abordado el tema desde las ciencias sociales, sobre todo en Estados Unidos y Europa. El hecho de que sea evidente que la mayoría de diagnosticadas son mujeres jóvenes, llamó la atención de científicos sociales que analizaban el caso desde una mirada más social y cultural, dejando de lado la individuación del caso. Se mencionarán estudios que han partido desde la mirada de género o feminista; y que también representan los temas más tocados y relevantes sobre el estudio de la anorexia y bulimia.

Mabel García Arnaíz (2010) menciona que el enfoque de género sobre la anorexia y bulimia surgió en los ensayos críticos feministas con un enfoque estructuralista. En estos, a grandes rasgos se concibe a ambos trastornos alimenticios como consecuencia de “la posición desigual que ocupan las mujeres respecto a los

hombres en la estructura social” (2010: 79). Una de las autoras más importantes en los estudios de la anorexia desde la perspectiva de género es Susan Bordo. Ella señala que la anorexia es expresión de una cultura, más allá de ser una aberración o anomalía. Sin embargo, Bordo menciona que esta patología se ha diagnosticado y dado desde concepciones totalmente occidentales (2003: 142 y 143). También señala que no le parece extraño que la anorexia se encuentre más relacionada a un público femenino, ya que en nuestra sociedad la mujer está más preocupada por su cuerpo que los hombres y menos satisfecha con este.

Relacionado al tema de la tensión de la femineidad y la tensión con el cuerpo, Rosa Behar (2004) en su estudio en México, señala la influencia del rol de género en las personas que son diagnosticadas con anorexia y bulimia. Esta autora explica como la anorexia encaja y a la vez no en los patrones establecidos de la femineidad a lo que ella llama “aceptación confusa de la femineidad”. Mientras que la delgadez en el cuerpo femenino puede ser un atributo valorado, la “delgadez extrema” desde una mirada patológica no encaja en el típico estereotipo del rol femenino por la amenorrea, infertilidad que en conjunto conllevan a un rechazo de la idea de maternidad. Las mujeres que tienen anorexia y bulimia buscan la autonomía de su cuerpo a través de su modificación, evidenciando que pueden hacerlo llegar a la “perfección”. Frost (2001), por otro lado, analiza el fenómeno del culto al adelgazamiento resaltando su prevalencia en una etapa de vida: las adolescentes. Señala que las mujeres experimentan su cuerpo de manera distante, pero que paradójicamente estas han sido asociadas, a lo largo del tiempo, con el cuerpo automáticamente. La autora señala que las mujeres se han sentido disgustadas de su cuerpo a lo largo de distintas etapas de su vida, pero este disgusto surge sobre todo en la adolescencia, y es por esto que se centra en mujeres específicamente jóvenes. De esta manera, se resalta la importancia de estudiar también esta etapa de vida.

1.3.4. La anorexia desde los estudios de medios de comunicación e ideales de belleza

Los medios masivos de comunicación han sido vistos como un factor de gran importancia en el análisis de los desórdenes alimenticios por varios autores, ya que el boom de la globalización y la rápida tecnologización han ido de la mano con el aumento de desórdenes alimenticios. A través de los medios de comunicación uno puede observar la reproducción de los parámetros de belleza impuestos por la sociedad.

María Vanessa Carrillo (2001 y 2003) ha sido una de las autoras más populares que se ha dedicado a estudiar la relación y la influencia de los medios con la aparición y aumento de trastornos alimenticios. En el 2001 realiza un estudio sobre la influencia de la publicidad específicamente en la anorexia y bulimia. Según esta autora, se ha podido ver cómo los factores sociales de la anorexia plasmados en los medios de comunicación no han influenciado directamente en la decisión de adelgazar, pero los medios sí influyen a la cultura para poder crear los prototipos físicos relacionados con la belleza del cuerpo. Para ella si bien no es una causalidad directa a la anorexia,

los medios de comunicación influyen la sobreestimación de la imagen corporal. Esta autora también señala que a través de los medios de comunicación y la moda que se impone, se establece de esta manera una suerte de normalización a través de distintos elementos (como la ropa), la cual hay más diversidad en tallas más pequeñas.

1.3.5. El fenómeno Pro – Ana (Pro Anorexia) como materia de estudio

Siguiendo con el impacto y los estudios de los medios de comunicación, es importante mencionar el surgimiento de los portales web pro anorexia como materia de estudio. En estos últimos años, el internet se ha vuelto un lugar de acceso para muchas personas donde se contribuye y se consume información sobre bajar de peso desde distintos puntos de vista. En este marco, surgieron los entornos online Pro Anorexia que han llamado la atención del común de las personas y de los investigadores desde inicios del siglo XXI. Han sido estudiados por distintas disciplinas como la psicología, estudios de medios, pero debido a la interacción que se da entre las personas en estos entornos, ha llamado más la atención de los científicos sociales tal como los sociólogos y antropólogos.

Los investigadores que han desarrollado el tema definen al fenómeno Pro Ana como orientado a la no recuperación de la anorexia y bulimia, pero a la vez como redes de apoyo basándose en el soporte mutuo y cotidiano de perder peso, y en la actitud no juiciosa hacia los trastornos alimenticios (Giles, 2006). Boero y Pascoe (2012) señalan que el argumento que generalmente manejan los usuarios/as para explicar su comportamiento y condición, se caracteriza por tener una manera más positiva y con agencia sobre la anorexia y bulimia, rechazando la mirada patologizante del discurso biomédico. Adler (2008) alude que estos grupos de personas son estigmatizadas e asoladas en el contexto offline, y en estos entornos encuentran a otras personas que comparten sus mismas experiencias y prácticas.

Varios académicos han analizado e interpretado las páginas web Pro-Ana en tanto la existencia de prácticas ritualizadas como generadoras y reforzadoras de la identidad en los grupos. Existen miles de grupos online que no necesariamente se interrelacionan unas con otras, sin embargo, comparten las mismas prácticas o significados mediante un consenso tácito que se da por la proliferación y masividad que las plataformas digitales permiten, y la constante legitimización y aprobación por los mismos usuarios. Actualmente se encuentran presentes en distintos tipos de plataformas como boletines, sitios web estáticos, blogs, grupos secretos o privados en redes sociales, foros, entre otros (Boero y Pascoe, 2011). La carencia de datos que hay en torno a este fenómeno se debe a que el tema es censurado en distintas plataformas digitales por los servidores y denunciados por los mismos usuarios. En ese sentido, cabe resaltar que dentro de los mismos entornos online pro anorexia, usualmente no se hace uso de la palabra “anorexia”. Se le reemplaza por “Ana” y en el caso de la bulimia, por “Mía”.

1.3.6. La anorexia desde la antropología médica

Si bien varios antropólogos han realizado investigaciones conjugando el enfoque antropológico con los temas ya mencionados (género, cuerpo y medios de comunicación), en esta sección me gustaría resaltar por separado las características que han tenido los estudios etnográficos específicamente realizados desde la rama de la antropología médica. Esto se debe a que los investigadores que usan este enfoque han realizado críticas fundamentales a varios de los estudios pasados. Asimismo, cabe resaltar que la mayoría de estudios realizados sobre la anorexia en los temas ya mencionados, no han sido de carácter etnográfico. Por lo tanto, generalmente estos estudios se han enfocado en pocas aristas alrededor del tema sin recoger la experiencia subjetiva de una persona diagnosticada con anorexia y bulimia o que se identifica como tal. Asimismo, no se ha cuestionado anteriormente el abordaje biomédico y terapéutico sobre la anorexia, y cómo se ha configurado y tratado desde los espacios y prácticas médicas que también son partes de un contexto sociocultural.

Rebecca Lester (1997), una de las antropólogas que más ha desarrollado el tema, menciona que la gran mayoría de trabajos fuera del enfoque biomédico sobre la anorexia se caracterizan por tener un enfoque culturalista (Fabrega y Miller, 1995) o exclusivamente de género o cuerpo. De la misma manera, Gooldin (2008) menciona que se han dedicado a estudiar más a la anorexia como fenómeno que a las personas que tienen este padecimiento. Por ello, se resalta la importancia y necesidad de realizar etnografías sobre este tema. De la misma manera, Rebecca Lester (1997: 482) también critica el hecho de que la anorexia haya sido abordada muchas veces exclusivamente desde los estudios de cuerpo, ya que se tiene el prejuicio y morbo de la delgadez extrema. Aclara que no todos los casos llegan a la delgadez extrema y esto no quiere decir que estas personas no estén pasando por un padecimiento.

Unas de las pocas antropólogas hispanas y más reconocidas en el abordaje del tema han sido Mabel Gracia Arnaiz (2010 y 2014) y Eva Zafra (2010). Gran parte de sus obras a lo largo de su trayectoria académica ha sido dedicado al estudio de los trastornos alimenticios teniendo un punto de vista crítico sobre las categorías acuñadas por la biomedicina y haciendo hincapié en la importancia de indagar en el porqué de las prácticas alimentarias, y enlazarlo con el contexto sociocultural en el cual se encontraban enmarcados, resaltando el papel del género y cuerpo. Zafra, por su parte, resalta el cuestionamiento hacia los criterios de diagnóstico que se han establecido desde la biomedicina, ya que se puede caer en la patologización de conductas o prácticas alimentarias propias de una socialización de género que valora la delgadez y su cuidado en el cuerpo femenino sobre todo.

El abordaje etnográfico de la anorexia fue planteado por varios autores siguiendo la linealidad de recuperación de personas con anorexia en clínicas de salud mental (Axelsen, 2009; Garret, 1995; Shohet, 2007). En estos trabajos se asocia a la anorexia con distintas aristas como las ya mencionadas (cuerpo y género), pero también se trae a la discusión la relación de las personas con la comida, con su entorno

en general (el personal de salud y sus familiares) y con el discurso biomédico. Richard O'Connor y Penny Van Esterik (2014) señalan que la anorexia se encuentra en un agujero negro construido culturalmente. El discurso biomédico impuesto alrededor de la patología que muchas veces silencia los testimonios de las pacientes o hace que estas se rebelen en contra de este defendiendo su posición como anoréxicas. Los autores proponen que el punto de vista antropológico aporta en el conocimiento del contexto, diversidad en los casos y ofrece una mirada más amplia de lo que puede abarcar vivir con anorexia.

1.4. Marco Teórico: antropología médica, enfoque foucaultiano, enfoque de género y la antropología de los medios

El Marco Teórico de este trabajo de investigación ha tenido como punto de partida tres enfoques: el enfoque fenomenológico interpretativo de la antropología médica sobre las narrativas, salud y el cuerpo; el enfoque foucaultiano sobre el control del cuerpo; el enfoque de género y las relaciones de poder; y la antropología digital y de los medios. A lo largo del desarrollo del marco teórico, se verá como estos enfoques dialogan entre sí en torno a la construcción social sobre el cuerpo y también cabe resaltar que a lo largo de los capítulos se dialogará con otras perspectivas teóricas a la luz de los hallazgos de esta investigación.

1.4.1. Antropología Médica – Enfoque fenomenológico interpretativo

La antropología médica ha desarrollado una perspectiva propia para describir y analizar los procesos de salud, enfermedad y atención. Al tener la antropología como método de trabajo la etnografía que se basa en la descripción y comprensión de sus sujetos de estudio, se han podido evidenciar las distintas limitaciones que tiene la biomedicina (Menéndez, 2009). Para poder entender los conceptos que serán utilizados en esta investigación, mencionaré el enfoque teórico que enmarca esta investigación. En este caso, desde la antropología médica se decidió tener una mirada fenomenológica interpretativa. Becker (2004) señala que la fenomenología alude a entender la realidad a partir de las experiencias, en este caso serán las narrativas y prácticas relatadas y observadas. Arthur Kleinman (1978) menciona que la vivencia de la enfermedad como proceso fisiológico está mediada por la experiencia del ser humano y también por sus políticas de interpretación, ya que surgen significados creados en la enfermedad y los valores culturales le dan forma a la experiencia corporal de la enfermedad. Estas experiencias suelen ser fenómenos caóticos, dinámicos y ambiguos desde la persona.

Byron Good (1994) observa que usualmente se ha puesto como antagónico el reporte “objetivo” de la experiencia con la estructura narrativa que pueda tener una historia. Sin embargo, él propone que las historias sí pueden reportar la experiencia hasta cierto punto, ya que se asume la experiencia como cultural en tanto sensorial y afectiva, y también por encontrarse organizada en lenguajes y símbolos.

Salud y enfermedad

Annemarie Mol (2002) señala que los conceptos de salud y enfermedad forman parte del conocimiento incrustado en las personas. Estos conceptos no necesitan ser explícitos a través del habla de las personas, sino que también se encuentran presentes en esquemas no verbales y en contextos distintos. En ese sentido, los conceptos de salud y enfermedad acuñados por la biomedicina pueden ignorarse en estudios de ciencias sociales pero sí pertenecen a la realidad social de las personas (Mol, 2002). Turner (2000) sostiene que los conceptos de salud y enfermedad son tan importantes para los seres humanos debido a que expresan las suposiciones fundamentales sobre la vida y la muerte. Asimismo, ambos conceptos tienen como punto de partida la noción de "normalidad". Sin embargo, reconociendo todo lo que implica la noción de normalidad, Turner señala que estos conceptos suelen ser bastante fluidos y poco claros, donde muchas veces no hay consenso sobre estos.

Para poder entender más específicamente la experiencia de enfermedad, me gustaría resaltar las distintas interpretaciones que hace Kleinman (2000) sobre el concepto de enfermedad: en primer lugar, está enfermedad (disease) definida en tanto como anormalidad a nivel orgánico o físico. Generalmente es definida por la misma biomedicina y la interpretación se la dan los terapeutas. Por otro lado está la aflicción (illness) la cual responde a la experiencia subjetiva individual y socialmente estructurada a partir de su estado físico y mental. Finalmente está el padecimiento (sickness) que refiere al conjunto que engloba tanto la aflicción en tanto experiencia subjetiva, como la enfermedad concebida más desde su lado orgánico.

Sin embargo, Mol (2002) señala que la separación entre aflicción y enfermedad resulta poco útil ya que implica una diferenciación entre la supuesta "realidad" y la perspectiva de la persona. La experiencia subjetiva individual, como lo llama Kleinman, se ve entonces afectada también por el discurso biomédico y las prácticas médicas a las cuales se somete. En ese sentido el discurso biomédico es parte de los marcos interpretativos de la persona. Scheper-Hughes y Lock (1987) resaltan el impacto que tiene lo que se considera como saludable o enfermo desde la sociedad hacia el cuerpo, de tal manera que la sociedad tiene una idea utópica sobre lo saludable, mientras que la enfermedad representa ambigüedades y hostilidades. En el caso de la anorexia y bulimia podemos ver las tensiones sobre lo considerado como saludable y enfermo parten de la misma persona al estar enmarcados en un contexto sociocultural en el que es valorado ser delgado o el cuidado en torno a ello; pero a su vez puede ser patologizado de llegar al "extremo".

Kleinman señala que la experiencia de padecimiento muestra la negociación de su diagnóstico, cómo este puede transformarse en el tiempo y cómo hay algunos padecimientos que demandan más negociación entre el paciente, terapeuta y familiares. Esta negociación consta en las incoherencias que pueden presentarse entre lo que el paciente dice sentir respecto a su aflicción, mientras que el terapeuta puede interpretarlo de otra manera. En el caso de la anorexia y bulimia, la negociación no solo

está en el diagnóstico, sino en la misma patologización, ya que en la mayoría de casos se ha visto la resistencia en aceptar que se tiene una condición que está dañando su bienestar físico.

Becker sostiene que cuando el cuerpo tiene una enfermedad, la sensación del cuerpo como un todo se desintegra y los individuos tienen problemas para recrear la sensación de una continuidad corporal y recuperar el significado de la vida. Angus y Mio (2011) refieren que cuando el individuo experimenta el choque de estas dos experiencias vistas como completamente distintas (el bienestar y la enfermedad), experimenta una sensación de confusión. Angus y Mio señalan que al ser una persona catalogada o reconocida como enferma, surge una sensación de incoherencia al asumir una actitud reflexiva y cuestionarse porqué a ese individuo le ha tocado vivir esa experiencia. Aquí podríamos rescatar la necesidad de usar narrativas para poder rescatar esta experiencia subjetiva y reflexiva que puede ser solo contada a través de una historia.

Cabe resaltar que en el caso de la salud mental, la conceptualización de la salud y enfermedad resulta más ambigua. Foucault (2007) en el “Nacimiento de la Clínica” señala que la definición de locura (como “enfermedad”) develaba las intenciones de las instituciones y el gobierno frente a los más desfavorecidos. La locura representaba un discurso regulatorio para manejar una población bastante grande. Turner (2000) menciona que a través de Foucault, podemos ver cómo el hecho de catalogar a alguien como enfermo responde a un proceso de regulatorio ante los individuos que presenten comportamientos desviados. Es por ello, que antes de asumir a la salud y enfermedad cómo conceptos cerrados propuestos por el discurso biomédico, en esta investigación resulta interesante ver cómo se reconstruyen estos conceptos al no estar inmediatamente claros y ser fluidos entre sí.

Estigma

Si bien este concepto no es parte de mis preguntas de investigación propuestas, es importante definirlo en tanto que permite comprender la problematización del tema y será útil como parte de mi marco analítico para comprender las respuestas a la mirada patologizadora del discurso biomédico. Siguiendo la teoría de Goffman (1970), el estigma se construye a través de las interacciones que se dan entre las personas y el concepto ha estado muy presente en las investigaciones sobre salud y enfermedad. “Estigma” alude a cualquier tipo de condición o comportamiento que es simbólicamente marcado como “culturalmente inaceptable o inferior” teniendo como consecuencia sentimientos de vergüenza y culpa. Un atributo físico o moral puede reducir a una persona como desgraciada, ya que desvían la conceptualización de normalidad en un grupo. Chang y Bazarova (2015) señalan que la anorexia se encuentra estigmatizada al ser parte del grupo de enfermedades mentales, y hay una percepción negativa de la sociedad hacia ellas; y también por la conducta de dejar de comer voluntariamente, entre otras prácticas alimentarias consideradas como “anormales”.

A lo largo de la tesis se verá que el diagnóstico puede ser problemático y también invisibiliza un malestar enmarcado en un contexto sociocultural que tiene ciertas demandas sobre el cuerpo femenino. La patologización y medicalización de un malestar puede conllevar a un estigma por la etiqueta de “enfermedad”. Arthur Kleinman y Seeman (2000) por ejemplo, señalan que muchas veces suele ser indistinguible el sufrimiento que hay en la persona por su propia condición y aflicción, o por el estigma que rodea las interacciones que se dan con otras personas. En ese sentido, las narrativas pueden recoger los sentimientos de culpa o vergüenza por razones estigmatizadas.

Narrativas

Las narrativas son relatos que representan y organizan acontecimientos dando un orden culturalmente significativo y coherente a las experiencias vividas por las personas (Good, 1994). Todo padecimiento demanda un proceso narrativo, en tanto que se necesita darle sentido a un problema de salud para poder comprenderlo mejor debido a la incertidumbre que genera (Kleinmann, 1988), o también para poder comunicárselo a los demás (terapeutas, familiares, etc.). En ese sentido, para el narrador, elaborar una narrativa sobre su experiencia con trastornos alimenticios, supone reflexividad sobre su propia condición en la cual el narrador le irá dando forma a su experiencia al contarla. La contingencia o causalidad en tanto que el narrador va armando una trama para poder contar su experiencia y así darle sentido, se vuelve una característica de gran importancia de las narrativas. Las relaciones de poder y género también pueden ser rastreadas en la estructura de la historia contada. De esta manera se devela cómo una aflicción no se trata de una condición exclusivamente individual, sino que también se encuentra enmarcada en un contexto sociocultural (Good, 1994). Charles Briggs (1996) ha sido uno de los autores que más ha rescatado la visibilización de la autoridad y poder en las narrativas. Asimismo, a través de las narrativas se puede ver qué tan naturalizados están algunos discursos de poder.

Al armar una trama que implica coherencia para el propio narrador, la temporalidad en las narrativas también es de gran importancia (Charon, 2006). Las narrativas se encuentran enmarcadas en una temporalidad y contexto en específico en donde hay una secuencia y progresión propia de la experiencia de cada individuo, en donde pueden haber cambiado sus significados y perspectivas en torno a determinados acontecimientos. Byron Good (1994) señala que a través de estas narrativas es posible hallar referencias al pasado así como la proyección al futuro que tiene el sujeto de estudio. En ese sentido, las narrativas permiten la subjetividad y la apertura al cambio. En segundo lugar, está la singularidad de una narrativa, en tanto inconmensurable y único a la subjetividad de un individuo (Charon, 2006). Se trata de rastrear episodios específicos en la vida de una persona y enlazarla con su historia general así como el contexto que las rodea (Good: 136). Charon menciona que los significados se generan cuando una persona intenta articular su propia historia son únicos (1996: 65).

Cheryl Mattingley (1998) señala que el sufrimiento humano, tanto físico como emocional, tiene la necesidad humana de expresarse de manera narrativa. Las personas tratan de entender y explicar cómo el padecimiento hace que sus vidas pasen de lo ordinario a lo extraordinario. A través del concepto de narrativas clínicas (1998: 15-16), Mattingley señala que la narrativa también tiene un rol terapéutico. Ella sostiene que el proceso de tratamiento hace que tanto pacientes como terapeutas razonen bajo un modo narrativo, en tanto que el terapeuta debe guiar particularmente a cada paciente narrando cómo es su presente, el diagnóstico, y dónde se ubicará este en el futuro (1998: 72-74). En esta investigación se resalta la importancia de recoger las narrativas de los propios terapeutas ya que ellos también representan la aflicción de sus pacientes de una manera distinta y también manejan un imaginario sobre la persona con anorexia y bulimia que parte de la biomedicina; y esto influye en el tratamiento y por consiguiente en las narrativas de mis casos principales. Gracia Arnaiz (2014) señala la importancia de contrastar las visiones de los profesionales de salud con pacientes o ex pacientes, ya que de esta manera se evidenciaría las limitaciones del modelo biomédico para abordar los trastornos alimenticios.

Embodiment: el cuerpo como sujeto y objeto de la cultura

La experiencia de salud, enfermedad, o las ambigüedades en ambos significantes, son también experiencias corporales, pero van más allá de lo orgánico y biológico (Scheper-Hughes y Lock, 1987). La idea del “embodiment”, traducéndose como “corporalizado” explica cómo las personas experimentan el mundo desde su propio cuerpo. Es decir, el cuerpo no solo es un campo de significados o valores sociales como sostenía Douglas (1970). A partir de Csordas (1990) también podemos entender al cuerpo como socialmente activo, en tanto fuente de subjetividad y como sujeto de experimentación. En ese sentido, el cuerpo es capaz de participar en la creación de significados sociales (Reischer y Koo, 2004: 307). Para poder entender el paradigma del embodiment, me voy a remitir a 3 autores en los cuales Csordas (1990) se ve influenciado: Merleau Ponty (1985), Mauss (1985) y Bourdieu (1977).

En primer lugar Mauss (1985) es uno de los primeros autores en rescatar cómo la sociedad le enseña a usar el cuerpo a las personas. Esto es importante de resaltar, ya que muchas de las acciones que ejercemos desde nuestro cuerpo son vistas como completamente naturales, o en todo caso como si estuviéramos predispuestos a actuar de esta manera. Mauss introduce el concepto de “habitus” señalando que hace referencia a la palabra a hábito como aquella habilidad o facultad adquirida. Al ser el cuerpo ese objeto donde se insertan los conocimientos y técnicas, Mauss señala que el cuerpo es el primero y más natural instrumento del hombre. Bourdieu (1977) reconceptualiza el habitus para poder entender las prácticas corporales. Bourdieu señala que el habitus es definido como una forma de “naturalizar” la historia, define a las prácticas individuales y a su vez se encuentra en el marco de lo social mediante el aprendizaje y observación. Asimismo señala que a través del habitus también hay una capacidad de generar variaciones.

La teoría de embodiment desde Csordas, también recoge lo desarrollado por Merleau Ponty (1985) sobre la fenomenología de la percepción. Y para poder entender a Ponty, también es necesario señalar cómo todos estos autores rompen con la idea del dualismo cartesiano. La lógica del dualismo cartesiano, basándose en la dicotomía de cuerpo y mente, entiende a las aficciones humanas ya sea como orgánicas o como mentales (Scheper Hughes y Lock, 1987: 9), de tal manera que se entiende a la mente como pensante, mientras que el cuerpo es solo materia. A diferencia de esto, Merleau Ponty (1985) propone una mirada corporalizada y consciente. La percepción es la manera en cómo el mundo nos es revelado y a su vez hay una tensión que resiste a que nosotros impongamos nuestro propio orden, es decir cómo nos conectamos con el mundo y entre las personas. Estas conexiones tienen significados y también son corporalizadas de tal manera que definimos nuestro ser en el mundo. En resumen, se puede decir que la percepción es básicamente cómo nos relacionamos con el mundo (Crossley: 134).

A través del enfoque del embodiment, se deja de estudiar al cuerpo separado de la mente, el sujeto es un sujeto encarnado o corporizado; y también se reconoce la agencia del cuerpo en tanto es fuente de subjetividad y los sujetos experimentan y están en el mundo con el cuerpo. En ese sentido, veremos cómo las informantes desde su experiencia corporizada producen significados en torno a la delgadez, salud y enfermedad; y cómo de acuerdo a ello, deciden adoptar prácticas alimentarias y purgativas como estrategias de modificación del cuerpo.

1.4.2. Enfoque foucaultiano

El enfoque foucaultiano ha causado un gran impacto en las ciencias sociales, y sobre todo en la antropología y sociología médica, ya que tiene como tesis central analizar los mecanismos de poder sobre el cuerpo a través de su disciplinamiento y la vigilancia, para los cuales la biomedicina es parte importante del poder-saber. Es importante rescatar las nociones de biopoder y biopolítica acuñadas por Michel Foucault al analizar y cuestionar el rol de la biomedicina, ya que el biopoder (2012) nos remite a entender cómo se ejerce poder sobre el cuerpo a través del de control, vigilancia y disciplinamiento que pueden ser ejercidos por uno mismo o por otros; y la biopolítica es una forma de biopoder vinculados al control de la población en términos más globales.

En ese sentido, en esta sección se explicará en primero lugar qué se está entendiendo como discurso biomédico. Luego, se va a explicar cómo se está entendiendo el concepto de medicalización, ya que en este caso en específico, más allá de entender como un proceso lineal como parte del proceso de recuperación o tratamiento de una persona con trastornos alimenticios, la medicalización se da de forma constante a lo largo del desenvolvimiento de las informantes principales en distintas etapas de su vida. Por último, se desarrollará el concepto del control del cuerpo.

Discurso biomédico

Foucault señala que los discursos son grupos de declaraciones (statements) que constriñen todo lo que podemos saber. Sin embargo, aclara que con declaraciones no solo se refiere a aquellas que son puramente lingüísticas y se encuentran enmarcadas en condiciones históricas. McHoul y Grace (1995: 46) señalan que en la teoría foucaultiana, el discurso finalmente es lo que constriñe y permite la escritura, habla y pensar en lineamientos históricos en específico. En “La Arqueología del Saber” (2002) Foucault señala que los discursos son conocimientos, y estos agrupados en disciplinas, las cuales su principal foco son las ciencias humanas. En ese sentido, los discursos al constituirse en disciplinas tienen tres componentes de estudio: los objetos, la metodología (como tratar al objeto) y opciones teóricas, donde se manejan diferentes hipótesis para explicar un fenómeno y en consenso se debe decidir cuál tiene más peso que otra. Foucault señala que el lenguaje de la biomedicina es producido a través del discurso, creando sus propios objetos de análisis y categorías biomédicas como paciente, enfermedad y la clínica.

Sin embargo, Foucault (2013) menciona que el discurso se define también por su formación, transformación y correlación con otros discursos (u objetos, o conceptos). McHoul y Grace señalan que los de los discursos pueden surgir sus propias derivaciones y se pueden rastrear las mutaciones de este. Desde la perspectiva de Foucault, cabe resaltar que el carácter del concepto de discurso es aceptar que no hay uno más valioso que otro. El hecho de que uno se vuelva más importante que el otro está estrechamente relacionado con el poder. Ayora (2007) señala que Michel Foucault nos lleva a analizar cómo el discurso y el control social se institucionalizan a través de la consolidación de distintas disciplinas. En ese sentido, la salud pública se ha vuelto en una de las formas discursivas con más influencia para generar estrategias de control social y discursos que legitiman estructuras de poder, como lo vemos en el concepto de biopolítica.

Medicalización

La medicalización ha sido un concepto acuñado desde la sociología médica, partiendo de la idea de la institucionalización de la medicina en la época moderna (Lock, 2004: 116). Desde la antropología médica, se define como el proceso de hacer algo “médico”. Esto quiere decir extender la explicación biomédica a fenómenos que inicialmente no eran vistos como fenómenos médicos, y esto conlleva a la regulación de la vida cotidiana (Ember y Ember, 2003). El hecho de comprender ciertos comportamientos bajo la jurisdicción biomédica implica también el proceso de patologización, que es la catalogación y reconocimiento de ciertos comportamientos como “enfermedad” (Singer, 2004: 28). Bajo este enfoque, el concepto de medicalización no solo sirve para describir el proceso de cómo un fenómeno es puesto bajo el enfoque biomédico, sino también expresar como se generan las relaciones basadas en la hegemonía y subalternidad de ciertos grupos dentro de este proceso (Menéndez, 2009).

Deborah Lupton (1997) señala que el enfoque foucaultiano aporta en gran medida la comprensión del poder en relación a los conocimientos y prácticas biomédicas. Si bien Foucault no hace uso del concepto de medicalización explícitamente, Lupton menciona que a través de sus obras se puede ver cómo las vidas de las personas son experimentadas y entendidas desde los discursos y prácticas de la medicina (1997: 94). Foucault (2007) señala que a lo largo de varios paradigmas médicos, se han impuesto sistemas de conocimiento relacionados a prácticas que se experimentan en los cuerpos. A través de la conceptualización de gubernamentalidad en "Vigilar y Castigar" (2005) y de biopolítica en "Nacimiento de la Biopolítica" (2012) es que se resalta a la medicina como reguladora del bienestar y los comportamientos de una población. Menéndez (2009) señala que cuando un fenómeno se vuelve objeto de estudio de la biomedicina y epidemiología, una de las funciones de la medicalización es la a-historicidad. Esto quiere decir, comprender a un fenómeno como natural y totalmente biológico, dejando de lado el contexto sociocultural que lo rodea. Este mirada ahistórica es la que muchas veces hacen ver a los pacientes como culpables de su propia condición. Mabel Gracia Arnaíz (2010) señala que el proceso de medicalización de la alimentación ha llevado a establecer patrones sobre la normalidad dietética y corporal y a partir de ello definir lo que son las patologías alimentarias.

Sin embargo, también cabe mencionar algunas críticas que han surgido con el enfoque de la medicalización, ya que estas limitaciones se están tomando en cuenta en esta investigación. Deborah Lupton señala que este concepto hace que los pacientes parezcan actores totalmente pasivos, desesperanzados y sin ningún tipo de agencia sobre su condición. En este caso precisamente se verá que sí es posible la respuesta y resistencia al discurso biomédico y al proceso medicalizador/patologizante, ya que en todo el proceso de diagnóstico hay una tensión al estar calificando como "no saludable" prácticas alimentarias o conductas que conllevan a atributo valorado social y culturalmente como lo es la delgadez. Asimismo, otra crítica que resalta Lupton (1997) es que tampoco se ha rescatado mucho el valor le adjudican las personas a la recuperación de una aflicción y el alivio del dolor a través de la medicina occidental. Los trastornos alimenticios han sido definidos por la medicina occidental y su tratamiento también ha sido propuesto por esta. Si bien puede haber una crítica bastante importante a cómo las instituciones de salud mental han abordado el tratamiento a los trastornos alimenticios, la acción de "recuperarse" tiene un gran significado para una persona, como también lo es el reconocimiento de un malestar y sufrimiento en una persona.

Control del cuerpo

Si bien la medicalización se trata de una forma de controlar el cuerpo bajo la jurisdicción biomédica, decidí explicar primero el concepto en términos generales y en esta sección ahondar a otras prácticas culturales ligadas al control del cuerpo. El cuerpo y su relación con la biomedicina se volvió objeto de estudio de Michel Foucault en Vigilar y Castigar (2005) y posteriormente fue más profundizado en Historia de la

Sexualidad (2003). El acercamiento a la comprensión del cuerpo desde Foucault supone concebirlo no como materialidad a-histórica (Stolcke, 2010: 12). El cuerpo se constituye como un “sitio” donde los discursos e imaginarios son articulados con estructuras de significación y poder.

Foucault en “Vigilar y Castigar” (2005) señala que a diferencia de otros momentos de la historia, a partir del siglo XX, los sujetos pueden hacerse cargo del propio disciplinamiento y control de su cuerpo. El cuerpo fue vehículo de la imposición de fuerzas económicas, políticas y sociales de otros individuos y también puede transformarse en la resistencia de esas fuerzas (Comaroff, 1985). En ese sentido, el cuerpo “deja de lado la visión victimista y pasiva para asumir su capacidad de crear propuestas alternativas que intenten responder una situación de desventaja social” (Gracia, 2010: 82). Ayora (2007) señala que una forma en la que el individuo se apropia del discurso biomédico es justamente llevándolo a la práctica donde se pueden ver las instituciones que necesitan controlar activamente el cuerpo. Por ejemplo, las autoridades sanitarias reglamentan los modos de vida y promocionan la normalización del apetito y de esta manera controlar el cuerpo. En ese sentido, para responder al discurso biomédico es necesario conocerlo o haber sido parte de alguna práctica que lo englobara. Sin embargo, cabe resaltar que el control del cuerpo como resistencia a ciertos discursos (la delgadez o la biomedicina), no deja de estar relacionado a estos, ya que son parte de los propios marcos interpretativos de la persona.

1.4.3. Estudios de género

Luego de haber introducido el enfoque fenomenológico interpretativo de la antropología médica y el enfoque foucaultiano, es pertinente relacionar ambas corrientes teóricas con los estudios de género. Como se ha señalado en la introducción de esta investigación, no es posible ignorar que hay una gran prevalencia de los diagnósticos de anorexia y bulimia en mujeres, y por ello también se decidió estudiar este fenómeno desde los testimonios y experiencias de mujeres jóvenes.

Uno de los grandes aportes de la teoría feminista es resaltar la importancia de la experiencia de las mujeres en la cotidianidad como un recurso empírico para producir investigaciones con un enfoque de género (Harding, 1987). En ese sentido, la presencia de un enfoque de género en esta investigación implica reconocer las relaciones de poder en las cuales se encuentran enmarcadas sus experiencias personales y la construcción del cuerpo como femenino bajo estas relaciones de poder.

Género y relaciones de poder

Desde la teoría posmoderna y postestructuralista, rescato el debate sobre las diferencias entre sexo y género que señala Judith Butler (1990) en “El Género en Disputa”. La autora señala que a lo largo de la historia, ambos conceptos se han concebido como separados, siendo el sexo el concepto ligado a lo anatómico y biológico, mientras que el género estaba ligado con lo cultural. Sin embargo, ella

propone que ambos son construidos cultural, histórica y espacialmente; e incluso que no hay diferencias entre ambos conceptos, ya que de por sí, el sexo es una categoría en cuyo marco interpretativo está presente el género. Esto quiere decir, que la naturalización de un sexo, por ejemplo, el ser mujer, denota al género como un “medio discursivo y cultural” (1990: 56) y como entendemos el “ser mujer” desde lo anatómico está sujeto a interpretaciones culturales donde el género está presente (Lamas, 2002).

Joan Scott (1986) en su argumentación sobre por qué el género es importante como categoría de análisis en la historia, humanidades y ciencias sociales, señala que la palabra “género” implica necesariamente aspectos relaciones sobre cómo se ha definido normativamente la femineidad. La autora señala que “el género es una forma primaria de poder”, junto con otras categorías como clase, raza, etnicidad, entre otros. Para Scott, el género es un elemento que constituye las relaciones sociales, basadas en las diferencias entre los sexos y esto se puede ver en tres ámbitos: en primer lugar, se encuentran los símbolos culturales que evocan representaciones múltiples y a veces contradictorias de lo femenino y lo masculino. Luego está el ámbito normativo desde doctrinas educativas, religiosas, científicas que definen y limitan los significados sobre lo masculino y femenino. Por último, están las instituciones y organizaciones sociales que establecen nociones políticas y de referencia sobre la masculinidad y femineidad, como el sistema de parentesco, mercado laboral, entre otros. Scott resalta la importancia de que estos tres ámbitos de la consolidación de las diferencias sexuales a través de relaciones de poder se dan de manera conjunta.

Esta conceptualización de Scott sobre el género en función a relaciones de poder es de gran importancia para esta investigación, ya que rescata cómo estas relaciones a lo largo de la historia configuran el género femenino y masculino; y también cómo se da una internalización del rol de género desde distintos ámbitos simbólicos, normativos e institucionales.

Cuerpo femenino

¿Por qué es importante estudiar el cuerpo en tanto femenino? Judith Butler (1996) señala que adoptar un género, no es un acto desencarnado, es decir sin cuerpo. En ese sentido, para Butler, el género es una forma de organizar las normas culturales pasadas y futuras, situarse en estas normas y a su vez es una forma de vivir en el propio cuerpo (1996: 308). El cuerpo femenino ha sido particularmente objeto de atención y apropiación para la ciencia (Ayora, 2007: 94) y también desde otros discursos de género, asociándolo con los ideales de belleza y prácticas alimentarias. Para poder comprender la importancia del abordaje del cuerpo femenino y su respectiva subordinación y control; es importante rescatar el cuestionamiento que se ha hecho desde la antropología médica y la teoría feminista a los dualismos cartesianos (modernos y occidentales) de cuerpo/mente y su relación con la dicotomía naturaleza/cultura. Rubin (1986) señala que la mujer ha estado ligada a su cuerpo por su capacidad reproductiva, y por consiguiente a la naturaleza. En ese sentido, la reproducción humana en tanto natural, ha sido concebida como universal e inmutable

(Ortner, 1979). Asimismo, desde un enfoque histórico, el pensamiento moderno occidental consolidó nociones negativas sobre la mujer y lo corporal, ya que eran vistos como alejados al conocimiento al estar ligado a lo carnal, sexual y al deseo (Bordo, 2003).

La antropóloga Marta Lamas deconstruye el discurso biologicista sobre la diferencia sexual de las mujeres en tanto su capacidad reproductiva, señalando que este ha servido para naturalizar distintas maneras de subordinación y determinadas valoraciones sobre lo masculino y femenino. Lamas señala que la diferencia que estamos entendiendo como biológica se interpreta culturalmente como una diferencia sustantiva que determina el destino de las personas (2002: 25). De Barbieri (1993: 29) señala que esta subordinación es una cuestión de poder que no se ubica exclusivamente en aparatos burocráticos y estatales, sino que es un poder múltiple ubicado en actores o componentes que no parecen ser figuras de autoridad, es decir en la cotidianidad misma de la persona y en distintas esferas. En ese sentido, veremos en esta investigación cómo el cuerpo femenino no solo está sujeto al control a través discursos institucionalizados como la biomedicina, sino también a través de sus relaciones con otros actores presentes en su cotidianidad.

La biomedicina a lo largo de la historia occidental y como se vio en el concepto de biopolítica y biopoder de Foucault, ha sido un discurso que ha permitido manejar y controlar los cuerpos. Verena Stolcke (2010) señala que la medicina reproductiva ha puesto en manifiesto la mirada dualista del cuerpo y mente, asociando a las mujeres a su cuerpo predominantemente. De esta manera, vemos que en el caso de la anorexia y bulimia, esta mirada dualista se extiende al ser el cuerpo femenino sujeto de control a través de la patologización y medicalización por su delgadez extrema o prácticas alimentarias consideradas anormales, a pesar de encontrarse en un contexto sociocultural donde se refuerce esto.

En ese sentido, existen prácticas culturales que convergen con el discurso biomédico para el control del cuerpo en tanto femenino (Bordo, 2003). Los dispositivos de poder también se insertan en los valores estéticos del cuerpo, así como prácticas alimentarias deseadas, reforzadas por los medios masivos de comunicación (Sossa, 2011). Actualmente, el ideal de belleza es la delgadez (Bordo, 2003), y como ya se mencionó en la conceptualización de medicalización, la delgadez también se ha convertido en un atributo positivo desde el discurso biomédico, sobre todo en la mujer. Zafra (2010) señala que a partir de un proceso de socialización diferenciado por el género, las mujeres desde adolescentes son instauradas a un autocontrol en la ingesta de alimentos al estar asociado a la valoración de la delgadez, la evasión de engordar y por estar ligado a la delicadeza como atributo femenino. Sin embargo, como señala Butler (1990) cabe resaltar que al reconocer el género y sexo en el cuerpo, como categorías construidas cultural y socialmente, no implica reconocer a un sujeto únicamente pasivo, sino que hay posibilidad de agencia.

1.4.3. Antropología digital y de los medios

Bajtín (2000) señala que la comunicación y los medios no son campos de consensos, sino una lucha constante “de imposiciones simbólicas y funcionamientos discursivos del poder” que tiene efectos performativos sobre otras esfera de la sociedad y subjetividad (Da Porta, 2014). En ese sentido, Hall (2003) menciona que los medios y tecnologías de la comunicación se naturalizan fácilmente, y se enlazados a la vida cotidiana de las personas, donde se normalizan relaciones de poder y discursos hegemónicos. En ese sentido, una aproximación al estudio de medios desde la antropología es necesaria, ya que ofrece poder analizar la experiencia de las personas y su relación con los medios; y ver cómo se construyen significados a través de sus narrativas.

En esta investigación en específica, se debe hacer un especial énfasis en los medios de comunicación digitales y online. La rama de la antropología digital tiene sus cimientos y orígenes en la antropología de los medios, y también en el giro posmoderno que se dio en la antropología a través de la discusión de la etnografía multisituada (Marcus, 1995). En ese sentido, Horst y Miller (2012) señalan que una de las premisas de la antropología digital es cuestionar el discurso romantizado de la antropología que presupone una autenticidad mayor a la realidad predigital. Este campo se genera como oposición a los enfoques han supuesto que lo digital es menos humano, menos auténtico por estar más involucrado con los medios de comunicación. El estudio de “lo digital” propone nuevas oportunidad para entender como los seres humanos producen significados en nuevos contextos (2012: 4).

Subjetividades mediatizadas

Verón (2001) llama semiosis de mediatización a las distintas producciones de sentido que se desarrollan a partir de la presencia de los medios. Da Porta (2014) señala que “la mediatización supone un proceso de reestructuración de procesos semióticos en marcos contextuales híbridos y complejos en las cuales están presentes lógicas de poder y regímenes de saber hegemónicos”. En ese sentido, es muy importante reconocer que el contenido de los medios al cual las personas están expuestas no es neutral y evidencia el poder y el punto de vista de élites políticas y económicas que operan a través de los medios (Gamson et al, 1992). La reproducción de cánones de belleza occidentales es un claro ejemplo de esto. Sin embargo, cabe resaltar que en la actual era digital, la producción de información se encuentra mucho más democratizada, de tal manera que se pueden también visualizar discursos de resistencia. Sin embargo, los marcos interpretativos de los productores de este tipo de conocimiento no dejan de estar influenciados por un contexto mayor. La búsqueda de dietas calificadas de extremas, o consejos para vomitar en páginas pro anorexia podrían darse como parte del contacto con discursos de resistencia al discurso biomédico; sin embargo no deja de estar influenciado por las exigencias sociales de la delgadez en el cuerpo femenino.

Luego de definir “mediatización”, en el campo del estudio de medios, se señala que la experiencia es aquella que construye subjetividades en las personas, en el proceso de ubicarse en un contexto en concreto y de la misma manera ofrece una manera de percibir este contexto (De Lauretis, 1992). La subjetivación tiene distintos ejes, en las que la tecnología es uno de ellos a tomar en cuenta. Los sujetos se transforman al entrar en relación con las tecnologías y de la misma manera se transforma la realidad social, los espacios y la misma manera de percibir y vivir una experiencia (Da Porta, 2014). Asimismo, Braidotti (2004) señala que la dimensión tecnológica de la producción subjetiva se da tomando en cuenta que la tecnología “es un aparato simbólico, es decir, un agente semiótico y social”. Da Porta (2014) también señala que la vinculación con lo tecnología, en tanto incorporación, no es totalmente predecible. Los dispositivos y discursos producidos en los medios tienen a veces usos prescritos, pero siempre hay la posibilidad de nuevos usos no planificados. En ese sentido, cabe resaltar que si bien los medios nos modelan, también los sujetos modelan a estos.

Fernández (2013) rescata la idea del sujeto activo frente a sus prácticas comunicacionales y en los diversos contextos donde estos se dan. Señala que vale la pena rescatar los procesos de dominación presente en los medios, pero también la negociación que opera en las experiencias de recepción. Sin embargo, cabe resaltar que sus prácticas de recepción y consumo depende de su posicionamiento en contextos sociales e institucionales del sujeto. En ese sentido, la subjetividad mediatizada también se da por las condiciones que los sujetos establecen en su cotidianidad, sus discursos y prácticas (2013:19) (García Canclini, 1995).

Prácticas mediáticas: Accesibilidad y búsqueda de información

Brauchler y Postill (2010: 18) definen a las prácticas mediáticas como la forma en la que las personas usan los medios sobre todo para mantener un sentido ontológico de seguridad en el mundo actual, en la que no hay certezas y pocas cosas son predecibles. Si bien ambos autores señalan que estas prácticas mediáticas pueden darse en distintos contextos, para fines de esta investigación quería enfocarme en los medios (interactivos) digitales. Los ‘practicantes’ incorporan saberes (know-how), autodisciplinamiento y compromiso a las reglas de juego dependiendo del campo en el que se estén moviendo. En ese sentido, me voy a enfocar las prácticas mediáticas en función a la accesibilidad y búsqueda de información en entornos online en función a la construcción de significados en torno a la salud y cuerpo, así como parte de la acción de explicar y dar sentido a su experiencia (ej.- búsqueda de la anorexia y bulimia en Internet).

Walther et al (2011) señalan que actualmente en la era digital, una amplia gama de información está disponible. En ese sentido, los medios masivos tradicionales y las mismas relaciones interpersonales se configuran como menos accesibles en tanto que no poseen toda la información que ahora está disponible en internet. Para Walther et al (2011) la “credibilidad” (de acuerdo a la persona) y la confianza de una fuente de

información ya no son criterios de selección. Los buscadores disponibles en internet son creados para satisfacer tendencias de búsqueda información, de tal manera que buscadores como Google ordenan sus resultados de búsqueda por “relevancia” en función a las tendencias, sin tomar en cuenta las fuentes (Pan et al, 2007). La recepción de información y el posterior conocimiento que se maneja sobre un tema, depende de una plataforma de búsqueda en función a las tendencias, y estas últimas están sujetas a discursos que se encuentran enmarcados en contextos socioculturales.

En esta investigación, se tienen como sujetos de estudio mujeres jóvenes que han estado en contacto con medios de comunicación para construir sus significados en torno al cuerpo y a la salud. En ese sentido, cabe resaltar que las jóvenes pueden tanto crear su propio contenido online como consumirlo, pero esto no quiere decir que hay un conocimiento intrínseco o que haya una mirada crítica sobre lo que consumen (Boyd, 2014). Sin embargo hay que resaltar que detrás de las lógicas de consumo y búsqueda de información hay lógicas internas que responden a marcos interpretativos propios y discursos contextualizados socioculturalmente.

El acceso a determinada información también está estrechamente ligado a la relación con los pares, sobre todo como impulso para buscar información que quizás no pueda ser hallada en relaciones interpersonales. De la misma manera, Walther et al (2011) señalan que las discusiones en chats o blogs también son fuentes de información a pesar remitirse a opiniones, narrativas y testimonios. Esto se debe a que estos pares no solo se convierten en pares, sino son vistos como uno mismo en tema de intereses, y por mantener perspectivas o experiencias compartida. Esto hace que la información se vuelva confiable y legitimada para estas personas. Esto es importante señalar, ya que al acceder a las páginas pro anorexia que fomentan dietas consideradas extremas por el discurso biomédico, vómitos y una mirada despatologizante hacia la anorexia y bulimia; no se accede al discurso hegemónico sobre lo que se conciben como trastornos alimenticios, sino hay una inclinación a acceder a personas que comparten sus experiencias. Esto está ligado al estigma que rodea el tema, ya que es difícil de ser discutido públicamente.

1.5. Aspectos metodológicos: selección de informantes y lugares, técnicas de recojo de información y consideraciones éticas³

Esta investigación propone una metodología cualitativa con enfoque etnográfico. Como fuentes de información primarias serían las mujeres jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia; y también los terapeutas, las terapias y los entornos online. Como fuente de información secundaria a los subtemas en general se realizarán también revisiones bibliográficas que complementen el análisis de la información recogida. En

³ En el Anexo 1, se podrán ver la lista de informantes, lugares y fuentes en general con las respectivas técnicas que se utilizaron para recoger la información.

ese sentido se procederá a justificar los criterios de selección tanto para los lugares de investigación como de los sujetos de estudio; y también para las técnicas de recojo de información.

1.5.1. Selección de informantes y lugares

Lugares y fuentes de investigación

a) Clínica Privada especializada en trastornos alimenticios en Lima Metropolitana y sus respectivas terapias

Al haberme planteado como informantes principales “mujeres diagnosticadas con anorexia y bulimia”, me pareció pertinente buscar algún centro que me pueda permitir observar y analizar la práctica médica terapéutica y que también este sea un punto en común de mis informantes. Luego de haber visitado varios establecimientos de salud mental tanto públicos como privados para poder gestionar mi acceso formalmente, la Clínica X especializada en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres se mostró interesada en mi investigación por el enfoque antropológico y etnográfico. Mi propuesta de investigación (problematización, metodología, cronograma y consideraciones éticas) tuvo un proceso de evaluación por el staff de la clínica y posteriormente fue aceptada. En el marco de mi ingreso a campo, también expuse al personal de salud los objetivos de mi investigación y parte de mi marco teórico para que puedan entender la perspectiva antropológica.

Cabe resaltar que la Clínica X tiene dos sedes y programas: Lima Campestre (internamiento de pacientes) y Lima Sur (Clínica de Día). Por el permiso gestionado con el centro, mis visitas fueron diarias a ambas sedes alternando según la programación de los días para poder ver la diversidad de terapias y también cómo cambiaban según el tipo de programa, ya sea internamiento y/o Clínica de Día. Se observaron las terapias, actividad, interacción entre pacientes y terapeutas; y la cotidianidad de ambos programas.

b) Medios de comunicación: páginas web Pro Anorexia y programas de televisión

Parte de las narrativas y prácticas de las personas diagnosticadas con anorexia y bulimia se ve influenciada por su contacto con medios de comunicación como páginas web y la televisión para buscar información para bajar más de peso, o hacer un primer diagnóstico o entrar a páginas pro anorexia para encontrar testimonios de otras personas motivadas con seguir bajando de peso. El contenido compartido en las páginas webs y entornos online pro anorexia es de gran importancia, ya que influyen la construcción de significados en torno a al cuerpo y a la salud. Es necesario realizar observación no participante a las páginas webs y programas de televisión que estas personas accedieron y a las temáticas con las cuales estuvieron en contacto como parte de la triangulación de información entre lo relatado y lo observado.

En ese sentido, se eligieron las dos páginas (de formato blog) Pro Anorexia de idioma castellano más visitadas entre los años 2013 y 2016, ya que las informantes

señalaron no haber tenido un criterio de búsqueda. En estas páginas se han observado las frases, imágenes, cantidad de visitas, herramientas (entradas más populares, encuestas, calculadoras de calorías o IMC, tablas de peso y tallas) que están a la vista, ya que todas las informantes entrevistadas señalaron no haberse involucrado mucho con otros usuarios, sino para consultar información. Esto se contrastará con los motivos por los cuales las informantes señalaron haber accedido a estas páginas.

Asimismo, también se decidió analizar dos episodios en torno a la anorexia y bulimia del programa de televisión “Lo que llamamos las mujeres”, ya que la mayoría de informantes señalaron haber hecho sus primeros diagnósticos al ver este programa. Las informantes no recordaban los nombres de los episodios que vieron; en ese sentido, yo elegí los episodios que más se asemejaban a lo que ellas me contaron que habían visto.

Sujetos de estudio

a) 6 Mujeres jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia

Al estar presente en distintos estudios y estadísticas mundiales la prevalencia de anorexia y bulimia en mujeres jóvenes, se decidió que estas características iban a tener mis sujetos de estudio para asegurar la viabilidad del tema y el acceso a informantes. Si bien el acceso al centro me fue garantizado por el personal de salud de la Clínica X se tomó en cuenta que la selección de mis casos específicos iba a ser a mi propio criterio por conveniencia (con recomendación de los terapeutas) de aquellas jóvenes dispuestas a participar en mi estudio y a contar su experiencia voluntariamente. La voluntariedad es un elemento muy importante, ya que además de estar respetando la integridad de mi sujeto de estudio, el deseo de participar también me permitió ver una posición reflexiva y crítica sobre su experiencia. Asimismo, también se tuvo dos informantes contactadas con anticipación que no se encontraban vinculadas a la Clínica X, siendo 6 casos en total.

Se interactué con las jóvenes los primeros días, en las que me introduje como estudiante de Antropología, les informé sobre mi estudio, y conforme pasaron los días, algunas se acercaron voluntariamente a pedirme que haga sus historias de vida o en algunos casos pregunté si deseaban participar a lo cual aceptaron cómodamente. Los casos seleccionados se veían muy entusiastas de contar su experiencia y reflexiones en torno al tema lo cual facilitó el desarrollo de mi trabajo de campo. Cabe resaltar, que al finalizar las historias de vida, mis propios sujetos de estudio me propusieron hacer líneas de tiempo para que podamos visualizar juntas los distintos hitos, recuerdos y sensaciones que fueron importantes para ellas a lo largo de su vida y cómo esto se relacionaba a su diagnóstico actual de anorexia y bulimia. El rango de edad establecido fue de 17 a 24 años, y en el caso de menores de edad se pidió un asentimiento informado a los padres.

b) Terapeutas y personal de salud especializados en trastornos alimenticios

Como parte de mis objetivos de investigación, era de gran importancia poder ver las narrativas presentes en los terapeutas y terapias, ya que estas forman parte de la propia experiencia de las mujeres jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia. Asimismo, es interesante ver los significados en torno a la salud, enfermedad, anorexia y bulimia que subyacen a un discurso biomédico que los terapeutas manejan, ya que estos tienen un gran impacto en los mis casos principales.

Cabe resaltar, que si bien hay un discurso biomédico general, y también uno propio de la clínica y el establecimiento que pertenece, cada terapeuta tiene matices en sus narrativas y por eso es importante entrevistar diversos terapeutas de la clínica y fuera de ella tomando en cuenta sus cargos y funciones. Se están realizando entrevistas a terapeutas, enfermera y nutricionista, y también se están tomando en cuenta conversaciones informales con las técnicas e internas de psicología de la Clínica X como fuentes primarias, y también a especialistas en trastornos alimenticios que trabajan en el sector público y en el sector académico como fuentes secundarias.

1.5.2. Técnicas de recojo de información

a) Historias de vida: Para poder recoger la experiencia subjetiva de sus vivencias, las historias de vida resultan ser un método cualitativo estratégico y eficaz en tanto que aborda las distintas etapas de vida de una persona desde su propia narrativa y permite ver cómo el sujeto de estudio le da sentido a su diagnóstico a través de recuerdos e hitos, en el cual se ha encontrado enmarcado en un contexto sociocultural. Asimismo, las historias de vida también nos permiten ver desde la misma posición reflexiva del sujeto de estudio, y cómo los significados en torno al cuerpo y a la salud han ido cambiando de acuerdo al contexto en la que se encontraban y actores con los cuales interactuaban. Se realizarán entrevistas a profundidad y como producto final de mis propios sujetos de estudio, se han realizado líneas de tiempo en las que identificaron recuerdos importantes (ya sea “buenos” o “malos” desde su punto de vista), recuerdos que estén ligados al desarrollo de la anorexia y bulimia; y las sensaciones que experimentaron en los momentos mencionados.

b) Entrevistas a profundidad: Para poder completar las historias de vida, se realizaron al menos 4 entrevistas por cada caso, de tal manera que nos permitió indagar en distintas etapas de su vida, como en las opiniones y perspectivas que pueda tener sobre diversos temas relacionados a la anorexia y bulimia. Asimismo, esta cantidad de entrevistas se planteó debido a que el tema resulta bastante delicado y se buscaba garantizar la comodidad del entrevistado y también llegar a aumentar el nivel de confianza a lo largo de las entrevistas.

c) Entrevistas semi estructuradas: Fueron aplicadas exclusivamente al personal de salud (tanto los terapeutas del centro, como especialistas de otros centros) debido a la falta de tiempo que ellos tenían. Se hicieron preguntas precisas en torno al tema con la posibilidad de explicarse o reformular preguntas.

d) Conversaciones informales: Se mantuvieron con casi todo el personal de salud (terapeutas, técnicas, enfermera, nutricionista, internas de psicología) en distintas ocasiones como con mis informantes principales, ya que era parte de la convivencia cotidiana en el centro.

e) Observación no participante: Se realizaron visitas diarias durante dos meses y medio al centro, alternando la sede de Lima Campestre (internamiento) con la de Lima Sur (Clínica de Día) para recoger distintas dinámicas asociados a los distintos estados de recuperación. Se pudo ver todas las terapias grupales que ofrecían el programa, actividades y eventos por días especiales (Día de la Amistad, Día de la Mujer, entre otros), y la interacción cotidiana entre los pacientes, terapeutas y el personal de salud en general. Esto me permitirá también triangular lo observado desde mi perspectiva con el relato tanto de los terapeutas como de las mujeres diagnosticadas.

f) Focus Group: En el marco de la Semana de la Mujer (por el 8 de Marzo), el centro me dio un espacio para poder realizar un focus group con la pacientes sobre el significado de ser mujer y la construcción social del cuerpo femenino, temas que correspondían a los objetivos de mi investigación. Este focus group fue aplicado tanto a la sede de Lima Campestre (internamiento) como Lima Sur (Clínica de Día).

g) Observación no participante a medios (páginas web y programas de televisión): Como parte de responder a mi segunda subpregunta de investigación y al recoger la importancia que tenían los medios en las narrativas de los casos principales, se decidieron observar páginas web Pro Anorexia (las de mayor relevancia de acuerdo a Google) y programas de televisión indicados a través de los cuales la mayoría de las informantes se enteraron qué era anorexia y bulimia como patologías.

1.5.3. Consideraciones éticas

En este proyecto de investigación, se están cumpliendo los cinco principios éticos (responsabilidad, integridad científica, justicia, beneficencia y respeto por las personas) señalados en el reglamento del Comité de Ética de Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú ya que mi propuesta contempló la interacción y trabajo con seres humanos. Se aplicó un formato de consentimiento informado a todas las informantes, previa aprobación del estudio por las clínicas donde se les contactó. Además, siempre se contó con la asesoría y apoyo de los terapeutas para poder elegir a mis informantes considerando su estabilidad y para poder abordarlos de la manera más adecuada y respetuosa posible.

Antes de comenzar el trabajo de campo, se respetó todos los protocolos de la institución a la que iba a acceder. Se comunicó con anticipación y debidamente la formulación de la investigación, los objetivos, el cronograma para dos meses y medio de trabajo de campo, la metodología y las consideraciones éticas. De esta manera, la institución a la que acudí aprobó mi ingreso luego de una evaluación de mi protocolo y consideraciones éticas con todo su equipo presente, el cual está compuesto por la directora del centro, psicólogos, psiquiatras, enfermera, nutricionista, y técnicas.

Tomando en cuenta el respeto por mis informantes, se garantizó su participación absolutamente voluntaria a través de un consentimiento informado escrito donde se exponía los objetivos de investigación y mi compromiso de devolución de información con ellas. A pesar de haber varias pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia en el centro, luego de haber interactuado con todas las pacientes en general, solo se trabajó con aquellas que aceptaron personalmente ser parte de la investigación o incluso pidieron serlo. Cabe mencionar que siempre se contó con la asesoría y apoyo de los terapeutas para poder elegir a mis informantes considerando su estabilidad y para poder abordarlos de la manera más adecuada y respetuosa posible. Solo se grabaron las entrevistas en las que los sujetos de estudio dieron su autorización y se sentían cómodos. A la vez, se evitó que el personal de la clínica influyera de alguna manera en la aceptación de la entrevista.

De la misma manera, se les garantizó confidencialidad a las informantes; y también se les mencionó que en la versión escrita de esta tesis pasará por un proceso de anonimización y se cambiará cualquier dato que las identifique. De la misma manera, al ser este un tema muy delicado debido a los recuerdos que puede evocar, se tuvo mucho cuidado y empatía en el desarrollo de las entrevistas garantizando constantemente la comodidad y bienestar del informante. En ese sentido, se les reiteró constantemente que podían discontinuar una entrevista o su participación si no se sentían cómodas durante la conversación. Es por ello que fue necesario realizar varias entrevistas para cada historia de vida.

Asimismo, cabe resaltar la beneficencia de esta investigación en tanto que tiene como compromiso ético poder aportar académicamente y desde una perspectiva cualitativa y etnográfica a la prevención de los trastornos alimenticios y también a una mayor discusión sobre la salud mental en la agenda de la salud pública del Perú, tomando en cuenta la narrativa de las personas que han pasado por esta experiencia. Como investigadora responsable, se garantizó tanto a la institución con la que se trabajó, como a todos los informantes principales la devolución de la información recogida tanto a través de una exposición de la versión final escrita de mi tesis.

1.6. Balance acerca del trabajo de campo y el acercamiento etnográfico

El trabajo de campo se llevó a cabo desde la primera semana de Febrero 2017 hasta mediados de Abril de 2017. A fines del 2016, había contactado y visitado la mayoría de centros de salud mental privados y públicos en Lima que tratan casos de anorexia y bulimia. Luego de que varias clínicas hayan negado mi ingreso como investigadora, la Clínica X se mostró abierta desde el primer contacto a que yo realice entrevistas a pacientes como a terapeutas, y que también pueda asistir regularmente a observar las terapias y la cotidianidad del centro. Este centro que me invitó a su sede de internamiento en Lima Campestre para que pueda conocer a todo el personal, conocer las reglas del lugar, entregar mi cronograma de visitas y también yo obtener el horario de las terapias.

A partir de esta primera visita y presentación, las terapeutas se mostraron bastante abiertas conmigo e incluso me sugirieron que también vaya a la sede de Clínica de Día y ambulatorio en Lima Sur para que pueda ver a pacientes en otras etapas del tratamiento. Incluso, me sugirieron que haga un Focus Group con las pacientes y que les avise para que puedan hacer un espacio para esto. Asimismo, en mis primeros días de visita a ambas sedes, hice una presentación sobre mi proyecto de tesis para que el personal de salud tenga en cuenta los objetivos y metodología de mi investigación. De la misma manera, me introduje a todas las pacientes en mi segunda visita, comentándoles sobre mi estadía en el centro, los propósitos de mi investigación y que deseaba interactuar con ellas sin juzgarlas y conocer sus historias de vidas.

En primer lugar, yo quería familiarizarme con una de las sedes y también ganar la confianza de las pacientes, entonces la mayoría de días de Febrero, asistí a la sede de Lima Campestre. En ambas sedes, las pacientes casi todas mujeres se encontraban divididas en cuatro grupos de diagnósticos: TCA (trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia), TLP (trastorno de personalidad límite), adicciones y esquizofrenia. Se dio más énfasis en la interacción con las pacientes de TCA. Los terapeutas me dieron sugerencias sobre cómo y con quién interactuar de las pacientes con TCA. Sin embargo, mi interacción con las pacientes se dio enteramente bajo la voluntariedad de ellas y según la confianza que se iba desarrollando. Alternando con los días que no iba a Lima Campestre, empecé a ir también a la sede de Lima Sur. Mis estadías en el centro eran casi de todo el día, abarcando todas las terapias que ellas tenían y los espacios de descanso. Fue así como poco a poco algunas de las pacientes se fueron acercando a conversar conmigo, y posteriormente les pedí si deseaban participar en mi investigación. Incluso, algunas de ellas, me pidieron desde un inicio que las entrevisté. Llegué a establecer muy buenas relaciones con ellas, realizando un promedio de 4 entrevistas por cada caso siempre garantizando su comodidad y como sugerencia de ellas, hicimos una línea de tiempo para visualizar todo lo relatado.

De la misma manera, mi interacción con los terapeutas (psicólogos, internas de psicología, técnicas, enfermera y nutricionista) fue reforzándose con el paso de los días y especialmente en los momentos que compartíamos el almuerzo. Poco a poco también tuvieron la confianza de contarme anécdotas importantes que hayan pasado en el centro. Asimismo, también hice un énfasis en observar terapias relacionadas a los temas de cuerpo o nutrición que se trataban sobre todo en Arteterapia y Taller de Nutrición. Sin embargo, también poco a poco me di cuenta que el resto de terapias también tenían información relevante a mi investigación.

Como parte de la confianza que se fue estableciendo, las terapeutas me invitaron a que participe activamente en dos fechas importantes para el centro: Día de la Amistad y Día de la Mujer. En esos días, las actividades fueron extraordinarias y de total relevancia para mi investigación, y especialmente en el Día de la Mujer, pude realizar los Focus Groups. También como parte de mis visitas diarias, pude ver incluso el "ritual" de las altas terapéuticas y administrativas que constituían un momento muy

emotivo para las pacientes al ver como una de sus compañeras se iba del centro. Asimismo, también realice observación en la terapia para padres, en la cual fui bienvenida al haber sido introducida hacia ellos como investigadora por las mismas terapeutas.

Paralelamente, también fui a otros centros de salud mental públicos y privados, para ampliar mi investigación sobre el discurso biomédico sobre la anorexia y bulimia desde otros psicólogos y psiquiatras. En dos de estos centros (uno público y otro privado), si bien me negaron el contacto con pacientes, los terapeutas aceptaron ser entrevistados. En un tercer centro (Clínica Z) que tenía dos sedes en Lima Sur y Lima Centro, se aceptó mi presencia solo en la sede de Lima Centro como observadora en terapias familiares, más no mi interacción con pacientes. Sin embargo, solo asistí a dos terapias familiares, ya que pude percatarme de la evidente incomodidad de los padres por ser yo una desconocida. De la misma manera, realicé entrevistas a 2 especialistas en anorexia y bulimia desde un campo más académico.

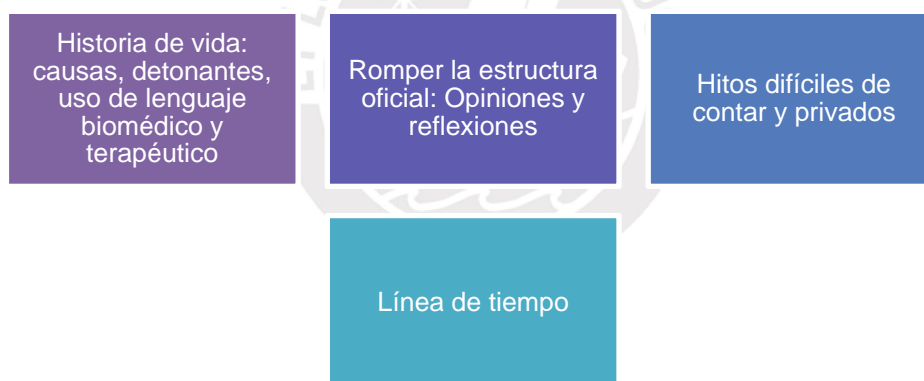
Junto a los 4 casos que pude obtener de la Clínica X, como parte de mi búsqueda inicial a través de contactos personales, 2 mujeres jóvenes se mostraron interesadas en participar en mi investigación. A pesar de no pertenecer al centro, me pareció importante también recoger su punto de vista si estaban voluntariamente dispuestas a contarla. Una de ellas había sido paciente en el centro Clínica Z, y otra de ellas no había recibido tratamiento médico pero se autodiagnosticaba con bulimia. Al no estar internadas, podía interactuar en espacios cotidianos para ellas e incluso acompañarlas en su día a día. Es por ello, que resultaba bastante interesante recoger su punto de vista. Cabe mencionar, que un hecho completamente inesperado en el trabajo de campo, fueron las semanas que se dieron los huaycos por el Fenómeno del Niño, y el corte de agua y luz. Las jóvenes que estaban internadas en la Clínica X en Lima Campestre, fueron reubicadas a la sede de Lima Sur. Esto significó un momento bastante caótico y difícil para el centro en el que mostré mi apoyo, pero también pude observar varios detalles que salieron a la luz en momentos de crisis sobre las mismas pacientes y su interacción con los familiares que estaban lejos.

Paralelamente, también fui analizando varias fuentes mediáticas que mis casos fueron mencionando. No todos mis casos interactuaron con las páginas Pro Ana y Pro Mía, pero la mayoría sí tuvo su primer contacto con los temas de anorexia y bulimia con programas de televisión para poder comprender y dar sentido a su experiencia. En ese sentido, reformulé mis objetivos de investigación, siendo los medios un sub objetivo de este proyecto, y ya no parte central de este. En resumen, puedo decir que el trabajo de campo y el recojo de datos han sido experiencias enriquecedoras y reveladoras en distintos aspectos, tanto en lo académico como en lo personal. Fue un proceso de cuestionamiento de diversos presupuestos teóricos desde la misma antropología, recoger la complejidad y diversidad de las historias de vivir con anorexia y bulimia enmarcándose en un contexto sociocultural, y tener una mirada crítica sobre el abordaje terapéutico a estos casos.

CAPÍTULO II: LAS HISTORIAS DE LOS CASOS REPRESENTATIVOS

2.1. El ejercicio de contar una historia y dar sentido a una experiencia

Previo a contar las historias de cada uno de los casos tomando en cuenta los hitos más importantes para ellas, voy a aclarar el proceso por el cual cada una de mis informantes fue desarrollando su historia a través de varias entrevistas. En ese sentido, el contenido de las historias no solo es importante, sino también la misma estructuración de esta y la importancia que se le dio a determinados hechos sobre otros. En el siguiente gráfico, se ha hecho un reencuentro sobre cómo se fueron desarrollando las entrevistas (en la mayoría de los casos fueron 4) de acuerdo a la confianza que se iba dando, y también a las preguntas que se fueron reformulando. Asimismo, se resalta el orden en el que generalmente se fueron mencionando temas en específico. Esto no es una generalización de las entrevistas, ya que cada una de ellas tuvieron sus particularidades y no se dio de una manera exclusivamente lineal (sobre todo en el orden varió en las opiniones y reflexiones, y posteriormente en contar los hitos difíciles y privados); sin embargo, en todos los casos la historia de vida estructurada se mencionó al inicio y al final se concluyó con la línea de tiempo. Cabe resaltar, que las opiniones y reflexiones, fueron transversales a todas las entrevistas generalmente a partir de la segunda entrevista.



Fuente: Gráfico propio

En la primera entrevista, la mayoría de las informantes contó su historia de una manera bastante estructurada y clara, identificando causas, detonantes e incluso usando lenguaje biomédico y terapéutico. Se evidenciaba que la mayoría de las informantes ya habían tenido contacto con personal de salud e incluso ya habían contado o repasado la historia varias veces. Había una ausencia clara de titubeos, silencios o ejercicios de “hacer memoria”. Además tenían muy claro “cómo empezó todo”, es decir, algún hecho que desencadenó luego la primera vez en la que devolvieron la comida, el primer atracón o cómo decidieron dejar de comer de a pocos. Asimismo, al iniciar la entrevista, sin necesidad de yo preguntarles, siempre se remontaban a su niñez y a la relación con sus padres, haciendo especial énfasis en la madre. Esto hacía evidente que la historia ya había sido discutida previamente con sus terapeutas, por la familiaridad con el discurso biomédico para comprender un “trastorno

de salud mental” remontando sus causas al pasado, o probablemente ellas la han repasado internamente en varias ocasiones para darle sentido a su experiencia. Incluso, desde una mirada medicalizadora, tenían un análisis presente sobre la actitud de sus padres, incluso identificando patologías en ellos.

Para la segunda entrevista, tomando en cuenta la historia relatada en la primera entrevista, decidí reformular varias preguntas preguntándoles el “por qué” de varios sucesos, sus opiniones o reflexiones. Esto en muchos casos hizo que las informantes no tengan respuestas inmediatas o que piensen más sus respuestas. Estas entrevistas fueron bastante enriquecedoras ya que incluso reflexionaron sobre la figura de la mujer en los TCA, el control del cuerpo en distintos aspectos de su vida, e incluso cuestionaron las terapias, reglas y vigilancia impuestas por el tratamiento terapéutico. Asimismo, cabe resaltar que a partir de esta entrevista, todos mis casos tuvieron la confianza para contarme que consultaron con páginas web pro anorexia y otros medios para poder bajar de peso, o para poder comprender su experiencia. En la primera entrevista, muchas de ellas no recordaban si habían interactuado con medios, o incluso algunas lo negaron.

Entre la segunda y tercera entrevista, al ya tener más confianza conmigo, las informantes empezaron a contarme hitos que ellas consideraban privados, difíciles de contar o que incluso aún no habían mencionado a sus terapeutas porque no lo recordaban o les daba vergüenza. El hecho de tener una historia tan estructurada como lo fue en la primera entrevista, podía causar la invisibilización de otros temas que podían ser relevantes para poder comprender su historia y que ellas mismas consideraron que le daban sentido a su experiencia. En estas entrevistas generalmente ya se hacía mención a abusos sexuales, autolesiones e incluso momentos que ellas consideraron de extremos como la cantidad de veces que llegaron a vomitar, las primeras veces que fueron internadas por algún tipo de descompensación o el conflicto que tuvieron con sus padres por no comer o devolver la comida. Asimismo, algunas informantes empezaron a traer fotos suyas de ellas en distintas etapas de su vida resaltando los cambios que se dieron en su cuerpo.

En la última entrevista (en algunos casos la 4ta y en otros, la 5ta) se elaboró una línea de tiempo con las informantes. La línea de tiempo partió como iniciativa de alguna de mis informantes, en las que se decidió mencionar los hechos más importantes a lo largo de su vida y que ellas consideraran que estaban vinculados a su diagnóstico actual. Este ejercicio, en algunas informantes se hizo dialogando a la vez, mientras ellas me iban explicando cada hecho que escribían, o en algunos casos, ellas pedían hacerlo a parte y luego exponer la línea de tiempo explicando lo que habían escrito. Al poder visualizar todos los hechos en conjunto, muchas de las informantes se sorprendían de la cantidad de tiempo que había abarcado su “experiencia” o cómo cronológicamente se fueron desarrollando algunos acontecimientos. Asimismo, al ser esta la entrevista final, se conversó sobre el tema bastante discutido que es el debate entre la “recuperación” o el hecho de vivir con una condición de por vida.

Es por esto, que la triangulación de información recogida en la historias de vidas con la observación a terapias, cotidianidad y medios que consumieron resulta de gran importancia. En sus narrativas personales y prácticas relatadas y observadas se puede ver la presencia del discurso biomédico, pero también algunas experiencias y hechos que la biomedicina no puede explicar o que las informantes encuentren en otros discursos una explicación. Asimismo, cabe resaltar que los encuentros donde se dieron las entrevistas, fueron bastante largos llegando a durar como mínimo 2 horas. Esto se debía a que también dialogaba con las informantes de sus temas de interés, o su cotidianidad. Esto sirvió para establecer un lazo de confianza con ellas para tocar temas delicados, pero también para poder analizar sus relatos no estructurados en torno al cuerpo y salud. Asimismo, en el caso de los 4 chicas que estaban en el centro, se tuvo también conversaciones informales como parte de la cotidianidad de estar en el centro.

2.2. Los casos

Para introducir la historia de cada uno de los casos, en la siguiente tabla se muestra los datos generales de cada una de las informantes. Asimismo, en los siguientes capítulos (4, 5 y 6) se darán datos más detallados sobre las historias que se señalaran como parte de un análisis transversal que busca responder a las preguntas de investigación.

INFORMANTE	Edad	Residencia	Ocupación	Educación	Diagnóstico	Tratamiento actual
Andrea	24	Huamanga, Ayacucho	Ninguna	Superior incompleta	Bulimia y TLP (antes anorexia)	Clínica X (3er internamiento)
Vanessa	18	San Juan de Miraflores, Lima	Ninguna	Secundaria completa	Bulimia (antes anorexia)	Clínica X (internamiento)
Sandra	17	San Gerónimo, Cusco	Estudiante de ingeniería ambiental	Secundaria completa	Anorexia y bulimia	Clínica X (internamiento)
Jessica	24	San Juan de Miraflores, Lima	Profesora de educación inicial	Superior completa	Bulimia (antes anorexia)	Clínica X (clínica de día, antes internamiento)
Bianca	20	La Molina, Lima	Estudiante de educación	Superior incompleta	Anorexia (antes bulimia)	Psicólogo particular (antes internamiento)
Lorena	23	Miraflores, Lima	Estudiante de comunicaciones	Superior incompleta	Bulimia	Ninguno

Fuente: Tabla propia

En primer lugar, un punto a mencionar son los diagnósticos que tenían las informantes cuando las conocí y lo que decían en torno a ello. Las informantes que habían pasado por un entorno terapéutico y específicamente internamiento, tenían claro lo que era la anorexia, bulimia y sus respectivas diferencias en función a sintomatologías desde la nosología psiquiátrica. Es por ello, que Andrea, Vanessa, Jessica y Bianca señalaban tener una de ellas en la actualidad y haber tenido otra

anteriormente, distinguiendo la bulimia de la anorexia principalmente por el tema de los “atracones” de comida. Sandra por ejemplo señalaba tener ambas. Mientras que Lorena, al no haber pasado por un diagnóstico de un terapeuta o psiquiatra, señalaba tener bulimia por la presencia de vómitos, más no menciona a lo largo de sus experiencias a haber comido grandes cantidades de comida como el resto de informantes. Cabe resaltar, que el hecho de que las informantes hagan distinciones en sus diagnósticos, no variaba o afectaba sus reflexiones en torno a los significados del cuerpo femenino, delgadez o a la salud, ya que al fin y al cabo anorexia y bulimia eran vistas en conjunto como trastornos alimenticios. Asimismo, Andrea, era la única informante que tenía otro diagnóstico además de la anorexia y bulimia, que es el Trastorno de Personalidad Límite (TLP). Sin embargo, ella recalca que este era un diagnóstico reciente y que lo estaba tratando de comprender y aceptar como parte de ella. En ese sentido, para el análisis de la tesis sobre el cuerpo femenino y salud, esta comorbilidad no significó mayor variación.

Se puede ver en la tabla que hay una evidente diversidad de casos en tanto a su procedencia socioeconómica y edades; sin embargo, explicaré de manera tentativa los patrones que se pueden visualizar en tanto a NSE. Lorena y Bianca mencionaron sus centros educativos respectivos donde cursaron primaria, secundaria y educación superior; y también varios viajes al extranjero a lo largo de su vida. Esto implicaba cierto poder adquisitivo por parte de sus familias, ubicándose en un nivel socioeconómico medio alto – alto. En el caso de Andrea, si bien no se encuentra estudiando actualmente, a lo largo de su vida mencionó haber estudiado por temporadas en varias universidades privadas de la capital que también implicaban un ingreso mínimo familiar que la ubicaba en un nivel socioeconómico medio – medio alto.

En los casos de Vanessa y Jessica, tienen padres que se dedican al comercio en mercados mayoristas y ambas estudiaron en colegios privados. Vanessa no se encuentra estudiando, pero mencionó reiteradas veces que sus padres están dispuestos a pagarle por su educación superior sin problema alguno, y Jessica terminó su carrera en una universidad privada. Sin embargo, sí mencionaron haber tenido problemas económicos en algunas etapas de su vida. Tentativamente, se podrían encontrar en un NSE medio. Por último, Sandra, cuyos padres también son comerciantes, mencionó haber pasado por problemas socioeconómicos más graves a lo largo de su vida, pero cabe mencionar que se toma en cuenta el hecho de que todas aquellas que están internadas en la Clínica X se encuentran un monto de mil soles mensuales aproximadamente. Esto evidenciaría que Sandra como mínimo se encontraría ubicada en un NSE medio bajo.

En la siguiente tabla, detallo los distintos tipos de terapia biomédicas a las cuales las informantes acudieron. Debido a que no pude acceder a algún registro o historia clínica y verificar si había una trayectoria detallada con los tiempos de duración de cada terapia, lo señalado en la terapia se basa en sus propios recuerdos, en los cuales no mencionaban duración de meses o semanas de manera exacta. Cabe

resaltar, que para los objetivos de esta tesis, lo que más me interesaba como investigadora eran los distintos tipos de espacios o terapias con los cuales había interactuado. Asimismo, en algunos casos se ve el mismo tipo de terapia o lugar repetidos consecutivamente, esto quiere decir que hubo una pausa entre las terapias (se retiraron voluntariamente o por sus familiares, o se escaparon) y volvieron nuevamente al mismo lugar o luego acudieron a otro lugar. Esto se explicará mejor en la historia de cada caso.

Reconstrucción de entornos terapéuticos biomédicos acudidos hasta abril de 2017

INFORMANTE	Terapia 1	Terapia 2	Terapia 3	Terapia 4	Terapia 5
Andrea	Psicólogo particular	Clínica X (internamiento)	Clínica Z (internamiento)	Clínica X (internamiento)	Clínica X (internamiento)
Vanessa	Psicólogo particular	Hospital A (internamiento)	Hospital A (atención ambulatoria – emergencias)	Clínica X (internamiento)	
Sandra	Psicólogo y psiquiatra particular	Clínica X (internamiento)			
Jessica	Psicólogo particular	Psicólogo particular	Clínica X (ambulatorio)	Clínica X (internamiento)	Clínica X (Clínica de Día)
Bianca	Psicólogo particular	Clínica Z (internamiento)	Psicólogo particular		
Lorena	Psicólogo particular (no relacionado a TCA)				

Fuente: Elaboración propia

Otro punto a considerar sobre las 6 participantes de este estudio, es que la mayoría de ellas, a excepción de una informante, pasaron por internamiento o por algún tratamiento que implicó no estar viviendo en sus casas por un tiempo. Andrea, Vanessa, Sandra y Jessica han estado internadas en la Clínica X en el momento que se realizó el trabajo de campo. Sin embargo, Jessica pasó a la modalidad “Clínica de Día”, días antes que la conociera en el trabajo de campo. Asimismo, Bianca y Lorena estuvieron internadas en la Clínica Z, cuyo tratamiento si bien no implicaba quedarse en el centro terapéutico, vivían en casas de otras pacientes como un intercambio de familias⁴. En ese sentido, casi todas las informantes tenían algo en común que era el internamiento y espacios terapéuticos comunes en el pasado. Una excepción a todo esto, fue el caso de Lorena, que ella no fue tratada terapéuticamente ni en un contexto biomédico sobre lo que ella identifica como bulimia. Su historia se explicará más adelante, pero cabe resaltar que su caso resultaba interesante incorporarlo al estudio, ya que si bien no llegó a manifestar sensaciones o signos de malestar que la llevaron a

⁴ Esto será ampliado en la sección 3.2. “Clínica Z”, en el Capítulo III: LOS ESPACIOS TERAPÉUTICOS Y EL DISCURSO BIOMÉDICO

internarse o buscar ayuda terapéutica, sus experiencias resultaban bastante comunes al resto de informantes.

2.2.1. Andrea

La primera vez que vi a Andrea fue el primer día que fui a la Clínica X. La vi corriendo en círculos en el jardín de La Clínica X como si estuviera entrenando. Posteriormente empezó a golpear una pelota con bastante fuerza. Le pregunté al resto de pacientes de la clínica qué actividad estaba realizando ella, y me dijeron que era una manera de desfogarse y evitar una crisis. Al día siguiente, Andrea se le veía mucho más tranquila y con disposición a conversar. Me acerqué a ella preguntándole su edad y sobre sus intereses; y ella me llevó a un cuarto aparte porque deseaba contarme a detalle su historia.

Andrea tiene 24 años recién cumplidos y este es su tercer internamiento en La Clínica X por diagnóstico de bulimia y trastorno de personalidad límite. Nació en Ica, pero ha vivido una gran parte de su vida en Huamanga, Ayacucho, y en algunas temporadas también en Lima para estudiar o acudir a centros de salud mental. Una de las primeras cosas que me mencionó cuando le pregunté sobre ella, es que se ha cambiado varias veces de carrera y universidad, pero le gustaría estudiar masoterapia una vez que salga de alta. Resalta que le gusta mucho estar internada en la Clínica X, pero poco a poco tiene que aprender a desligarse del centro y valerse por sí misma. Sus padres (madre y pareja que llama papá) viven en Huamanga y no la van a visitar muy seguido, pero su hermano menor que estudia en Lima, sí. De acuerdo a ella, su tía es la que más la apoya en todo este proceso, ya que su mamá ha dejado de creer en los tratamientos por la cantidad de veces que ha estado internada y los distintos centros que ha visitado.

En su relato, Andrea menciona varios recuerdos de su niñez y etapa escolar. Recuerda haber visto y ser víctima de distintos episodios de violencia física y psicológica por parte de su padre biológico en su infancia temprana. Vio golpear a su padre en muchas oportunidades a su madre, y también haber sido golpeada por él por cualquier motivo. Incluso describe que los golpes los sentía "sádicos". Cuando vivió con sus abuelos la violencia física paró y se sintió en paz, sin embargo también fue víctima de tocamientos y acoso sexual por parte de las enfermeras de su abuela. A pesar de su contexto, Andrea recuerda que durante toda la primaria fue muy buena alumna, siempre ocupando el primer puesto de su clase.

Un hecho crucial en la historia relatada por Andrea, fue la mudanza a Huamanga y la acrecentada violencia física y emocional que recibió en esos años por distintos actores. Empezó la secundaria en un nuevo colegio y fue víctima de bullying por varios años: le llamaban "fea", se burlaban de ella. Cuenta que sus compañeros hombres se aprovechaban de ella para llegar a sus amigas y la excluían. Andrea menciona que se sintió inferior y fueron los peores años de su vida. Paralelamente su padre golpeaba tanto a su madre como a ella, hasta que su madre decidió separarse de él. A pesar de

esto, su padre seguía acosando a su madre para golpearla e incluso intentar matarla. Denunciaron a su padre por violencia física, pero lamentablemente nunca se hizo algo al respecto y Andrea intuye que es porque su padre es policía. Si bien vivía sola con su madre, Andrea relata que esta también se volvió muy violenta hacia ella golpeándola en diversas oportunidades e incluso llegando al extremo de tener que ir al hospital por los golpes. Sumado a este contexto, Andrea repitió 4to año de secundaria lo cual significó una gran desilusión para ella y su familia.

Sin embargo, Andrea se dio cuenta que lo mejor que pudo haberle sucedido después de varios años de violencia: en su nueva clase empezó a tener amigos, los hombres le invitaban a salir y siente que los recuerdos de sus últimos años de secundaria fueron muy buenos y divertidos. Paralelamente, la relación con su madre fue mejorando. Andrea postuló a la Universidad Cayetano Heredia para estudiar tecnología médica, ingresó y fue el orgullo de toda su familia. Sin embargo, al comenzar las clases y tener un nuevo grupo de amigas mujeres, Andrea describe que en este contexto inició el TCA (trastorno de la conducta alimentaria) sin especificar en la bulimia o anorexia. Poco a poco, empezó a sentirse incómoda con su cuerpo, ya que sentía que sus amigas tenían más atención por parte de los hombres de la universidad. Asimismo, veía que justamente estas amigas que tenían éxito en su vida amorosa de acuerdo a ella, no comían nada. Andrea empezó a cambiar sus hábitos alimenticios y dejar de ir a clases; y la psicóloga de la facultad la citó para hacerle un diagnóstico. A partir de este momento, ella empezó a ir a varios tratamientos médicos ambulatorios sin sentirse a gusto en alguno.

Andrea regresa a Ayacucho y empezó a restringirse de todos los alimentos posibles. Empezó a bajar de peso drásticamente, pero sus padres no lo notaban, ya que trabajaban todo el día. Durante los años siguientes, se cambió constantemente de carrera y universidad en varias oportunidades. Andrea señala que el factor que le hacía abandonar las clases era que se sentía fea e inferior. Paralelamente, se restringía los alimentos, o en algunos casos comía todo lo que encontraba para luego devolverlo. Andrea llegó a vomitar más de 5 veces al día, y al no poder estudiar o ir a clases, decidió contarle a su madre sobre el problema que tenía. Fue así como la internaron por primera vez en la Clínica X. Andrea menciona que no estaba siendo sincera consigo misma ni con las terapeutas y ella pretendía ser la “paciente perfecta”. Abandonó el tratamiento un tiempo después, bajó aún más de peso llegando a pesar 36 kilos, se volvió violenta hacia su madre cuando le preguntaba por la comida y fue internada nuevamente por su tía en la Clínica X. Sin embargo, tiempo después volvió a abandonar el tratamiento.

Fue en esos momentos, que su madre decidió internarla en la Clínica Z en Lima, que era bastante cara pero había escuchado que era mejor que la anterior. Sin embargo, Andrea menciona que fue una de las peores experiencias por las cuales tuvo que pasar: la vigilancia era extrema, los terapeutas eran demasiado estrictos, le hacían comer 8 veces al día comida “poco saludable” o “chatarra” para que engorde (como

helados con chocolate, pizza, plátano con leche condensada, entre otros) e incluso e una oportunidad le hicieron tragarse su propio vómito en una de las terapias grupales en frente de los otros pacientes. Se escapó del lugar en tres oportunidades, y en el último intento incluso en su desesperación, viajó fuera de la ciudad acudiendo a su padre biológico y posteriormente a un amigo en provincia. A pesar de esto, tiempo después los terapeutas fueron a buscarla donde ella estaba escondiéndose para llevarla de vuelta. Andrea considera que esto ya era acoso e incluso intentó denunciar a la clínica en varias oportunidades. Sin embargo, no contaba con el apoyo de su madre, ya que esta creía que Andrea mentía y la estaba manipulando por consejos de los terapeutas.

Luego de esta experiencia, tiempo después, Andrea regresó a la Clínica X para ser internada. Luego de haber vivido experiencias en otros centros de salud mental, Andrea siente que la Clínica X se ha vuelto en su hogar y siente que la tratan tan bien que no quiere salir del centro. De todas las informantes con las cuales conversé, Andrea era la que se mostraba más a gusto con el tratamiento del internamiento y con sus terapeutas. Sin embargo, a veces también siente que aún no logra muchas cosas, y le gustaría salir para poder salir adelante. Andrea señala que uno de los retos que tiene actualmente es poder aceptar el nuevo diagnóstico que le hicieron (trastorno de personalidad límite), dejar de ser perfeccionista y exigente consigo misma, y volver a ganar la confianza de su madre.

2.2.2. Vanessa

Una de las primeras personas que las terapeutas me aconsejaron para que pueda conversar, fue Vanessa. Ella tiene 18 años y terminó el colegio hace un año e inmediatamente luego de eso empezó a acudir a tratamientos por su diagnóstico de anorexia y bulimia. Vanessa resalta que le gusta mucho estudiar y siempre estuvo en los primeros puestos a lo largo de toda su etapa escolar, incluso cuando estuvo pasando por los momentos más difíciles de su “enfermedad”, como ella lo llama. Vanessa estuvo en varios colegios preuniversitarios y siempre su familia la incentivaba a ser la mejor alumna. Vive con su mamá y hermanos menores en el último piso de un edificio en San Juan de Miraflores donde vive con el resto de su familia extensa.

Vanessa tiene gratos recuerdos de su niñez, sobre todo recordando a sus abuelos y su tío que era como su hermano al ser contemporáneo a ella. Al ser ella la hija mayor, ella sentía que no recibía toda la atención de su madre. Vanessa recuerda haber sido primer puesto a lo largo de toda su etapa escolar desde muy pequeña, ya que se lo exigieron y a ella también le gustaba estudiar. Sin embargo, a los 11 años, al cambiarse de colegio, fue víctima de bullying y exclusión por parte de sus compañeros. Paralelamente, Vanessa fue testigo de violencia entre sus padres, viendo cómo su padre amenazaba de muerte a su madre. Fue a esta edad que por primera vez aparecieron las ganas de querer bajar de peso y realizar dietas. Su madre le ayudaba a

hacer estas dietas. Vanessa cuenta que también a esa edad intentó suicidarse por la falta de atención de sus padres y por el rechazo de sus compañeros.

Debido a este contexto, cambiaron de colegio a Vanessa en dos oportunidades más. A los 13 años, ella recuerda que tuvo una faceta “rebelde”, no quería ir al colegio y quería “experimentar el enamoramiento”. Estuvo con un chico mayor a ella, pero este intento abusar sexualmente de ella en una oportunidad (tocamientos). Vanessa resalta que ella considera que este fue el detonante para “su enfermedad”. En palabras de ella, a partir de este episodio, Vanessa optó por la bulimia como un escape, ya que desde pequeña también había visto a su madre hacer conductas similares como darse atracones y luego devolver la comida. Paralelamente Vanessa empezó a restringir ciertos alimentos, pero ella no veía efectos en su cuerpo. Poco a poco los profesores de su colegio empezaron a darse cuenta especialmente de los atracones y los vómitos; sin embargo, su madre la apoyaba y la encubría. Vanessa y su madre empezaron a salir a correr y hacer dietas juntas.

Vanessa empezó a bajar bastante de peso por todas las restricciones que tenía. Cuenta que lo mínimo que llegó a pesar fue 22 kilos. Asimismo, los vómitos eran constantes y en algunos casos inevitables (“la comida regresaba sola”). Vanessa recuerda que tuvo que dar sus exámenes finales en casa, ya que no tenía fuerzas ni para subir las escaleras de los buses, sentía que iba a desvanecerse constantemente e incluso sintió que perdió la visión. El estado de Vanessa llegó al punto que los vecinos de su barrio querían denunciar a su familia por maltrato.

Vanessa tuvo que pedirle ayuda a su tía y esta la llevó al “Hospital A” donde fue internada de emergencia y luego hospitalizada por deshidratación y desnutrición. Vanessa sentía que le daban mucha comida, y pasaba gran parte del día sola con otras pacientes. Cuando estuvo a punto de ser dada de alta, el doctor le dijo que no había recuperado el peso necesario. Sin embargo, sus padres luego de un tiempo la sacaron del hospital por alta administrativa. Vanessa recuerda que las cosas empeoraron al volver a su casa, ya que a pesar de la vigilancia por parte de su familia, empezó a vomitar en frente de sus familiares. Intentaron internarla varias veces por deshidratación, pero Vanessa consideraba que esto empeoraba su situación, ya que cuando la rehidrataban ella sentía que engordaba.

Vanessa fue llevada a la Clínica X con excusas de acuerdo a ella, ya que no quería recibir ayuda. Recuerda que fue finalmente internada con engaños y al principio no le iba bien en el tratamiento, ya que hacía ejercicios a escondidas e intentaba escaparse. Sin embargo, poco a poco su percepción fue cambiando. Vanessa recuerda que ella se dio cuenta que tenía que hacer algo por ella misma cuando una vez su madre le trajo una foto antigua, y una actual, viendo el cambio radical en su cuerpo. Vanessa empezó a hacer amigas en el centro y a mostrar interés en las terapias. La mejoría de Vanessa fue tal, que el centro se mostraba permisivo con ella para que realice salidas todos los fines de semana.

Actualmente Vanessa ya lleva casi 10 meses de internamiento y me cuenta que está casi segura que pronto le darán de alta para pasar a clínica de día, ya que según su IMC (Índice de Masa Corporal) está en su peso ideal y ella misma se siente “saludable”. Menciona que ha tenido deslices en el camino, pero se siente segura de sí misma. Espera que su familia ya no esté tan sobreprotectora con ella en algún momento, ya que siente que su mejoría es indiscutible y siente que ha aprendido bastante en el centro. A largo plazo, Vanessa espera iniciar sus estudios en Administración y posteriormente poder estudiar Literatura, ya que le gusta mucho leer y analizar novelas.

2.2.3. Sandra

Conocí a Sandra cuando ella se encontraba en su segunda semana de internamiento. No interactuaba mucho con el resto de pacientes al sentirse ajena al grupo, y tampoco participaba mucho de las terapias ya que no conocía las dinámicas. Fue una de las primeras informantes en acercarse voluntariamente a mí y me pidió conversar a solas, ya que necesitaba hablar con alguien de confianza. Una de las primeras cosas que me mencionó fue que ella decidió voluntariamente internarse, pero que a momentos se arrepentía porque extrañaba a su familia y se sentía restringida a hacer varias cosas para evitar un gasto de energía. Más tarde me enteré gracias a los terapeutas, que los internamientos totalmente voluntarios ocurren rara vez y son contados los casos que ha habido en el centro.

Sandra reside en Cusco. Tiene 17 años y hace poco terminó el colegio como estudiante sobresaliente e ingresó a estudiar Ingeniería Ambiental a una universidad privada en Cusco. Se ve a sí misma como una persona muy curiosa, le gusta mucho aprender cosas nuevas, cantar y componer canciones; y la música y películas coreanas. Sin embargo, no llegó a comenzar la universidad, ya que durante las vacaciones de verano pidió ser internada porque sentía que se le había escapado de las manos el vomitar y dejar de comer. Se percibe a sí misma como muy cercana a su madre y sus metas a largo plazo son poder llegar a hacer maestría, doctorado y viajar alrededor del mundo junto a su madre.

Los recuerdos de Sandra se remontan a su niñez, especialmente lo mucho que le entristecía la ausencia de su padre y los problemas económicos por los cuales pasó junto a su madre. Si bien sus padres se separaron a una temprana edad, ella recuerda cierto rechazo de su padre cuando era niña. Uno de los episodios que más la marcó sobre su relación con su padre fue que en una de sus salidas su padre le llamó la atención por usar short y mostrar sus piernas. A partir de esto, ella empezó a sentirse incómoda con la presencia de su padre. Sin embargo, ella se veía forzada a acudir a la casa de su padre, ya que también las discusiones con su madre eran constantes y esta la echaba de su casa desde que era pequeña.

Sandra menciona que la preocupación por su cuerpo empezó en el 2011 cuando su entorno, ya sea familiares o amigos, empezaban a hacerle comentarios sobre su

cuerpo. Junto a esto, también señala que fue víctima de acoso sexual callejero recibiendo silbidos o tocamientos, y esto le desagradaba mucho. Menciona que empezó a asociar sus piernas “gruesas” con llamar la atención de los hombres, recordando las palabras de su padre. En el 2014, decidió empezar a bajar de peso, ya que para ella eso era sinónimo de “cuidarse más físicamente y sentirse más bonita”. Como parte del proceso de bajar de peso, decidió seguir los consejos de una amiga suya para devolver la comida. Ella describe que esto lo percibió como un acontecimiento extraordinario y no sentía que era un problema para ella.

Sin embargo, para el año 2016, los vómitos se habían vuelto constantes y a causa de ello Sandra señala que empezó a estreñirse. Su madre la llevó a un naturista para que le recete una dieta y ella se sentía muy contenta porque iba a seguir bajando de peso. Sin embargo, Sandra menciona que no consiguió la atención que ella esperaba en sus amigas por estar más delgada. Empezó a compararse con otras compañeras y a querer seguir bajando más de peso. Esto empezó a causar discusiones con sus padres, su madre la echaba de su casa más seguido, la obligaba a comer y le escondía la balanza. Después de un tiempo, Sandra decidió decirle a su madre que tenía un “problema con la comida” y ella decidió llevarla a un psicólogo y a recibir atención médica ya que la diagnosticaron con desnutrición crónica. Sandra relata que al principio le fue bien, pero luego llegó al “extremo” de pensar que la saliva le hacía engordar y en consecuencia la escupía; y pensaba que cuando le sacaban exámenes de sangre estaba bajando de peso. Sandra señala que para este entonces su vida ya no tenía sentido a pesar de sus logros académicos, y decidió pedir que la internen.

Actualmente, Sandra señala que está poniendo todo de su parte para recuperarse lo más pronto posible. Algo que le cuesta mucho durante su estadía en el internamiento es no compararse con el resto de jóvenes internadas también por su diagnóstico de anorexia y bulimia, ya sea en función a su recuperación o por la delgadez de sus compañeras. Sandra señala que hay “dos Sandras” dentro de ella, una que no quiere recuperarse y otra que sí lo desea. La motivación más grande para ella es su madre, pero a la vez siente que debe empezar a hacerlo para sí misma.

2.2.4. Jessica

La primera pregunta que me hizo Jessica cuando me presenté ante el grupo de pacientes en la sede de Clínica de Día fue “¿por qué solo te interesan ver casos de TCA desde tu carrera?” y procedí a explicarle la importancia del contexto sociocultural y los roles de género. Se mostró reservada los primeros días que tuvimos contacto, pero luego pude darme cuenta que le gustaba bastante conversar sobre su experiencia como profesora de educación inicial y los alumnos que había tenido, haciendo énfasis en aquellos que tenían dificultades de aprendizaje, problemas de conducta o de lenguaje. Fue luego de ganar confianza, que ella misma me pidió que realizara su historia de vida.

Jessica tiene 24 años y es profesora de educación inicial. Actualmente no trabaja porque su terapeuta le ha dicho que todavía no está preparada. Sin embargo, está estudiando inglés, ya que tiene planeado realizar una maestría en el extranjero relacionada a educación inclusiva. Ella nació en Huacho, pero actualmente vive con su hermana en un departamento en San Juan de Miraflores. Su familia extensa (abuelos y tíos) viven en los otros pisos de ese mismo edificio, y su padre vive a cuerdas de su hogar. Va a visitar a su madre generalmente los fines de semana a Huacho, y esto a veces causa conflictos con su padre, ya que él también desea salir con ella durante esos mismos días.

En el relato de su historia, Jessica hace especial énfasis en su niñez y la relación con sus padres. Jessica de niña fue víctima de abuso y acoso sexual en varias oportunidades. Uno de los recuerdos más resaltantes de su niñez fueron los abusos sexuales por parte de un familiar cercano por varios años hasta que su madre se dio cuenta. Algo que le impactó bastante fue que su madre le explicó que este familiar abuso de ella porque él también había sido abusado, ya que ella temía repetir lo mismo. Luego de este suceso, fue acosada y casi abusada sexualmente en tres oportunidades más: cuando era niña por un sastre que le confeccionaba su uniforme; en su adolescencia, por un curandero que visitó por sus “problemas en el estómago” (que actualmente identifica como bulimia); y ya en su adultez por el novio de su mejor amiga mientras ella estaba inconsciente luego de una fiesta.

Durante su niñez, vio constantes peleas entre sus padres hasta que decidieron separarse, ya que su padre tenía problemas con el alcohol. A pesar de esto, Jessica siempre quiso mantenerse cerca a su padre. Jessica también recuerda que durante algunos años de primaria, ella y sus compañeros fueron víctimas de agresión física por un profesor que tenían. Jessica recalca que estos episodios de violencia son relevantes para ella, ya que el hecho de querer estar más delgada era para evitar ser “notada y no llamar la atención”.

Jessica está actualmente recibiendo tratamiento por su diagnóstico de bulimia en Clínica de Día. Sin embargo, ella cuenta que todo comenzó cuando una de sus tías regresó de Italia y había bajado bastante de peso. Ella preguntó que hizo para bajar tan rápido de peso, y le recomendaron productos lights. Fue así como poco a poco empezó a restringir algunas comidas, consultaba por internet más dietas, hasta dejar de comer por completo. En ese sentido, ella identifica que comenzó con la anorexia. Luego, empezó a darse atracones para luego vomitar todo lo que comía. Ella siente que cuando la anorexia se convirtió en bulimia, empezó a sentirse verdaderamente limitada en su vida cotidiana. Las peleas con su mamá eran constantes por lo delgada que estaba, y su trabajo como profesora de inicial se vio en peligro, ya que se endeudó con el kiosko de la escuela y también comía los alimentos de las loncheras de los niños para poder darse atracones y luego vomitarlo. A partir de esto, su madre decidió llevarla a su primera consulta en La Clínica X sin que Jessica espere a ser internada.

Jessica señala que fue internada con engaños, ya que para ella era muy importante trabajar como profesora y seguir asistiendo a sus clases de inglés para su maestría. Jessica relata que nunca antes se había mostrado agresiva, pero en su internamiento en Lima Campestre llegó a ponerse violenta con su terapeuta, a tener discusiones con la directora del centro, y a autolesionarse con lo más cercano a ella como los rosales del jardín. Jessica señala que una de las cosas que más le molestaba del internamiento era la excesiva cantidad de reglas y que no le den permiso para salir como castigo por incumplir las reglas. Finalmente, Jessica pasó a Clínica de Día porque su familia no podía seguir pagando el internamiento.

Solo su mejor amiga (que ya no es cercana a ella), su ex pareja y algunos familiares suyos saben de su tratamiento. Los principales problemas que Jessica enfrenta actualmente son el hecho de sentirse sumamente sola en su casa, y paralelamente estar tratando de superar una ruptura amorosa que la hace sentir bastante triste y ambos problemas mencionados, están en constante tensión con sus ganas de devolver la comida. Jessica dice que actualmente siente que tiene todo más bajo en control, pero a veces las ganas de devolver la comida, darse un atracón o autolesionarse no faltan.

2.2.5. Bianca

Me contacté con Bianca a través de una amiga que me señaló que ella estaría bastante dispuesta a apoyarme en esta investigación contando su historia de manera abierta y reflexiva. Bianca tiene 20 años y está estudiando Educación en la UPC. Vive con sus padres y sus dos hermanos en Villa, Chorrillos. Tiene una pareja que resulta ser su primer novio, es bastante mayor que ella y ya van varios años juntos. Se describe a sí misma como amante de la cultura peruana (por la comida y bailes), y también se considera una católica bastante activa y participativa. Disfruta bastante de la repostería, cocina y catering, e incluso está a punto de abrir su primera empresa de postres. Ella señala que disfruta mucho preparar comida para las demás personas y decorar la mesa, pero que ella se restringe a comer determinados alimentos. Bianca señala que se considera una persona muy estricta consigo misma en distintos aspectos, resaltando y relacionado el tema de la religión católica con la comida y el cuerpo. Esto incluso se lo dicen los sacerdotes que son amigos suyos. Ella señala que no le gusta enseñar su cuerpo por temor a mostrarlo y también por temor a ofender a Dios. Asimismo, ella cuenta que le gusta bastante ir a fiestas, pero se siente mal al bailar reggaetón por temor a estar pecando.

Los relatos de Bianca se enfocan más en su etapa escolar y en la etapa en la que estuvo acudiendo a la Clínica Z por su diagnóstico de anorexia. En ese sentido, ella resalta que desde los 11 años ella se sentía muy diferente al resto, ya que ella considera que su cuerpo cambió bastante rápido siendo diferente al resto de personas por ser más “grande”. Cuando entró a secundaria, ella sentía la presión de tener que verse bella para ser invitada a fiestas de promoción, y esto significaba estar más

delgada. De la misma manera, los veranos en la playa eran momentos muy “estresantes” para ella, ya que debía poner todo su esfuerzo para estar más delgada y poder usar bikini. Ella recuerda que uno de los acontecimientos que hizo que quiera empezar a bajar de peso fue en un viaje que hizo a las playas de California que implicaba el uso de ropa de baño con el cual no se sentía cómoda. Poco a poco fue dejando de comer y haciendo dietas, y señala que sus padres no se daban cuenta porque paraban poco en casa. Paralelamente, los profesores de sus colegios se fueron alarmando por no verla comiendo a las horas de recreo, a pesar que ella decía que iba a comer en su casa. Esto se debía que en su colegio había habido varios casos de anorexia y bulimia.

En retrospectiva, Bianca señala que a ella le gustaba que sus profesores y compañeras comiencen a preocuparse por ella y toda la atención gire en ella. La preocupación de los demás y el hecho que le digan que está más delgada era su motivación para seguir bajando de peso. Bianca consultaba en las páginas pro anorexia para esconder el hecho de que no comía a sus padres, o cómo autolesionarse para recordar que no debía comer determinadas cosas. Sin embargo, su madre empezó a tomar en cuenta las señales de alerta por parte de los profesores y a vigilar a Bianca. Fue ahí cuando tuvo episodios, en los que su madre no dejaba que se pare de la mesa hasta que coma, o incluso le metía la cuchara a la fuerza. Otro acontecimiento que recuerda Bianca como detonante para ser llevada a tratamiento, fue que en un viaje escolar a Paracas, no podía hacer ninguna actividad por el frío intenso que sentía en todo su cuerpo por lo delgada que estaba.

Gran parte de las entrevistas que se han dado, han girado en torno a su experiencia en la clínica Z. Entró a esta clínica, ya que otras compañeras de su colegio habían acudido ahí y el mismo colegio se lo recomendó. Ella señala que entrar a la Clínica Z no significaba algo necesariamente malo para ella, ya que incluso sus amigas le hicieron una despedida porque iba a dejar de asistir al colegio. Sin embargo, al entrar a la Clínica Z su percepción cambió bastante: Bianca consideraba que la vigilancia y control eran excesivos en ese centro, y no podía hablar de lo que sentía con respecto a la anorexia o a su cuerpo en las reuniones. Bianca describe que la comida era muy mala, que le molestaba que le revisen la ropa interior y que también la hagan comer demasiado con el único objetivo de que engorde. Al comienzo solo le daban de comer licuados, y esto hizo que Bianca le pida a su mamá que le cocine algo de su agrado antes de ir al centro todos los días. Luego de 9 meses, salió de la Clínica Z porque tanto a su madre como a ella no les parecía el tratamiento y también porque la psicóloga encargada no consideraba que Bianca estuviera preparada para regresar a clases. Bianca siente que perdió uno de los años más importantes de su etapa escolar (4to de secundaria) y no quería perder la oportunidad de ir de viaje de promoción.

Luego de la experiencia en la Clínica Z, Bianca empezó a visitar psiquiatras y psicólogos particulares con las que estuvo más estable. Sin embargo, Bianca resalta que una de las limitaciones en su proceso de “estabilización” es su propia madre, ya

que a veces le dice comentarios que no le agradan sobre lo delgada que es, o es demasiado sobreprotectora con ella. Asimismo, Bianca considera que la relación con sus hermanos a veces no ayuda a que ella se mantenga estable. Considera que ellos también “tienen sus propias adicciones”, ya que ella ve a la anorexia como si fuera una adicción que no es fácil dejar.

Actualmente, Bianca señala que no puede comer más de 2 comidas al día, aún realiza dietas con la intención de bajar de peso e intenta cubrirse el cuerpo por vergüenza a enseñarlo. Ella aspira “a comer un plato de pasta sin sentir culpa” en algún momento. Considera que el psicólogo particular al que acude actualmente la está ayudando bastante, pero sobre todo reconoce como un gran soporte a Dios y a la religión católica en general. A pesar de su relación caótica con su madre o sus hermanos, ella siente que está saliendo adelante y espera contar su testimonio a otras personas para poder ayudarlas, ya que considera que Dios la eligió para vivir esa experiencia. Esta es una de sus motivaciones para convertirse en profesora.

2.2.6. Lorena

Me contacté con Lorena a través de Facebook, mientras estaba realizando mi búsqueda de informantes a través de contactos personales. Al ser una ex compañera de colegio no muy cercana a mí, le pregunté si conocía a alguien dispuesto o dispuesta a participar. Me dijo que no, pero que ella quería contar su historia y sobre lo que le había pasado. A pesar de haber estado en contacto con ella durante su adolescencia, yo no estaba enterada de ello. Lorena me dijo que no había recibido tratamiento, pero que por el momento estaba muy estable y podía controlarlo. Se autodiagnostica con bulimia.

Lorena tiene 23 años y ha acabado su carrera en Comunicación Audiovisual en la PUCP. Se define a sí misma como amante de los animales y también está muy interesada en el medio ambiente. Asimismo, le gusta mucho cocinar para otras personas. Vive en San Isidro con su hermano menor y con su nana que ha estado presente desde que ella tiene memoria. Sus padres llevan separados más de diez años, actualmente su madre está viviendo en el extranjero con su pareja y su padre también vive a parte con otra pareja. Actualmente, se siente bastante estresada y preocupada recién ha terminado su carrera, y a la vez ha sido delegada con un negocio familiar que ocupaba anteriormente su madre y ahora toda la responsabilidad ha caído bajo ella. Sin embargo, resalta constantemente el apoyo y la estrecha relación que tiene con su pareja y con sus amigas del colegio. Resalta que solo su mejor amiga y su novio saben sobre la bulimia.

Lorena está constantemente en dietas, y siempre aspirando a bajar de peso. Ella recuerda que la primera dieta que hizo fue a los 7 años por su mamá. Siempre le resaltaba la importancia de ser bonita y delgada, cuando veía que la ropa ya no le entraba. Lorena se recuerda a sí misma como una “niña gordita”, ya que según ella, comían mucha grasa en su casa. Asimismo, recuerda que compañeras en el colegio

comentaban de sus pantorrillas y de lo apretado que le quedaban algunas cosas. A los 11 años, cuando su cuerpo iba cambiando, su madre cada vez aumentaba los tratamientos no médicos para hacer lo posible en bajar de peso como la acupuntura o distintos tipos de dietas.

Si bien Lorena se autodiagnostica con bulimia, ella también identifica a partir de los 14 años, algunos hechos que considera “problemas” o “fuera de lo normal” pero que no implicaban la devolución de comida. A los 14, su madre la llevo a un endocrinólogo para que le den una dieta de 600 calorías tomando también pastillas para bajar de peso. Ella recuerda que esto se debió a que fue a la playa y ahí conoció a un chico que se convirtió luego en su primer enamorado. Debido a la dieta en la que se encontraba, Lorena señala que evidentemente bajó bastante de peso para el inicio de clases, pero vio que nadie le dijo nada sobre su peso. Esto era muy importante para ella, ya que esperaba aceptación de sus compañeras y de los chicos que les gustaba, pero no pareció importarle a nadie de acuerdo a ella. Esto la motivó a bajar más de peso. Su madre contrató a una masajista personal para que pueda quemar “manualmente” la grasa y por otro lado, ella describe que se hizo más dependiente a las pastillas que inicialmente le recetaron para bajar de peso. Su madre notó su dependencia con la pastilla y las escondió. Lorena menciona que esto la llevó a buscar desesperadamente las pastillas por su casa y a pelearse con su mamá, y ahí su madre se dio cuenta que ya no era buena idea seguir mencionándole que debía bajar de peso. A partir de ello, su mamá no le volvió a mencionar el tema.

Al ya no poder tomar las pastillas, Lorena, de manera intuitiva, se dio cuenta que podía vomitar la comida. Se sentía mucho más liviana y le causaba alivio el hecho de no tener que “asimilar” la comida. Lorena empezó a premeditar los vómitos, comiendo solo arroz o sopas para que sea más fácil vomitar. Se describe a sí misma como muy limpia y metódica para que nadie sospeche que estaba vomitando. Asimismo, ella señala que hacía demasiado ejercicio en ese entonces y su rutina de comer poco, vomitar y hacer ejercicios la mantenían aliviada. Sin embargo, en retrospectiva, ella señala que no entiende por qué nunca se sintió a gusto consigo misma a pesar de estar ya bastante delgada en esos momentos y actualmente ella daría todo para tener la voluntad de ese entonces o ser tan delgada como lo era en esos momentos.

En el lapso de esos meses, a Lorena le dio Hepatitis A. Ella describe que no pudo haber sido más idóneo, ya que gracias a la hepatitis bajo mucho más de peso al no poder asimilar la comida. Al estar enferma y no ir al colegio por casi un mes entero, volvió a retomar sus hábitos alimenticios antiguos y dejó de vomitar, ya que sabía que de igual manera no iba a asimilar nada. Sin embargo, una vez que se repuso, volvió a subir de peso según ella. Esto la desesperó mucho, y en un episodio, empezó a cortarse las piernas en frente de su novio que le había dicho que había subido un poco de peso y que necesitaba hacer ejercicio. Ella describe este episodio como un momento en el que ella se dio cuenta que “las cosas no estaban bien”. Luego, fue conociendo a personas que la distrajeron del tema y fue dejando atrás sus ganas de

bajar de peso constantemente. Con el pasar de los años, ella señala que ha habido meses donde ha subido bastante de peso, y otros en los que ha podido bajar de peso. Los episodios de devolver la comida han sido muy ocasionales, y se han visto relacionados ya con algún “problema contextual” que ella podía identificar.

Actualmente Lorena acaba de dejar una dieta con diuréticos porque sentía dolores muy fuertes en la espalda que ella intuye que eran los riñones. Le costó bastante dejar la dieta, ya que sentía que sin las pastillas iba a engordar automáticamente. Sin embargo, ha ido a un nutricionista que le ha inspirado confianza y su dieta actual consta en comer un solo tipo de alimento durante toda una semana (ej.- comer solo carnes en una semana, o comer solo pasta en una semana). Señala que hasta el momento no puede pesarse sola o que le digan su peso, porque sabe que eso le haría mucho daño. Asimismo, aspira que en algún momento le vuelvan a entrar determinada ropa que tiene en su closet. Señala que no hace mucho tiempo fue la última vez que devolvió la comida, pero siente que lo tiene bastante controlado y no es necesario para ella asistir a un tratamiento, ya que su caso “no es tan grave”.



CAPÍTULO III: LOS ESPACIOS TERAPÉUTICOS

En esta sección, mencionaré las características principales del espacio terapéutico al cual acudí diariamente a realizar observación. Asimismo, debido a que dos de mis casos acudieron al mismo lugar, se mencionará también algunas características de otra clínica privada. Por último, se hará una compilación de otros espacios terapéuticos mencionados tanto biomédicos como no biomédicos.

3.1. Clínica X

La Clínica X es un centro de salud mental privado que tiene dos sedes ubicados en Lima Campestre y Lima Sur. Se encuentra especializado en la atención psicológica y psiquiátrica a mujeres, pero también cuenta con algunos pacientes hombres. Tiene tres principales programas: internamiento (Lima Campestre), Clínica de Día (Lima Sur) y ambulatorio (Lima Sur). El tipo de tratamiento que aplica este centro es la terapia dialéctica conductual (DBT, en sus siglas en inglés). De acuerdo a la directora de la Clínica X, el uso del DBT se debe a su carácter dialéctico en tanto que implica la aceptación de un problema o conducta problema para luego poder cambiarlo por iniciativa propia del paciente. Asimismo, otro de los motivos por los cuales se usa el DBT en esta clínica se debe a la comorbilidad que los terapeutas detectan en pacientes con anorexia y bulimia, con otras “patologías” como trastorno de personalidad límite o adicciones. El DBT consta básicamente en la enseñanza de habilidades que se espera que las pacientes puedan usar para poder brindarles estabilidad. Esta enseñanza de habilidades dictada por los terapeutas (psicólogos) se da en formato de clases durante distintas terapias grupales tanto en Clínica de Día como Internamiento.

Las habilidades que se enseñan están incluidas en las siguientes terapias: el Mindfulness (o conciencia plena de los sentidos), regulación emocional, teoría biosocial y validación⁵. Tal como lo explica Black (2011), el Mindfulness es un tipo de aproximación psicológica, y a su vez una técnica aplicada en terapias, que tiene sus orígenes en la meditación del budismo. Como dice su nombre en inglés, hace referencia a que el sujeto preste atención a su contexto inmediato y presente, sin ningún tipo de juicio. La psicología lo toma como una capacidad propia del ser humano, independientemente de sus raíces religiosas y culturales. En el caso de las pacientes diagnosticadas con TCA, cada una de estas terapias es importante, ya que las pacientes lo incorporan de una manera particular y le dan un uso en función a su cuerpo, prácticas alimentarias o cómo están repensando su diagnóstico. Lo observado en cada una de estas terapias será ampliado en el Capítulo 6 (Narrativas de y sobre los terapeutas y terapias), ya que se ha podido rastrear como se construyen significados en torno a la salud y enfermedad en cada una de estas terapias.

⁵ A lo largo del desarrollo de los siguientes capítulos se explicarán las terapias relevantes en tanto que sean parte de mis respuestas a las preguntas de investigación propuestas.

La Clínica X divide a sus pacientes en 4 grupos y cuando estas se presentan hacia una persona nueva en el centro generalmente dicen el grupo al cual pertenecen por sus siglas: Grupo A (trastornos de la conducta alimentaria), Grupo B (trastorno de personalidad límite), Grupo C (adicciones), y pacientes “psiquiátricos” (esquizofrenia). Se pueden dar casos en que haya pacientes que pertenezcan a dos grupos, o que se encuentren en un grupo y hayan pertenecido a otro anteriormente. Las terapias grupales generalmente están dirigidas a todas las pacientes por igual, pero hay algunas que sí son divididas por su diagnóstico, especialmente las pacientes del Grupo A. Cada paciente está asignado a una terapeuta con el cual recibe asesorías individuales todas las semanas o cuando se requiera de acuerdo su disponibilidad.

Este centro cuenta de asesoría nutricional y elabora regímenes personalizados por porciones y alimentos adecuados para cada una de las pacientes de acuerdo a su Índice de Masa Corporal, tanto a las mujeres diagnosticadas con TCA, como a las chicas con otros diagnósticos. Las pacientes comen 5 veces al día (desayuno, acolación que generalmente es una fruta, almuerzo, nuevamente acolación y cena). Basándome en la observación realizada al cotidiano del internamiento y Clínica de Día, las chicas del grupo A consumen menos comida que el resto de chicas y esto se debe, de acuerdo a la nutricionista del centro, que poco a poco deben acostumbrarse a comer y a volver a tener un gusto por la comida. Asimismo la asesoría nutricional consta en un tamizaje cada 2 semanas y no se les indica su peso, y se dan Talleres de Nutrición en programa de Internamiento.

De la misma manera, el centro consta de una enfermera que se encarga de realizar o revisar exámenes médicos periódicos de las pacientes, suministrarles pastillas o inyecciones cuando es requerido. La enfermera del centro también dicta talleres a las pacientes del Grupo A explicándoles las consecuencias fisiológicas de la anorexia y bulimia. También hay una psiquiatra que se encarga de recetarles medicaciones a las pacientes luego de asesorías individuales.

Otros actores de salud presentes son las internas de psicología y las técnicas. Ambas se encargan más de la vigilancia en el cotidiano de las pacientes. La vigilancia es constante en el centro, y es mayor en el caso de las pacientes del Grupo A, ya que se vigila y controla el uso del baño viendo si han miccionado o hecho deposición y vigilando la hora de la ducha. Esto se da para evitar que las pacientes vomiten a escondidas o luego pidan laxantes. También las horas del almuerzo requieren vigilancia, observando que coman todo y que cumplan las reglas como no masticar mucho, no mirar platos de otras personas, no cortar en pedazos muy pequeños, entre otros. Las internas de psicología también se encargan de las actividades de ocio entre las pacientes y las técnicas se encargan de los castigos y medidas a tomar en caso de ver “conductas inapropiadas” o que no cumplan las reglas del centro.

Parte del DBT es considerar que “el ser humano es un todo” de acuerdo a la directora, y por lo tanto también hay terapias espirituales católicas y Arteterapia, que consta en realizar trabajos artísticos en pintura y actuaciones. Asimismo, Arteterapia

consta también en un programa llamado Body Project, en la que a veces se realizan charlas sobre el cuerpo o sobre los estereotipos que existen sobre las mujeres. Las actividades religiosas no solo se remiten a las terapias espirituales; las pacientes también rezan en las mañanas.

3.2. Clínica Z

La Clínica Z es un centro de salud mental privado que también posee dos sedes en Lima Sur y Lima Centro. A diferencia de la Clínica X, este centro trata tanto con pacientes hombres como mujeres; priorizando casos de anorexia y bulimia. Los terapeutas y ex pacientes de la Clínica Z señalan que en este centro se aplica un tratamiento único y propio, creado y difundido en Argentina y España, pero que tiene sus bases en las terapias cognitivas conductuales, que se enfocan en los cambios efectivos de la conducta. Asimismo, cabe mencionar que las dos sedes que tiene esta clínica se encuentran divididas por los ingresos económicos que tienen sus pacientes, siendo la sede de Lima Sur más cara que Lima Centro, pero el tratamiento aplicado es exactamente el mismo. Sin embargo, las terapias para padres en Lima Centro son abiertas al público, mientras que en Lima Sur hay un mayor cuidado por la privacidad de los pacientes.

El tratamiento en la Clínica Z sigue la modalidad de Clínica de Día, en la que los pacientes asisten desde las 8 de la mañana hasta las 8 de la noche de lunes a viernes, y los sábados de 9 de la mañana a 1 de la tarde. De la misma manera, los pacientes a partir de cierto punto realizan intercambios entre familias, quedándose en familias ajenas, y sus respectivas familias recibiendo a otros pacientes. De acuerdo a Bianca y Andrea, ex pacientes de la Clínica Z por unos meses, esto era para poder entrenar a las familias en torno a la vigilancia y cuidado que ameritaba un paciente con anorexia y bulimia en cuanto a la comida y el uso del baño.

El tratamiento de la Clínica Z se divide en tres módulos en los cuales el paciente avanza de acuerdo lo que indica la psicóloga encargada, siendo el total del tratamiento un aproximado de 3 a 5 años. Bianca, que fue paciente de la Clínica Z en Lima Sur cuenta que es muy difícil subir de módulo, y por consiguiente terminar el tratamiento. Asimismo, el personal presente en la clínica son terapeutas (psicólogos e internos de psicología) y pacientes que se encuentran en módulos más avanzados encargados de vigilar a los pacientes recién ingresados.

Bianca y Andrea cuentan que los días en la Clínica Z básicamente constaban en un chequeo general al ingresar al centro (revisión de ropa interior y cuerpo para verificar la higiene, peso y cálculo de IMC), ir a comer, y hacer “asambleas”, que se trataba de formar distintos grupos en círculo que empezaban a hablar sobre su día a día, y el resto de pares debían escuchar. Los temas en torno al cuerpo, alimentación y peso estaban prohibidos de ser discutidos. No había sesiones individuales o un psicólogo encargado de cada paciente. Bianca cuenta que cuando estuvo asistiendo a la Clínica Z, había cerca de 100 personas asistiendo.

Asimismo, Bianca y Andrea cuentan que el tratamiento en la Clínica Z constaba en comer 8 veces al día, comidas altamente calóricas (ej.- helados, pizzas, leche condensada, maná, entre otros) y los regímenes alimentarios eran estandarizados para todos los pacientes. Sin embargo, al recién ingresar al centro, a los pacientes se les da licuados de comida para que no puedan visualizar qué comen exactamente de acuerdo a Bianca, y si es que el paciente se rehúsa a comer se le obliga o se le inyecta suero. Cabe mencionar, que Bianca y Andrea señalan que este centro no contaba de asesoría nutricional.

Asimismo, semanalmente se daban las terapias para padres quienes eran asesorados sobre qué es la anorexia y bulimia, cómo continuar el tratamiento en sus casas y también son inculcados en torno al uso de medicamentos. Estos son de carácter obligatorio en esta clínica, ya que de acuerdo a la observación realizada a una terapia para padres, “no tiene sentido seguir un tratamiento sin medicación o viceversa, y si se rehúsan a seguir una medicación, es preferible retirarse del tratamiento terapéutico”. En estas terapias para padres, los pacientes generalmente preparan actividades como actuaciones, testimonios, actividades artísticas en general que giren en torno al tema de anorexia y bulimia; y a las relaciones intrafamiliares en el hogar.

Cuando los pacientes son dados de alta (ya sea por autorización de los psicólogos o por voluntad propia), se les prohíbe mantener contacto entre pacientes. En ese sentido, por lo relatado sobre la Clínica Z, el tratamiento y las prácticas terapéuticas en este centro son mucho más estrictas y severas que en la Clínica X.

3.3. Otros espacios terapéuticos

En esta sección procederé a mencionar otros espacios terapéuticos biomédicos y no biomédicos mencionados por los casos principales. En primer lugar, el Hospital A es un conocido instituto de salud mental enfocado más en la investigación. Cuenta con una sección de emergencias psiquiátricas, hospitalización para tratar casos de desnutrición y deshidratación severa, internamiento y un programa de consultas ambulatorias. Vanessa estuvo tanto en emergencias, hospitalización e internamiento en este hospital. Ella describe que la atención estaba mucho más enfocada en subir los niveles de glucosa en la sangre, aumentar el IMC, entre otros y esto era el condicionante para ser considerado de alta de estar uno hospitalizado o internado, dando plazos cortos de 15 días o 1 mes al paciente para alcanzar estos objetivos.

Vanessa relata que había algunas terapias grupales e interactuaban con estudiantes que venían a realizar investigaciones en el centro, pero que en general la vigilancia no era constante de tal manera que esto le permitió realizar “conductas inadecuadas” (como vomitar o esconder la comida) y no cumplir con ninguno de los objetivos señalados por el psiquiatra. Las consultas individuales eran periódicas y eran más que nada con psiquiatras que con psicólogos. Asimismo, el régimen alimentario era estandarizado para todas las pacientes. Vanessa señala que pueden darse altas terapéuticas (si es que uno alcanza los objetivos fisiológicos) o administrativas. A pesar

de Vanessa encontrarse en desnutrición, fue dada de alta porque sus padres así lo deseaban, pero los médicos del establecimiento no estuvieron de acuerdo.

Los psicólogos y psiquiatras particulares, también fueron mencionados varias veces por todos los casos. Generalmente iban para asesorías y consultas individuales que constaban en conversaciones y consejería, y también otro propósito de acuerdo a mis casos era a una medicación de sertralina como ansiolítico. La mayoría de mis casos cuentan que se sintieron muy cómodas con los psicólogos particulares que en algún momento tuvieron, ya que el trato era más horizontal e íntimo a diferencia de un internamiento. La mayoría de informantes no tenían conocimiento sobre a qué tipo de terapias tuvieron acceso (cognitivo conductual, dialéctico conductual, humanista existencial, entre otras), salvo el caso de Andrea que recibió una terapia psicoanalítica que no fue de su agrado al haber sido comparada con su padre que fue un abusador. Asimismo, cabe mencionar que si bien la mayoría de los casos señalan su conformidad con psicólogos particulares y consultas ambulatorias, no indican necesariamente su “efectividad”, ya que generalmente se dio previo a un internamiento.

Fuera del ámbito biomédico, también fue mencionada la iglesia (tanto católica como cristiana) como un soporte para algunos de los casos (Andrea, Vanessa y Bianca). En el caso de Jessica, ella asistió a curanderos para tratar de ver su “problema de estómago”, posteriormente identificado como bulimia; y Sandra fue a un naturista para tratar sus problemas de estreñimiento que estaban también relacionados a la bulimia. En ese sentido, vemos que los casos a veces recurren a espacios terapéuticos no vinculados a la biomedicina y esto podría indicar cómo la biomedicina no es la única alternativa para explicar una “condición”, que no necesariamente es percibida como anorexia y bulimia antes de involucrarse con el discurso biomédico.

Sin embargo, cabe mencionar que Jessica y Sandra señalan que no fueron buenas experiencias por distintos motivos (Jessica fue acosada sexualmente y Sandra señala que el naturista le hizo bajar más de peso cuando ella en retrospectiva cree que en ese entonces ya tenía un diagnóstico de anorexia y bulimia) y rescatan más el trato y la “eficacia” del tratamiento recibido en espacios biomédicos. La iglesia no es deslegitimada frente a los espacios biomédicos, pero se le da más énfasis a la religión o a Dios como aquellos que verdaderos soportes en su tratamiento y paralelos al tratamiento biomédico. Esto será más ampliado en los siguientes capítulos, especialmente en “Narrativas de Recuperación” (6.4.).

CAPÍTULO IV: CONTROL DEL CUERPO FEMENINO: LA DELGADEZ COMO SOLUCIÓN Y COMO “PROBLEMA”

Una de las principales reflexiones presentes a lo largo de las entrevistas realizadas, era explicar por qué la delgadez era algo tan relevante para ellas, y sobre todo por qué la delgadez tenía tanta importancia para las mujeres y es un atributo tan valorado en el cuerpo femenino y posteriormente tan estigmatizado una vez que era visto como enfermedad. En torno a esta reflexión, sobre ser mujer y sobre el control del cuerpo femenino, surgieron interesantes puntos de vista a lo largo de las entrevistas y el focus group.

En el caso de las informantes que se encontraban en pleno tratamiento, llamó la atención que este tipo de reflexiones salieron recién en la segunda o tercera entrevista o durante el Focus Group, mientras que Bianca y Lorena, quienes no se encontraban en un tratamiento biomédico, estas reflexiones se dieron sin necesidad de que yo les preguntara algo en específico. Andrea fue una de las primeras informantes a quién pregunté a detalle sus apreciaciones sobre por qué el cuerpo de las mujeres siempre era sujeto a críticas o comentarios por cómo se veía. Recuerdo que su silencio me llamó mucho la atención, ya que antes de esto ella venía contándome su historia de manera ininterrumpida y sin titubeos, y esta pregunta desencajó un poco su discurso. Días después, parecía haber pensado la respuesta y sentirse más cómoda respondiéndola.

“Es un tema que se ha acostumbrado la sociedad, ya es una costumbre hacerlo así entre mujeres. Por ejemplo, personas que no tienen el trastorno incluso, siempre se la pasan hablando si es que esto tiene grasa, si es que esto está muy condimentado, o si ves a alguien después de tiempo lo primero que te van a decir es ‘te has engordado’ o ‘te has adelgazado’. Entonces, no solo es cuestión de las que vivimos con el trastorno, la mayoría de mujeres piensan así, en función a su cuerpo y a la comida” (Andrea – Entrevista 2)

Bianca consideraba que esta fijación en el cuerpo femenino es algo particular de la sociedad peruana, ya que al haber podido estar en otros países (refiriéndose a los europeos), sentía que no había una “fijación” en el cuerpo o en el aspecto como lo es en Perú.

“Yo creo que la mujer siempre ha estado relegada al papel de tener hijos, de ser madre y a quedarse en la casa. Si vas a un pueblo de la Sierra, siempre la mujer estará más en la casa y cuidando a sus hijos. Entonces siempre la mujer ha estado como dominada. Ahora, también está este tema de que la gente en Perú es demasiado chismosa y rajona, siempre están fijándose en absolutamente todo. Tú vas a cualquier país europeo, y no se fijan en nada de eso, les llega. Entonces es la mujer que está dominada, sumado a que estamos en un país que le encanta estar fijándose en todo.” (Bianca – Entrevista 3)

Sin embargo, de acuerdo a la bibliografía consultada y la cantidad de investigaciones realizadas en otros países, cabe resaltar que los diagnósticos de

anorexia y bulimia son mucho mayores en países como España, Estados Unidos y Reino Unido. De igual manera, resulta interesante que las informantes sean conscientes de que su diagnóstico y la problemática de querer bajar de peso esté sujeto a un contexto sociocultural. La reflexividad sobre su propia experiencia y conocimiento sobre el cuerpo en tanto femenino que manejaban las participantes, se verá a lo largo de este capítulo, lo cual probablemente haya estado relacionado al nivel educativo de las informantes, su interacción en las terapias dirigidas a mujeres, y también al acceso y manejo de información en Internet.

Andrea basándose en las experiencias que ha tenido en su vida, sobre todo el bullying que recibió durante la secundaria, añade que para ella ser mujer resulta muy difícil en este contexto.

“Ser mujer es difícil porque vivimos de muchas presiones en nuestro cuerpo. Las demandas de la belleza y los medios, los programas de tv, hace que sea muy difícil. Pero algo que sí yo rescato que es demasiado hermoso de ser mujeres es que podemos tener hijos.” (Andrea – Focus Group)

El cuerpo es parte de un orden cultural y social, donde se hacen visibles las tensiones o conflictos (Brewis, 2011). Y específicamente, el cuerpo femenino se ha visto como más vulnerable a críticas, juicios, valoraciones y objetificaciones. Susan Bordo (2003: 143) señala que las mujeres, más allá de tener cuerpos, también han sido más asociadas con su cuerpo; de tal manera que el cuerpo se ha considerado como una “esfera más que nada femenina” tanto en el ámbito doméstico, biomédico, filosófico y religioso, que se remonta a raíces históricas de relaciones de poder entre el género masculino y femenino. Sin embargo, desde la teoría del “embodiment” (Csordas, 1990), también se puede rescatar la agencia de las mujeres sobre sus cuerpos. Este enfoque analiza cómo experimentamos el mundo desde nuestro propio cuerpo nos ayuda a poder entender cómo los significados culturales moldean y son moldeados por nuestros cuerpo y el valor que le adjudicamos (Lupton, 2013).

A lo largo de los siguientes subcapítulos, se analizarán cómo el cuerpo ha sido controlado por distintos actores y en distintas etapas de su vida, y cómo a partir de esto, se generaron significados en torno a la delgadez; y posteriormente prácticas y estrategias para bajar de peso. Finalmente se verá cómo la delgadez empieza a ser visto como un problema o patología.

4.1. Vigilancia y control del cuerpo femenino en distintas etapas de vida

Resulta interesante ver cómo el control y vigilancia en los cuerpos de las informantes data desde muy temprana edad o son unas de las primeras cosas que recuerdan y es parte de su explicación de su condición actual. Para las informantes significaban control y agresiones sobre sus cuerpos vivencias como los comentarios desde sus familias, el maltrato escolar o universitario al cual estuvieron expuestas por su aspecto físico, el abuso físico y psicológico por parte de sus padres, y experiencias más extremas como acoso y abuso sexual por parte de actores masculinos o parejas.

En ese sentido, desde la teoría foucaultiana, se puede decir que el cuerpo desde temprana edad y a lo largo de sus vidas es entendido como un medio que sufre las presiones de quienes quieren insertar valores culturales e históricos propios de lo que significa ser mujer en un contexto que implica subordinación. Este cuerpo como medio se construye como un dominio de valores y significados (Butler, 1989: 604). El hecho de pasar por varias de estas experiencias en conjunto

4.1.1. Los comentarios de la familia y significados en torno a la gordura

Una de las cosas que más resaltaban las informantes, ya sea antes o después de su tratamiento, es lo mucho que les generaba malestar los comentarios recibidos por sus familiares sobre su cuerpo en general. Ya sea para decirles que estaban “gordas” como algo negativo, o como algo positivo por estar en proceso de tratamiento. Estos comentarios, de acuerdo a las informantes, estuvieron presentes desde muy temprana edad y generalmente eran hechos por miembros de familia de género femenino, tratándose de tías, abuelas y sobre todo, las madres.

Sandra cuenta que de pequeña sus tías le decían que era “gordita” y tenía que bajar de peso, diciéndole que “no estaba bien que esté así”. Si bien en esos momentos no sintió las ganas de bajar de peso, ella prefería esconder su cuerpo, ya que le daba vergüenza. Andrea paralelamente relata que sus tías le decían que era muy “panzona” y a medida que fue creciendo le empezaron a decir que era plana pero en referencia a sus senos o trasero. En ese sentido, Andrea constantemente percibió disconformidad por parte de otras personas con su cuerpo. Ella señalaba que si bien podían no gustarle a sus tías ciertas partes de su cuerpo, no entendía bien por qué tenían que decirle de manera tan cruel esos comentarios que claramente le afectaban siendo tan niña.

Por otro lado, Lorena recuerda haber comido bastante grasas desde pequeña y que su familia no tenía los hábitos alimenticios más “saludables”. A causa de esto, ella se describía como una niña “gordita” y uno de los momentos que recuerda en la que empezó a ser consciente de esto, fue una conversación que tuvo con su madre.

“Tenía 7 u 8 años, y recuerdo que un día, luego de haberme cambiado, mi mamá me metió al baño y me metió los dedos entre mi barriga, la parte de la cintura y la falda diciéndome ‘¿Te has dado cuenta lo apretado que te queda? Tienes que bajar de peso. Es muy importante que seas bonita y popular.’, a partir de eso siempre estuve a dietas por mi mamá y preocupándome por mi cuerpo” (Lorena – Entrevista)

Asimismo, Lorena relata que a medida que ella fue creciendo, su mamá también le exigía estar cada vez más delgada, comer menos e incluso estar bronceada, ya que su piel era muy pálida. Asimismo, cuenta que su madre constantemente le decía que sea más femenina y que se arregle más, de lo contrario no la dejaba salir. La relación con la madre y los comentarios recibidos por ellas, generalmente son los primeros tipos de control y vigilancia que tendrán en su cuerpo como niñas, de tal manera que a través de ellas socializan ciertos valores de lo que implica ser mujer en un contexto

sociocultural determinado y las exigencias que hay sobre el cuerpo femenino. Bianca también cuenta que si bien su madre no le inculcaba a que baje de peso, desde niña fue criticada por ser floja y no hacer ejercicio como lo hacían sus hermanos mayores. En el caso de Vanessa, si bien no señala que su madre le decía que baje de peso, recuerda que cuando ella quería bajar de peso, su madre la apoyaba. Vanessa también cuenta haber escuchado a su madre queriendo bajar de peso, e incluso dándose atracones o vomitando en ciertas oportunidades.

Como se ha visto, parte del relato de la mayoría de informantes, más allá de los comentarios, ellas describen haberse visto “gordas o flojas” en el pasado, y esta percepción se ve influenciado por los comentarios que recibieron por parte de sus padres. Por ejemplo, Jessica en una oportunidad me trajo fotos antiguas suyas, mientras iba viendo las fotos ella me indicaba que en ese entonces estaba “gorda” y por eso sus tías a veces le decían comentarios sobre su cuerpo. En ese sentido, a través de estos comentarios, la mayoría de informantes han asociado el hecho de estar “gorda” como algo negativo y que debe ser cambiado. Honeycutt (1999) señala que el problema no es solo “ser gorda”, sino que las personas te perciban como tal. Brewis (2011) evidencia que mirada abyecta hacia la gordura es evidentemente cultural. La investigadora señala que particularmente en Occidente, los “cuerpos gordos” han sido vistos como extremadamente negativos y además esta visión ha sido instaurada forzosamente a los individuos a través de discursos bastante legitimados como el biomédico o los medios de comunicación. Malson (1998: 105) señala que el cuerpo gordo es visto como “feo, asqueroso y vergonzoso en tanto que significa glotonería y falta de control sobre uno mismo”. A través de la construcción de significados en el cuerpo, también se construyen preferencias y valoraciones.

Sin embargo, en el caso de Sandra, también figura su padre como aquel que dio un comentario sobre su cuerpo, pero esta vez más en referencia al hecho de ser voluptuoso.

“Recuerdo cuando tenía 8 años más o menos, un día que visité a mi papa y salimos, yo estaba en short porque era verano y hacía calor. Mi papá me vio y me dijo que las niñas no debían de ponerse esas cosas, me dijo ‘cómo vas a estar mostrando tus piernas’. Eso me afectó bastante porque no entendí bien a lo que se refería porque era niña, pero hizo que me avergonzara más de mi cuerpo” (Sandra – Entrevista 3)

En este caso, se podría ver que hay una sexualización bastante temprana de su cuerpo, pero a la vez un control de esta para que no llame la atención de otros hombres, al ser este el comentario de su padre. De la misma manera, Andrea cuenta que en una oportunidad su madre la insultó porque estaba a punto de ir a una fiesta y se había puesto una blusa escotada. Su madre le decía que estaba yendo a buscar hombres de manera despectiva y esto hizo que Andrea se avergonzara de su cuerpo queriendo cubrirse más.

Asimismo, las informantes también señalaban que recibían comentarios sobre su cuerpo ya en pleno tratamiento o recuperación. Estos comentarios generalmente, como contaban Jessica y Vanessa, generalmente eran en función a decir que habían subido de peso, pero ellas no lo tomaban como halago, sino que les afectaba bastante. Por ejemplo, a Jessica le señalaban que estaba más ‘cuerpona’ pero esto tampoco era de su agrado. Bianca por otro lado mencionaba que su mamá constantemente le mencionaba lo “bello” que se veían los cuerpos voluptuosos contraponiendo con lo delgada que la podían percibir.

“En la calle a veces las personas me decían ‘te has recuperado, estás gordita’, pero a mí no me gusta que me hablen así o se fijen constantemente en mi cuerpo.” (Vanessa – Entrevista 4)

“A veces cuando estoy en el carro con mi mamá y el semáforo está en rojo, mi mamá ve las propagandas que están en la calle donde sale cualquier mujer y siempre aprovecha para decirme ‘mira, qué bonitas se ven esas piernas, no todas flacas como las tuyas’. O sea, ¿cómo espera que me sienta luego que me haya dicho eso? Supuestamente para que yo esté bien, estable y tranquila, tengo que dejar de pensar todo el tiempo en mi cuerpo; pero ella viene con comentarios como esos.” (Bianca – Entrevista 3)

A través de estos últimos ejemplos, se puede ver cómo se hacen fluidos los significados sobre la gordura y delgadez, también en función a los conceptos de cuerpo y la salud influenciados por el discurso biomédico. Si bien se señaló que el “cuerpo gordo” es visto como algo negativo, posteriormente, cuando se vio a las informantes entrar a tratamiento por su delgadez, la “gordura” puede constituirse en un signo de “salud”. En ese sentido, podemos ver que no necesariamente las exigencias de la familia —sobre todo miembros mujeres— buscan un cuerpo delgado, sino a veces también “voluptuoso”. Las informantes se ven constantemente en tensión sobre lo que opinan los demás de sus cuerpos, pudiendo ver que ni estando delgadas —que generalmente esa fue la primera exigencia— están satisfechas con su cuerpo. Asimismo, los comentarios de sus familiares —y la incomodidad que estos causan— que persisten a lo largo de toda su vida, se constituyen como una vigilancia constante sobre su cuerpo.

Los comentarios de la familia forman parte del contexto en el cual se sanciona continuamente el hecho de no alcanzar ciertas expectativas sobre el cuerpo femenino, y estas expectativas pueden ser variables e incluso contradictorias. A veces se tiene que ser más delgada y a veces más gorda para demostrar salud, a veces más voluptuosa para demostrar femineidad y en otras ocasiones menos voluptuosa para no llamar la atención⁶. Chernin (1983) señala que estas experiencias y presencias de otros actores, se hace que la persona esté en contra de su cuerpo y por ello vea la necesidad de modificarlo. El hecho de sancionar y vigilar continuamente el cuerpo, hace que se

⁶ Esto será ampliado en el subcapítulo “Significados en torno a la delgadez”, en el punto 4.2.3. “La delgadez como invisibilización”

vuelva estigmatizado y Goffman (1970) señala que una manera de internalizar esto, es a través de la vergüenza. Este concepto, que se produce exclusivamente en la interacción con otras personas, es desarrollado tanto por Goffman y Giddens (1997) como un malestar constante frente al hecho de ser incapaces de adecuarse o ser respetados por otras personas, incluso sus seres queridos. Asimismo, Taylor (1988) señala que la “vergüenza” introduce esta sensación de que uno es constantemente visto, juzgado y sancionado.

En ese sentido, vemos que a través de comentarios recibidos por distintos actores sobre su cuerpo en de distintas etapas de su vida, se internalizan significados ambiguos sobre cómo debe ser el cuerpo femenino y la salud en relación a este. Como señala Teresita de Barbieri (1990: 29) la subordinación de las mujeres, en tanto cuestión de poder, se localiza en diferentes espacios sociales, e incluso no necesariamente aparenta una autoridad institucional, “*sino con los más nobles sentimientos de afecto, ternura y amor*” como puede ser la relación con los padres.

4.1.2. Violencia de género: abusos sexuales, físicos y psicológicos

Las informantes recordaban bastante bien episodios de violencia física, psicológica y sexual que podían datar de hace más de 20 años, incluso recordando palabras específicas. Además, estos episodios de violencia, generalmente tratándose de violencia de género, fueron experiencias de todas las informantes. Esto es de gran importancia mencionarlo, ya que la mayoría de informantes en sus narrativas identifican estos episodios como unas de las principales causas para luego haber sido diagnosticadas con anorexia y bulimia⁷, o para haber recaído luego en prácticas alimentarias o purgativas que ya estaban identificando como malestares. Haciendo un breve reencuentro de las historias personales relatadas que líneas abajo serán explayadas, todas las informantes en algún momento de sus vidas han sido víctimas de violencia física y psicológica por parte de sus padres; Lorena tuvo un episodio de violencia psicológica con una pareja; y Jessica, Vanessa y Andrea fueron víctimas de abuso y acoso sexual.

En estos episodios de violencia, a veces ellas mismas fueron víctimas o ellas lo vieron. Generalmente los victimarios se trataban de figuras masculinas como padres, parejas o desconocidos, donde las víctimas fueron ellas mismas u otros miembros femeninos de su casa o sus madres. Sin embargo, también hay casos en los que se señalan que la madre fue la victimaria. Ruben Campero (2011) señala que la violencia sexual y de género se puede reconocer en situaciones de abuso de una mujer que puede ser definido desde un punto de vista masculino, y esto puede manifestarse como

⁷ Dependiendo de cada informante, algunas resaltaban más algunos episodios que otros, a pesar de haber pasado por experiencias similares. Algunas hacían más énfasis en los abusos y acosos sexuales, otras informantes resaltaban más el abuso físico y psicológico por parte de sus familiares y otras el bullying recibido en el colegio.

violencia doméstico, acoso callejero, violación, imposiciones de la pareja, maternidad compulsiva, entre otros. Desde el análisis foucaultiano que realiza Butler sobre la materialización del poder, la violencia podría decirse que es una forma de invertir el discurso y el poder sobre los cuerpos en tanto femeninos (2007: 173).

Andrea, Vanessa, Jessica y Sandra fueron testigos de episodios de violencia entre sus padres desde temprana edad, generalmente tratándose de conflictos de pareja entre el padre y la madre, que posteriormente terminaron en separaciones o divorcios. Andrea relata por ejemplo, haber visto a su padre gritar y golpear a su madre desde muy pequeña, y que incluso este intentó abusar de una de sus tías. Años más tarde también recuerda que a pesar de haber denunciado a su padre, este muchas veces intentó irrumpir en su casa tratando de matar a su madre. De la misma manera, Vanessa cuenta que las peleas entre su madre y padre fueron constantes, y que también en una oportunidad su padre quiso matarlas a las dos. Jessica cuenta también que ella se enteró por otros familiares que en una oportunidad su padre amenazó de muerte a su madre pero nunca estuvo segura por qué. Ella hasta ahora duda sobre eso, ya que ella le tiene alta estima a su padre, pero de igual manera no descarta la posibilidad de que haya sucedido. Sandra también recuerda la separación de sus padres a temprana edad y que también esto causó bastante problemas entre los dos como pareja, y también recuerda episodios en los que ella como hija se sintió relegada por su padre.

Respecto a las experiencias de abusos y acosos sexuales, las informantes a veces hacen uso de ambas palabras para referirse desde experiencias de violación donde hubo penetración, tocamientos forzados o proposiciones sexuales indebidas de acuerdo al contexto. Jessica cuenta que ella fue víctima de abuso sexual por un familiar suyo desde que era muy pequeña. Cuenta que no entendía bien lo que estaba sucediendo, pero esto se perpetuó por varios años hasta que su madre se dio cuenta y echó de su casa al familiar. Jessica cuenta que sin embargo, no decidieron denunciar a este familiar, ya que la madre señaló que él había sido violentado también de niño. Posterior a esta experiencia, Jessica casi fue abusada sexualmente por la pareja de su mejor amiga mientras ella se quedó dormida luego de una fiesta. Vanessa señala haber sido víctima de abuso cuando tenía 12 años por su primer enamorado.

“Quería experimentar el enamoramiento. En esta etapa me di cuenta que la vida no era ‘color de rosa’. Estuve con un chico un año mayor, lo quería mucho, pero luego me enteré que me engañó y decidí terminar. Fue difícil pero cuando le volví a dar otra oportunidad se aprovechó de mí, me tocó. Esto fue el detonante de mi enfermedad” (Vanessa – Línea de Tiempo)

Vanessa señala que recién hace un año, al estar en tratamiento, se atrevió a contar por primera vez de su experiencia de abuso. Cuenta que su madre estaba más preocupada en saber si hubo penetración o no, a lo cual ella dijo que no y que esta experiencia se limitó a “caricias bien asquerosas”, por lo tanto esto la hace sentir aliviada, ya que todavía se conserva virgen y esto parece ser bastante valorado por ella

ya que es cristiana. Sin embargo, menciona que al tener que ver a este ex enamorado durante toda su etapa escolar porque eran del mismo colegio, ella señala que esto hacía que se sienta mal y afectaba en sus ganas de darse atracones y vomitar.

Asimismo, Jessica fue agredida sexualmente durante varias oportunidades desde niña hasta adulta por actores que supuestamente inspiraban confianza, como el sastre de su colegio, un curandero, y el novio de su mejor amiga. En el episodio del curandero, que le Jessica describe que sintió bastante asco, miedo y soledad porque no se atrevió a contarle a alguien al respecto. Jessica cuenta que este le dijo que debía introducirse una vela de forma fálica para que su madre no muriera, pero ella no hizo caso. Asimismo, Andrea contó que cuando vivió por una temporada en la casa de sus abuelos, unas señoras que cuidaban a su abuela hacían que se desnudara para luego tocarla, siendo ella niña. Lo que me llamó la atención, es que esta experiencia inicialmente no formaba parte de su explicación inicial de cómo llegó a la anorexia y bulimia; sino que hablando de los imaginarios que se tenía sobre el diagnóstico de anorexia y bulimia, empezamos a hablar como los terapeutas relacionaban esto con experiencias de abuso o acoso sexual.

La antropóloga Rita Segato (2003) en “Las Estructuras Elementales de la Violencia” realiza un análisis muy interesante sobre los abusos y acosos sexuales ubicándolos en contexto donde las masculinidades, femineidades y las estructuras de poder interactúan entre sí. Ella señala que las violaciones salen a la superficie de la vida social como una tensión que está presente constantemente en la ordenación jerárquica de la sociedad, donde se evidencia el sometimiento de un grupo de individuos, y en este caso “*lo femenino es obligado a ponerse en el lugar del dador*”, que representa la virilidad, la fuerza y el poder (p. 31). Asimismo, Segato señala que la violación o abuso puede no ser explícitamente sexual, como se ha visto en los relatos de las informantes. Puede haber manipulación forzada del cuerpo sin contacto físico o penetración forzada que desencadena una sensación de malestar, humillación y terror muy parecida o igual a una violación sexual donde hubo penetración (p. 40), a esto lo denomina “violación alegórica”.

Andrea y Sandra cuentan haber sido víctimas de acoso sexual, y también ligan estas experiencias con el “rechazo a su cuerpo”. Sandra se sentía “asqueada” cuando los hombres le silbaban en las calles siendo ella aún menor de edad. Cabe resaltar que quizás otras informantes también pueden haber sido víctimas de acoso sexual callejero, pero en el caso de Sandra, ella lo recordaba bastante y se veía afectada ya que a la vez recordaba lo que una vez su padre le dijo sobre usar pantalones cortos y enseñar sus piernas cuando tenía 8 años. Andrea al inicio no mencionó sobre experiencias de abuso o acoso sexual; sin embargo, en la última entrevista mencionó que tal vez “el tema de la anorexia y bulimia estaba relacionado con los tocamientos una vez experimentó”.

Asimismo, Andrea y Sandra recuerdan episodios de discusiones o violencia física por parte de sus madres. Por un lado, Sandra recuerda que desde que ella era

muy pequeña, su madre constantemente la amenazaba con botarla de su casa por desobedecerla o hacer algo “incorrecto”. Sandra recuerda haber sido echada de su casa muchas veces, prácticamente ha perdido la cuenta, y generalmente debía irse a la casa de su padre con el cual inicialmente no tenían una buena relación. En los últimos años, las últimas veces que la mamá de Sandra la ha echado, ha sido más que nada relacionado a los vómitos o al hecho de que ella no quería comer. Sandra también recuerda que cuando ella hacía algo “mal” o que causara desagrado en su madre, ella también reaccionaba llorando. Esto hacía que Sandra se sienta sumamente culpable e inmediatamente reconociera lo que hizo como algo que causaba daño en otra persona. A pesar de estos episodios, Sandra menciona que actualmente trata de llevarse bastante bien con su madre.

Por otro lado, Andrea recuerda episodios de violencia física por parte de su madre luego de haberse separado de su padre. Andrea menciona que probablemente su madre se haya vuelto violenta por el hecho de haber sido ella víctima de su padre, y por estar ya acostumbrada a un ambiente donde la violencia era cotidiana y normal. Generalmente reaccionaba de esta manera al ver que a Andrea no le iba bien en la escuela. En este relato, Andrea recuerda una de las últimas veces en las que su madre fue bastante violenta con ella.

“(…) Entonces me olvidé el pìner saliendo de mi casa, y tenía que presentar una tarea (...) tuve que regresar a mi casa para recogerlo. Mi mamá me abrió la puerta, y le dije que me había olvidado mi pìner con la tarea. No sé por qué exactamente, pero mi mamá explotó, empezó a gritarme y a golpearme como nunca antes con una escoba. Yo ya estaba en el suelo, y ella seguía golpeándome, no paraba. (...) Cuando paró, yo me levanté y sin decir nada me fui al colegio porque ya estaba tarde. Sentía que mi cara me quemaba y estaba mojada, pero yo estaba más preocupada porque iba a llegar tarde (...) Cuando llegué ya habían cerrado la puerta del colegio, los de la puerta me vieron y me preguntaron ‘qué te pasó’, yo les dije que nada, que solo me había caído o algo así. Pensaba que quizás estaba sangrando un poquito, pero luego cuando llegué a clase vi que todos mis compañeros me veían y una amiga me tuvo que llevar al baño. Cuando me vi al espejo me di cuenta que no solo estaba sangrando, el ojo estaba completamente morado, hinchado. Mi amiga me dijo que tenía que llevarme a un hospital urgente, y yo no quería por la vergüenza. (...) Cuando llegué al hospital, tuvieron que llamar a mi mamá para que me recoja, yo solo había dicho que me caí. Cuando mi mamá me vio se puso a llorar y me dijo que nunca más lo iba a volver a hacer.” (Andrea – Entrevista 2)

Si bien los siguientes testimonios no fueron calificados por las mismas informantes como violentos ni como violencia de género, los siguientes relatos de Jessica y Lorena denotaban bastantes impotencias de su parte al haber sido desilusionadas o maltratadas por parejas anteriores. Jessica por un lado cuenta que la última pareja que tuvo fue una persona que inicialmente no estaba muy interesada, pero que finalmente cedió a estar con él por querer probar la experiencia de tener a su primera pareja. Sin embargo, cuenta que ella percibía que esta persona le estaba mintiendo e incluso tal vez engañándola. Jessica decidió terminar con esta pareja, pero

cuenta que parte de sus “crisis”, como ganas de autolesionar o devolver la comida, se deben a los recuerdos constantes que mantiene ella sobre él, como a las ganas de querer contactarlo a pesar de reconocer que no sería lo mejor para ella. Por otro lado, Lorena cuenta un relato sobre una de sus ex parejas con el cual se siguió frecuentando a pesar haber concluido su relación. Esta persona se trataba también de su primer enamorado, quien ella identificaba como alguien que no la apoyó cuando tuvo los episodios de devolver la comida o incluso intentos de autolesión.

“Yo seguí viendo a Juan después de años de terminar con él y a veces nos juntábamos y teníamos relaciones. Sabía que estaba mal, creo que él también, pero igual lo hacíamos (...) en una oportunidad tuvimos relaciones en su casa, él no tenía condón, pero igual decidimos hacerlo con la condición de que acabara afuera (...) Mientras lo hacíamos yo le preguntaba a cada rato si ya había acabado, y me dijo que no. Luego de dos días, recibí una llamada suya diciéndome que tenía que comprar la pastilla del día siguiente porque ese día sí había acabado dentro de mí. Yo estaba muy molesta y desesperada, y le decía que cómo pudo haber hecho esto, y que mínimo me ayudara a conseguirlas porque no tenía plata. Solo me dijo que no podía porque estaba en la playa surfeando con sus patas, y que lo dejara en paz. Tuve que pedirle a Pedro, que ahora es mi enamorado, que me ayudara a conseguir las pastillas. Él las pagó sin decirme nada, no entiendo cómo hizo eso por mí” (Lorena – Entrevista 4)

Desde un punto de vista foucaultiano, la violencia puede ser vista como formas de ejercer y expresar poder ya sea en una relación madre-hija o en una relación de pareja. El cuerpo en los escenarios de violencia es mucho más visible las relaciones de poder que fluctúan (Campero, 2011). Muchas veces se tiende a medicalizar posteriormente la experiencia de un abuso, concibiéndola como un trauma que se interconecta con otras patologías; sin embargo, se está invisibilizando todo un campo de significados sobre el cuerpo de la mujer y creencias socialmente aceptadas sobre la superioridad e inferioridad de esta al ser víctima (Campero, 2011: 11). En las narrativas recogidas, las informantes ligaban sus experiencias de abuso y específicamente violencia de género con su diagnóstico. Claramente en los recuerdos de haber pasado por violencia hay un malestar presente, y una sensación de sentirse “fragmentado” (Healicon, 2015) al ensayar el encontrarle sentido a esta experiencia. Sin embargo, en estos casos, los relatos de abusos y violaciones se vuelven parte de una narrativa mayor en la que se trata de explicar a la anorexia y bulimia, o la sensación de disgusto hacia el cuerpo.

4.1.3. El bullying escolar y universitario

El bullying, manifestado en comentarios, insultos, exclusión, también es percibido como violencia por parte de sus pares, también se refuerzan los valores compartidos por jóvenes que tienen la misma edad o que son del mismo género. En el caso de las informantes, en muchos casos se le reforzó lo mucho que importaba como se ve uno y como los demás te perciben. En ese sentido, también significaba una manera de socializar valoraciones y significados sobre ser gorda, delgada y en general sobre la importancia del aspecto físico de una persona.

El bullying, al estar relacionado a espacios educativos como la escuela y la universidad, está ubicado generalmente en una etapa de vida determinada que es la adolescencia. La experiencia de pasar por la adolescencia también es generadora de significados sobre el cuerpo. Bradley (1996) señala que la edad cronológica per se, no tiene significado alguno, sino que los significados se van generando a medida que le adjudicamos características a determinada etapa de vida. En ese sentido, la adolescencia como una etapa de vida, genera expectativas sobre cómo debe ser y cómo uno debe actuar. En el contexto actual, y a partir del conocimiento científico occidental, uno de los grandes significados que gira en torno a la adolescencia es el cambio biológico y desarrollo reproductivo y sexual en las personas (Frost, 2001: 66). Al estar en una etapa de cambios, también se asume que la adolescencia es periodo de progreso hacia lo que uno espera ser en el futuro (2001: 67). En ese sentido, significa una experiencia liminal entre niñas que se van convirtiendo en mujeres, y al ser mujeres se tienen ciertas expectativas sobre su cuerpo.

Bianca identifica como bullying escolar los episodios en los cuales sus compañeros hacían bromas respecto a cómo ella se veía, y esto la hacía sentir mal. Ella recuerda que a todo esto comenzó a los 11 años aproximadamente, cuando ella hizo un cambio de colegio y también sentía que su cuerpo se veía muy distinto al resto de sus compañeras y se le veía más “grande”. Señala que le daba mucha vergüenza contárselo a sus padres, pero igual tenía un grupo de amigas que no la molestaban.

“Cuando llegaba a clase, escuchaba que mis compañeros hombres, como sabían que me estaba acercando, hacían ruidos ‘pum, pum, pum’ como si un elefante o algo enorme se estuviera acercando. Esto me afectaba bastante y me hacía sentir ‘enorme’” (Bianca – Entrevista 2)

Asimismo, cuenta que cuando recién ingresó a su colegio nuevo, tuvo problemas por un chico con algunas compañeras de promoción que ahora son sus mejores amigas. Ella señala que considera que esto le ha afectado un montón y que probablemente esté relacionado con luego haber sido diagnosticada con anorexia y bulimia, a pesar de que cuando lo recuerda con sus amigas, ellas le dicen que eran niñas. Bianca, también cuenta que en la universidad volvió a tener problemas con una compañera suya que supuestamente creía que era su amiga. Esta joven sabía que Bianca había pasado por una experiencia de anorexia y bulimia, y que para el momento que estaban interactuando, ya se encontraba más estable. Sin embargo, Bianca cuenta que aparentemente sin motivo alguno, esta chica la inducía vomitar o le decía que ciertos alimentos le harían engordar. Bianca piensa que esta amiga tenía malas intenciones con ella, y solo quería que recaiga o que se sienta mal consigo misma.

Andrea fue una de las informantes que vivió más episodios de bullying que implicaban violencia, burlas e insultos. Ella menciona que siempre fue muy buena alumna, pero en secundaria sus notas empezaron a decaer como medida de escape a la violencia diaria que vivía en su escuela. Andrea menciona que escuchaba que sus compañeros decían que no querían juntarse con ella porque era fea. Entonces, ellos empezaron a excluir de cualquier actividad entre ellos, como de las mismas actividades

escolares como actuaciones o trabajos grupales. Incluso señala que le tiraban huevos. Andrea señala que bajó tantos sus notas a causa de todo el bullying que al final repitió de año. Luego, en una de las universidades que estuvo, cuenta que tuvo una compañera que cada vez que la veía por los pasillos se le acercaba y le decía “cholita” o “chola de mierda”. Andrea, al igual que Bianca, cuenta que les daba mucha vergüenza contarles todo esto a sus padres. Asimismo, Vanessa también cuenta haber sido víctima de bullying en su último año de primaria, ya que la cambiaron de colegio. Señala que la empezaron a excluir por su aspecto físico, donde la comparaban constantemente con otra compañera suya que era “todo lo contrario a ella”: blanca, delgada, ojos claros. Vanessa se sintió tan excluida que intentó suicidarse en una oportunidad y sus padres tuvieron que cambiarla nuevamente de escuela.

Si bien Lorena no indica haber recibido bullying en su etapa escolar, recuerda que alguna compañera suya se burlaba de lo apretadas que le quedaban sus medias en las pantorrillas. Ella recuerda que su amiga se quedó mirando sus piernas riéndose y le preguntó qué sucedía. Esta respondió que le daba risa ver lo gordas que eran sus piernas. De la misma manera, Sandra tampoco recuerda haber pasado sido víctima de bullying en el colegio y señala haber tenido un grupo de amigas bastante sólido; sin embargo, sí recuerda que le molestaban comentarios que sus propias amigas les hacían señalando que su “contextura es gruesa”. Igualmente Jessica señala que el bullying tampoco fue parte de su experiencia, pero también recuerda haber recibido comentarios en tono despectivo en la que la llamaban “chola” por su apellido y su apariencia; sin embargo, señala que esto no le afectaba mucho.

Liz Frost (2001) señala que el cuerpo femenino y las mujeres han sido sujetas de juicios frente a una escala de defectos y perfección, donde algunas mujeres son más valoradas y tienen más prestigio por alcanzar ciertos estándares, y las que no, lamentablemente son violentadas. Asimismo, como parte de un contexto de interacción constante como lo es la escuela, Goffman (1963) señala que en estas interacciones hay ciertas expectativas de “normalidad” frente a la persona que se está conociendo. En la actualidad, la concepción de lo “normal” y además “deseado y valorado” se va siendo más hegemónico por la presencia de los medios de comunicación. Lo normal y lo deseado en este contexto sociocultural es ser delgada y otras características físicas (como ser blanca, cabello u ojos claros) que son atribuidas como bellas. Cualquier otro atributo fuera de estas características es sujeto a ser sancionado (Frost, 2001).

4.1.4. Los espejos y reflejos como vigilancia permanente

Luego de que las informantes hayan tenido presente a lo largo de su vida que su cuerpo no cumple con las expectativas de distintos actores presentes en su vida, ellas se vuelven bastantes conscientes de su apariencia física y de cómo se están presentando hacia los demás. A manera de sintetizar todas estas formas de vigilancia y control presentes en distintas etapas de su vida, la mayoría de informantes sienten que a pesar de ya no estar recibiendo comentarios, el recordatorio de que “no se están

viendo bien” se hace omnipresente y constante cuando salen a la calle y se ven en los reflejos de las ventanas, edificios o espejos. Este acto de mirarse al espejo, o de la nada percatarse de su cuerpo en la calle, ha sido común a todas las informantes, lo cual demuestra que la disconformidad con su cuerpo es constante y en algunos casos puede convertirse invalidante en su vida cotidiana, sin necesidad de patologizar esta frustración de verse al espejo.

Lorena cuenta que cuando a veces sale a la calle, se mira constantemente en los reflejos de las ventanas para ver cómo le queda la ropa que se ha puesto. Si ve que la ropa no le queda bien o le hace ver gorda, ella es capaz de regresar a su casa y cambiarse algo con lo cual se sienta más cómoda y sentirse bien. Ella señala que el verse en los reflejos de la calle gorda, hace que prácticamente le malogren su día y ya su humor cambie. De la misma manera, Vanessa cuenta que siempre ha estado muy consciente de los reflejos en las calles, sobre todo mirando sus piernas para verificar que no se vean anchas. Ella también cuenta que cuando veía sus piernas y las percibía anchas, su humor podía cambiar y la hacía sentir mal durante el día; y hace años, el simple hecho de verse en los reflejos podía aumentar sus ganas de vomitar o restringirse.

Como parte de mi observación a la cotidianidad del centro de salud mental, me pude percatar que Sandra también se miraba constantemente en los reflejos de las puertas y ventanas de vidrio. En la sede de Lima Campestre, no había muchas ventanas, de tal manera que Sandra señalaba que solo se comparaba con el resto de pacientes. Sin embargo, a raíz de la mudanza por fuerza mayor que se tuvo que hacer a causa de los huaycos en Marzo, las pacientes de Lima Campestre se estaba quedando en la sede de Lima Sur que era más una casa convencional que una casa de campo como el internamiento. En esta casa donde se quedaron, había varias puertas oscuras de vidrio de tal manera que los reflejos se veían bastante claros. Sandra me decía que se estaba mirando en los reflejos constantemente, se sentía ancha y esto la frustraba demasiado. Vanessa también señaló que a causa de estos vidrios, ella se estaba mirando más y por lo tanto también comparándose con el resto de pacientes.

A pesar de ser ellas mismas las que se observan en los espejos y al final son ellas las que elaboran juicios con respecto al cuerpo al observarse sin injerencia de otro actor; el espejo y los reflejos se constituyen como una percepción externa a su cuerpo, ya que al verse al espejo ellas se plantean que probablemente el resto de personas las ven como ellas se ven en el espejo. El hecho de toparse con reflejos en los vidrios y ventanas a la vez también se constituyen como esta vigilancia permanente, ya que al mirarse en un espejo uno mismo busca reflejarse, mientras que en el caso de los vidrios, ellas describen como esta manera fortuita y cotidiana de verse reflejada en las calles.

4.2. Significados en torno a la delgadez

En el contexto actual, la delgadez es un atributo bastante valorado en las personas, ya que se le asocia con valores como la “salud” o la “belleza” generalmente. Esto parte de un discurso biomédico, en el cual se le ha adjudicado otros valores de una persona como el cuidado y la femineidad. A lo largo de estas secciones, veremos cómo las informantes, a partir de sus experiencias fueron adjudicándole significados a la delgadez y a partir de esto tomaron acción para alcanzarla.

4.2.1. La delgadez como belleza

¿Qué es la belleza? Fue una pregunta que constantemente nos hacíamos mis informantes y yo. Digo, “nos hacíamos” porque a veces ellas mismas me preguntaban pensando que yo podía tener una respuesta al ser antropóloga o especialista en ciencias sociales. De acuerdo a Jury y Jury (1986) los ideales culturales de la belleza son expresiones de valores y creencias sociales, Al haber estado influenciadas ya por el tratamiento recibido y por las charlas de nutrición, las informantes describían a la belleza como algo relacionado más al cuerpo físico y a las “modas”, como una referencia a que es histórico, y por ende cambiante.

“Las modas siempre se han dado y siempre en función al cuerpo y las texturas. En la charla con la nutricionista vimos que justamente las modas cambian, entonces la belleza también puede cambiar. Ahora la belleza es ser delgada, pero yo considero que eso no es belleza porque puede cambiar. Un tiempo puede ser delgada, luego puede ser voluptuosa” (Sandra – Entrevista)

La mayoría de informantes empezaron a asociar la belleza con la delgadez a partir de sus propias experiencias de socialización, en las cuales vieron que las personas consideradas bellas o con mayor aceptación eran de determinadas características incluyendo el hecho de ser delgadas. Asimismo, esta asociación de la delgadez como belleza, en algunos casos los significados surgieron como una oposición a la belleza, ya que algunas de ellas fueron acosadas por su aspecto físico. Por ejemplo, Vanessa recuerda que cuando fue víctima de bullying en el colegio, la comparaban con una compañera suya que era blanca y delgada, en oposición a ella que se veía como “morena y gorda”. Para Andrea, ser bella estaba ligado al aspecto físico y a su vez, a lo que ella no era; ya que ella vivió la experiencia de ser llamada fea a lo largo de su etapa escolar. Para Andrea ser bella significaba tener cuerpo en oposición a como ella percibía su cuerpo como plano, ya que en algunas ocasiones hubo personas que le recriminaron por qué no tenía trasero o curvas.

Para, Lorena, ser bella significaba estar “regia”. Esta palabra implicaba verse bien, “más allá de ser delgada o gorda”. Lorena decía que ser “regia” era cuestión de cómo uno se viste, que la ropa te quede bien, y cómo actuar frente a los demás. Sin embargo, consideraba que para ser regia, ella tenía que seguir bajando de peso un poco más y ella señala que esto fue lo que le inculcaron gran parte de su vida. Lorena tuvo una experiencia que le confirmó que ser bella es equivalente al aspecto físico, y

esto implica estar delgada. Cuando Lorena llegó a bajar de peso bastante a los 14 y 15 años, tuvo la oportunidad de ser modelo por un corto tiempo, ya que unos fotógrafos la contactaron cuando se fue a tomar fotos carnet.

De la misma manera, la delgadez como belleza tiene un trasfondo de valor moral para las informantes al significar cuidado y “amor por una misma”. Bordo (2003) señala que el tamaño y forma del cuerpo puede tener un significado moral, ya que refleja físicamente la capacidad interna hacia el compromiso, disciplinamiento y autocontrol. Por ejemplo, Sandra cuenta que en su colegio, sus amigas empezaron a hablar de las “contexturas” en referencia a la forma y tamaño del cuerpo de ellas, donde las más valoradas eran las mujeres de “menor contextura” refiriéndose a las más delgadas. En ese sentido, ella describe que para ella bajar de peso era para sentirse bonita y sentirse que estaba cuidándose más físicamente.

“Muchas personas interpretan la belleza como la belleza física, como la belleza corporal. Yo pienso que es corporal pero sin llegar a un extremo. Siento que la belleza interior es lo que vale. Como uno se valora y se cuida.” (Sandra – Conversación)

La ropa también es un elemento central para haber percibido la delgadez como belleza. La ropa es esencial como parte del performance cotidiano y la manera como uno se presenta a los demás. Las tallas de las ropas no necesariamente representan la diversidad de los cuerpos de distintas personas y se pueden convertir en indicadores de qué tan delgada uno se encuentre frente a las tallas más convencionales o presentes en la industria de la moda. En ese sentido la ropa y sus tallas también se convierten en medidas regulatorias y disciplinarias sobre el cuerpo, de tal manera que si un cuerpo no entra en determinada talla o no le agrada como le queda determinada ropa porque no se acopla a la forma de su cuerpo, la persona siente el deber de bajar de peso o modificarlo.

“La gente es cruel cuando eres gordita. Por ejemplo, no sé si has escuchado comentarios como ‘qué conchuda, cómo se le ocurre ponerse eso’, como que haciendo referencia de que no le queda bien lo que le pone, o no debería mostrarse por ser gorda.” (Lorena – Entrevista 1)

En el caso de Lorena, ella cuenta que cuando tenía 11 años, ella iba a hacer un viaje de estudio, pero cuando la llevaron a comprar ropa, según ella nada le quedaba bien y sintió bastante frustración y tristeza por ello. Incluso, Lorena en una oportunidad me mostró que la organización de su closet, era por secciones de acuerdo a la ropa que le quedaba bien en esos momentos, la ropa que le gustaría que le quede pronto pero que considera que no se ve bien con eso actualmente; y también guarda como una suerte de “trofeo” y recuerdo, la ropa que le quedó cuando bajo de peso a los 14 años, a pesar que ella señala que es muy probable que ya no le vuelva a quedar. Para ella, como el resto de informantes, la ropa es un indicador de qué tan bien se ve uno y en el caso de Lorena es un indicador si es que ha bajado o subido de peso porque a ella no le agrada pesar y no lo ha hecho en años. Y si bien lo describen como parte de

su historia relacionada a su diagnóstico de anorexia y bulimia, no necesariamente ven su relación con la ropa como algo patológico. Asimismo, Vanessa cuenta que el momento que ella recuerda que decidió empezar a restringirse y vomitar fue cuando iba a ir un quinceañero y el vestido no le quedó el mismo día de la fiesta.

Desde la teoría de Bourdieu (1977) sobre los capitales, también podemos entender que la delgadez en tanto significar belleza y al ser valorada en este contexto sociocultural, da más prestigio, oportunidades y status a las mujeres en particular, que ser “gorda” o no ser delgada. Incluso en aspectos que podrían ser considerados superfluos como conseguir ropa, ser delgada te brinda más ventajas y en ese sentido es percibido como algo valorado y deseado para los casos principales.

Bianca también mencionaba que para ella la ropa era muy importante en esta construcción de ser bella. Así como también lo es “hacerse las uñas”, en referencia a la manicure, o el cabello. Sin embargo, señala que una idea de la belleza en la mujer que está en tensión con ella, es el hecho de mostrar el cuerpo o ser “sexy”. Bianca recalca que en su entorno de amigas, o a través de su madre, siempre se le ha inculcado ponerse ropa pequeña o pegada, y eso no iba con ella porque no se sentía cómoda, y también por el catolicismo que ella predica. En ese sentido, Bianca es consciente también que los significados de ser bella como mujer, pueden variar dependiendo de las experiencias de una persona. Podemos ver que la belleza no solo es incorporada en función a las valoraciones culturales hegemónicas, sino también es sujeta a negociaciones sobre los distintos significados que la delgadez puede tener (Reischer y Koo, 2004: 299).

4.2.2. La delgadez y la búsqueda de aceptación

En esta sección es necesario definir cómo estoy entendiendo la “búsqueda de aceptación”. Más allá de partir del ideal de belleza, ser delgada para las informantes significaba muchas veces ser aceptada por el grupo de amistades y también por los hombres que podrían ser potenciales parejas. Reischer y Koo (2004) señalan que el cuerpo “bello” es también un sitio donde se construyen relaciones de género, y también empieza a ser visto como sujeto de deseo. Todas las informantes identificaban que una de las razones por las cuales decidieron bajar de peso fue justamente para poder tener pareja o para que sus amigas (específicamente mujeres) lo noten.

Bianca cuenta que uno de los momentos claves en los cuales le empezó a preocupar cómo se veía era cuando entró a secundaria y los compañeros hombres mayores empezaron invitar a sus amigas a fiestas de promoción. Si bien anteriormente Bianca mencionó que ella recién está con su primer novio con el cual lleva muchos años, ella cuenta que esta búsqueda de pareja no implicaba un novio, sino simplemente el hecho de decir que fue a una fiesta de promoción o haber sido invitada a una fiesta de promoción.

Lorena también contaba que la primera vez que bajó bastante de peso y tuvo un cambio bastante radical en su apariencia estuvo asociada a la primera vez que tuvo un enamorado. Lorena contaba que en un verano que la pasó en la playa, ella bajó bastante de peso por las dietas que ella hacía, y a su vez conoció a un chico que según ella no le gustaba mucho, pero le hacía sentir bien el hecho de que alguien se fijara en ella por primera vez a los 14 años.

“Los chicos obviamente se fijan en las mujeres que están más regias y flacas. O sea, sé que no es así necesariamente en todos los casos, pero eso ha sido lo que yo he visto o lo que me han inculcado desde niña por parte de mi mamá (...) para conseguir al chico perfecto, una también tiene que estar perfecta” (Lorena – Entrevista 1)

Cuando regresó al colegio luego del verano, ella esperaba que sus compañeras se den cuenta de su radical cambio, pero muy poca gente lo notó. Cabe recordar, que Lorena mencionaba constantemente que a lo largo de su etapa escolar le gustaron varios de sus compañeros de su clase, pero ninguno aceptó estar con ella a pesar que se los pedía. Entonces, el hecho que estos chicos no se den cuenta de su cambio de apariencia y los constantes rechazos, le hizo sentir bastante mal y decidió seguir bajando de peso. En ese sentido, podemos ver que la apariencia física de Lorena y el hecho de estar “delgada” significaban también la aceptación de otras personas.

De la misma manera, Andrea cuenta que el momento que la impulsó a bajar de peso fue cuando entro a la universidad y tuvo un grupo de amigas que ella consideraba bellas, por ser “blancas y flacas”. La pasó muy bien durante los primeros meses con sus compañeras y también le empezó a gustar un chico de su universidad. Sin embargo, algo que la hizo sentir muy mal fue cuando ella descubrió que este chico en realidad quería estar con una de sus amigas. Para Andrea esto significó que su amiga al ser delgada, pudo estar el chico que justamente ella quería. Sin embargo, ella contaba que algo que le llamó la atención sobre su amiga, fue que nunca comía o nunca la vio comer. A las horas de almuerzo, Andrea proponía ir a comer y su amiga se negaba a hacerlo diciendo que ya lo había, lo cual le pareció extraño. A raíz de esto, Andrea también empezó a asociar el hecho de dejar de comer con estar delgada, y el estar delgada con poder conseguir una pareja. Andrea en retrospectiva señala que es probable que esa amiga haya tenido anorexia o bulimia, pero que en ese entonces no lo identificó como tal, pero le pareció extraño que no comiera.

Sandra por otro lado, esperaba más aprobación y aceptación por parte sus amigas mujeres, y no mencionó haber estado interesada en buscar pareja. Cuando decidió bajar de peso, al volver al colegio luego de vacaciones, ella esperaba una reacción por parte de sus compañeras mujeres, ya que ellas justamente constantemente hablaban de temas “de contextura”. Sin embargo, Sandra cuenta que más se fijaron en otra compañera suya que había bajado aún más de peso. Ella recuerda haberse sentido sumamente triste y molesta ese día porque nadie le hizo un cumplido por su cambio, y sobre todo que alguien más la haya opacado ese día. En ese sentido, esto fue un impulso para seguir bajando de peso.

Podemos ver que la delgadez, al estar ligado a un atributo valorado como la belleza física; al a través de la aceptación es reforzado su valor en el contexto sociocultural en el que estamos. En el caso de las informantes que para ellas ser delgada significaba el hecho de poder conseguir pareja más fácil o ser atractiva para el resto de personas, puede interpretarse en cómo las mujeres se concibe a sí mismas como una mercancía (commodity) cuyo valor está sujeto a su presentación y apariencia física (Orbach, 1988).

4.2.3. La delgadez como invisibilización

Este significado de la delgadez fue algo que yo no esperaba dentro de mis hallazgos, ya que los significados en torno a este, se vinculan a valores positivos o a la adquisición de un mayor prestigio como mujeres. Sin embargo, a través de los relatos de las mismas informantes, ellas me señalaron que cuando buscaban adelgazar no era necesariamente para ser bellas o ser aceptados; sino todo lo contrario: pasar desapercibidas. Este significado de la delgadez, está estrechamente ligado al tema de la vergüenza sobre el “cuerpo odiado” (Frost, 2001) que no alcanza ciertas expectativas; pero también en las experiencias de violencia, y específicamente a su rol como mujeres. Luego de haber internalizado distintas maneras de vigilar y sancionar el cuerpo en distintas etapas de su vida, a través de los comentarios de su familia, el bullying escolar y la violencia de género, las mujeres se conciben a sí mismas como sujetos constantemente vistos y visibles, sobre todo ante la mirada masculina (Frost, 2001: 140). En esta sección se desarrollará cómo las informantes veían en ellas la delgadez como una solución para no llamar la atención de la “mirada fija masculina” (Segato, 2003), estrechamente ligadas a sus experiencias pasadas de violación y acoso sexual.

Si bien la ropa era considerada un accesorio que configuraba la apariencia personal y el aspecto físico que de alguna manera opera bajo cánones de belleza; para algunas informantes la ropa holgada servía para que no se note la forma de su cuerpo. Vanessa cuenta que tuvo una época en la que estuvo viviendo “tapada” y sin descubrir parte alguna de su cuerpo. Actualmente Vanessa siempre viste con maquillaje, con zapatos plataforma, faldas y blusas de verano manga cero y se siente bien al vestirse de esa manera. Ella en retrospectiva señala que antes probablemente cubría su cuerpo por su experiencia de los tocamientos. De la misma manera, como una manera de explicar el desagrado por su cuerpo, Sandra también señala que no le gustaba ponerse ropa muy pegada o ceñida a pesar de que su mamá le decía que se lo ponga. En ese sentido, para Vanessa y Sandra, el hecho de andar bastante tapadas era ya una actitud “no normal” aunque ellas no lo vieron de tal manera en ese momento.

Ya de una manera más explícita, Jessica señala su desagrado por los cuerpos con curvas y que justamente ella quería ser delgada para que su cuerpo no se note mucho. Mencionaba constantemente que a ella siempre le ha desagradado los cuerpos “voluptuosos”, es decir caderas anchas, piernas y trasero grandes.

“Me parece vulgar verse voluptuosa, con las piernas anchas (...) llamas demasiado la atención, sobre todo de los hombres. Luego te están molestando.” (Jessica – Entrevista)

Rita Segato (2003) denomina “male gaze” a la mirada fija masculina, en tanto que significa agresión simbólica del cuerpo femenino y que a la vez es fija al ser imperativa. La autora señala que generalmente el acto de “mirar” implica a un observador y un observado, pero también puede implicar a dos observadores, ya que puede ser intercambiable. Sin embargo, Segato señala que la mirada masculina es imperativa en tanto que encierra a un blanco, “forzándolo a ubicarse en un lugar que se convierte en su destino, una subjetividad obligatoria” (p. 41). En ese sentido, las mujeres internalizan la idea de que son culpables de la mirada depredadora de los hombres por sus cuerpos que llaman la atención.

En el caso de Bianca, ella no asocia la voluptuosidad con el hecho de llamar la atención de los hombres y consecuentemente ser la causante de acosos, sino ella señala que la voluptuosidad “no es algo valorado en su círculo, sino el hecho de ser ‘flat’”, es decir estar plana. Sin embargo, también hace constante énfasis en que verse voluptuosa y estar con ropa muy escotada es faltarle el respeto a Dios.

Si bien se ha visto que la búsqueda de la delgadez también puede ser para llamar la atención de los hombres y ser atractiva para ellos, resulta interesante ver como los cambios asociados a su cuerpo que se dan en la adolescencia, y las valoraciones en torno a su cuerpo como parte de un desarrollo sexual, pueden ser vistos como abyectos o negativos frente a las experiencias vividas. De acuerdo a Frost (2001: 72) el proceso de experimentar el cuerpo como ajeno o extraño (“alien body”) frente a los cambios físicos y valoraciones puede ser percibido como incoherente e incompleto. Las mujeres jóvenes pueden sentir sensaciones de disgusto o asco hacia su cuerpo al relacionarlo con la sexualidad, ya que la experiencia sexual o los significados en torno a esta pueden haber sido violentos.

Asimismo, Sorial y Poltera (2015) señalan que hay una asimetría cuando se trata de los abusos o violencia de género: generalmente las políticas para evitar este tipo de casos o prevenir abusos sexuales están dirigidos hacia las mujeres, de tal manera que en este contexto sociocultural, las mujeres generalmente asumen cierta responsabilidad y agencia para ser ellas las que lo evitan como víctimas. Nussbaum (2005) señala que la experiencia de haber pasado por abusos desde niñas es realmente impactante y al ser su cuerpo sexualizado más tarde por los cambios que pasa en la adolescencia, a veces algunas mujeres tienden a culparse o identifican que la solución para que no vuelva a suceder un abuso o evitar esta experiencia, está en ellas mismas. Más allá de entender la invisibilización por el “cuerpo odiado”, esta es una estrategia para no llamar la atención de los hombres.

4.3. El control y modificación del cuerpo femenino a través de prácticas alimentarias y purgativas

Frente a las distintas maneras por las cuales el cuerpo femenino es sancionado por no encajar en estándares de belleza como la delgadez, o convertirse incluso en un cuerpo odiado por ser este el culpable de llamar la atención de los hombres; surgen estrategias para bajar de peso y adelgazar. El cuerpo ya no es concebido como un objeto inerte que es constreñido y limitado por los significados y las valoraciones que se les adjudica (Shilling, 1993). El cuerpo es percibido como modificable e inconcluso, de tal manera que requiere trabajo (Bordo, 1993), y en ese sentido se buscan estrategias o prácticas para modificarlo o trabajarlo.

A partir de lo que Foucault (1990) denomina “Las Tecnologías del Yo”, el sujeto decide establecer técnicas de modificación o transformación consigo mismo, de tal manera que aplicando estas técnicas las personas podrían alcanzar un “estado de felicidad o perfección” frente a lo deseado como proyecto individualista de realización. En esta sección se desarrollarán las distintas prácticas y estrategias de modificación del cuerpo por parte de las informantes; siendo algunas bastante comunes, mientras que otras representan anormalidad desde el discurso biomédico.

Primero, se verán estrategias de modificación como dietas, ejercicios, masajes y otros que son bastantes comunes a un contexto neoliberal y capitalista de consumo donde se aparentemente hay infinitud de opciones para modificar el cuerpo pero que a la vez se encuentra constreñido y vigilado de acuerdo a expectativas de belleza, poder y estatus. Posteriormente, se verán otro tipo de prácticas de control y modificación menos comunes como los vómitos, el uso de laxantes y finalmente la autolesión. Asimismo, se analizarán las ambigüedades en torno a los significados sobre el cuerpo y la salud que estas prácticas conllevan.

4.3.1. Prácticas y estrategias de modificación sobre el cuerpo: dietas, ejercicios, y otros.

En primer lugar, antes de desarrollar las narrativas sobre las dietas, alimentación, ejercicio y otras estrategias de modificación en torno al cuerpo, me gustaría contextualizar que estas prácticas pertenecen a un contexto neoliberal, por la flexibilidad y opciones que hay sobre la modificación del cuerpo y cómo este a su vez se constituye como un sitio de producción sujeto a ciertos tipos de consumo en un contexto globalizado y capitalista (Freeman, 2011). Laval y Dardot (2010) sostienen que la normatividad neoliberal puede ser percibida como una vigilancia excesiva sobre los sujetos, y a la vez como una sensación de infinitud de opciones y por ende autocontrol en ellos. Asimismo, Charles Edgley (2006) señala que a lo largo de la historia del ser humano, el sujeto ha sido forzado a construirse dentro de las circunstancias en las que habitaba, tratando de encajar en las distintas expectativas de belleza, poder y status que eran vigentes en ese entonces, pero constreñidos a sus realidad y limitaciones físicas. Sin embargo, en la actualidad, la tecnología, la biomedicina, han hecho que el

cuerpo parezca totalmente posible de ser modificado en lo que la persona desea que sea.

La comida deja de lado su función biológica, se vuelve un campo de significados. La comida empieza a ser vista o categorizada de acuerdo a lo que te ayuda a adelgazar o engorda (Lupton, 1996). En ese sentido, la comida y el comer son expresiones, pero a la vez una manera de presentar y realizar expectativas sociales (Kopczynska y Kielinska, 2016). A partir de un contexto sociocultural, las dietas se definen de acuerdo a la disponibilidad del mercado e ingresos económicos, las clasificaciones socioculturales de lo que es comestible y no comestible, lo preferido y no preferido, y como parte de este contexto, la biomedicina tiene injerencia en todas estas preferencias al definir las consecuencias del consumo de alimentos (Messer, 1984). En ese sentido, veremos cómo algunos alimentos como productos light o bajo en grasas, frutas y verduras se constituyen como lo permitido para comer desde un discurso contemporáneo sobre lo saludable.

Jessica cuenta que la primera vez que empezó a hacer dietas fue porque escuchó de los productos light cuando su tía regreso de Italia luego de haber bajado de peso. Jessica preguntó qué había hecho para bajar de peso y su tía solo le dijo que empiezo a comer light. Jessica empezó a comprar productos lights a raíz de eso o a comer productos integrales. Asimismo, también empezó a restringirse poco a poco de los carbohidratos, dejando de comer arroz o papa. Eventualmente, Jessica llegó a bajar de peso, pero señala que nunca llegó a estar conforme con su cuerpo.

Los relatos de Andrea y Vanessa en torno a la comida estuvieron más enfocados en los atracones y vómitos, pero señalan que también tuvieron periodos de restricción, pero estos no duraron mucho porque no podían comer tan poco. Andrea cuenta que por un mes entero, decidió solo comer manzanas, 1 o 2 veces al día, y también hubo días en los que pasó días enteros sin comer. Ella señala que curiosamente nunca supo cuántas calorías tiene una manzana porque nunca llegó a consultar por internet o preguntar más información al respecto. Sin embargo, señala que se veía influenciada por lo que decía su madre cuando estuvo yendo al gimnasio, de esa manera si tuvo contacto con un discurso biomédico sobre lo que era “saludable”. Vanessa cuenta que pasó por varios tipos de dietas por temporadas y estas dependía si estaba vomitando o no. Señala cuando estaba en una temporada de restricción, lo cual ella identifica exclusivamente como anorexia y no bulimia, estuvo alimentándose todos los días agua y galletas integrales. En temporadas cuando la bulimia también estuvo presente, cuenta que al comer todo bajo en sal, le echaba bastante limón a los alimentos. Sus ensaladas básicamente eran brócoli, coliflor, agua y a veces queso.

Asimismo, ya bajo la perspectiva de estar en un tratamiento biomédico, cuentan que desarrollaron miedos por algunos alimentos. Por ejemplo, Andrea cuenta que le tenía “miedo” al plátano, ya que lo consideraba como un alimento prohibido porque había escuchado que subía de peso. De la misma manera, Vanessa tenía también varios “miedos” como a los carbohidratos, frituras, dulces y las comidas muy

aderezadas. De la misma manera, a Bianca no le agrada comer los dulces o carbohidratos; pero paralelamente disfruta mucho cocinar y hacer repostería.

Respecto al ejercicio, la mayoría de informantes no señalaba que el ejercicio fue central en sus vidas o fue una estrategia para bajar de peso tal cual, lo cual nos evidenciaría este desligamiento del discurso biomédico sobre lo “saludable”. Lo mencionado era todo lo contrario, generalmente mencionaban que eran bastante flojas y criticadas por no hacer actividad física. Sin embargo, Lorena sí fue una de las pocas que mencionó que cuando tenía 14 a 15 años empezó a hacer bastante ejercicio sumado a las dietas y vómitos.

“Yo nunca había hecho tanto ejercicio en mi vida, pero de la nada empecé a salir a correr por el Golf primero. Luego, también me matriculé al gimnasio y ahí conocí a mucha gente increíble y que me caían muy bien, que me metieron más ideas sobre bajar de peso (...) Además mientras estuve enferma de hepatitis, sumado a que comía poco, también jugaba el Wii Sports durante horas, y esto equivalía a hacer ejercicio en mi casa. Y así me la pasaba, cada vez que podía me la pasaba haciendo ejercicios.”(Lorena – Entrevista 3)

Vanessa también contaba que junto a su madre empezaron a salir a correr cuando ella quería bajar de peso, pero no fue matriculada en un gimnasio. La única que señaló explícitamente haber estado en un gimnasio fue Lorena, y probablemente se debía a su procedencia socioeconómica. Sin embargo, lo interesante fue el hecho de que Andrea en ningún momento me dijo explícitamente que le gustaba hacer ejercicios, pero un día que llegué temprano a la Clínica X, tuve la oportunidad de verla bailar como la rutina de ejercicios matutinos que tenían en el centro. Ella era la más entusiasmada al comenzar la rutina, elegía el DVD que iba a poner, las canciones y el resto de compañeras la acompañaban. Andrea bailaba bastante bien y seguía con bastante precisión todos los pasos del baile, y cuando se lo comenté, ella modestamente se reía y decía que le gustaba bailar, pero no lo veía necesariamente como un ejercicio. De la misma manera, Bianca recalca que le gusta bastante bailar marinera y lo hace 3 veces por semana, pero tampoco lo ve como una rutina de ejercicio.

El ejercicio, en el contexto sociocultural presente, se considera una actividad valorada, ya que bajo un enfoque naturalista del cuerpo, esta actividad supone una modificación natural de este (Magdalinski, 2009). A pesar de ser la misma ciencia y biomedicina la que nos aporta una serie de posibilidades y estrategias para modificar el cuerpo, sigue presente una valoración hacia lo natural o no modificado, ya que de lo contrario podría ser visto como anormal al no seguir ciertas prácticas aceptadas.

Freeman (2011) señala que los cuerpos sujetos a la globalización son sitios donde se generan distintas formas de consumo, a lo que llama la “flexibilidad neoliberal” en tanto que los cuerpos se constituyen, manejados y experimentados de distintas maneras. Además de las dietas y ejercicios, algunas informantes también tenían conocimiento de otras estrategias para bajar de peso, o incluso de modificación corporal. Sandra por ejemplo escuchó a su madre con sus amigas que hablaban de

ponerse fajas y tomar té verde para quemar grasas. Jessica también cuenta haberse comprado fajas para ponérselas. Lorena es una de las informantes que más se sometió a otras alternativas para bajar de peso por el hecho de tener el apoyo de su madre y también por tener mayores recursos económicos que el resto de informantes. Lorena cuenta que a ella siempre le costó restringirse y por ello tenía que tener otras alternativas.

“A parte de las dietas, algo que me ayudó bastante fue la masajista. Mi mamá consiguió a una masajista que quemaba puntos específicos de grasa. Yo le pedía a mi mamá que viniera porque quería seguir bajando más de peso. Venía todos los días. Además esta masajista me inyectaba cafeína una vez a la semana, en puntos específicos del cuerpo y la grasa se quemaba inmediatamente. O sea si tenía algo importante para lo cual tenía que estar delgada, me inyectaba. Pero o sea, me metía una aguja en el cuerpo, pues.” (Lorena – Entrevista 4)

La noción de autodisciplina, disponer de tiempo, esfuerzo y dinero parte del discurso neoliberal sobre el mantenimiento o surgimiento de un “mejor yo” (Lupton, 2013), de tal manera que todas estas estrategias que ellas hallaron para poder bajar de peso se encontraban ligadas también a su procedencia socioeconómica (como el hecho de ir al gimnasio, o poder pagar por una masajista personal). Sin embargo, desde la teoría foucaultiana, todas estas posibilidades y opciones para modificar el cuerpo pueden ser vistas como un control y agencia por parte de quien las ejerce, pero por otro lado también pueden ser vistas como una intensificación de la regulación social sobre el cuerpo (Turner, 1982).

Asimismo, un punto que vale la pena resaltar sobre el análisis sobre estas prácticas y estrategias de control del cuerpo como las dietas, ejercicios, fajas, entre otros, es que estos pueden ser comunes a personas que no son diagnosticadas con anorexia y bulimia, ni tampoco presentan un malestar como los casos descritos. Estas prácticas pueden ser vistas como parte de un contexto sociocultural, pero al mismo tiempo, pueden ser validadas o patologizadas desde el discurso biomédico. Es aquí donde entran las ambigüedades sobre los significados en torno al control del cuerpo y a la salud. En el caso de las informantes, el conjunto de sus experiencias –devolver la comida, uso de laxantes, o las autolesiones– hacían que estas prácticas puedan ser vistas como patológicas.

4.3.2. Devolver la comida

La devolución de comida, o los vómitos, generalmente se daba como una estrategia luego de un atracón o complementaria a las restricciones de alimentos o dietas que ellas estaban realizando. Algo que me llamaba la atención era saber cómo así pensaron en esta estrategia, ya que esta escapa más de un discurso biomédico presente en los medios de comunicación o de las recomendaciones habituales para bajar de peso. Las respuestas fueron variadas y esto evidencia que la recomendación de devolver la comida puede partir de una socialización en un círculo más cerrado entre jóvenes, o también de un proceso más intuitivo.

Lorena por ejemplo relata y hace bastante énfasis en que las primeras veces que devolvió la comida fue porque se le ocurrió a ella y no tuvo consejo de ninguna amiga o accedió al internet.

“Fue idea enteramente mía, no sé cómo así se me ocurrió, pero fue así de repente, yo solita. Ya estaba haciendo bastante ejercicio, hacía dietas, y un día así de la nada se me ocurrió vomitar antes de ir al gimnasio. Me sentí demasiado bien luego de eso, liviana, y creo que la idea de no haber asimilado nada de lo que había comido se sentía increíble, y que todavía iba a quemar más calorías en el gimnasio. A partir de eso, empecé a vomitar seguido.” (Lorena – Entrevista 2)

Bianca relata que también “vomitó bastante”. Lo curioso en su relato, es que inicialmente ella se atribuía la idea de empezar a vomitar, pero luego conforme avanzaron las entrevistas, me empezó a contar que muchas ideas y recomendaciones fueron de las páginas pro anorexia. En el caso de Sandra, ella me contaba que empezó a vomitar por recomendación de una de sus mejores amigas de su colegio. Sandra estaba ya interesada en bajar de peso, y la mayoría de sus amigas también hablaba del tema. Sandra empezó a vomitar, pero no lo hacía seguido, sino cuando ella lo consideraba. De tal manera que se constituía en un “truco para no asimilar la comida que había ingerido”. Ella señala que a pesar de estar vomitando, ella jamás pensó que esto luego se convertiría en un problema para ella, ya que su amiga también lo hacía de vez en cuando y “la veía bien”. Además, Sandra señala que si ha bajado de peso, lo ha hecho más que nada gracias a vomitar y no a las restricciones de alimentos.

Un aspecto importante a resaltar, es que la mayoría de informantes me contaban el cuidado y limpieza extrema que implicaba vomitar, para que sus padres no se den cuenta y para que no queden olores. Estos relatos implicaban dos cosas: que al ser muy meticulosas al esconder cualquier evidencia, ellas aceptaban que devolver la comida era una práctica mal vista para el resto de personas, pero esto no quería decir que veían mal lo que estaban haciendo en esos momentos. Segundo, que el hecho de poder esconder esto exitosamente de sus padres o familiares, en cierta forma les daba satisfacción de poder estar controlando la situación y reforzaban valores positivos como “el cuidado, limpieza, meticulosidad”, entre otros.

“Para mí vomitar era una especie de travesura, me sentía traviesa, como una adolescente que hace algo considerado ‘prohibido’. No lo veía mal, era como una trampita si había comido demás y me hacía sentir liviana luego” (Bianca – Entrevista 2)

“No tienes idea lo meticulosa, limpia, cuidadosa y ordenada que era. Era sumamente metódica y planificadora cuando iba a vomitar. Sabía que si iba a vomitar, tenía que ser antes del gimnasio, entonces comía sopa con fideos o arroz solo para que sea más fácil y rápido vomitar. Entraba al baño, alistaba todo, prendía el caño, pero ya estaba aprendiendo poco a poco a ser silenciosa para que nadie se dé cuenta. Luego de vomitar, dejaba todo impecable, sin ningún rastro de olor, incluso más limpio de cuando yo entré al baño (risas)” (Lorena – Entrevista 3)

Por otro lado, Vanessa, Jessica y Andrea relatan que los vómitos estaban más ligados a un atracón previo, y la manera de relatar estos sucesos era mucho más

emotiva y dramática para ellas. Las tres informantes me señalaron que llegaron a vomitar más de 5 veces al día y para sentir que verdaderamente habían expulsado todo, tenían que llegar a vomitar sangre. Andrea cuenta que empezó a vomitar a raíz de que empezó a comer grandes cantidades de comida. Señala que iba a los supermercados a comprar varios panes y se comía todos. También cogía la comida que encontraba en la cocina de su tía para seguir comiendo. Sin embargo, ella señala que ahora en retrospectiva puede darse cuenta que los atracones han estado presentes desde muy pequeña.

Vanessa hacía algo similar con la comida de su casa, pero ella mencionaba que los cereales eran los alimentos con los que más le gustaba llenarse. Señala que le gustaban mucho los palitos de ajonjolí, o también iba al supermercado a robar cajas de cereales de colores. Generalmente los atracones eran de comidas que ellas consideraban “prohibidas” para alcanzar el objetivo de adelgazar. Sin embargo las informantes no lo relacionaban con la idea de comer algo que ellas estaban restringiéndose, sino a una sensación o emoción negativa generalizada que se desembocaba en esto. Ambas informantes señalan que las ganas de vomitar venían por lo llenas que se sentían por la comida que habían ingerido y tenían que expulsarlo. También, Andrea y Vanessa cuentan que también vomitaban complementando ya alguna restricción o dieta que estaban practicando como lo hacía Jessica.

Sin embargo, a diferencia de las tres primeras informantes que recalcan mucho lo cuidadosas que eran cuando vomitaban para que sus padres no se dieran cuenta, Vanessa y Andrea recalcan todo lo contrario. Andrea contaba que nunca entendió bien por qué guardaba las bolsas de los panes de supermercado en sus cajones de ropa en vez de botarlos. Asimismo, tanto Vanessa como Andrea contaban que a veces vomitaban en bolsas dentro de su cuarto y estas bolsas de plástico lo dejaban debajo de su cama. Andrea especialmente en retrospectiva, se describe como “sucía y asquerosa” al recordar esto, pero recalca que en ese entonces no lo veía de esa manera.

En ese sentido, vemos cómo la percepción sobre los vómitos puede cambiar una vez que las informantes hayan estado interactuando con el entorno terapéutico o bajo la mirada biomédica, a pesar que los vómitos responden de igual manera a la intención de no engordar o bajar de peso luego de un atracón de comida. Antes de esto, muchas de ellas lo veían como una estrategia más, como lo podría haber sido el uso de fajas, laxantes, inyecciones, entre otros. Si bien el uso de fajas o inyecciones puede ser considerado dañino para el cuerpo al igual que los vómitos desde una mirada biomédica, la devolución de comida es vista mucho más abyecta que las anteriores al ser parte de síntomas de “enfermedad” para otro tipo de patologías infecciosas y el hecho que ellas mismas se lo estaban induciendo. En ese sentido, dentro de nuestro contexto sociocultural, donde la biomedicina es parte de esto, la devolución voluntaria de comida no es muy aceptada o es vista como “normal” frente a otras estrategias de modificación del cuerpo.

4.3.3. El uso de laxantes

El uso de laxantes y diuréticos es bastante común en las personas que son diagnosticadas con anorexia y bulimia, y los casos de las informantes entrevistadas no es ajeno a esto. Los laxantes en las farmacias peruanas son de libre acceso y no requieren de prescripción médica, de tal manera que todas ellas tuvieron acceso a estos incluso siendo menores de edad. Sin embargo, el uso de estas medicaciones y la información sobre estas, a diferencia de las dietas o restricciones, no son comunes a la mayoría de mujeres que intentan bajar de peso sin necesidad de estar diagnosticadas o identificarse con un trastorno de la conducta alimentaria. En ese sentido, resultaba interesante cómo ellas dedujeron su uso y dónde adquirirlo. Asimismo, también resultaba interesante cómo percibían el uso de esta medicación sin relacionarlo a “curar una enfermedad” o a una patología.

En el caso de Bianca, ella cuenta que llegó a usar laxantes hasta 8 veces al día y principalmente cuando tenía una fiesta. Incluso comenta que sigue haciéndolo hasta ahora, pero tomando 1 o 2 pastillas, ya que tiene problemas con el estreñimiento que ha acarreado desde años anteriores en las que estuvo menos estable. Ella tuvo acceso a la información sobre laxantes en páginas pro anorexia y su uso estaba ligado con la sensación de sentirse liviana y estar “flat” (plana en inglés) y verse bien en un vestido. Bianca señala que ella no veía como problema en ese entonces el uso de laxantes, hasta que tuvo que prescindir de estos una vez que entró a tratamiento y ahí empezó a experimentar la sensación de estreñimiento. En ese sentido, Bianca no asociaba el consumo de pastillas a una patología, hasta que luego pudo experimentar sus efectos secundarios a largo plazo.

Lorena cuenta que la primera vez que consumió pastillas para bajar de peso fue por un endocrinólogo bastante conocido por el tema de bajar de peso. Este le recetaba “sibutramina”⁸, una pastilla que ella sentía que le disminuía el apetito considerablemente. Ella veía a estas pastillas como una salida o estrategia para seguir bajando de peso, frente a las veces que no podía cumplir la dieta que le habían recomendado por la poca cantidad de comía que estaba permitido ingerir. Asimismo, cuenta que años más tarde volvió a tener acceso a unas pastillas que identificaba como diuréticos, gracias a un nutricionista que ella tenía que le daba esas pastillas. Me contaba que semanalmente tenía que pagar aproximadamente 100 soles solo por las pastillas. El nutricionista le dijo a Lorena que la pastilla que era suerte de coctel de varias sustancias le iba a servir para que no se hinche y así baje más rápido de peso. Ella describía que la pastilla le hacía orinar bastante, y que evidentemente se sentía más liviana. No puede confirmar si había bajado de peso evidentemente, ya que ella no se pesa desde hace muchos años porque le da temor saber su peso, pero tiene la

⁸ La sibutramina, y cualquier medicación que contenga esta sustancia, está prohibida a la venta y comercialización en el Perú a partir del año 2010 por un comunicado que lanzó la DIGEMID del Ministerio de Salud, al haber diagnosticado varios casos de aumento de presión arterial por su consumo.

sensación de sentirse más liviana. En el caso de Lorena, ambas pastillas fueron provistas por autoridades biomédicas; sin embargo, ellas tampoco las asociaban con el hecho de estar curando alguna enfermedad, sino más bien como una ayuda y complemento frente a la dieta que estaba haciendo en el momento.

Jessica cuenta que al haber estado paralelamente trabajando en ese entonces y tenía ingresos económicos y ahorros. Ella buscaba pastillas para poder bajar de peso por internet y las compraba. Cuenta que las pastillas costaban aproximadamente 100 soles, pero para ella igual valían la pena. Cuando le pregunté qué exactamente eran las pastillas, no sabía la composición exacta de ellas, solo describe que eran para “la ansiedad de comer” y ella describe que efectivamente le funcionaba. Por otro lado, Vanessa cuenta que cuando estaba en el proceso de bajar de peso recibiendo el apoyo de su madre, una amiga de su mamá le recomendó que si quería seguir bajando de peso tome diuréticos. Vanessa cuenta que su madre le autorizó a que tome diuréticos con la condición de que cuando llegue a su peso meta ya no siga bajando más de peso. Vanessa aceptó, pero cuando llegó al peso propuesto quiso seguir bajando de peso.

Como se puede ver, las informantes no estaban muy interesadas en los componentes de las pastillas, de tal manera que no le preguntaban más información a los médicos, farmacéuticos o proveedores de estos. Asimismo, ninguna señaló haber averiguado información como efectos secundarios de estas pastillas, de tal manera que el propósito de las informantes era más que nada bajar de peso sin necesariamente considerar algún daño o malestar que este pueda causar. Cabe resaltar que el acto de buscar “efectos secundarios” en algún medicamento, también parte del mismo discurso biomédico, y las informantes no estaban tan relacionadas con la biomedicina a este punto. Sin embargo, a través del uso de medicaciones, podemos ver que en cierta forma, la biomedicina forma parte de su propio contexto sociocultural, sin necesariamente adherirse al uso “correcto” de las medicaciones que parte de las autoridades biomédicas, donde las informantes han tenido la agencia de adjudicarle su propio uso. Sino, las medicaciones eran atribuidas otra función y significado, que en este caso eran vistas como estrategias para seguir bajando de peso, o como una ayuda o truco frente al hecho de haber comido demás o algo complementario a una dieta.

4.3.4. La autolesión como castigo

Frost (2001) señala que la autolesión curiosamente no va de acuerdo con el hecho de producir un atractivo femenino convencional en el cuerpo; sin embargo, la autolesión se constituye como una expresión del cuerpo odiado, o del cuerpo que desea y “debe” ser modificado. En el caso de las informantes, en retrospectiva me cuentan que se “hacían daño a sí mismas” contando las restricciones, los ayunos o los vómitos; sin embargo, en esta sección se analizarán exclusivamente las autolesiones, ya que a diferencia de las otras prácticas de control de cuerpo ya mencionadas, estas implica una “destrucción” física del cuerpo inmediata y dentro de las prácticas ya

mencionadas, las autolesiones se constituyen como las más ‘anormales’ y por ende ‘patologizables’ desde el discurso biomédico. Sin embargo, por los relatos de las informantes, las autolesiones eran extensiones de las prácticas alimentarias ya anteriormente mencionadas, ya que el propósito de autolesionarse era básicamente como una forma de autodisciplinamiento y castigo por no haber seguido los regímenes acordados, o por percibir que habían subido de peso.

De acuerdo a los relatos, las autolesiones pueden darse como una manera de causarse dolor en el cuerpo o herir el cuerpo, sin necesidad de tener intenciones suicidas de por medio (Frost, 2001: 19). Por ejemplo, Lorena relata las veces que se cortó. De acuerdo a ella, la primera vez que se cortó no estuvo del todo ligada con el hecho de no sentirse a gusto con su cuerpo, de hecho describe que en cierta forma le gustó el dolor, y que fue más que nada curiosidad y deseaba saber hasta dónde podía llegar. Se cortó en la mano, un lugar sumamente visible. Sin embargo, sin hacer una relación directa con este evento, ella relata que el contexto en esos momentos era que se encontraba en una casa de playa durante todo el verano, en la que su mamá la tenía una vez más bajo dietas y la forzaba a broncearse. La segunda vez que se cortó fue mucho más dramática de acuerdo a ella y sí estuvo directamente ligado a la sensación de haber engordado.

“Habré tenido 15 o 16 años. Recuerdo que me estuve probando unos shorts en mi cuarto y mi enamorado estaba conmigo. Me vi al espejo y sentía que había engordado porque no me quedaban bien. Le pregunté si había engordado, si veía mis piernas más anchas. Y él, también en su inmadurez, me dijo que tal vez sí. Yo me empecé a desesperar y él me empezó a decir que haga ejercicio, que salga a correr entonces. Me sentía muy mal que mi propio enamorado me diga que estaba gorda, empecé a llorar, a gritar, y empecé a cortarme las piernas con una tijera. Cuando vi que salió la sangre, me quedé en shock mirando mis piernas. Él también estaba muy sorprendido y me dijo que ya me tranquilice y que ya íbamos a ver la manera de que yo haga ejercicios para sentirme mejor.”(Lorena – Entrevista N°3)

Con una lógica similar, Bianca cuenta haberse cortado bastante superficialmente en las piernas y en los tobillos, pero señala que no le llegaron a quedar marcas. Para Bianca, cortarse en los tobillos especialmente, era una estrategia de disciplinamiento para seguir bajando de peso.

“Yo me cortaba en los tobillos, y ponte, si había un día que yo comía demás de lo que me había previsto, me cortaba y me ponía zapatillas y medias apretadas para sentir el dolor. De tal manera, que me acordaba durante el día que había comido demás, y esto también me servía para no volver a hacerlo” (Bianca – Entrevista 2)

En la primera entrevista que tuve con Sandra pude ver marcas moradas pequeñas a lo largo de todo su brazo. Ella me contó que antes de esto, ella nunca se había autolesionado, pero que justamente lo había empezado a hacer porque se estaba comparando con las otras pacientes del centro y porque sentía que estaba comiendo demasiado. Si bien ella lo hizo dentro de un espacio terapéutico, se puede

ver que la autolesión se constituye una vez más como una forma de castigo por no seguir lo propuesto inicialmente.

Sin embargo, en el caso de Vanessa y Jessica, los relatos sobre las autolesiones han sido mucho más dramáticas, incluso señalan que tenían las intenciones de suicidarse. Vanessa cuenta que ella tuvo un intento de suicidio en su casa a los 11 años porque en su colegio la fastidiaban y ella sentía que la excluían por “fea”. Años más tarde, Vanessa cuenta que se golpeaba en las piernas ya que esa era la parte de su cuerpo que más le desagradaba porque la veía muy grandes. Por otro lado, Jessica me contó que la primera vez que se cortó fue cuando la internaron y no estuvo estrechamente ligado a que haya comido demás en el internamiento. Jessica cuenta que la sensación de encierro la hacía sentir mal y fue a los rosales del centro a cortarse. Asimismo, cuenta que en estos últimos meses ha tenido muchas ganas de cortarse con los cuchillos que hay en la cocina o incluso de suicidarse, pero no lo ha llegado intentar.

En los casos que la autolesión ha sido vista como un autodisciplinamiento o castigo frente a su objetivo final que era bajar de peso. En estos casos, no se puede asumir la autolesión como propiamente una modificación corporal para llegar a la delgadez, pero sí está estrechamente ligado. A diferencia de otras estrategias de modificación corporal que implican incisiones o destrucción de la piel como los tatuajes y los piercings, el fin de la autolesión no era propiamente tener como “producto” final algo visible, sino, percibir el dolor como precisamente una sensación de malestar para castigarse y seguir bajando de peso. Asimismo, a través de la autolesión se puede ver el sufrimiento y malestar que les causa tener un cuerpo que consideren alejado de las normativas de belleza sobre lo que implica ser mujer. El hecho de hacerse daño a sí mismas de manera explícita y como castigo, evidencia una vez más la importancia del cuerpo físico y la belleza para ellas como mujeres.

4.4. “Perder el control”: El control del cuerpo femenino a través de la patologización

Se ha podido ver que para la mayoría de informantes la mayoría de sus prácticas alimentarias y purgativas, como otras estrategias de modificación corporal, no eran vistas inicialmente como patológicas o como signos de malestares. Sino, todo lo contrario: eran vistas como un control del cuerpo a través de un dominio total, de tal manera que se controlaba tanto lo que entraba y salía, transgrediendo discursos hegemónicos como el biomédico (Deiana, 2011). Sin embargo, resulta interesante cómo estas prácticas se fueron constituyendo en patológicas o anormales más que nada frente a los padres o a otros actores observadores de la informante.

4.4.1. “¿Hasta dónde se puede llegar?”: Las prácticas alimentarias y purgativas, y la delgadez extrema como problemas

En esta sección me centraré en cómo las prácticas alimentarias y purgativas, más la delgadez empezaron a ser percibidas como “problemas” (sin necesidad de ser patologizadas o medicalizadas), más que nada para la gente de su entorno y también para ellas mismas. Cabe resaltar esto, ya que en las secciones 6.2.1. “Conflictos y tensiones con el entorno” y 6.2.2. “Signos de malestar” se harán mención de los motivos de ingreso a un internamiento, lo cual ya implicaba un aislamiento para una normalización. Evidentemente en esas secciones, ya hay una mirada más biomédica en tanto que los padres ya no pueden controlar más la situación o porque los signos de malestar ya son intolerables para las informantes porque sus vidas estaban en peligro. Sin embargo, este cambio de significados en torno a las prácticas alimentarias, purgativas y la percepción sobre su propio cuerpo vistas como partes de una enfermedad, no se da repentinamente. En primer lugar, todas las prácticas ya mencionadas para bajar de peso, implicaban algunas dificultades y las informantes podían verse limitadas por esto. Además, para poder ejercer estas prácticas tenían que estar constantemente pendientes de que sus padres o familiares no se den cuenta.

Algo en lo que coinciden todas las informantes es que ellas en ese entonces percibían que no había límites para seguir bajando de peso, o para querer ser más delgadas. Luego de haber descubierto una serie de dietas, maneras de vomitar sin alertar a los padres, y otras alternativas para seguir bajando de peso, las posibilidades parecían infinitas. Se experimentaba una sensación de elegir libremente, como también el hecho de poder controlar el cuerpo a su gusto y poder convertirlo en lo que ellas deseaban, ser delgadas. Al adoptar prácticas alimentarias y purgativas consideradas “anormales” bajo el discurso biomédico, se podría decir que el cuerpo de las informantes no solo se limitó a ser un campo de significados, sino también un sitio de resistencia y transformación de los significados (Crawford, 1984) en torno a la salud, enfermedad y delgadez. Sin embargo, ninguna de las informantes señalaba una meta clara; sino que estas metas constantemente se reiniciaban cuando veían que bajaban de peso en la balanza y sabían que podían seguir haciéndolo. Esta sensación de “querer más” o que “nunca es suficiente”, empieza a ser reconocido como un malestar para las informantes, ya que al ser guiadas por su deseo de seguir adelgazando, perdían de vista la meticulosidad y el cuidado de sus actos, volviéndolos visibles a otros actores, como la familia o escuela. Estos generalmente reaccionan bastante mal.

Sandra cuenta que empezó a preocuparse de su situación cuando veía que su mamá se enojaba y lloraba mucho cuando ella no quería comer y ya sabía que estaba vomitando, esto la hacía sentir culpable. Ella considera que las ganas de vomitar se hacían imparables no solo porque su cuerpo se había acostumbrado fisiológicamente, sino también porque para ella misma era una costumbre vomitar luego de comer. Ella cuenta que detrás de esto, siempre estaba presente la idea de seguir bajando un poco más, pero esto no tenía un fin.

"Ahora todas las chicas quieren bajar de peso, pero para mí se volvió como una obsesión, como una adicción. Podía comer, pero el vomitar sí se hizo como una adicción o costumbre. Después del almuerzo era algo que necesita ir al baño para arrojar. Era automático, porque ya se había acostumbrado." (Sandra – Entrevista 1)

"Yo me pesaba y decía, ya 1 kilo más y de ahí paro. Y así se fue el tiempo, yo diciendo '1 kilo más, 1 kilo más, 1 kilo más, 1 kilo más'. Hasta que bajé bastante de peso. Mi mamá me veía y lloraba diciendo 'por qué estás tan delgada'. Por dentro, no lloraba, pero yo solo le decía que todo iba a estar bien. Cuando le veía así me decía a mí misma, ya está es la última vez. Pero lo volvía a hacer, volvía a vomitar. Nunca cumplía." (Sandra – Entrevista 2)

Desde una interpretación biomédica, Bianca también coincidía con este punto de vista y ella misma señalaba constantemente que la anorexia era muy parecido a una adicción en el sentido que "siempre uno quiere un poco más" y la sensación de estar insatisfecha nunca para. Bianca contaba que los primeros en darse cuenta que ella estaba dejando de comer fueron sus profesores, ya que estaban enterados de otros casos diagnosticados con anorexia y bulimia en su colegio. Su madre fue notificada, pero ella no hizo caso hasta que lo pudo comprobar ella misma. Cuando la madre de Bianca se sentó con ella a comer, se dio cuenta que Bianca ponía excusas. Bianca cuenta que llegaron al punto en que su madre le decía que no se podía levantar hasta que termine de comer todo o tenían discusiones porque su madre la obligaba a comer a la fuerza.

Lorena cuenta que su dieta de 600 calorías que le había recetado un nutricionista para bajar de peso era algo muy difícil de seguir, entonces a partir de esto ella confiaba mucho en el uso de la sibutramina, pastilla recomendada por el primer nutricionista que hizo que baje bastante de peso. Ella cuenta que se dio cuenta que generó dependencia a la pastilla cuando en una oportunidad no podía encontrarla porque su mamá la había escondido al ver que ella la tomaba bastante seguido. Lorena se desesperó mucho, empezó a gritar y a llorar y su madre con mayor motivo vio que no era bueno que siga tomando la pastilla. De la misma manera, cuenta que también empezó a percibir a los vómitos como algo malo cuando una vez su nana la descubrió al escucharla vomitar. Lorena recuerda que lo único que le dijo su nana fue que ya no cause más problemas a sus padres.

Vanessa cuenta que algo que le alertaba y le hacía ver que quizás sus actos eran perjudiciales para otras personas era la presencia de sus hermanos menores. Señala que llegaron momentos en los que vomitaba en frente de ellos, y veía que ellos no entendían bien lo que hacía ni por qué. Asimismo, cuenta que cuando robaba alimentos en los supermercados para darse atracones, su hermana menor la acompañaba y le preguntaba por qué hacía todo eso. Vanessa cuenta en retrospectiva que se había vuelto muy mentirosa e inventaba excusas para todo. Asimismo, Vanessa cuenta que veía que en la calle la gente empezaba a quedársela viendo por su delgadez e incluso gritarle cosas.

“Yo sentía que estaba llamando la atención de las personas en las calles. Me gritaban ‘come algo’, o también se me quedaban viendo (...) También, al llamar tanto la atención de la gente, los vecinos que vivían por mi casa querían demandar a mi mamá por haberme dejado llegar a este extremo.” (Vanessa – Línea de Tiempo)

Asimismo, Andrea también menciona haberse sentido observada por su extrema delgadez e incluso escuchar comentarios de otras personas como “mírala, es anoréxica”. Vanessa señala que lo mínimo que llegó a pesar fue 24 kilos, y Andrea resalta que lo mínimo para ella fue 32 kilos. Tanto Vanessa como Andrea me resaltan los pesos mínimos que llegaron a tener como una evidencia del extremo al que llegaron y también que al saber ese peso, en esos mismos momentos, eran conscientes que algo estaba mal. Algo que interesante a mencionar, es una vez más los significados en torno a la delgadez y obesidad desde los observadores: vimos que las informantes cuando eran menores fueron criticadas por estar “gordas”, percibiendo esto como algo negativo que debía ser cambiado, donde la sanción estaba dirigido hacia ellas.

Sin embargo, en el caso de la delgadez extrema, la percepción del resto de actores era más de lástima y de víctima, incluso echándole la culpa a sus padres por haber dejado pasar esto. Como dice Turner (1982), el hecho de ser percibidas como “enfermas” por otros actores, no supone necesariamente un ataque hacia el cuerpo físico, sino es una intrusión a cómo las informantes han percibido y experimentado (embodiment) su cuerpo a lo largo de todo este tiempo. En ese sentido, los primeros signos de malestar o incomodidad están más relacionados a las reacciones de otros actores sobre sus prácticas alimentarias y purgativas, y la necesidad que tienen ellos de sancionarlas o vigilarlas.

4.4.2. Primeros acercamientos a la “normalización” en espacios terapéuticos biomédicos y no biomédicos

La mayoría de informantes (a excepción de Lorena) cuentan que llegaron a un punto que ellas mismas pidieron ayuda ya sea a sus padres, amistades, escuela o a una figura omnipresente como Dios. El hecho de “pedir ayuda” ya implica un reconocimiento previo de que algo les está causando dolor, daño y en este caso, que han perdido el control de las prácticas que supuestamente implicaban un control absoluto y radical sobre su cuerpo; sin necesidad de patologizar o medicalizar sus prácticas o sensaciones. Justamente el hecho de concebir esta experiencia como una “pérdida de control”, hace que la lógica posterior sea pedir ayuda a otras personas. A pesar de encontrarse enmarcadas en un contexto sociocultural donde la biomedicina es la disciplina a la cual se debe acudir en el caso de percibir una molestia, algunas informantes optaron otros espacios de asistencia no biomédicos.

En el caso de las informantes que se encontraban en el colegio en esos momentos, ellas relatan que el personal educativo eran generalmente los primeros en alertar a los padres o en darse cuenta de las prácticas alimentarias y purgativas que estaban realizando; por lo tanto se convertían en uno de los primeros espacios de

normalización. Vanessa cuenta que un día la señora encargada de la limpieza de los baños se dio cuenta de los vómitos y a raíz de esto todo el personal escolar, maestros y compañeros la vigilaban. Bianca también cuenta que los maestros de su colegio empezaron a sospechar que no estaban comiendo y por ello le preguntaban constantemente si había comido o no. Sin embargo, Bianca se sentía a gusto de ser el centro de atención y preocupación de sus maestros.

Además, tanto Vanessa como Bianca, si bien tuvieron acercamientos previos al internamiento en consultas ambulatorias; rescatan mucho el hecho de haber participado activamente su religión como una ayuda durante todo el proceso. Vanessa recuerda haber sido antes una joven bastante alejada de la religión a tal punto que le desagradaba incluso la presencia de una biblia. Sin embargo, el hecho de haber pasado por esta experiencia, la hizo bastante cercana a la iglesia. Señalaba que la misma gente de la iglesia se preocupaba por ella y ahora en sus salidas de internamiento, ella disfruta mucho asistir a los cultos. Bianca también cuenta que antes de haber pasado por esta experiencia, tampoco era muy religiosa hasta que práctico la confirmación en su colegio. Este evento coincidió también con los tratamientos biomédicos que estaba recibiendo, pero a través de la iglesia también sentía bastante apoyo. Jessica cuenta también haber ido a un curandero por malestares estomacales (ya relacionados a lo que sería su diagnóstico de bulimia), pero esta fue una mala experiencia porque este la acosó sexualmente.

Andrea cuenta que antes de ser internada, lo cual se constituye como un aislamiento y una necesidad de ser constantemente vigilada, buscó ayuda en distintos espacios biomédicos y no biomédicos; dejando abierta la posibilidad de que ella podía aún controlarse a sí misma. En primer lugar, ella me cuenta que cuando sentía que ya no podía dejar de vomitar, empezaba a rezar en el baño pidiendo que Dios la ayude. Cuando le contó a su madre lo que le estaba sucediendo y le pidió ayuda, al ser ella dentista, optó por buscar tratamiento biomédicos ambulatorios. Andrea cuenta haber pasado por la psiquiatra y psicóloga de su universidad sin éxito alguno. También cuenta que una de las psicólogas particulares que más recuerda y que más le causó desagrado fue una conocida psicoanalista que tiene bastante presencia mediática. Esta terapeuta le repetía constantemente que se parecía a su padre, y sus terapias eran grabadas y ella debía escuchar los audios. Esto no le agradó, y cuenta que a pesar de esto ella seguía vomitando. Dentro de los relatos de Andrea, y al haber ya pasado por una experiencia de internamiento donde hay vigilancia constante, ella siente que los anteriores terapeutas no funcionaron ni tampoco la ayudaron.

Por otro lado, Vanessa y Sandra señalan que en los primeros acercamientos con tratamientos biomédicos también sintieron limitaciones con respecto al tratamiento. Vanessa cuenta que un médico le notificaba constantemente cuando había subido de peso, y esto hacía que vuelva a vomitar o restringirse. Sandra cuenta que si bien le agradaba hablar con sus primeros terapeutas, sentía que no “hacía efecto”, y que peor

aún cualquier signo de mejoría de acuerdo a sus exámenes de sangre, hacía que vuelva a querer vomitar.

“Cuando las amigas de mi mamá me decían ‘te veo mejor’ era como si me hubieran dicho que estaba más gorda. Yo no lo entendía de esa manera. Cuando el psiquiatra me mandaba a hacer exámenes y me decía que mis niveles de sangre mejoraban y ya estaba mejorando, para mí eso significaba que estaba gorda. Entonces, yo vomitaba para seguir bajando de peso (...) cuando llegó el día que mi psiquiatra me iba a hacer un nuevo chequeo, yo sabía que los resultados no iban a hacer favorables para mi tratamiento, pero justamente ese era mi propósito, bajar los niveles de todos los exámenes.” (Sandra – Entrevista 2)

Sin embargo, Jessica rescata mucho sus primeros acercamientos a la “normalización” a través de una modalidad ambulatoria con psiquiatras y psicólogos. Para Jessica era de gran importancia continuar con su vida cotidiana y tener de la mano un tratamiento psicológico, por ello cuenta que se sentía a gusto con los tratamientos psicológicos iniciales que tuvo. Su primer acercamiento a este tipo de tratamiento fue a raíz de que su mamá decidió llevarla por haber pasado por un abuso sexual. Jessica cuenta que tuvo terapeutas que viajaban con ella y esto le agradaba a ella.

De todas las informantes, Lorena cuenta que ella nunca optó en buscar ayuda terapéutica porque sintió que su caso no lo ameritaba. Lorena cuenta que poco a poco fue perdiendo el interés en hacer dietas, vomitar o hacer ejercicios constantemente porque conoció a un amigo por su casa que la mantuvo distraída del tema. A partir del día que su nana se dio cuenta que estaba vomitando, empezó a cuestionar más lo que estaba haciendo, ya que su nana reaccionó de manera negativa. Lorena señala que pedir ayuda a sus padres o buscar ayuda, significaría “hacer más problema”, o causar más problemas en sus padres, como en algún momento su nana le dijo.

La única oportunidad en la que Lorena tuvo acceso a tratamiento terapéutico fue cuando tuvo una sobredosis por consumir una droga alucinógena y describe que para ese entonces el tema de los vómitos “lo tenía más controlado”. Lorena cuenta que lo hizo para experimentar y también porque se sentía bastante estresada por la universidad. Luego de haber estado internada en una clínica por intoxicación, los doctores aconsejaron a la madre de Lorena llevarla a un psicólogo por si acaso. Sin embargo, Lorena decidió no mencionar el tema de la bulimia, ya que no confiaba en la psicóloga.

4.5. BALANCE DEL CAPÍTULO

En el capítulo IV, se inició reflexionando por qué las mujeres se veían más sujetas al control de su cuerpo y a la delgadez como un atributo valorado en ellas. Para poder entender esto, debemos comprender que el género femenino y el cuerpo están sujetos a un contexto sociocultural e histórico. Desde la teoría foucaultiana (2003), se puede afirmar que el género al estar enmarcado en un discurso social que establece lo normal o anormal, también se encuentra sujeto a dispositivos de poder. Bordo (2003)

explicaba que esto se debe a toda una historia de relaciones de poder entre el género masculino y femenino, que han reducido a la mujer a su cuerpo en esferas domésticas, biomédicas, religiosas, entre otras. Sin embargo, a través de Csordas (1990) se puede rescatar la agencia de las mujeres para refutar los significados en torno al cuerpo y delgadez, y también para moldear su propio cuerpo a como ellas lo desean.

En primer lugar, se vio cómo la vigilancia y control sobre el cuerpo femenino a lo largo de distintas etapas de vida, que abarcaban desde la niñez hasta el día de hoy, configuraron sus primeros significados sobre el cuerpo y la delgadez, y además influyeron en cómo ellas percibían su cuerpo. Los comentarios de la familia, especialmente de las madres, eran las primeras socializaciones de atributos valorados en el género femenino y en las que el cuerpo era visto en la necesidad de ser normalizado al no cumplir ciertos estándares de belleza. La violencia de género, en distintas formas como abusos sexuales, físicos, acoso sexual callejero, también era ligada con la experiencia de vivir con anorexia y bulimia por las mismas informantes. En estas experiencias se pueden ver formas de expresar poder, en las que se sociabiliza la inferioridad de la mujer para poder ser sujeto de violencia (Segato, 2003). Luego, el bullying, también como una manifestación de violencia, se daba en los espacios educativos, donde se socializaban valores sobre el cuerpo y delgadez entre pares. Finalmente, al haber internalizado todo este tipo de vigilancia y violencia sobre el cuerpo, la mayoría de informantes tenían la sensación de estar siendo constantemente observadas por la presencia de espejos y reflejos, donde se vuelven sumamente conscientes de su apariencia física en el cotidiano.

En esta segunda sección, se desarrollaron los distintos significados que las informantes adjudicaban a la delgadez a través de sus experiencias de vida, generalmente viéndola como algo positivo. La asociación de delgadez como belleza generalmente se dio por sus propias experiencias de socialización con sus madres o por otros contextos como la escuela, en las que veían a personas consideradas bellas tener más beneficios en general. Asimismo, esta asociación de belleza con delgadez tenía un trasfondo moralidad y salud, al implicar el cuidado por uno mismo. A través de la ropa y el acceso a esta a través de la delgadez, se vio también que esta se constituía como capital (Bourdieu, 1977) al uno tener más acceso a oportunidades y prestigio para el arreglo personal. Asimismo, al estar la delgadez ligada a un atributo físico valorado en la sociedad, también se constituía como una manera de ser aceptada tanto por potenciales parejas masculinas o sus amigas mujeres. Sin embargo, también se halló dentro de las narrativas un significado más asociado a experiencias negativas. Se trata de la delgadez como invisibilización, donde se internaliza la mirada y vigilancia masculina constante y la sexualización del cuerpo. Las informantes se ven expuestas y en el deber de crear estrategias para evitar ser violentadas. Estas estrategias pueden ser cubrirse el cuerpo o ser delgadas para no tener un cuerpo voluptuoso que es asociado a la atracción masculina.

En la tercera sección se vio como el cuerpo, desde las Tecnologías del Yo (Foucault, 1990), en el contexto actual es visto como moldeable y modificable para que pueda llegar a ser lo que uno desea. En primer lugar, el contexto neoliberal propicia una vigilancia excesiva sobre los cuerpos y a la vez se experimenta una suerte de libertad de opciones para modificar el cuerpo en tanto que enarbola un proyecto individualista de realización. Luego se vio que la comida en este contexto, dejaba de lado su función biológica y se convertía en un campo de significados, donde se elegían o preferían ciertos alimentos en función a si ayudan a adelgazar o engordar. Asimismo, el ejercicio a pesar de no ser muy importante en la mayoría de informantes, también era visto como una práctica de modificación aceptada, como lo pueden ser también las fajas o masajes, al ser populares entre las estrategias que buscan las mujeres para adelgazar. Cabe recordar que la posibilidad de elegir entre la diversidad de prácticas de modificación corporal están ligada a su procedencia socioeconómica.

Luego de esto, se describieron otras prácticas de modificación del cuerpo menos aceptadas y vistas como anormales desde la biomedicina como lo es la devolución de comida, el uso de laxantes o la autolesión. Algo que resultaba interesante, era ver cómo poco a poco las informantes descubrieron estas estrategias para bajar de peso, ya que no son comunes a la información tradicional para bajar de peso. Generalmente las informantes descubrieron estas modalidades a través de acceder a páginas webs pro anorexia, conversaciones entre pares o de manera intuitiva. La devolución de comida no era vista como una patología, sino más bien como un truco cuando se había comido demás; y en el caso de los laxantes también funcionaba como una extensión al haber comido demás. Si bien la autolesión puede ser vista como contradictoria a la búsqueda de belleza al ser marcas en el cuerpo, esta se constituía como una medida de autodisciplinamiento y castigo por no haber cumplido la dieta propuesta.

Por último, resultaba interesante ver cómo las informantes empezaron a experimentar una sensación de pérdida de control al ser descubiertas por sus padres o al verse limitadas en seguir las prácticas alimentarias y purgativas. Frente a la sensación de control absoluto y libertad de modificar su cuerpo que experimentaban anteriormente, esto posteriormente empezó a causar sensaciones de malestar. En primer lugar, se vio que algo que causaba malestar en ellas, era el hecho de que las metas para bajar de peso cada vez se hacían más difusas, y las ganas de vomitar ya no eran solo un truco, sino eran incontrolables. De tal manera que esto las exponía a ser descubiertas y sancionadas. Luego se relataron los primeros acercamientos que tuvieron a la normalización y a identificar sus prácticas y sensaciones como negativas en espacios biomédicos y no biomédicos. Estos primeros acercamientos a buscar ayuda, involucraban distintos espacios y contextos como la religión, el curanderismo y la escuela. Los actores en estos contextos participaban también en la vigilancia de sus cuerpos y prácticas en tanto que su delgadez ya era vista como anormal o patológica.

CAPÍTULO V: DISCURSOS SOBRE LA DELGADEZ Y LA ANOREXIA PRESENTES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Más allá de tomar a los medios de comunicación como una “causa” de la anorexia y bulimia como muchas investigaciones sostienen, se ha decidido mencionar el tema de los medios en función a lo que las informantes contaban como parte de su experiencia en las que fueron construyendo significados en torno al cuerpo y a la salud. Asimismo, los medios fueron muy importantes para las informantes en la búsqueda de explicaciones y dar sentido a lo que les estaba sucediendo.

Cabe recordar, que justamente a través de Brauchler y Postill (2010), en el marco teórico describen a las prácticas mediáticas como esta forma de incorporar “saberes”, pero también se habla de subjetividades mediatizadas (Fernández, 2013) en tanto que el sujeto es activo frente a estas prácticas y hay una negociación frente a la recepción de cierta información y cómo se establece su cotidianidad frente a los discursos que están presentes en los medios. En ese sentido, en los medios de comunicación se pueden ver distintos discursos sobre la delgadez y la anorexia, ya sea desde miradas patologizantes o defendiendo las prácticas para bajar de peso como un estilo de vida. Los medios de comunicación, tanto online como televisión, se constituyen en espacios o fuentes de información donde se puede acceder a temas poco discutidos en persona, o a temas que se pueden encontrar estigmatizados.

Si bien el hecho de querer bajar de peso es un tema bastante común en este contexto sociocultural, ya sea por un tema de “belleza” o “salud”; las informantes señalaban que hablar mucho de esto con las amistades o familiares, puede ser visto como algo bastante superficial o banal, ya que esto sugiere el hecho de reducir los significados de la belleza al aspecto físico. Jessica por ejemplo, recordaba que antes de querer bajar de peso, le parecía superficial el hecho de que hayan compañeras suyas en el colegio hablando sobre este tema. En ese sentido, el Internet se constituye como una gran fuente de información para bajar de peso, desde distintas perspectivas. Incluso llegando a reconocer que muchas de estas prácticas puede ser consideradas patológicas y “extremas”, pero defendiéndolas como estilo de vida como se da en las páginas pro anorexia.

Por otro lado, el tema de la anorexia como una patología también ha sido poco discutido en persona y además el hecho de que una persona reconozca en sí misma una enfermedad puede resultar difícil por la vergüenza y el estigma que implica en muchos casos tener una enfermedad, y sobre todo considerada “mental”. En ese sentido, los medios, con el discurso de “prevención de problemas o enfermedades”, también emiten contenido sobre la anorexia, y muchas veces el consumo de este contenido se constituye en los primeros acercamientos a un autodiagnóstico o explicación para sus experiencias.

A continuación se mencionarán las maneras cómo las informantes interactuaron con los medios en función a la búsqueda de información, cuestionar el discurso biomédico a través de las páginas pro anorexia y a las miradas patológicas desde los medios. Se verá como esta interacción entre los medios y las informantes influenciaron en sus narrativas y prácticas en torno al cuerpo, delgadez y salud.

5.1. La búsqueda de información e imágenes como estrategia y motivación para bajar de peso

Informantes como Jessica, Sandra, Vanessa y Bianca señalaron que internet era el espacio principal en el cual podían acceder a dietas y a otros tipos de motivaciones para bajar de peso, como buscando referentes de belleza o leyendo testimonios de otras personas que estaban bajando de peso. Esto nos invita a una reflexión antropológica sobre la interacción de una persona con el Internet y la información que provee. Virginia Nightingale (2011) señala que la búsqueda supone de por sí una intención no objetiva de encontrar información que tenga sentido para la persona. Por ejemplo, el hecho de que las informantes no hayan tenido como criterio de búsqueda algo que gire en torno a lo “saludable”. De la misma manera, la autora rescata la metáfora de la teoría antropológica clásica sobre la diferencia entre “cazar” y “recolectar” para comprender la búsqueda de información y/o el descubrimiento de algo nuevo: cuando uno caza, uno enfoca su búsqueda en lo que uno quiere encontrar específicamente; mientras que recolectar implica recoger lo que la misma naturaleza provee (2011: 89). En ese sentido, el acto de buscar en Internet estrategias para bajar de peso, implica una mezcla de ambas, ya que ante el descubrimiento de información nueva, uno también tiene una mirada selectiva.

Sandra recuerda haber buscado diversas dietas, pero especialmente también buscaba recetas de jugos de frutas. Asimismo, recalca haber visto canales en Youtube de personas veganas o vegetarianas, y esto también le servía de idea para seguir algunas dietas. Sandra no se considera vegetariana, pero cabe recordar que para ella la belleza implica “cuidarse a sí misma”. Si bien, ella menciona que nunca su criterio de búsqueda o de seleccionar determinadas dietas fue porque eran “las más saludables”, cabe resaltar que al ver jugos de frutas o buscar otras dietas probablemente haya estado en contacto con el discurso biomédico sobre “lo saludable”. Las imágenes, ya sea fotografías, audiovisuales, del cuerpo o alimentos, hacen que las personas se vuelvan más conscientes de la manera como se están presentando (Featherstone, 1982).

Asimismo, Sandra fue una de las informantes que me explicaba a detalle la importancia que tenía para ella buscar referentes de belleza. Asimismo, Vanessa me contaba que buscaba imágenes en la plataforma de Instagram, donde veía que el

“hueco entre las piernas”⁹ era un atributo en el cuerpo bastante valorado, y a partir de esto, también reforzó la necesidad de adelgazar sus piernas por verlas más anchas.

“Yo simplemente buscaba ‘las modelos más bellas del mundo’ para poder inspirarme. Veía que todas eran delgadas y altas (...) También yo veía muchos doramas¹⁰, entonces siempre las chicas coreanas me parecían hermosas, pero tienen una genética distinta, su contextura es delgada” (Sandra – Entrevista 3)

Featherstone (2010) señala que este contexto de comparación es parte de la cultura de consumo. El cuerpo y la imagen de otros cuerpos en los medios nos afecta a tal punto que podemos aprehender el contenido de los medios a través de los sentidos en nuestro cuerpo, y esto se puede ver a medida que Vanessa y Sandra se sienten más grandes luego de compararse con modelos. Como señala De Lauretis (1992) se da un proceso de subjetivación en tanto que los medios intervienen a transformar e influir la realidad de las informantes. A medida que Sandra visitaba internet, constituía sus referentes de belleza y se comparaba con ellas, de tal manera que terminaba concluyendo que debía seguir bajando de peso.

“Yo empezaba a buscar las características de las actrices de los doramas, entraba a ver su historial de vida, y en ese historial sale el peso, la estatura, y me fijaba en eso. Yo decía, son altas, y pesan 45 kilos, en cambio yo soy chiquita y peso igual. Decía tenía que seguir bajando más de peso (...) por eso también mi mamá me dijo que ya no vea en esos programas, porque ella veía que me fijaba mucho en sus cuerpos” (Sandra – Entrevista 2)

De esta manera podemos ver, como dice Featherstone (2010: 197), que las imágenes y fotografías, ya sea de modelos o de personas que siguen determinados tipos de dietas que implican bajar de peso o un cuerpo delgado, “cristalizan los deseos utópicos de una persona”, ya que estas imágenes invitan a la comparación constante, reforzando quiénes son, y a la vez recordándoles quiénes no son. Asimismo, bajo lo propuesto por Da Porta (2014) sobre el concepto de mediatización vemos cómo en los medios masivos con el internet están presentes lógicas de poder y regímenes hegemónicos como los ideales de belleza occidental en torno al cuerpo femenino.

5.2. Las páginas Pro Ana y Pro Mía: cuestionamientos hacia el discurso biomédico

Durante la búsqueda exhaustiva de dietas, estrategias para bajar de peso o referentes de belleza como modelos, para las informantes resultó inevitable toparse con las páginas pro anorexia, llamadas “Pro Ana” y “Pro Mía”, donde la mayoría de usuarias son mujeres. Como ya se explicó en la introducción de esta tesis, este movimiento tiene como idea central defender y promover conductas y prácticas asociadas con los diagnósticos de anorexia y bulimia como un estilo de vida. Asimismo, algo que resalta

⁹ Más popular por su nombre en inglés: tigh gap.

¹⁰ Novelas coreanas románticas que son populares en el público joven especialmente femenino.

bastante de estas páginas y a su vez las hace posible, es la constante interacción directa (mensajería instantánea) o indirecta (comentarios en páginas webs) que se da entre los usuarios, ya que esto permite visibilizar esta perspectiva sobre el tema y también se enfrenta la estigmatización que implica el hecho ser calificado con una patología como anorexia y bulimia.

Las informantes no recordaban qué páginas pro anorexia habían visitado en el pasado, solo fue mencionado que al menos Jessica y Bianca accedieron a blogs; y Vanessa accedió a cuentas de Instagram para ver fotos. Tampoco señalan haber tenido un criterio de búsqueda en estas páginas. Bianca por ejemplo señaló que ella escribía “Ana y Mía” en el buscador y entraba a la primera página que Google les indicaba sin hacer una elección entre las opciones. En ese sentido, mi estrategia de búsqueda en Google fue poner un lapso de tiempo del 2013 al 2016 y entrar a las páginas más visitadas en ese entonces. Decidí analizar a los dos blogs más visitados, a los cuales llamaré Blog 1 y Blog 2¹¹.

Asimismo, cabe resaltar que el análisis de estos blogs se dará más en función que a su cuestionamiento al discurso biomédico y la manera en que ofrece discursos alternativos sobre lo que es la anorexia y sus implicancias sobre los significados en torno a la al cuerpo y a la salud. En esta sección el análisis se limitará a las secciones o temas que las informantes señalaron que les llamó la atención de estas páginas, que generalmente se trataba de la portada, las columnas de información y los comentarios. Se dejará de lado el tema de identidad (ser Ana y Mía, o ser “princesa”¹²), ya que en el caso de las informantes, ninguna se involucró con las usuarias directamente o no tuvo mucha participación.

El blog 1¹³ se mantiene activo, siendo su última publicación el 11 de junio de 2017, mientras que el blog 2¹⁴ parece estar desactualizado y la mayoría de posts han sido publicados hace 10 años, pero las interacciones entre los lectores a través de los comentarios se mantienen hasta ahora. Tanto el blog 1 como el blog 2 se caracterizan por ser el color rosado su color primario. El dibujo de una mariposa y la fotografía de una modelo vestida de rosado es lo primero que se ve al entrar al blog 1. En el blog 2, se puede apreciar el dibujo de una mujer vestida de rosado y negro con el maquillaje corrido, y la sombra de una mano detrás de ella. Ambos blogs, tienen frases introductorias que son vistas a penas uno entra a la página.

“Nadie dijo que fuera fácil ser una princesa. Esta es una página Pro Ana. Si estás en contra de nuestro estilo de vida, debes abandonarla de inmediato. Gracias por su atención”. (Blog 1)

¹¹ En la sección de Páginas Web en la Bibliografía, se menciona a qué páginas se está haciendo referencia con estos nombres. Sin embargo, cuando volví a acceder a estas páginas en el 2018, me percaté que habían sido eliminadas. La eliminación o censura de páginas pro Ana es bastante frecuente.

¹² Palabra que usan las usuarias para referirse entre sí mismas, dando un sentido de cohesión y apoyo.

¹³ Ver Anexo 6 para ver una captura de pantalla de su portada.

¹⁴ Ver Anexo 7 para ver una captura de pantalla de su portada.

“Mis amigas Ana y Mía. Porque la comida es como el arte...existe solo para mirarla”. (Blog 2)

Debajo de estas introducciones, en el caso del Blog 1 figuran unas etiquetas, que son las palabras claves a la mayoría de entradas de este blog. Las cuatro palabras claves más repetidas son “adelgazar”, “bajar de peso”, “delgada” y “dieta”. Luego de esto, ambos blogs se dividen en dos columnas: una en la cual hay resumen de contenido permanente y otra en donde figuran las entradas, que son las publicaciones. En el caso del blog 1, la columna izquierda tiene varias encuestas, que demuestran la constante interacción entre las lectoras, como las intenciones de saber cómo les va a cada una. Asimismo, tiene una gran cantidad de frases de inspiración para bajar de peso. En el caso del blog 2, la columna izquierda está mucho más despejada y organizada por temas: todas las entradas (aproximadamente 40), enlaces útiles (como calculadora de IMC, tablas de peso y tallas, contador de calorías), chat en vivo, y dos imágenes inspiradoras. La primera imagen inspiradora tiene la frase “La resignación es el suicidio cotidiano”, y la segunda tiene la palabra “Ana y Mía” en el centro, más un collage de palabras en inglés como debilidad, fealdad, belleza, peso, hambre, dolor, miedo, perfección, medidas, delgadez, poder, deseo, odio, hambre, estilo de vida, alianza, disciplina, entre otros.

En la columna del contenido permanente, era interesante ver que en Blog 1, en una encuesta reciente que se pregunta “¿Con qué crees que se adelgaza efectivamente?”, los ayunos iban en el primer lugar mientras que la nutrición balanceada era la opción menos votada. Asimismo, en otra sección mencionaban que las dos razones más importantes para bajar de peso era la salud, en tanto que estar delgada ayudaba a prevenir enfermedades; y en segundo lugar, estaba la autoestima, ya que estar delgada demostraba “amor por uno mismo”. Se hacía mucha mención al autocontrol, y también a tips para evitar atracones. También figuraban constantemente imágenes de mujeres con sobrepeso señalando que si uno no se controlaba iba a terminar así; y en oposición fotos de modelos y actrices como inspiración para bajar de peso. Asimismo, se señalaba que ser “Ana” implicaba la búsqueda de la perfección y también justificaban la popularidad de estas páginas señalando que las personas mejoraban su vida profesional y social por estar más delgadas.

En la columna del lado derecho figuran las entradas, que es el contenido más desarrollado y que es publicado periódicamente por una moderadora. Asimismo, algo que distingue bastante a los blogs, de otras plataformas, son los comentarios. Estos son las discusiones que se mantienen en torno al tema de la entrada que es publicada. Tanto en el Blog 1 como en el Blog 2, se recopilan varias dietas (líquidos, tomate, toronja, ayuno, entre otros), que implican restricciones de varios alimentos, generalmente limitándose a 3 o 4, e incluso en algunos casos solo a 1. En todas las dietas se resaltaban los platos en específico a preparar, incluso ofreciendo variedad de días. Asimismo, se resaltaban los kilos aproximadamente que uno podría bajar con la dieta (generalmente siendo más de 5 kilos por una semana), la duración de la dieta, las

ventajas e inconvenientes, y para quiénes no era recomendable seguirla. Lo curioso en esta publicación, es que se indicaba que muchas dietas no son recomendables para nadie. Asimismo, en la mayoría de casos se explicaba por qué las dietas funcionan, generalmente teniendo explicaciones bastante biomédicas, como resaltando la importancia de algunas vitaminas o la interacción de las composiciones químicas de determinados alimentos con el organismo humano.

Asimismo, en el Blog 2, se señalan tips para “Mía”, que hace referencia a la bulimia o al acto específico de vomitar. Señalan tips como tomar bastante agua para luego vomitar la comida, comer gomas de mascar constantemente, tratar de comer en el cuarto para luego botar la comida, dejarse ver comer por el resto de personas. A diferencia de las dietas, en las que se resaltaban constantemente la validez científica de estas como sus consecuencias “saludables”, los vómitos se limitaban a explicaciones bastantes empíricas a partir de la propia experiencia de quién escribía o de lo que había recogido probablemente de otros testimonios.

Si bien se hacen uso de elementos propios del discurso biomédico para darle validez a cierta información compartida, esto no quiere decir que se acepta a la anorexia como patología. De acuerdo a Deiana (2011), el punto clave entre la distinción de ver a la anorexia como un estilo de vida o como una enfermedad, es que la anorexia es vista como una elección y la capacidad de controlar su cuerpo y las propias prácticas que ellas recomiendan. Siendo esto contrario a la visión de alguien “enfermo” como incapaz de controlarse a sí mismo.

Tal como dice Deiana (2011), en las páginas pro anorexia se puede ver como se repiensa la anorexia y los significados en torno al cuerpo y a la salud, en función a la compleja relación entre las experiencias subjetivas, y el contexto sociocultural en los que se encuentran enmarcados. En estos blogs, resulta bastante interesante cómo se relacionan los atributos de autocontrol, disciplinamiento y perfección con el deseo de estar delgada; y por lo tanto, este deseo implica sus sacrificios, y por eso muchas veces también se resalta sensaciones como el hambre y el dolor. Estos valores también son parte del discurso neoliberal sobre el control del cuerpo, y que alcanzar lo que uno desea, en cierto modo implica sacrificio o trabajo duro (Schott et al, 2016: 104). De tal manera, la difusión de estas prácticas y su respectivo disciplinamiento, son vistas como un esfuerzo “ético” de acuerdo a Deiana (2011).

Luego de haber descrito a grandes rasgos dos blogs Pro Ana y Pro Mía para contextualizar el análisis, procederé a explicar las motivaciones y usos que le dieron a su acceso a estas páginas webs las informantes. Jessica por ejemplo cuenta, que si bien entraba para seguir tips, lo que más rescata de estas páginas era la importancia de leer testimonios de otras personas y así ver cómo *les iba*.

“Yo visitaba las páginas Ana y Mía más que nada para leer las experiencias de otras personas (...) me gustaba leer las historias que compartían en los comentarios, me hacía saber que yo no era la única que estaba pasando por esto.” (Jessica – Entrevista 2)

De esta manera vemos la importancia de la interacción con pares que tienen y comparten temas de interés y una experiencia compartida (Walther et al, 2011) como una manera de lidiar con la soledad que experimentaron las informantes en esos momentos. En los dos blogs visitados en las páginas pro anorexia, se pudo identificar 3 tópicos principales en los comentarios: (1) preguntar si les había funcionado la dieta y contar su experiencia propia, lo cual implicaba decir su peso, estatura y si habían bajado de peso, decir la cantidad de kilos. (2) Pedir ayuda y apoyo constante a través de una interacción más directa dejando su número de teléfono o correo electrónico. (3) Comentarios de personas que criticaban las páginas y su contenido, señalando que tenían que buscar ayuda psicológica o sino insultándolas por defender a la anorexia como estilo de vida. En el caso de las informantes, ninguna confirmó haber tenido contacto directo con otras participantes de las páginas pro anorexia.

Este contacto indirecto que tanto Jessica como Bianca experimentaron a través de la lectura de experiencias en comentarios, también puede ser tomado como una estrategia de reducir el estigma presente en torno al tema (Yeshua-Katz, 2015). Si bien Goffman (1970) no estudió cómo los entornos online desafiaban el estigma, definía que las estrategias para enfrentarla era buscar personas que estén pasando por lo mismo o que compartan el mismo estigma. En ese sentido, de acuerdo a (Yeshua-Katz, 2015), interactuar con los entornos online pro anorexia se constituye como una forma de lidiar con el estigma, ya que ofrece un escape de lo físico, donde están presentes los juicios y la mirada patologizante; y ofrece el soporte de sus pares en otro ámbito. El hecho de conocer experiencias personales de otras personas, brinda una sensación de soporte moral y aceptación.

Bianca cuenta ella llegó a Ana y Mía por la página Tumblr¹⁵, en la que varias veces vio imágenes que ella califica como tristes o depresivas. A partir de esto, cuenta que ella visitó varias veces las páginas Ana y Mía, pero que nunca llegó a seguir todo al pie de la letra, porque le parecía casi imposible comer solo manzanas en un día o tomar solo agua. En la misma página se acepta que la anorexia es vista como una patología, pero a la vez se la defiende como estilo de vida; pero ella no prestaba mucha atención a la discusión que se mantenía en torno a este tema, ya que a ella lo que le importaba era recoger tips y consejos en función a lo que necesitaba.

“En verdad a mí me parecía loco, nunca tuve esta idea de que ‘ah, soy una princesa, o Ana y Mía’ pero sí seguía algunas dietas que me daban. Ponte te decían, la dieta de la manzana, o tomar solo agua, pero no necesariamente hacía caso. Me acuerdo que te decían que comas solo chocolate para que la gente no crea que estás mal o para que no te desmayes por lo que no comías.” (Bianca – Entrevista 1)

¹⁵ Plataforma de microblogging. Los usuarios se limitan a poner imágenes o GIFs.

Bianca también cuenta haber seguido tips para autolesionarse, a partir de que leyó en los comentarios que funcionaba como castigo para bajar de peso y cómo se sentía en las personas que ya lo habían hecho. Asimismo, Bianca cuenta que uno de los tips más efectivos que recogió de estas páginas fue el de comer chocolate. Ella cuenta que el chocolate no es necesario comerlo en cantidad, ya que con una pequeña porción te llenas bastante, te da mucha energía y no se te hincha el estómago. Bianca compara el hecho de comer un bowl de quinua con el chocolate, ya que el primero, por más saludable que sea, hace que a uno se le hinche el estómago. Bianca señala que otra ventaja de comer chocolate es que lo puedes hacer en frente de varias personas y estas pensarán que estás comiendo y no te restringes. En ese sentido, se ve una vez más en Bianca esa capacidad de controlar y manejar la información brindada y las prácticas a la voluntad de uno, lo cual se encuentra en oposición a la visión de la anorexia como enfermedad que se maneja en las páginas.

A través de lo que cuenta Bianca, vemos una vez más la importancia de los comentarios en los blogs como una interacción indirecta con otras personas que visitan las páginas pro anorexia. Es muy importante ver qué dietas o tips le han funcionado a otras personas, y cómo se han sentido al respecto, ya que a partir de ello, ellas podrían confiar más en la información brindada y ver su efectividad frente al hecho de bajar de peso o esconder los vómitos y restricciones. Asimismo, vemos que también al basarse enteramente en la experiencia de las personas y no en datos biomédicos o numéricos exclusivamente como las calorías, también hay un desligue del discurso biomédico. Bianca señala que un bowl de quinua puede ser “más saludable” que un chocolate, pero lo importante para ella, como para la mayoría de las informantes en todos sus relatos, no era estar necesariamente estar “saludables”, sino bajar de peso y verse delgadas. Asimismo, Bianca señala que también seguía algunos tips de Mía.

“También seguía sus consejos para vomitar, cómo meterte el dedo, dónde hacerlo...no necesariamente tenía que ser en el wáter, podía ser en la ducha o en el lavamanos. Todos esos tips sí los seguía (...) pero nunca llegué a usar los chats o hablar con las otras chicas.” (Bianca – Entrevista 1)

Andrea y Sandra tenían una visión más abyecta sobre las páginas pro anorexia, a pesar de saber de su existencia cuando ellas querían seguir bajando de peso. Andrea cuenta que en una de las veces que salió de internamiento, ella por curiosidad entró a una de estas páginas, ya que sus compañeras internadas con ella las mencionaba. Sin embargo, Andrea señala que no duró más de 5 minutos en la página, ya que la asustó bastante, calificándola de “diabólica” y que “parecía una secta”. Al haber estado ya diagnosticada y en rehabilitación, ella consideraba terrible ver a personas que “buscaban hundirse más en algo que está evidentemente mal”, lo cual para ella era sorprendente, ya que en las mismas páginas muchas veces se acepta que este tipo de contenido puede ser dañino para algunas personas como menores de edad, o puede “herir susceptibilidades”.

Sandra, mencionaba que cuando estaba en el colegio y sus amigas ya la empezaron a ver “diferente” por el hecho de que estaba bajando de peso, como indirecta le dijeron si había entrado a estas páginas. Esa fue la primera vez que escuchó sobre ellas; sin embargo, Sandra, a pesar de haber buscado anteriormente bastante información por internet, resaltó que también le parecía extraña la idea de personas que quieran fomentar algo como lo que ella estaba viviendo. Sandra ya para esos momentos, estaba tratando de recuperarse por su madre especialmente, y señaló que no tenía sentido entrar a estas páginas si lo único que iban a hacer era ponerla peor.

5.3. “¿Qué me sucede?” y “¿Está mal lo que hago/lo que me está pasando?”: miradas patologizantes desde los medios de comunicación

La mayoría de informantes señala que empezaron concebir lo que hacían (prácticas alimentarias, purgativas, entre otras) como algo negativo, más las reacciones de su entorno frente a estas era parte de una patología cuando vieron algún programa de televisión que tocaba el tema de anorexia y bulimia. Si bien, la mayoría de las informantes señala haberse enterado por primera vez de la anorexia y bulimia en el colegio como campañas de prevención, ninguna asoció las prácticas o sus experiencias con lo que sabían previamente del tema.

El programa mexicano que era mencionado constantemente por las informantes era “La Rosa de Guadalupe”; muy conocido por su formato melodramático que toca problemáticas distintos todos los episodios de adolescentes o de violencia, con un trasfondo religioso. Sin embargo, realizando una búsqueda de los episodios relacionados a anorexia y bulimia en este programa, me di cuenta que en realidad el programa que más había abordado el tema era “Lo que callamos las mujeres”, que tiene un formato muy similar al anterior mencionado. En ese sentido, es muy probable que las informantes hayan visto episodios del programa “Lo que callamos las mujeres”¹⁶; pero recordaban más el nombre del otro programa por su popularidad.

Para triangular lo relatado por las informantes, que se veía bastante limitado por la memoria de haber visto este programa hace bastante tiempo, también se analizarán dos episodios de este programa. Los episodios escogidos¹⁷ fueron uno titulado “Anorexia”, emitido en el 2014 para poder remontarme a las experiencias de las informantes mayores que tuvieron un diagnóstico hace ya bastante tiempo; y el segundo episodio está titulado “Voy a explotar” emitido en el 2015 aproximadamente, escogido más que nada para remontarme a una posible experiencia de ver el episodio

¹⁶ De hecho, en la búsqueda exhaustiva realizada a todos los episodios de La Rosa de Guadalupe, solo se han emitido dos episodios sobre anorexia y bulimia, y recién fueron emitidos en el año 2017.

¹⁷ Cabe resaltar que la informantes no pudieron indicarme el nombre del episodio en específico ya que no se llegaron a fijar en esto durante su emisión, ni tampoco volvieron a buscarlo. En ese sentido, escogí los episodios que más se asemejaban a lo que las informantes me contaban que habían visto por televisión.

de las informantes diagnosticadas hace no mucho tiempo. A continuación se mencionará un breve resumen de ambos episodios.

El episodio titulado "Anorexia"¹⁸, se centra en cómo una joven poco a poco empieza a vomitar, hacer ejercicio, restringirse de determinados alimentos y tomar laxantes, debido a que ella sentía que era la culpable de las peleas constantes entre sus padres por no ser perfecta, es decir por estar gorda. Se ve a los padres constantemente más enfocados en sus problemas y en aparentar al resto de personas que todo está bien, mientras que la joven aparece en otras escenas bastante explícitas vomitando, y luego llorando y gritando mientras se mira al espejo. La madre de la joven niega constantemente el hecho de que su hija tenga problemas a pesar de que su amiga doctora ve que está usando laxantes o la mejor amiga de su hija le dice que la ve vomitando. La joven llega a empeorar bastante a tal punto que es llevada a un hospital, donde la doctora que le atiende les dice a sus padres que tiene un cuadro bastante avanzado de anorexia. Los padres se sienten culpables a raíz de esto, se someten a terapias y apoyan a su hija en el proceso de recuperación. La madre narra que tuvieron que aprender varias cosas de alimentación, vigilancia y cosas muy específicas como no decirle el peso a su hija. Finalmente, se muestra a la protagonista regresando a su casa junto a su familia unida.

El episodio titulado "Voy a explotar"¹⁹, cuenta la historia de Ana, que desea bajar de peso para su fiesta de quince años, ya que ella se veía a sí misma gorda. Ana vive en un contexto, en el que tanto su madre, que es instructora de gimnasio, como su mejor amiga, la inculcan a bajar de peso, y le recalcan constantemente la importancia de estar delgada. Para bajar de peso, se une con su amiga a un grupo de "Analmia", en el cual empieza a seguir recomendaciones para platos de comida, vomitar, hacer bastante ejercicio y autolesionándose cuando lo ameritaba. Durante todo este proceso, algo curioso que sucede es que en el gimnasio reciben una charla sobre la anorexia y bulimia, donde ella y su amiga se sienten identificadas, pero su amiga finalmente se enfrenta al especialista diciendo que no respetaban su estilo de vida. Luego de esto, Ana se pelea con su amiga, y empieza a aislarse y a dejar de salir en público porque pensaba que todo el mundo la veía como gorda. Al llegar su fiesta de quince años, Ana se desmayó y esto la llevó al hospital para encontrar que tenía una desnutrición severa. A partir de esto, la mamá apoya a Ana y ella crea un blog anti Ana y Mía para compartir su historia.

Se puede ver que hay una linealidad bastante marcada en los episodios, de tal manera que primero se introduce el problema identificando las causas para que la protagonista luego "caiga" en la anorexia y bulimia; luego se expone el desarrollo del problema en sí mostrando la agresividad de la protagonista, las autolesiones, vómitos,

¹⁸ Ver el Anexo 6 para un resumen y descripción más exhaustiva de este episodio. Resulta interesante ver todos los puntos en común con las historias relatadas por las informantes.

¹⁹ Ver Anexo 7 para una descripción más detallada del episodio.

dietas y cualquier otra práctica para bajar de peso de manera explícita; y por último la protagonista va finalmente a un hospital debido a las consecuencias de sus actos y se recupera. Generalmente los padres son mostrados como los culpables y responsables a lo largo de ambos episodios, ya sea por un tema de desinterés o por fomentar estas prácticas. Asimismo, al ser este un programa enfocando en la prevención de estos casos, la presencia de actores ligados a la biomedicina está presente, de tal manera que esto asegura la difusión del tema.

El formato de este programa, hace que me remonte al concepto de Peter Brooks (1976) sobre la imaginación melodramática, ya que a partir de esto se ve al hecho de crear una historia como parte también de una imaginación popular, ligada a la vida cotidiana. Un melodrama implica un campo de significados (Herlinghaus, 2002) que a su vez trata de organizar a un mundo con contradicciones imponiendo límites a las personas en función a lo considerado como correcto e incorrecto (Xavier, 2008). El melodrama, como se ha podido ver en estos episodios, tiene también como fin exhibir una problemática, y para esto Xavier señala que se mueve en extremos: el éxito se debe al mérito o a la ayuda; y el fracaso implica una victimización absoluta o a un sujeto culpable (2008: 146). En ese sentido, por eso se percibe una linealidad que no contempla matices, de tal manera que la salud y enfermedad en la anorexia son extremos absolutos, donde siempre hay culpables y siempre habrá un final radicalmente bueno (o malo, pero estos episodios no fueron los casos). En ese sentido, a través de estos programas, no cabe duda que las prácticas alimentarias y purgativas son completamente negativas, y que la anorexia es una enfermedad.

Ahora, entrando al acto de “ver” un programa de televisión, esto tiene implicancias socioculturales. Shimpach (2011) señala que “ver un contenido” implica el encuentro de un sujeto con un medio visual; y este encuentro se da en una condición determinada. En ese sentido, “ver” implicaba un proceso individual en tanto que por más que una persona lo está viendo con otras personas, esta produce su propia interpretación, pero esta también puede verse influenciada también con sus experiencias previas. De esta manera, las informantes asociaban lo visto con sus propias experiencias, y a su vez, empezaban a incorporar los valores difundidos en los episodios, que se encontraban influenciados en el discurso biomédico y se veía a la anorexia como enfermedad.

Sandra recuerda haber visto un episodio sobre una chica que tenía anorexia. Fue la primera vez que escuchó sobre los trastornos alimenticios como tal y a detalle, y en ese entonces aún todavía no veía las prácticas alimentarias y purgativas como problemas. Jessica por otro lado, cuando vio el episodio de este programa, ella señala haberse visto reflejada en las historias de este programa.

“Una vez vi un capítulo en la que una chica hacía la dieta de la papaya, escondía medicamentos (...). Me parecía tonta, la juzgaba diciendo cómo puede atentar contra su vida.” (Sandra – Entrevista 3)

“Me acuerdo que una vez yo estaba viendo ‘La Rosa de Guadalupe’ o uno de esos programas con un primo mío que ya sabía que estaba con mis problemas de dejar de comer y vomitar. Era la clásica historia de la chica que empieza a dejar de comer, vomita, sus papás se dan cuenta y todo eso. Mi primo me mira y me dice ‘oye, eso tú tienes’.” (Jessica – Entrevista 2)

Es importante señalar que el hecho que las informantes hayan visto estos episodios, no fue porque ellas necesariamente buscaron saber más del tema o informarse sobre la anorexia y bulimia. Casos como el de Andrea y Lorena, que aseguran nunca haber buscado estrategias para seguir bajando de peso por internet, también vieron episodios de este programa en algún momento y evidentemente señalaron haberse sentido identificadas con las historias relatadas en los episodios, o estos confirmaron una vez más que estaban haciendo “algo malo”, sobre todo porque personas en su entorno se ven afectadas. Cabe resaltar que Andrea supo que tenía un diagnóstico de anorexia y bulimia cuando por televisión vio que la actriz mexicana Anahí señaló que tenía anorexia.

Sandra sin embargo tiene una postura bastante crítica de estos programas. Generalmente los episodios de estos programas son de aproximadamente 40 minutos, y ella siente que no retrataban de manera adecuada las experiencias que se viven. Si bien en ambos episodios pude observar bastantes similitudes con las historias contadas por los padres, algo que me llamó la atención era que más de la mitad del episodio trataba de la protagonista vomitando, tomando pastillas, autolesionándose, mirándose al espejo llamándose gorda. Generalmente el proceso de recuperación no se mostraba, y la historia finalizaba con la protagonista ya recuperada y a gusto con su familia.

“Yo creo que esos programas no deberían existir (silencio). Ahora que recuerdo ese capítulo, me parece que no informan bien a la gente sobre lo que nosotras vivimos, es completamente irreal. No sale nada del proceso del internamiento o recuperación de la chica. Lo mostraban como si todo fuera sencillo, darse cuenta que estás haciendo algo mal. No es tan fácil como lo muestran. Además hacer ver más el problema y no la solución. La chica vomitaba, se restringía o se cortaba, y de la nada iba a tratamiento y mágicamente se mejoraba. Eso no es así (...).” (Sandra – Entrevista 3)

A partir de ver los episodios de estos, Sandra fue la única informante que señaló haber buscado sus síntomas por Internet para ver si efectivamente tenía anorexia y bulimia.

“Yo empecé a buscar en Wikipedia, en Google, ‘síntomas de la anorexia’. Sospechaba que podía ser eso, pero no creía que era tan grave o simplemente no lo quería aceptar. Y ahí vi lo del estreñimiento por vómitos, y eso era lo que yo tenía. Igual me metí a bajar más de peso con un naturista. No lo aceptaba.” (Sandra – Entrevista)

El resto de informantes no tuvo mucha oportunidad de buscar sobre sus “síntomas” como lo hizo Sandra, sino que ellas estuvieron influenciadas por esta mirada patologizante por parte de otros actores, ya sea en el colegio o a través de sus

familiares. Sin embargo, Sandra y Jessica señalan que sus padres se enteraron más detenidamente de la anorexia y bulimia a través del programa peruano Dr. TV. Este programa difundía una mirada biomédica de prevención hacia la anorexia y bulimia, recalcando sus síntomas, todas las consecuencias que implicaba y lo que caracteriza este programa, era que invitaban a personas que se identificaban con anorexia en un evidente cuadro de desnutrición, para posteriormente ofrecerles ayuda en su internamiento en algún centro de salud. Por otro lado, Bianca y Lorena por ejemplo me cuentan que se muestran interesadas sobre contenido en torno al tema que es compartido en internet. Lorena me comentaba de artículos que leía sobre testimonios sobre personas que han vivido con anorexia y bulimia, y a partir de esto ha podido interpretar sus experiencias pasadas.

5.4. BALANCE DEL CAPÍTULO

En este capítulo, se analizaron los distintos discursos sobre la delgadez y la anorexia desde diversos puntos de vista: a través de la fomentación de la delgadez por la cantidad de información que había para bajar de peso, o aquellas páginas que favorecían a la anorexia como un estilo de vida. De esta manera se vio como la accesibilidad y la búsqueda de información se constituían en prácticas mediáticas (Brauchler y Postill, 2010), ya que son formas de usos de los medios para mantener un sentido ontológico sobre cómo se construye su realidad y sus experiencias. En primer lugar, se vio que la búsqueda de información e imágenes implicaba un acto de enfocar la atención en la información que le daba sentido a lo que estaba buscando; pero por otro lado, implicaba el descubrimiento de otro tipo de información. A través de Featherstone (1982) y Da Porta (2014) se vio que las imágenes de celebridades o modelos hacían que las informantes se vuelvan más conscientes de su apariencia, ya que también se aprehende el contenido en el cuerpo, en la que uno se empieza a comparar y refuerzan su ideal de belleza.

Por otro lado en las páginas Pro Ana y Pro Mía, se defienden y promueven conductas y prácticas “anoréxicas” como un estilo de vida, permitiendo visibilizar una perspectiva alternativa sobre el tema y tratando de enfrentar la estigmatización de ser calificado con una patología. Se pudo ver que en los blogs se hacían uso de elementos propios del discurso biomédicos como en las dietas, o el conteo de calorías, pero esto no quiere decir que se perciba a la anorexia como patología (Deiana, 2011). En estas páginas se repiensen los significados en torno al cuerpo, salud, enfermedad y delgadez, y son valorados atributos como el autocontrol, disciplinamiento y el deseo de estar delgada. Asimismo, se señaló que si bien las informantes no estuvieron en contacto directo con otros usuarios o visitantes de los blogs, señalaban que para ellas era muy importante leer la sección de comentarios para verificar que los métodos para bajar de peso funcionaban; y también para sentir que no estaban solas con sus vivencias y deseos. Para las informantes, leer testimonios era también parte de darle sentido a su propia experiencia.

Por último, se analizó un programa melodramático mexicano, ya que en la mayoría de los casos desarrollados, las informantes señalaron haber visto este programa. En este programa, se cuentan historias distintas en cada episodio que tocan temas como problemas en la adolescencia o los problemas que enfrentan las mujeres en general. A partir de Brooks (1976) se definió al melodrama como un campo de significados que trata emular la vida cotidiana y que tiene como fin exponer una problemática. Al ser de corta duración y al buscar conmover a la gente, generalmente se mueven en extremos, escenificando de manera explícita a la anorexia como extremadamente patológica, donde los culpables generalmente eran los padres. Al ver este programa (Shimpach, 2011), algunas de las informantes internalizaron estos significados y lo relacionaron con sus experiencias propias. A partir de esto, las informantes interpretaron lo que vivían como un problema o como una patología, impulsándolas, en algunas casos, a buscar más sobre el tema ya desde un enfoque biomédico.

A partir de estas tres formas de interactuar con los medios como prácticas mediáticas –búsqueda de referentes de belleza, el contacto con las páginas pro anorexia y el visionado de telenovelas que abordan temas de anorexia y bulimia—se puede ver cómo se constituyen este proceso de subjetivación y mediatización, conceptos aportados por Da Porta (2014), Verón (2001) y De Lauretis (1992), en los cuales se entra en contacto con discursos hegemónicos como los referentes de belleza que transforman la realidad y la manera de percibir una experiencia y sus propios cuerpos, pero al mismo tiempo los medios están sujetos a una reconfiguración constante a partir de los mismos sujetos, como en el caso del discurso alternativo y contrahegemónico en las páginas pro anorexia.

CAPÍTULO VI: LAS NARRATIVAS Y PRÁCTICAS DESDE Y SOBRE LOS TERAPEUTAS Y LAS TERAPIAS

En el contexto occidental contemporáneo, la biomedicina se ha legitimado como uno de los saberes que pueden ejercer control sobre el cuerpo. Asimismo, cabe recordar que la anorexia como patología fue reconocida por la biomedicina y en ese sentido, resulta interesante desde Byron Good (1994) cómo la medicina construye los “objetos” que va a tratar y a atender, de tal manera que esta disciplina construye al cuerpo humano y a la enfermedad desde un contexto sociocultural.

Es por ello, que resulta importante también recoger lo que dicen los propios terapeutas y lo que se dice en las terapias. En este capítulo, se incorporarán también lo recogido en las distintas observaciones a terapias como en la cotidianidad del internamiento de la Clínica X donde estuvieron asistiendo 4 informantes. Asimismo, la estructura de este capítulo partirá del contraste y paralelismo entre las narrativas y prácticas de los mismos terapeutas con las de los casos principales en la que se pondrá evidencias que tan influenciadas se ven las narrativas de las informantes por los terapeutas y el discurso biomédico, y qué elementos escapan de la explicación biomédica para las informantes y también para los terapeutas.

En este capítulo, para comenzar y contextualizar el discurso biomédico, primero se desarrollarán las narrativas e imaginarios sobre el diagnóstico de una persona con anorexia, y sus alcances y limitaciones. Posteriormente, se verán las motivaciones y decisiones para entrar a un internamiento que está ligado a los conflictos con el entorno y las sensaciones de malestar percibidas en el cuerpo. Luego, se analizará las prácticas observadas y relatadas de normalización presentes en el entorno terapéutico como reglas, dinámicas de vigilancia, alimentación, medicación y las terapias en sí mismas. Finalmente, se verán las narrativas y trayectorias de recuperación desde los terapeutas e informantes, donde surgen significados distintos sobre “cura”, “estabilidad” y las implicancias de haber pasado por esta experiencia luego del tratamiento.

6.1. ¿Quién es una persona con anorexia?: narrativas e imaginarios desde el discurso biomédico

Como ya se dijo en la introducción, se debe recordar que los conceptos de “anorexia” y “bulimia” son parte de una nosología psiquiátrica en las que se identificaron ciertas prácticas alimentarias y purgativas como anormales (Zafra, 2010). Este conjunto de prácticas y otros signos de malestar identificados como un trastorno, viene de la mano con ciertos criterios de diagnósticos establecidos por el discurso biomédico. En este subcapítulo se ha decidido rastrear cómo se define a la anorexia desde el discurso biomédico a partir de la narrativa de los terapeutas y qué tanto influyen estas a las narrativas de las informantes y a la manera como experimentan y sienten el estar diagnosticadas con “anorexia”.

6.1.1. La anorexia como “producto de la sociedad”: significados de ser mujer y joven; y el impacto de los medios de comunicación

Una de las principales características que salen a la luz al hablar de anorexia y bulimia con cualquier terapeuta o especialista en salud, es la evidente incidencia que hay en el diagnóstico a mujeres. Generalmente la biomedicina ha sido criticada desde la teoría feminista por ignorar un análisis de género en la salud pública o al incorporarlo, solo lo hace en diferencias biologicistas ignorando otras dimensiones del ser humano (Esteban, 2010), ya que tiende a reducir a la mujer como “lo otro” que está limitado por sus propias condiciones físicas. Sin embargo, los casos de anorexia y bulimia parecen ser una excepción en el tema, ya que cuando se intenta explicar el por qué las mujeres han sido la mayoría en este diagnóstico se remiten a explicaciones que consideran factores socioculturales.

Los terapeutas trataban de explicaban que la mayor incidencia de anorexia y bulimia y jóvenes se debía a que es “problema social” y estaba asociado a la socialización de las mujeres desde su infancia. Se mencionaba la relación que hay con la madre o lo propensas que se encuentran a ser víctimas de abuso. Asimismo, muchos terapeutas señalan que la televisión es la que influye bastante y los realities de televisión peruanos como Combate y Esto Es Guerra donde muestran constantemente a mujeres voluptuosas. Sin embargo, las informantes mencionaban no haber consumido tanto estos programas, sino que sus referentes de belleza venían de otro tipo de programas o páginas web.

“Creo que la mujer todavía posiciona más su cuerpo como objeto, de placer, de estimulación, de admiración, de posición, de belleza. Valores que podrían entrar en contextos positivos y negativos. Finalmente es lo que representa el cuerpo de la mujer. Esto hace que se sienta tal vez un poco más exigida en relación a como deber llevar su cuerpo y eso te lo estimula lo ambiental.” (Especialista psicóloga de Universidad A – Entrevista)

Se puede ver que la biomedicina trata de considerar factores socioculturales, pero como señala Mari Luz Esteban (2010) estos suelen ser operacionalizados de manera bastante restrictiva como hábitos de consumos, comportamientos individuales influenciados por la sociedad, o explicaciones que se remiten a un contexto sociocultural mayor como lo señalado sobre el cuerpo desde la Especialista de la Universidad A. Sin embargo, generalmente se tiende a ignorar las propias narrativas de las personas que son diagnosticadas y también una mirada crítica sobre cómo se construye y produce culturalmente una enfermedad, en base a lo que la sociedad misma define como una circunstancia normal o anormal (Martínez Hernández, 2007).

La adolescencia y juventud como etapa de vida resaltante para los diagnósticos de anorexia y bulimia también era un tema de discusión entre los terapeutas e informantes. Generalmente las informantes en retrospectiva, recordaban su etapa de adolescentes o escolares, y justificaban que cayeron en la anorexia “por dejarse llevar por la moda y los estereotipos de belleza” (Sandra – Conversación). Sin embargo, los

terapeutas encontraban otros tipos de explicaciones asociados a una explicación biomédica, como el hecho de que la adolescencia es la edad en el que el cuerpo cambia notablemente y esto es un proceso bastante vulnerable para las mujeres.

“El trastorno se va manifestando en la adolescencia, que es justamente este es el momento en que la relación con el cuerpo empieza a cambiar. Deja de ser un cuerpo niño para ser un cuerpo adulto. Por supuesto que en ese tránsito pues eres vulnerable no solo a trastornos alimentarios si no en general (...) el consumo, la experimentación, otras conductas problemáticas como las drogas.” (Especialista de Universidad A – Entrevista)

Liz Frost (2001) señala que hay una tendencia a medicalizar la adolescencia al verla como “un problema”, y sobre todo a las mujeres dentro del imaginario de ser más débiles o volubles ante ciertas presiones. Si bien se tenía claro el género, etapa de vida y la influencia de los medios, algo que me fueron confirmando las terapeutas de la Clínica X, como psicólogos, psiquiatras, especialistas de otros establecimientos, y mi propia observación, fue que no hay nivel socioeconómico más diagnosticado con anorexia y bulimia, y las escasas estadísticas que hay sobre el tema²⁰, no confirman esto. Si bien hay una gran cantidad de clínicas privadas bastante costosas para tratar casos de anorexia y bulimia, terapeutas de la Clínica X me contaba que en varias oportunidades han brindado becas de internamiento a personas que venían de contextos socioeconómicos bastante bajos e incluso a mujeres de contextos rurales.

A parte de ser mujer, joven y la influencia de los medios de comunicación como causantes de la anorexia desde un punto de vista social, también había otras características que los terapeutas y las informantes identificaban en las historias de vida. De tal manera que podían existir características específicas en una persona con anorexia que los terapeutas presuponen. Una de estas es el perfeccionismo en una persona, en la cual me describían que la mayoría de las informantes fueron buenas alumnas en sus respectivos colegios.

“Tiene que ver con este estereotipo de la chica perfecta, la chica educada, la chica responsable. Es raro ver a una paciente con TCA desordenada, desaliñada. Hasta incluso cuando escriben.” (Terapeuta 2 – Entrevista)

En ese sentido, se les percibe como personas que han estado sujetas a la aprobación, lo cual para los terapeutas explicarían la decisión de bajar de peso por presiones externas. Andrea en su relato hacía bastante énfasis que durante la primaria siempre obtuvo el primer puesto, Vanessa y Sandra siempre ocuparon los primeros lugares en sus escuelas. Sin embargo, Jessica, Lorena y Bianca no encajaban en este perfil, ya que nunca mencionaron el hecho de ser buenas alumnas. De hecho, Jessica

²⁰ Cabe recordar que las estadísticas solo toman en cuenta los pacientes de hospitales públicos, y hay una gran población de pacientes en establecimientos privados.

incluso señalaba que fue una alumna regular durante toda su etapa escolar y universitaria.

Asimismo, otro imaginario presente en los relatos de las informantes, más no en las narrativas de las terapeutas de la Clínica X, era que en otros entornos terapéuticos de otros hospitales o clínicas, siempre se decía que las personas con anorexia y bulimia son “mentirosas y manipuladoras”. Andrea contaba que su mamá nunca le creyó todo lo que ella le contaba de la Clínica Z con respecto a que una oportunidad los terapeutas le hicieron tragar su propio vómito y a la cantidad de reglas que había. Señalaba que su mamá le decía que ya los terapeutas le habían advertido que iba a suceder eso (que le hable mal de su tratamiento) y que no debía dejarse manipular por sus mentiras. Vanessa también había escuchado de esto, e incluso los doctores se lo decían de frente.

“Cuando estuve en el Hospital A, había una doctora bien buena que me comprendía, pero habían otros doctores que decían que éramos unas mentirosas (...). Considero que eso es falta de ética y obviamente no son buenos doctores, no entiendo para qué atienden personas con esta enfermedad” (Vanessa – Entrevista 4)

Otro imaginario presente en los terapeutas era el hecho de que tener anorexia y bulimia significaba “no querer crecer”. La enfermera de la Clínica X mencionó en varias oportunidades que ellas quieren ser niñas, y esto era asociado a la idea de la ausencia de la menstruación por la desnutrición y a que el cuerpo extremadamente delgado invisibiliza las características estereotípicas de una mujer adulta como los senos, las caderas o el trasero. Ninguna de las informantes me mencionó explícitamente la idea de no querer crecer, sino todo lo contrario, siempre había esa tensión de querer tener el control sobre su cuerpo y tener autonomía sobre sus propias decisiones. A excepción de Andrea, ella me dijo explícitamente que a ella le gustaría ser niña nuevamente, que le gusta que la vigilen y la cuiden en la Clínica X e incluso en una oportunidad me dijo que se había vestido como niña a propósito (un vestido pequeño de flores). Ella describía que había ella sentía un dilema entre querer tener cuerpo de mujer y con curvas, pero que a la vez ella a veces sentía que quería seguir teniendo cuerpo de niña.

“Cuando salí de uno de mis internamientos. No quería salir a la calle porque me daba vergüenza que me vean demasiado delgada. (...) Sí, puede sonar contradictorio con el hecho que yo no me vea lo suficientemente delgada, pero así es, es una tensión. Por un lado quiero tener el cuerpo de una mujer voluptuosa, pero por otro lado quiero seguir siendo una niña.”(Andrea – Entrevista 2)

Es probable que Andrea haya concluido gracias a los tratamientos, que también están presentes unas “gananas de no crecer” aunque ella misma no las explicita. El hecho de que haya ciertas ideas preconcebidas sobre cómo interpretar y explicar a la anorexia puede causar conflictos y tensiones con las propias experiencias subjetivas de una persona que está diagnosticada. Como señalaba Good (1994), la biomedicina verdaderamente puede tener un gran poder de tal manera que está autorizada en

detectar los orígenes o síntomas de una patología, y el resto de personas pueden tomar esto como su propio marco de interpretación de su situación.

6.1.2. ¿Sobrepatalogización o invisibilización de la anorexia?: limitaciones del discurso biomédico en torno al diagnóstico y definición

Desde mi perspectiva como antropóloga y luego de haber consultado literatura crítica sobre el tema, resultaba interesante ver cómo era conceptualizada la anorexia en un contexto actual en el cual la mayoría de mujeres y hombres anhelan ser delgados, y en consecuencia comer selectivamente, comer menos y hacer ejercicio. En ese sentido, una pregunta planteada a los terapeutas fue qué tan difícil era realizar un diagnóstico en este contexto, en el cual ser delgado/a es una preocupación para la mayoría de seres humanos en el cual se podrían adoptar prácticas alimentarias “no normales” de acuerdo a la biomedicina.

La mayoría de terapeutas entrevistados no consideraban la sobrepatalogización un problema, ya que por lo relatado, la mayoría de casos que consideraban un tratamiento biomédico se encontraban en desnutrición crónica o ya no podían desenvolverse cotidianamente en su día a día. Para el criterio de diagnóstico, las terapeutas se remitían al DSM IV (Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) donde figuran una serie de sintomatologías sobre la anorexia y bulimia. Sin embargo, también los terapeutas resaltaban el hecho de que una persona en desnutrición no necesariamente podía ser diagnosticada con anorexia y bulimia; o viceversa, o una persona que deje de comer o devuelva comida necesariamente tenga anorexia y bulimia. Al final, lo que determinaba la anorexia y bulimia era la presencia del “miedo intenso a subir de peso”, y que este miedo interfiera en la vida de la persona.

“No es necesario por ejemplo que la persona tenga muy bajo peso para hablar de que existe anorexia y bulimia; una persona también de peso normal tiene trastorno de Conducta Alimentaria. Y algo importante es cuánto esto afecta en el funcionamiento de su vida, esto es determinante. Porque si esta persona, si este miedo a subir de peso, si esta restricción que tiene durante las horas de su alimentación interfiere en su trabajo, como en el caso de Jessica. No podía trabajar, no podía mirar a los niños con su lonchera porque se estaba dando atracones, no podía dar una buena relación con las mamás porque estaba reclamando por la comida o porque la mamá la veía mucho tiempo en el baño y ella no sabía dar explicaciones. Entonces estamos hablando de que hay un Trastorno de Conducta Alimentaria.” (Terapeuta 1 – Entrevista)

Las terapeutas también recalcaban que definir estrictamente a alguien con anorexia y bulimia podía ser muy difícil, ya que generalmente se dan mutaciones entre estas y también hay un tema presente de la comorbilidad con otros tipos de diagnósticos. Una de las terapeutas señalaba que no se podía hablar de que una persona venga con determinados trastorno o trastornos, sino que a veces son un conjunto de conductas que son percibidas como anormales.

“Al inicio pueden presentarse con la misma anorexia, luego con la misma bulimia. ¿Cuándo uno ve que características de TLP van surgiendo? Cuando su IMC va subiendo y va subiendo. Cuando ya están llegando a los 17, cuando están llegando a los 18, se transforman, dan un giro de 360 grados.” (Terapeuta 2 – Entrevista)

El TLP (Trastorno de Personalidad Límite) hace referencia a estados de ánimo o comportamientos inestables y es bastante mencionado como un codiagnóstico a las personas con anorexia y bulimia. El fin de esta investigación no es explicar las problemáticas en torno a este otro tipo de trastorno. Sin embargo cabe resaltar, que en lo indicado en la anterior cita, muchas veces diagnosticar a alguien con TLP explica a los terapeutas por qué las personas diagnosticadas con anorexia y bulimia, a pesar de encontrarse ya en un peso adecuado, siguen manteniendo algunas conductas vistas como anormales. En ese sentido, la directora de la Clínica X resaltaba que era importante establecer un diagnóstico por más ambiguo y problemático que pueda resultar, ya que esto ayudaba también a la misma paciente a identificar sus problemas y querer recuperarse.

Los problemas de definición también se remiten al hecho de que en el aspecto de salud mental, no hay signos de malestares obvios o tangibles en muchos casos, y en el caso de la anorexia y bulimia resulta aún más ambiguo porque a veces las mismas personas diagnosticadas no identifican un malestar en ellas. El hecho de no identificar signos tangibles, también hacía que los terapeutas perciban que es difícil aplicar el tratamiento en una persona con trastornos mentales.

“Generalmente el Estado atiende a la salud mental con signos y síntomas muy concretos para curar. Por ejemplo esquizofrenia, depresión, adicción, gente que está internada por adicción a sustancias como alcohol (...) Pero los trastornos alimentarios no datan más de 40 años por ejemplo (...) La salud mental no tienen signos claros ni obvios. La conducta no tiene peso, tamaño, color forma. Un cáncer lo visualizas en un tumor. Otros temas se visualizan en el tema del cuerpo, pero lo visualizas más que todo en la conducta. Pero el trastorno ¿dónde está?” (Especialista de Universidad A – Entrevista)

Asimismo, la mayoría de informantes señalaban todo lo contrario a una sobrepatologización: ellas sentían que las personas con anorexia y bulimia no eran tomadas en serio y era un tema sumamente invisibilizado, poco discutido y explorado. Al asumir las prácticas alimentarias y purgativas, y los malestares tanto físicos como las tensiones con su entorno como parte de una enfermedad, el hecho que la anorexia y bulimia sea visto como producto de “las modas” les parecía una forma de invisibilizar el tema.

“Me hubiera gustado que se hable más del tema en general en todos lados, porque yo sentía que era la única persona pasando por esto. Me sentía demasiado sola. Esto es más que una moda o solo bajar de peso.” (Sandra – Entrevista 3)

“No tienes idea lo sola que te sientes en todo este proceso, porque en verdad sientes que eres la única que está pasando por esto. Yo hasta ahora me siento demasiado sola. Además recuerdo que cuando vi por

primera vez qué era anorexia y bulimia en el colegio, yo me burlaba pensando que cómo podían caer en algo tan superficial y tonto. Así es como piensa mucha gente, no nos toman en serio, piensan que solo es una moda, pero es más que eso, se sufre mucho.” (Jessica – Entrevista 2)

Bianca y Lorena, al encontrarse ambas fuera de tratamiento biomédico, tenían una perspectiva distinta a las anteriores informantes. Si bien ellas no señalaban que había una sobrepatologización, ellas señalan constantemente que sus casos “no fueron tan graves” como el de otras personas que habían escuchado y que precisamente por eso Lorena no consideró en algún momento el tratamiento terapéutico y de acuerdo a ella lo está sabiendo manejar. Bianca por el contrario, dice que ya está harta de que sus padres la estén juzgando siempre por sus hábitos alimenticios, tomándolos como parte de la anorexia. Ella siente que tiene una forma de comer, y le va bien con eso. Tratar de definir la gravedad de patologías como la anorexia y bulimia es difícil, ya que esto también roza con la propia voluntad de la persona es reconocer si identifica un malestar o desea pedir ayuda.

6.2. Motivaciones y decisiones para el ingreso a un internamiento

En el capítulo 4, se han relatado las distintas motivaciones que llevaron a sus padres a ver como problema, y posteriormente patologizar y medicalizar las prácticas alimentarias que ellas tenían o cómo se veían su cuerpo. Sin embargo, la decisión de internar a alguien resulta mucho más extrema que el simple hecho de ver como problema alguna práctica alimentaria y purgativa, o la delgadez, sino que implica una especie de aislamiento y también el hecho de que los padres acepten que no pueden controlar más a sus hijos. Cuatro de las seis informantes estuvieron internadas en la Clínica X (Andrea incluso estando internada en 3 oportunidades), y Bianca también recibió un tratamiento muy similar al internamiento en la Clínica Z teniendo que quedarse en familias que la acogían como entrenamiento.

6.2.1. Conflictos y tensiones con el entorno

Un especialista en casos de anorexia y bulimia en el Hospital B relataba que generalmente los casos que ha atendido no han venido por su cuenta y es muy raro que lo hagan por ellas mismas. Las especialistas de la Clínica X me confirmaron lo mismo, y ellos justificaban en esto el tipo de terapia dialéctico conductual que utilizaban que implicaba que la misma persona “se acepte como tal”, incluyendo sus problemas, “para que el cambio parta de ellas mismas” (Directora de la Clínica X – Entrevista). Sin embargo, el especialista del Hospital B añadía que generalmente los pacientes aceptaban internarse no por recuperarse, sino porque veían la incomodidad y tristeza que causaban en sus padres y familiares en general. Sin embargo, un caso bastante atípico fue el de Sandra, ya que ella decidió pedir su internamiento en un momento de desesperación. Su madre ya había escuchado anteriormente de la Clínica X, entonces ambos padres se preocuparon, compraron los pasajes y viajaron a Lima.

“Yo sentía que ya estaba desilusionando demasiado a mis padres, especialmente a mi mamá. Ella ya solo lloraba cuando sabía que vomitaba o no quería comer (...) A veces me botaba de la casa. Ya me habían llevado anteriormente a otros psicólogos y psiquiatras, pero igual volvía a caer en la desnutrición. Ya nada tenía sentido para mí, ni siquiera haber terminado bien el colegio, ni haber entrado en la universidad. Por eso quise pedir ayuda” (Sandra – Entrevista 3)

Sin embargo, la mayoría de los casos eran persuadidos por sus padres o incluso a veces ingresando con engaños. Las informantes se remontaban a los momentos previos a ser internadas identificando conflictos con sus padres o familiares. Andrea relataba que ella incluso se llegó a poner violenta con su madre por preguntarle si había comido o no tirándole un vaso de vidrio, y las discusiones con su tía también eran constantes porque ella se retiraba constantemente de las universidades. Incluso menciona que debido a ella casi se divorcian su padrastro de su madre porque causaba muchos problemas. Vanessa por otro lado también contaba que veía a su madre llorando por lo delgada que estaba y porque el resto de personas la veía a ella como mala madre por haber dejado que llegue a ese extremo. Vanessa tratando de enmendar eso decía que comía y se llevaba la comida a su cuarto para luego echarla a la basura.

Al vivir sola desde que empezó estudiar, Jessica relata que uno de los grandes factores que llevó a su madre a internarla fue cuando empezó a tener problemas laborales en el centro educativo que enseñaba con respecto a sus atracones y vómitos, más que discusiones con su madre. Ella ya iba a la modalidad de ambulatorio en la Clínica X, pero luego ella describe que “la bulimia se salió de control” y empezó a comer de las loncheras de los niños.

Una de las primeras cosas que Bianca me dijo cuándo la conocí fue que a los padres les cuenta mucho aceptar que sus hijos están mal, incluso a veces hasta más que a los hijos. En el caso de Bianca, la mayoría de profesores en su colegio se habían dado cuenta que ella ya no comía y mentía diciendo que sí lo había hecho. Debido a que ya habían tenido casos similares, estos profesores decidieron avisarle a su madre señalando que era necesario ya llevarla a un internamiento. La madre de Bianca se negó varias veces en llevarla a un psicólogo diciendo que ella veía a su hija comer o ella le decía que ya lo había hecho. Pero cuando vio que no comía cuando la obligaban, más otros síntomas, decidió internarla. Bianca, ve en retrospectiva que ella estaba llamando la atención de su madre y prácticamente quería ser internada.

Para la enfermera de la Clínica X y una de las terapeutas es mejor recibir pacientes con los cuales se ha negociado su tratamiento, o incluso mejor si es que vienen por su propia cuenta. Señalan que cuando vienen pacientes obligados por sus familias, no se puede trabajar bien, se niegan a todo, y no están con la mejor disposición para poder recuperarse. Pero, en el caso de riesgo de muerte por desnutrición o deshidratación otras terapeutas si encuentran justificable el internamiento involuntario.

“Si está en riesgo de muerte el paciente. Si te pones a pensar, el tema es que la mayoría de las chicas son menores de edad, así que los responsables son los padres. El tema del internamiento de una persona es válido frente al tema de vida. La última decisión la tienen los padres. Creo que es totalmente válido frente a la vida en riesgo de una persona.” (Psicóloga de Universidad A – Entrevista)

Pero, ¿cómo se determina el riesgo de muerte en estos casos? La enfermera de la Clínica X señala que cuando llega una paciente diagnosticada con anorexia y bulimia, uno de los principales criterios de internamiento en el IMC (Índice de Masa Corporal).

“El IMC es un criterio. Nosotros tenemos menos de 17 de IMC para decidir el internamiento; pero hemos tenido hasta de 10 (...) Entonces, uno es el IMC disminuido, el otro criterio es la falta de control en su vida cotidiana, como no contar con apoyo familiar. También un criterio es cuando no respetan las terapias ambulatorias. Cuando se incrementan ciertas conductas nocivas y no se controlan es factor presente en todos los criterios mencionados.” (Enfermera – Entrevista)

La mayoría de terapeutas entrevistados coincidían en que a veces sí hay casos que ameritan un internamiento no solo por el nivel de gravedad de desnutrición de la persona, sino por otros motivos. Uno de estos puede ser si la persona se está haciendo daño a sí misma o implica también un peligro para el resto de personas que le rodean. El caso de Jessica resulta particular porque a diferencia de las informantes anteriormente mencionadas, ella no estaba en un peso bajo ni en desnutrición. Sin embargo su terapeuta justifica la necesidad de su internamiento de la siguiente manera.

“(...) la problemática se iba agravando por diversos factores, y sus atracones y vómitos que tenía eran diarios en su centro laboral. Entonces, aparte que no había un monitoreo, no había un soporte familiar, entonces era necesario tomar otras medidas. Y eso fue lo que llevó a internarla, el hecho de que no haya estado controlada, vigilada por alguien más (...) Tampoco había riesgos para su vida (...) Ni había riesgo para otras personas. Pero no había el soporte familiar necesario, no había un día que ella pasara sin tener atracones, sin tener vómitos, y había muchos estímulos en el trabajo en que ella estaba.” (Terapeuta 1 – Entrevista)

La Directora de la Clínica X es la que decide cuando una persona va a ser internada y señala que más allá del peligro de vida o el IMC, ella ha establecido criterios de internamiento que están más relacionados a su entorno y al tiempo que ha pasado teniendo determinadas prácticas alimentarias y purgativas.

“(...) si yo veo que hay padres que no están monitoreando, eso es algo que yo debo cuidar y que si no hay ese primer soporte, lo voy a tener que tomar en cuenta para un primer criterio de internamiento. Segundo, cuánto tiempo ya tiene con el problema, la cronicidad. Porque eso nos dice cuánta desesperanza debe tener y eso marca mucho a una paciente para poder darle nosotros la motivación y que las cosas no sean de esa manera.” (Directora Clínica X – Entrevista)

Sin embargo, para ser coherente con el tipo de terapia que aplican en la Clínica X, ella señala que en el camino intentan hacerle ver a la paciente que ella tiene la

capacidad de decidir si se quiere ir del internamiento, ya que lo importante es que de ella misma parta la necesidad del “cambio”, en otros casos llamado “conciencia de enfermedad”, de tal manera que el paciente sea más receptivo al tratamiento biomédico al ver su estado como enfermedad. De acuerdo a las observaciones realizadas durante mi estadía en la Clínica X, efectivamente las pacientes se retiraban si sus familiares lo autorizaban a pesar de no estar dadas de alta. Pero, también vi que algunas terminaban regresando, e incluso Andrea ha sido una paciente que ha salido del tratamiento y ha regresado varias veces.

6.2.2. Sensaciones y signos de malestar

En el capítulo 4 sobre el control del cuerpo femenino, se ha discutido cómo la delgadez y las prácticas alimentarias pueden ser percibidas como algo patológico por otros actores y a partir de esto surge la necesidad de ser normalizadas y una vez más el cuerpo es sujeto de control. Sin embargo, en esta sección se describirá cómo las mismas informantes experimentaron en su cuerpo signos de malestar más que nada relacionado a lo fisiológico, a su cuerpo y cómo esto también se encuentra relacionado a sus primeros contactos con los terapeutas, como también parte de su propia experiencia personal. Hinton y Hinton (2002) resaltan la importancia del estudio de las sensaciones en el cuerpo desde la antropología médica, ya que a partir de esto las personas se hacen conscientes de su experiencia y al estar en contacto con un discurso como el biomédico, estas sensaciones son transformadas en síntomas que representa ese enlace de un cuerpo fisiológico con lo percibido como “mental” o cognitivo. En ese sentido, las sensaciones son vistas como símbolos que en el discurso biomédico están relacionadas a una enfermedad (Good y Good, 1982).

Previo al ingreso a un tratamiento, las informantes relataron episodios en los que ellas experimentaron signos de malestar que implicaron dolor e incomodidad. Vanessa por ejemplo contaba que debido a su delgadez extrema (llegó a pesar 22 kilos), no podía ni subir las escaleras de su casa ni de los buses por lo débil que estaba. Incluso cuenta estar parada en los buses, y sentir como sus ojos se iban hacia atrás y veía como todo lo que le rodeaba se oscurecía. Bianca por otro lado cuenta que en un viaje de promoción a un lugar caluroso, ella no pudo hacer ninguna actividad estudiantil ni de ocio con sus amigos, porque le venían “ataques de frío intenso”. Cuenta que sus amigos la veían tan mal que le prestaban todas sus casacas, pero ella igual no podía dejar de temblar y se ponía a llorar. Esto para ella fue un detonante para ser llevada a la Clínica Z una vez que regresó de viaje, ya que tanto ella como su familia identificaron estos fríos intensos por las restricciones constantes a determinados alimentos.

La nutricionista de la Clínica X que es bastante cercana y vista como una persona de confianza para las pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia, me contaba que parte de sus asesorías nutricionales era preguntarles si experimentaba los síntomas que están estandarizados en la anorexia y bulimia

“Por ejemplo, en las primeras sesiones yo les pregunto ‘¿cómo sientes tu piel? ¿Cómo sientes tu cabello?’ Parte de los síntomas de una persona que padece anorexia, más allá del IMC, la desnutrición extrema, los niveles de glucosa, entre otros, también está la amenorrea, la piel reseca, el cabello fino y grasoso, entre otros.”(Nutricionista – Entrevista)

Esto me sorprendió, ya que a lo largo de todas las entrevistas, ellas nunca me describieron sensaciones de ese tipo como piel reseca o cabello fino y grasoso. Le dije esto a la nutricionista y ella me dijo que las observe más detenidamente para que me dé cuenta de todos estos rasgos.

“Ellas no te dicen nada de eso porque ni se dan cuenta, no es relevante para ellas, están sumamente sumergidas en otras cosas. Pero si les preguntas cómo sienten su piel, se lo tocan y evidentemente se dan cuenta que está medio escamosa. Lo mismo sucede con el cabello, se dan cuenta que está sumamente frágil y se parte.” (Nutricionista – Entrevista)

De la misma manera, la enfermera de la Clínica X, quien maneja las consultas y exámenes médicos de las pacientes, y por ende conoce más sus características fisiológicas, me menciona una serie de consecuencias visibles y medibles en una persona diagnosticada con anorexia y bulimia que ha llegado a la desnutrición extrema (por debajo de 17 de IMC).

“Yo les pregunto: ‘¿te duelen los pies?’. Responden ‘no’, entonces les digo ‘déjame ver’. Usualmente están hinchados los pies y fríos, y a ellas les duelen los pies. El hecho de los mareos por ejemplo. La audición y la vista también se ven afectados (...) Hemos visto el hecho de la pérdida de cabello, uñas, piel pálida y escamosa. Cambios en la piel desde color, la presencia de vellos. El tema de la cavidad oral, las piezas dentales faltantes, cariadas o definitivamente sin ellas, con prótesis incluso. La amenorrea, no hay menstruación. El estreñimiento, a veces pueden pasar dos semanas sin evacuar. La postura encorvada, la columna hacia adelante (...) Incluso si te fijas bien, las chicas que en algún momento tuvieron bulimia tienen cara de luna. Por más que bajen de peso, como las glándulas salivales se han hinchado por los vómitos constantes, la cara se vuelve redonda” (Enfermera – Clínica X)

Antes de que me hayan mencionado características como la “cara de luna”, no me había percatado de esos detalles. Las sensaciones que ellas pueden sentir y percibir en su propio cuerpo pueden ser influenciadas por los comentarios que ellas reciben, y en este caso, desde el discurso biomédico, ellas “deberían” presentar estos síntomas, pero ellas no lo perciben hasta que se lo dicen. El personal de salud, al ceñirse bajo ciertos códigos de síntomas, espera ver ciertos síntomas al patologizar un conjunto de conductas (en este caso, la anorexia). Sin embargo, resulta curioso cuando los mismos pacientes sienten distinto o no sienten lo que dice una autoridad médica. El personal de salud prefiere anteponer el hecho de que ellas no se dan cuenta de determinado síntoma en su cuerpo, antes de recoger y aceptar lo que dice su paciente. Esto podría evidenciar que perciben a la paciente como alguien no capaz de reconocer sensaciones por su condición, o que el discurso biomédico tiene mayor validez sobre el saber de un cuerpo de una persona, que la misma persona.

Desde Merleau Ponty (1985) me gustaría resaltar la diferencia entre campo de percepciones y la propia percepción del sujeto. Ponty señalaba que el campo es constantemente llenado con “colores, sonidos, tactos”, pero no necesariamente uno va a sentirse relacionado con esto, ya que el contexto finalmente es formado a partir de su propio mundo y experiencia percibida. Asimismo, el autor menciona que a veces las percepciones pueden ser incompatibles con la realidad, de tal manera que pueden ser vista solo como “representaciones” deslegitimando la percepción propia. En esta línea, vemos que si bien la biomedicina, al reconocerse legitimada, trata de invisibilizar muchas veces las percepciones y sensaciones del cuerpo de la persona que se está tratando. Sin embargo, no se trata de que la manera como la persona sienta no es real o inexistente, ya que finalmente lo está sintiendo.

Más allá de estas sensaciones de malestar usualmente impuestas por el discurso biomédico y puestas en tensión por lo dicho y no dicho por las informantes, hay signos que no necesariamente implican dolor, pero que son identificados por las informantes como fuera de la “función biológica normal” o esperada de un cuerpo, y por los terapeutas como síntomas. Estos son generalmente la amenorrea y el estreñimiento, y esto se debe a que está ligado también a lo que significa ser mujer, o a los significados en torno a bajar de peso.

El estreñimiento es uno de los problemas que más les ha afectado y preocupa a la mayoría de informantes porque les causa una sensación de hinchazón, lo cual les hace pensar que están más “gordas” o han subido de peso repentinamente. Esto se debe a las restricciones de alimentos, lo cual conlleva al uso de laxantes, y el exceso de uso de laxantes, conlleva a un estreñimiento más agravado. Andrea contaba cuánto le acomplejaba sentir su barriga más distendida de lo normal y Sandra me mencionaba siempre después de los almuerzos lo mucho que le preocupaba no estar yendo al baño y que no le den sus pastillas. Para los terapeutas (enfermera y nutricionista) esto se convierte en un círculo vicioso porque el estreñimiento lleva al uso de laxantes, y el uso en exceso de estos, lleva al estreñimiento y un mal funcionamiento del estómago.

Por otro lado, uno de los síntomas más resaltantes para la mayoría de informantes y generalmente es descrito antes de cualquier otro síntoma que implique dolor, es la amenorrea. La ausencia de menstruación es alarmante para la mayoría de informantes, ya que esto significa para ellas la irregularidad de su periodo y por consecuencia el miedo a estar volviéndose infértiles. El hecho de dejar de menstruar empieza a ser un signo de preocupación y a partir de esto, pueden empezar a deducir que algo “malo” está sucediendo con ellas, o las prácticas alimentarias que no tomaban como patológicas, empiezan a interpretarlas como tal. Esto se debe a que muchas de ellas desean ser madres en el futuro y la nutricionista de la Clínica X me confirmó que para ellas era importante mencionar cuándo les había vuelto la regla, ya que temían no poder tener hijos en el futuro. En ese sentido, vemos la gran importancia que tiene la maternidad para ellas como parte de realización de su proyecto de vida, y cómo esto

significaba abandonar el querer adelgazar al no solo percibirlo como patológico, sino como egoísta frente al proyecto de la maternidad.

Cabe recordar que no todas manifestaron los síntomas mencionados. En el caso de Lorena al igual que Jessica, ella señala que no experimentó ningún tipo de dolor de cabeza (a excepción por la fuerza al hacer cuando vomitaba), desvanecimientos, amenorrea, estreñimiento ni frío intenso. Esto podría decirnos que su caso evidentemente no fue tan grave, o que los síntomas después de todo no son universales a todos los casos como a veces los terapeutas indican. Sin embargo, ella resaltó la sensación de dolor que le producían unos diuréticos que estuvo tomando hasta hace poco para bajar de peso, pero que ya los había dejado de tomar por los dolores insoportables.

6.3. El entorno terapéutico: prácticas en búsqueda de la “normalización”

En este subcapítulo, se hará mención a lo narrado por las informantes que han pasado por tratamiento biomédico, contrastando con la observación realizada en terapias y a la cotidianidad de la Clínica X y a la Clínica Z. Es importante mencionar a ambos centros, ya que para dos informantes (Andrea y Bianca) resultó de gran envergadura su paso por esa clínica y esto también afecta a cómo reconfiguran los significados en torno a la delgadez, salud y enfermedad en su cuerpo a través del proceso de normalización de lo que implica la anorexia (desde las prácticas alimentarias hasta la percepción sobre su propio cuerpo). Asimismo, se hará mención a las narrativas y prácticas de los terapeutas de la Clínica X.

Cabe resaltar, que el concepto de “normalización” es adecuado para describir el entorno terapéutico y los tipos de terapias aplicadas a ambas clínicas. Las terapias cognitivas conductuales apuntan al cambio eficaz de conductas y hábitos que son consideradas como dañinas hacia la misma persona o su entorno. Este cambio de conductas se da a través de estímulos positivos o sanciones, de tal manera que los terapeutas “aseguran” el cambio a las pacientes, pero sobre todo a los padres y familiares.

6.3.1. Reglas y vigilancia

Las reglas y vigilancia son comunes a todo tipo de institución en la que esté presente una estructura de poder, lo cual implica actores subordinados. En este caso los pacientes son vistos como aquellos que deben ser vigilados al estar en un proceso de rehabilitación y normalización. En esta sección mencionaré las reglas y medidas de vigilancia impuestas tanto por la Clínica Z y X en relación con su diagnóstico de anorexia y bulimia. Si bien en estos centros hay reglas comunes a todas las pacientes para “facilitar la convivencia”, hay reglas específicas para personas diagnosticadas con anorexia y bulimia, y esto también influye como las informantes perciben su propio diagnóstico y en base a esto elaboran significados en torno a la salud y enfermedad.

En primer lugar, mencionaré lo relatado por las dos informantes que pasaron por la Clínica Z, especializado en pacientes con anorexia y bulimia, ya que ambas consideraron de extremas y demasiado estrictas las medidas que tomaban en este centro.

Andrea relata que desde que uno entraba a la Clínica Z, lo primero que hacían los pacientes más avanzados en el tratamiento, era revisarles la ropa interior para verificar que se hayan cambiado por medidas de higiene, ya que hay un imaginario de que las personas con aflicciones mentales no cuidan su aspecto personal. Hacían lo mismo con el cabello, orejas y boca. Ella percibía esto como invasivo y Bianca coincidía en esto. Asimismo, Andrea cuenta que la vigilancia también continuaba a la hora de comer (esto será ampliado en el siguiente sub subcapítulo), a la hora de ir al baño, en las terapias grupales para que no puedan hablar de ciertos temas “prohibidos”, como lo eran el cuerpo, peso y comida; y sobre todo en casa de los padres que las hospedaban, ya que todo esto continuaba de manera cotidiana. Como ya fue mencionado, estos padres se encontraban en fase de entrenamiento para luego poder recibir a sus respectivos hijos diagnosticados con anorexia y bulimia, y en algunos casos estos podían ser bastante estrictos.

“En una casa donde me quedé, me daba tanta vergüenza cambiarme la toalla higiénica en frente de la familia porque me dejaban la puerta abierta. A escondidas bote la toalla usada, pero la señora se dio cuenta que había botado algo al tacho y me empezó a gritar pensando que había vomitado o devuelto la comida. Le intenté explicar que había botado la toalla higiénica, pero no me creía.” (Andrea – Entrevista 3)

Respecto a las reglas y tipos de vigilancia presentes en la Clínica X, para asegurar el control de las pacientes, la clínica tenía un horario fijo para todos los días de semana a excepción de domingos, incluyendo horarios de comida, duchas y baños. Una de las principales molestias que tenían las informantes, era que cuando se encontraban en desnutrición de acuerdo a su IMC, las terapeutas les daban la indicación de reposo absoluto y si bien para ellas el hecho de no hacer ejercicio las alarmaba al pensar que subirían de peso, lo que más les molestaba era el hecho de tener que estar quietas. Sandra por ejemplo señala que si está mucho tiempo parada, le dicen que se siente, y tampoco le dejan entrar a la piscina del centro. Al haberme mencionado esto en la primera entrevista, ella me señaló que esto estaba haciendo que se arrepienta de haber pedido su internamiento voluntario. Asimismo, todos los días, temprano por las mañanas, las pacientes bailaban como parte de una rutina de ejercicio antes de comenzar el día. Sandra se quedaba a un costado y me decía que ella también quería bailar pero no la dejaban.

Otra de las reglas presentes que puede causar incomodidades en las pacientes es el tema de las comunicaciones. Estas constan en que determinadas pacientes no pueden hablar con otras pacientes por temas de diagnóstico compartido, de acuerdo a las terapeutas, pero sobre todo para que “no estimulen su propia condición”. Una de las terapeutas de la Clínica X señala que ella generalmente aprecia más que sus mismas

pacientes le pidan “que las incomuniquen”, lo cual ha pasado en varias oportunidades. En ese sentido, se espera que las pacientes traten de darle sentido a las reglas y vigilancia que hay en el lugar.

“(…) Hacer que la misma paciente se dé cuenta que si le hace bien hablar con esa persona o como también no. O sea, que ella sea la quien lo solicite, quien lo pide. Y aun así también puedo cuestionar también eso. Para qué crees que te puede servir, o mejor por qué no usas tus herramientas y posibilidades para poder manejar el caso.” (Terapeuta 2 – Entrevista)

Andrea, Sandra y Vanessa cuentan que solo pueden conversar entre ellas durante el almuerzo o interactuar en las terapias, y generalmente hay una técnica supervisando que coman y por ende también escucha sus conversaciones. Esto se debe a que las 3 comparten el mismo diagnóstico. En las observaciones realizadas a la Clínica X, era curioso ver como ellas evitaban hablar entre ellas: muchas veces se referían a ellas como terceros u optaban por ignorarse mutuamente. Sandra señala que hay la posibilidad de que se den tips para vomitar, entonces prefiere respetar esta regla; sin embargo, meses después cuando le dieron permiso para hablar con Vanessa y Andrea, se sintió aliviada, ya que le interesaba escuchar sus experiencias y lo que pensaban para aprender de ellas que se encontraban más tiempo en el tratamiento.

Como parte de las interacciones entre las pacientes y con el mismo personal de salud, las tres reglas más importantes de la Clínica Z que me hicieron llegar apenas comencé mi trabajo de campo fue no decir etiquetas, críticas ni juicios. Luego durante la observación, me percaté que hablar de comida estaba prohibido, ya que las mismas pacientes (especialmente las diagnosticadas con anorexia y bulimia) silenciaban a cualquier que comenzara hablar del tema. También otro tema que parecía estar vetado era hablar sobre parejas o sexo.

De acuerdo a los terapeutas de la Clínica X, la vigilancia en los baños y duchas también es algo que se da para poder vigilar que no devuelvan la comida, y controlar si han evacuado o miccionado, de tal manera que ellas no pidan laxantes innecesariamente. Sin embargo, me percaté que esta medida no les molestaba a las pacientes (ni a Sandra que era nueva) o en todo caso, estaban acostumbradas. Tanto así que el personal de salud me pedía con normalidad que yo vigile a las chicas mientras se bañaban o duchaban, o incluso ellas mismas me pedían que las lleve al baño. El baño generalmente está cerrado con llave y solo es abierto en las horas autorizadas para ir al baño. Las pacientes entraban al baño y dejaban la puerta abierta, luego notificaban si había miccionado o evacuado, las técnicas tenían que verificar esto entrando al baño. Las pacientes con otros diagnósticos no son vigiladas cuando van al baño ni a ducharse, pero en la sede de Clínica de Día todos deben ir acompañados al baño, pero en este caso la puerta solo se deja entreabierta. La enfermera de la Clínica X explica que las medidas de vigilancia en las duchas y baños se han dado y aumentado debido a las experiencias que han tenido con pacientes anteriores. Las duchas se configuraban como un espacio que suponía privacidad, y muchas de las

pacientes aprovechaban para poder devolver la comida o hacer otras actividades para bajar de peso.

“La supervisión de las duchas es porque se ponen a hacer ejercicios en ellas (...) También hubo una paciente que se bañaba con agua fría en invierno, su pensamiento era que esto quemaba las calorías si lo hacía entre 20 o 30 minutos (...). Otras también buscan vomitar en la ducha, y no hacen ruido, te juro. Una vez, una paciente lo hizo y yo estaba al lado. Ella no usaba inodoro, usaba bacinica. La indicación del personal era que al menos le vean las piernas y las manos mientras estaba ahí. Pero como ella venía de la sierra, no quería que la vean, entonces trataba de no mirarla directamente. En una de esas nos acercamos y encontramos todo el inodoro con el vómito. No hacía ruido, hacía una presión en el abdomen, vomitaba, y luego lo escupía en el inodoro. No hizo nada de ruido, por eso es importante que el personal esté atento.” (Enfermera – Entrevista)

Asimismo, en una observación a terapia para padres en la Clínica X, una de las terapeutas hablaba sobre las sanciones que debían haber frente a sus hijos y cómo manejarlas. La terapeuta que dirigía esta terapia hacía símiles de las pacientes con un perro, como animal doméstico; explicando que sus hijas aprenden mediante refuerzos o sanciones. La terapeuta indicaba que los padres debían hacer una lista de los castigos y reforzadores de acuerdo a lo haga su hija, pero que debían tener cuidado con los castigos desmedidos y siempre ver que se ajusta al contexto. Los reforzadores debían estar presentes cuando hacían algo correcto. En ese sentido la vigilancia se extiende a los días de salida del internamiento que generalmente se dan los fines de semana (y en el caso de las pacientes que viven en provincia se da una vez al mes o sus padres van a visitarlas) y vuelven a sus casas con sus familiares. En este aspecto, Vanessa señala que su familia siempre la está vigilando. Ella percibe esto como una ausencia de privacidad.

“Mis padres y mi familia en general siempre me están vigilando. Y me están preguntando a cada rato qué estoy haciendo o no. Yo quiero tener privacidad al menos para bañarme, pero no me dejan. Hasta mis hermanos quieren acompañarme al baño. Yo ya siento que soy autosuficiente para ir al baño sola, porque siento que no es un estímulo para mis conductas malas. Pero tengo que esperar que las doctoras me digan cuando puedo ir al baño sola.” (Vanessa – Entrevista 2)

El hecho que las mismas terapeutas, como figura de autoridad médica frente a los padres, les pidan adoptar una dicotomía de opuestos entre lo “correcto” e “incorrecto”, o entre “sanciones” y “reforzadores”, y que sumado a esto expliquen que esta es la manera en la que “el ser humano aprende”, todo esto puede ser de doble filo. Puede causar disconformidad en las pacientes, y en los mismos terapeutas, ya que luego perciben obstáculos en su tratamiento por la sobreprotección y vigilancia en los padres. Todos los terapeutas de la Clínica X están de acuerdo que hay una contradicción evidente en las reglas y vigilancia con las pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia con el imaginario que se tiene en ellas de ser perfeccionistas. Por ello, justamente las terapeutas con más tiempo trabajando y la directora también me

contaban que hay una gran cantidad de reglas que tuvieron que ser eliminadas con el paso del tiempo.

La sobreprotección manifestada en vigilancia en el caso de los padres, para los terapeutas justamente hace que las pacientes se sientan incómodas y esto tampoco ayuda a que ellas mismas busquen su autonomía para desenvolverse cotidianamente, ya que refuerza un imaginario de victimización. Se vio que en el caso de Vanessa, ella ya señala sentirse autosuficiente, pero aun así su familia la quiere vigilar en el baño.

“Los papás se van al otro extremo de que “Esto tienes que comer y acá comes”. De repente se le antojó comer un helado pero ellos dicen “no, respetas tu régimen, a las tres tienes que comer” y eso alimenta más la rigidez. (...) Nosotros, como terapeutas, por el lado de la familia, le decimos a la familia del paciente “ustedes van a hacer observadores, ya no van a decir ‘has esto o has aquello’, porque esto hace que ella se dé cuenta de lo que estás haciendo. Entonces el dejarle a ella es como darle también la responsabilidad de que ahora ya se observe. Entonces así ya no estamos fortaleciendo ese pensamiento rígido de que ‘tienes que hacer esto, debes hacer el otro’”. (Terapeuta 2 – Clínica X)

Como reflexiones finales, en cuanto al porqué de la cantidad de reglas y vigilancia en la Clínica X, la mayoría de informantes entrevistadas como los terapeutas coinciden que las reglas, vigilancia, sanciones (vistas como castigos o medidas) eran con el fin de cuidarlas, asegurar su bienestar y hacer que mejoren. Me llamó la atención particularmente lo que decía Andrea respecto a las reglas y vigilancia, ella siempre recalca que disfrutaba mucho estar internada y por lo tanto también le gustaba que la vigilen porque se sentía “protegida, engreída y querida”, además a ella le gustaba seguir las reglas. Cosa que justamente los terapeutas querían evitar con la búsqueda de autonomía en las pacientes y también con el imaginario que se tiene de la perfección.

Por otro lado, los terapeutas de la Clínica X explican que las reglas existen en función a que ellas aprendan a respetar normas como una forma de socialización, y otra terapeuta señalaba que las reglas también era una manera de que ellas sean responsables de sí mismas y auto observarse reflexivamente.

“Ahora, en cuanto a las normas, se da porque las personas nos aprendemos a manejar en la sociedad mediante normas, nos regulamos y regulamos nuestro comportamiento mediante las normas, aprendiendo a cumplir las normas. Esto es una institución y como cualquiera tiene normas, y se espera que las pacientes aprendan a cumplirlas para que afuera, más adelante y en otros contextos, ellas aprendan también a cumplir otras normas.” (Terapeuta 1 – Clínica X)

Sin embargo, para las pacientes, esto no justificaba que les parecieran algunas cosas desmedidas y exageradas. Sandra, Vanessa, Andrea y sobre todo Jessica señalaban que el rol de la técnica estaba únicamente para eso: vigilarlas y ponerles “puntos”. Los “puntos” son apuntes en una tabla de acuerdo a las faltas que vayan haciendo, y sumando las faltas podían asignarles una tarea de separar granos de arroz y/o prohibirles actividades, salidas o visitas de familiares los fines de semana. Ellas

cuentan que la cantidad de reglas en el centro son tantas, que a veces ni se dan cuenta que hacen algo incorrecto. Ellas critican que el trato por parte de las técnicas era bastante condescendiente y solo para llamarles la atención, y no les agrada que a costa de eso no puedan ver a su familia.

La cantidad de reglas, control, vigilancia y sanción a cada una de las actividades cotidianas de las pacientes refuerza el imaginario y significado que alguien con una “enfermedad” es totalmente incapaz de velar por sí mismo, ya sea al no poder físicamente; y en el caso de una persona calificada de tener un trastorno mental, sus actos son deslegitimados al ser vistos como patológicos. Si bien algunas reglas están por el cuidado, bienestar y convivencia de las mismas pacientes, tanto los terapeutas como ellas identifican que existe una sobreprotección y victimización presente.

6.3.2. Prácticas normalizadoras en la alimentación

Unas de las cosas más criticadas entre terapeutas y especialistas en anorexia y bulimia, es la rehabilitación a través de la alimentación. La especialista en trastornos alimenticios de la Universidad A, señala que lamentablemente no se puede hablar de medidas de salud mental en el Perú, ya que el trato a malestares psicológicos está asociado únicamente a la rehabilitación fisiológica. Desde Lock y Scheper Hughes (1987) podemos ver que este podría ser un ejemplo del legado del dualismo cartesiano presente en la biomedicina para interpretar los malestares de las personas, es decir, entenderlos bajo el dualismo de cuerpo y mente. Las autoras señalan que cuando salen a la luz características orgánicas o fisiológicas de un malestar, generalmente los aspectos emocionales y sociales suelen ser olvidados (1987: 9 y 10). Esto demuestra una limitante para la disciplina, ya que no tienen una perspectiva integral para comprender a los pacientes.

En este caso, al asociar a la anorexia y bulimia con la delgadez extrema y con el miedo a comer y engordar; la mayoría de terapias consideran la alimentación un elemento crucial en el tratamiento. Y este puede variar dependiendo de los centros. Asimismo, parte de estos tratamientos influyen en que las mismas pacientes reconozcan sus antiguas prácticas alimentarias, restricciones o el miedo a consumir ciertos alimentos como algo patológico y anormal. En esta sección, se explicaran las prácticas normalizadoras en torno a la alimentación, como las reglas y vigilancia que se daban en torno a ella.

Andrea relata que cuando llegó a la Clínica Z, a parte de la cantidad de reglas, vigilancia y lo aburrido que resultaban para ella las terapias grupales, algo que le impactó mucho eran las comidas:

“¡En la Clínica Z te obligaban a comer 8 veces al día! Era un exceso. Yo venía de restringirme un montón, de comer solo 2 manzanas al día, y que de la nada me den de comer 8 veces era demasiado para mí. Y no solo eso, la comida que te daban era horrible, no era nada ‘saludable’. Recuerdo que detestaba sobre todo el helado con fudge, el maná

recontra dulce. Eran todas las cosas que yo tenía miedo porque obviamente sabía que me harían engordar.” (Andrea – Entrevista N°3)

Para Bianca, estas nuevas prácticas alimentarias impuestas a la fuerza, entraban en tensión no solo con su miedo a ciertos alimentos o a engordar, sino también con lo que ellas habían considerado como “saludable” a lo largo de toda su vida.

“No entendía por qué nos daban de comer solo una galleta y una infusión en las mañanas. No tiene sentido, supuestamente es la comida más importante del día y nos dan de comer eso. Luego, nos daban pizza y cosas así en las comidas de mediodía (...) Cuando yo recién entré a ese lugar, me daban puras papillas, así tipo licuados que sabían horrible, no tenían sal ni nada, no entiendo cómo quería que coma si estaba asqueroso. Pero además me daban plátano con leche condensada. O sea, imagínate, para mí en ese entonces, comer algo así era horrible. Y no solo eso, me acuerdo del plátano con leche condensada, porque cuando no quería comer, los psicólogos me agarraban de los brazos, me abrían la boca y me metían la comida. Era horrible.”(Bianca – Entrevista N°2)

Andrea contaba que el uso de la fuerza, que era percibida por ella como violencia, tampoco fue ajena a su experiencia. Ella ponía todo su esfuerzo en comer todo lo que le daban y dar una buena impresión, con el motivo de salir lo más pronto posible de ese lugar. Ella señala que prácticamente a través del miedo a ese lugar y a los psicólogos empezó a comer, pero no porque se sentía mejor con ella misma.

“Una vez comí todo lo que me habían dado, incluida la comida que te daban antes de ir al lugar en la familia con la que te hospedabas. Me sentía mal, embotada, la comida pudo haberme caído mal. Tuvimos esas terapias grupales aburridas y yo sentí de la nada unas ganas horribles de vomitar porque me sentía mal. Les pedí permiso para ir al baño a los psicólogos presentes, pero no me dejaron. Les dije que me sentía mal, que era urgente e igual no me dejaron. Y fue ahí que se me vino el vómito en frente de todos los pacientes. A penas empecé a vomitar, unos psicólogos se acercaron a mí, me hicieron la cabeza hacia atrás y yo sentía como me tragaba mi propio vómito. O sea hicieron todo eso, simplemente porque no quería que vomite. Me sentía avergonzada, humillada.” (Andrea – Entrevista N°3)

Sin embargo, de acuerdo a Andrea y Bianca, lo curioso de la Clínica Z es que no se puede hablar de comida, cuerpo y peso en ningún momento, ni siquiera en las terapias grupales o consultas individuales. Incluso, Bianca recalca que “su problema no era solo la comida, eso era solo la pantalla”, sino que detrás hay un trasfondo de inseguridades y disconformidad con el cuerpo, lo cual este tratamiento no abordaba como a ella le hubiera gustado. Tanto Bianca como Andrea, luego de haber sido convencidas por sus familiares, habían entrado a esta clínica de manera voluntaria, de tal manera que esperaban de alguna manera poder hablar del tema. Bianca relata que el ambiente causaba tanta desesperación en el resto de pacientes, que cuando iban a pesarlas se ponían monedas o piedras en los bolsillos para poder pesar más de lo normal y ser dadas de alta. Sin embargo, ambas también cuentan que los pacientes más avanzados parecían sentirse a gusto con todo esto. Como fue mencionado

anteriormente, Andrea estuvo a punto de tomar medidas legales contra esta Clínica por el trato que recibió.

En la Clínica X, a pesar de no estar especializada únicamente en casos de anorexia y bulimia, cuentan con asesoría nutricional. El hecho de que haya una nutricionista hace que las terapias y prácticas en torno a la alimentación sean distintas a otros centros. Los terapeutas recalcan constantemente la importancia de la figura de una nutricionista por lo que significa y lo que implica en un tratamiento.

“La nutricionista, es uno de los pilares dentro del tratamiento, sobre todo de chicas con TCA, porque ella maneja más claramente la información de cada uno de los alimentos, busca la forma de cómo negociar con ellas conociéndolas a fondo. A nosotras nos apoya mucho. Yo como terapeuta te comento que siento mucha más confianza, me permite avanzar con otros aspectos, siento que agiliza un poco más el tratamiento el poder contar con ella” (Terapeuta 1 – Entrevista)

“Yo creo que tenemos el grado de aceptación por las características personales que tiene la nutricionista, que es cálida, tiene bastante comprensión, y hace que ellas puedan depositar su confianza y puedan animarse a ir incrementando cada vez el alimento. Porque para ellas es tan aversivo el querer siquiera alimentarse, que si no haces un buen enganche nutricional pues va a ser difícil que ellos quieran seguir aumentando su régimen alimentario. Por eso es muy importante. Considero que si una organización va a tratar a pacientes con TCA y no tiene una nutricionista, pues entonces no entiendo cómo va a hacer que el paciente pueda ir trabajando con los alimentos” (Terapeuta 2 – Entrevista)

Las pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia están en contacto constante con la nutricionista para conversar con ella. De hecho, percibí que todas ellas confiaban más en la nutricionista que en sus propias terapeutas. La nutricionista señala que el fin del tratamiento es “perder el miedo a la comida y crear una relación saludable con esta”. Además, ella es la encargada de asignarles un régimen alimentario de acuerdo a su IMC y a sus gustos personales; pesarlas cada dos semanas, servirles la comida cuidando las porciones y también darles terapias grupales sobre nutrición y cuerpo todos los lunes.

Hay 5 comidas diarias en la Clínica X: el desayuno que generalmente es avena (con o sin leche) más un pan; un “break” a mediodía que generalmente es una fruta o pan con mermelada, el almuerzo que es comida criolla, otro break a media tarde, y en la noche la cena que es yogurt con cereales. Asimismo, el consumo de agua está regulado, ya que a veces las pacientes quieren consumir demás para tener una sensación de saciedad, o no consumen porque sienten que las hincha.

COMIDAS	MOMENTOS PARTE DE LAS COMIDAS	Caso de pacientes del Grupo A (anorexia y bulimia)
1. Desayuno	Recojo de la comida	Había una fila especial para ellas donde la nutricionista les entregaba el plato de comida. Se les servía en charola y en porciones muy pequeñas.
2. Break		
3. Almuerzo	Comer: Reglas a seguir y ubicación en mesas asignadas	Pacientes se sentaban en la misma mesa y no podían conversar, mirar sus comidas, cortar en pedazos y estaban siendo vigiladas por las técnicas. Las pacientes comían sumamente lento.
4. Break	Sobremesa	Las pacientes del Grupo A hacían sobremesas más largas que el resto.
5. Cena		

Fuente: Elaboración propia

Para recoger las comidas principales, las pacientes hacen dos filas distintas, una donde están todas las que están diagnosticadas con anorexia y bulimia, y otra con el resto de pacientes. En el caso del almuerzo, a las pacientes del Grupo A les sirven en charola, mientras que a las demás en platos de plástico. Además, basado en mi observación, las pacientes del Grupo A comían notablemente mucho menos (quizás la tercera o cuarta parte) que el resto de pacientes. Los breaks son entregados por las mismas técnicas para asegurar que lo vayan a comer. Asimismo, luego de comer, las pacientes están obligadas a hacer sobremesa, lo cual implica sentarse por media hora luego de comer. Durante el desayuno, almuerzo y cena, las pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia, se sientan en la misma mesa para poder facilitar la vigilancia de las técnicas en función a que coman todo y que cumplan las reglas de mesa.

“Hay reglas de grupo durante la mesa, después e incluso antes de la mesa. Tiene que ver con el hecho de instalar conductas en la persona. Si tienes una comida más de 20 minutos delante de ti, tu cerebro, a través de la observación va a generar una saciedad, no física pero sí mental. Entonces, no empezaron sintiendo hambre. La comparación de platos es algo recurrente, el hecho de medir el tiempo con otra persona es recurrente. Si yo me demoro menos, voy a comer más rápido, voy a comer más y me voy llenar más. Son pensamientos que se hilan a la conducta. El cortar en pedacitos la comida es otra regla. (...) El pensamiento es: mientras más chiquito, menos me llevo a la boca; y entre más chiquito, más me demoro. Y si más me demoro me lleno más rápido (...) Incluso, antes la regla era que una mano debía estar debajo de la mesa, para evitar el impulso de querer esconder o quitarse algunas cosas que les incomodaba. La hemos quitado porque muchas reglas implican mucho control.”(Enfermera – Entrevista)

Para elaborar los regímenes se toman en cuenta los gustos de las pacientes, sus necesidades fisiológicas y sobre todo no se habla de calorías, sino de porciones. Esto se debe a que la palabra “calorías” es la más usada en información para bajar de peso, y los terapeutas esperan que la alimentación esté desasociada de la idea de bajar o subir de peso. Asimismo, la nutricionista indica que es muy importante también

tomar en cuenta la cantidad y frecuencias de las comidas. Usualmente las pacientes no tienen problema en seguir los regímenes asignados, pero la nutricionista señala que para mantener la total conformidad de las pacientes con sus alimentos debe ser muy cuidadosa con las porciones. Es por ello que en la cocina del centro hay una tabla donde se señalan las cantidades exactas para cada paciente, y cuando a veces las técnicas se equivocan en servir, la nutricionista o las terapeutas presentes les llaman la atención.

“Tenemos que ser muy cuidadosas en esos detalles. No se nos puede pasar absolutamente nada. Si yo he quedado con alguna de ellas en no darles sal, entonces no se puede escapar eso, sino ya desconfían. Ellas se dan cuenta de eso muy rápido, si les han servido demás, o si está muy salado, o si está muy grasoso” (Nutricionista – Entrevista)

En mi observación a la cotidianidad del centro, en algunas oportunidades pude ver que las pacientes del Grupo A, lo cual incluía a mis informantes, que luego de haber recogido su charola, regresaban donde la nutricionista para reclamar detalles mínimos sobre la comida: mucha sal, menos arroz, no pueden comer frituras de acuerdo a lo que habían acordado, menos cantidad de comida. Y justamente pude comprobar que evidentemente las pacientes están sumamente atentas de los detalles de la comida. La nutricionista no dudaba en corregir lo que estaban reclamando y volverles a entregar la charola.

Parte de las terapias individuales y grupales con la nutricionista es la negociación de alimentos y también cómo ella les va un enfoque biomédico sobre estos. Se recuerda que las informantes han señalado que ellas seguían dietas o se restringían de alimentos en base a lo que ellas les funcionaba para bajar de peso, más no discerniendo qué era o no “saludable”. En ese sentido, la nutricionista de la Clínica X me contaba que las pacientes tenían muchos “mitos”. Con este concepto se referían a ideas consideradas erróneas o información falsa desde la biomedicina sobre formas de comer o algunos alimentos.

“Ellas tienen muchos mitos, por ejemplo piensan que el plátano engorda, que la uva engorda, que todas las grasas son malas, que no se puede comer arroz con papa, que no pueden comer en las noches, entre otros. Mi labor es justamente decirles que nada de esto es cierto e informarles correctamente, que lo que vale son las porciones que uno come durante el día.” (Nutricionista – Clínica X)

En ese sentido, durante un taller de nutrición al que asistí, justamente se habló de las grasas. La nutricionista pidió que todas las pacientes dibujen en un papel qué era lo primero que se venía a la mente con la palabra “grasa”, y muchas de ellas dibujaron comida chatarra o aceite, incluso algunas de las pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia señalaron que lo primero que se le venía a la mente era una “mujer gorda”. Enseñando un libro de nutrición, la nutricionista procedió a explicar que las grasas eran un tipo de alimento y que era esencial y complementaria a nuestra dieta. Procedió a explicar que había grasas buenas y grasas malas, que importaba mucho cómo cocinaba uno algo con aceite, pero también señaló que no tenía nada de

malo “comer una salchipapa de vez en cuando”. En este taller, podía ver que Sandra, Vanessa y Andrea estaban muy atentas a todo lo que decía la nutricionista; pero además de eso, Vanessa ya estaba bastante informada sobre las grasas consideradas buenas, como la palta. La nutricionista cuenta que es bastante importante llevarles material que se vea legítimo para que las pacientes le crean y confíen en ella.

“Por ejemplo, tú viste que les llevé un libro de los alimentos y ellas estaban muy interesadas. También les llevo folletos del Ministerio de Salud sobre la alimentación, el peso y la anemia, y por eso ellas confían en la información que les brindo” (Nutricionista – Clínica X)

Además en las terapias individuales, un elemento central es la negociación entre alimentos y el permiso para hacer actividades, que es algo que ellas anhelan y más les incomoda como parte de las reglas al estar en desnutrición. La nutricionista cuenta que generalmente las pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia tienen alimentos prohibidos que es probable que no hayan comido en años. Algunos de estos alimentos entran en el imaginario de ser “poco saludables”, pero otros no tienen motivo alguno para estar prohibidos, explica la nutricionista.

Parte de esta negociación de alimentos y superar los “prohibidos” es hacer una lista de estos y hacer terapia de Mindfulness con los alimentos. Las terapias de Mindfulness, constan en que la persona que lo esté practicando debe estar totalmente presente y en el momento para poder sentir la comida con sus sentidos (olor, gusto, vista, tacto). Esto implica esperar bastante antes de comer el alimento, priorizando otros sentidos que no sean el gusto, y posteriormente masticar muy lento el alimento. El fin de esto, es concentrarse más en las sensaciones que en los juicios de valor que tiene probablemente la paciente hacia el alimento. Tuve la oportunidad de hablar con Sandra luego de haber tenido un proceso de negociación con la nutricionista. Lo primero que me mencionó fue que había comido sandía después de casi un año, y me contó lo siguiente muy emocionada:

“He comido sandía después de tiempo. La nutricionista me hizo comer haciendo Mindfulness, la olí, la probé, la sentí y me gustó mucho. No sé por qué la dejé de comer si me gustaba mucho. A cambio de eso, ya me van a dejar entrar a la piscina. Mi próximo reto será el plátano y el mango” (Sandra – Conversación)

La terapeuta de la Clínica X cuenta que esta negociación de alimentos para incentivarles a probar alimentos que eran prohibidos se da porque se cree que las pacientes ya no perciben de manera adecuada los alimentos. Una vez más esta interpretación roza con la incapacidad de percibir las cosas de manera adecuada por las pacientes, y no cuenta su propia percepción aversiva hacia los alimentos como válida.

“Hay una desconexión entre la parte mental, es la parte sensitiva y la parte perceptiva. Entonces al ver ese corte, la persona como que ya no está activada con niveles de salados, niveles de dulces, entonces muchas veces la nutricionista es quien hace esos juegos también con los alimentos. Prueba esto, prueba el otro, mira. (...) Es como enseñarle a comer a un niño” (Terapeuta 2 – Entrevista)

Los terapeutas perciben estas prácticas normalizadoras más como un “volver a empezar” que como “regresar a la normalidad”, a pesar de que los juicios que tienen las pacientes son arrastrados desde antes de tratamiento. En ese sentido, las terapeutas les enseñan a tener un control de todo lo que comen en función a sus percepciones (si les gustó o no) y los pensamientos o juicios que tuvieron en torno a ellos. Esto me remonta a la teoría sobre las técnicas del cuerpo que discute Mauss (1973), incorporando también el concepto de habitus en su teoría. El habitus es una habilidad adquirida, y las personas no nacen con ciertas habilidades preconcebidas, sino que éstas son enseñadas bajo la socialización. El comer, en muchas ocasiones, es visto como un acto en el cual uno no necesariamente piensa cómo lo está haciendo (como lo es el caminar o correr). Sin embargo, las informantes se han vuelto muy conscientes sobre cualquier actividad que esté relacionada a su cuerpo, y el comer se hace una actividad modificable y cuestionable. A través de la normalización que se da en terapias, se espera eventualmente “naturalizar” el comer de una manera.

Andrea cuenta que el Mindfulness es una de sus terapias favoritas porque la ayuda a comer despacio y esto hace que prevenga un atracón y posteriormente, el vómito. Asimismo, Jessica y Vanessa señalan que también ven al Mindfulness bastante útil pero puede ser difícil de aplicarlo en un contexto cotidiano, ya que temen que otras personas las vean raro por comer muy lento. Sin embargo, todas coinciden que el Mindfulness les brinda una sensación de control sobre lo que comen y lo que piensan en torno a ellos. Andrea cuenta muy orgullosa de sí misma que ha podido comer helado después de años, y disfrutó más que nada del contexto en el que se dio, Vanessa celebró su cumpleaños comiendo bocaditos e incluso yo tuve la oportunidad de salir a comer con Jessica fuera del centro, en la cual la vi comer sin problemas un menú como almuerzo.

Una de las principales limitantes para los terapeutas en este proceso de normalización y relación con los alimentos es la familia. Señalan que generalmente la familia interna a sus hijas con el fin de que solo coman y engorden. Y cuando ven que sus hijas no engordan rápidamente (porque existe el imaginario que es más fácil engordar que adelgazar), los padres pueden ir en contra del régimen sobrealimentándolas o incluso dejando de confiar en el tratamiento.

“A veces, estamos regio con la paciente, pero la familia es la muerte. Porque por ejemplo hay el pensamiento de que “cuanto más coma mi hija, va a subir de peso y va a estar mejor”. Por eso cuando a veces vienen dicen “señorita, ¿ya está comiendo bien?” (...) hay familias que empiezan a ir contra la terapia, no hacen el régimen alimentario, no siguen las indicaciones terapéuticas (...) Y la paciente por su mismo déficit de habilidades, no le va a decir nada, pero después viene el atracón, después viene el vómito, después viene el retroceso o hasta incluso la misma muerte por el síndrome de la realimentación.”
(Terapeuta 2 – Entrevista)

Los padres una vez más son percibidos como obstáculos en el tratamiento, y esta vez no por la sobreprotección, sino por los significados distintos que ellos manejan

en torno a la anorexia y bulimia, y su respectiva recuperación. Asimismo, ellos también conciben el malestar de sus hijas como algo exclusivamente orgánico y esto se deba a que justamente la oposición a la extrema delgadez sea justamente el aumento de peso. Andrea por ejemplo cuenta que su mamá al principio no deseaba pagar el tratamiento, ya que veía que la hacían comer poco y no engordaba. Para las pacientes, el ver la tensión entre los dos actores que figuran como autoridad frente a ellas (padres y terapeutas) puede resultar confuso, pero finalmente se adhieren más a lo que dicen sus terapeutas por el discurso biomédico que se encuentre más legitimado en ellas, y a la vez porque muchas veces ven en sus padres como los causantes y perpetuadores de sus prácticas alimenticias que refuerzan sus malestares.

6.3.3. Medicación de las personas diagnosticadas: tratando de controlar los “pensamientos”

La medicación es otro tema bastante controversial sobre todo en la relación entre padres y terapeutas, y también a cómo los pacientes perciben y sienten el hecho de estar medicadas en su cuerpo.

En la observación realizada a una terapia para padres en la sede de Lima Centro de la Clínica Z, se hacía bastante hincapié en la disciplina y responsabilidad que debían tener los padres frente a las medicaciones de sus hijos. Algunos padres discutían entre ellos sobre la compra de medicamentos y el acceso a recetas, otros padres mencionaban que algunos medicamentos eran inaccesibles por problemas económicos. La terapeuta de la Clínica Z al comenzar la charla, señalaba que había algunos padres que no querían medicar a sus hijos porque “no les gustaba verlos dopados”. Sin embargo, la terapeuta argumentaba que los medicamentos eran una garantía frente a la resistencia de los vómitos o autolesiones. Señalaba que el hecho que ellos se opongan a la medicación era una contradicción al tratamiento y a la recuperación, ya que cuando uno se adhiere a este proceso, debe estar totalmente de acuerdo con todo en él. En ese sentido, desde una posición más autoritaria, la terapeuta no permitía cuestionamientos o críticas por parte los padres.

Bianca contaba que esta sensación de estar dopada resultaba bastante incómoda para ella cuando iba a la Clínica Z. Era su primera vez siendo medicada con ansiolíticos, y ella sentía que luego de regresar a su casa o donde la hospedaban, no podía hacer absolutamente más nada porque se quedaba dormida hasta el día siguiente. E incluso al día siguiente señalaba que durante las sesiones grupales ella estaba quedándose dormida, y los psicólogos la despertaban y la obligaban a que esté despierta. Actualmente, Bianca sigue tomando ansiolíticos recetados por su psiquiatra particular, y percibe que le hacen bien, ya no se siente adormecida por estos.

En la Clínica X, la enfermera señala que todas las pacientes diagnosticadas con trastorno de conductas alimentarias reciben una medicación, más que nada para regular sus necesidades neurológicas, y que esto está ligado a los impulsos. Asimismo, la directora de la Clínica X me señalaba que más allá de controlar los impulsos, la

sertralina por ejemplo ayudaba que las pacientes vuelvan a sentir el placer por las comidas. Se podría interpretar que esta es otra forma de ejercer control sobre el cuerpo humano y normalizarlo para que vuelva a desenvolverse y sentir “normalmente”.

“Ellas reciben una medicación y va dependiendo del problema. En TCA hay ansiedad, insomnio, pensamiento rígido, incluso obsesivo, hay compulsiones. Fisiológicamente, en un cuadro de desnutrición, nuestro sistema nervioso no capta información, no presta atención, la memoria está mal, hay poca retención. En el caso de bulimia, es más que todo el tema del impulso, la ansiedad. La medicación ayuda mucho a controlar este tipo de cosas que están muy arraigadas dependiendo del tiempo del cuadro. La alimentación es complementada con la medicación para esta mejora.” (Enfermera – Entrevista)

Respecto a si la medicación es obligatoria o no, recibí opiniones distintas. Una técnica de la Clínica X me dijo que hubo pacientes que por sus “costumbres que venían de la Sierra” no eran medicadas, ya que ni a ella ni su familia estaba de acuerdo. La directora de la Clínica X señalaba que se les daba medicaciones solo si la paciente les daba apertura para medicarla. Una de las terapeutas me indicó que la medicación dependía de la psiquiatra, pero si presentaban un caso de depresión era casi seguro su medicación. Sin embargo, otra de las terapeutas señaló que la medicación siempre es obligatoria por un tema de complementariedad con el tratamiento.

“Sí es obligatoria, nosotros tenemos una línea en la cual le decimos a los pacientes que es muy importante que tengan un soporte psiquiátrico, porque así vamos a poder tenerla regulada. Porque si no está regulada, va a venir acá con altos niveles de ansiedad, va a estar todavía con la rumiación, porque a través de la TCA está también la obsesión. Entonces hay varios pensamientos sucesivos también, entonces si no la tenemos regulada, no vamos a poder trabajar bien. Entonces es algo que les indicamos a las familias y también, es más, a las familias las hacemos responsables en eso. Porque hay familias que dicen ‘pero tu problema es nutricional, solamente es con los alimentos’, entonces con la parte de medicamentos, ha habido familias que han salido de su casa durante un fin de semana y no le han administrado la dosis médica. Y cuando viene acá está con la distorsión otra vez, como estaba al inicio, entonces la parte médica es muy importante acá. Es más, si una paciente o familia no está cumpliendo con la medicación, automáticamente sale del tratamiento.” (Terapeuta 2 – Entrevista)

Los padres generalmente se oponen a la medicación por problemas económicos o por el temor que las pacientes se vuelvan dependientes. Cabe recordar, que la mayoría de estos padres vieron a sus hijas volviéndose dependientes a los laxantes y diuréticos para bajar de peso, de tal forma que es entendible el hecho que tengan ese temor. Sin embargo, los terapeutas les señalan que los medicamentos no son para toda la vida, y son sobre todo para los momentos en los que sus hijas no pueden manejar independientemente su vida, como lo es justamente durante el tratamiento.

Las informantes parecían estar conformes con el hecho de estar medicadas y también de acuerdo con lo que les habían recetado. No resaltaban algún cambio grande en ellas que sentían a causa de la medicación. De haberlo, ellas siempre justificaron los cambios en las terapias o a su soporte religioso y familiar. Sin embargo,

cuentan que las primeras veces que fueron medicadas, al menos Jessica y Sandra sí mostraron resistencia a ello. Sandra cuenta que la primera vez que fue medicada por un psiquiatra, ella se molestó con sus padres, porque ella interpretó que ellos pensaban que no estaba poniendo suficiente de su parte y por eso tenían que medicarla. Luego, ellos le explicaron que era necesario para reducir sus ganas de vomitar y estuvo más tranquila. Jessica cuenta que si sintió un cambio brusco en ella cuando dejó de tomar sertralina.

“En una época dejé de tomar lo que me había recetado el psiquiatra, y sí lo sentí. De nuevo volvieron las ganas de vomitar o autolesionarme, me sentía bastante triste. Incluso tenía mareos y me dolía mucho la cabeza (...) luego me explicaron que fue porque dejé de tomar la pastilla.” (Jessica – Entrevista 4)

Una vez que ellas asumen el hecho de tener una “enfermedad” y que esta puede ser controlada, no se oponen a la medicación. Cabe recordar, que ellas ya han estado acostumbradas a consumir pastillas desde mucho antes de tratamiento. Además vemos que la medicación, a diferencia de las reglas, vigilancia y las prácticas normalizadoras de alimentación, pretende controlar y normalizarlas más a nivel neurológico, es decir sus pensamientos y obsesiones. Cabe resaltar, que para muchas de ellas los “pensamientos” de querer bajar de peso son tan recurrentes que se vuelven parte de su sensación de malestar cuando ya se encuentran en tratamiento. Generalmente estos “pensamientos” son considerados como los más difíciles de lidiar y normalizar para los terapeutas.

Desde la biomedicina, la anorexia es concebida como una patología tanto física como mental, y esto supone todo un reto a la lógica tradicional de esta disciplina que entiende al cuerpo y la mente como ámbitos totalmente separados. En este caso en específico, se puede decir que la medicación de una persona con anorexia no está ligado al tema de que engorden, sino al control de la mente, lo cual sería una estrategia de la biomedicina y terapeutas para tratar de enfrentarse a una patología que no se puede entender desde el dualismo cartesiano, es decir la necesidad de separar cuerpo/mente (Turner, 1992).

6.3.4. “Estar delgada, pero verse gorda”: Devolviendo un “verdadero” control y percepción sobre el cuerpo

Ya se han analizado las distintas maneras de normalizar el cuerpo desde un plano físico a uno neurológico a través de las reglas, vigilancia, alimentación y medicalización. Pero también, cabe recordar que hay ciertas terapias y discursos presentes en estas como en los terapeutas que apuntan más al control de cuerpo físico y sobre todo, al control de la percepción sobre el cuerpo. Al hablar de anorexia y bulimia, y asumirlas como patologías mentales más allá de lo físico, generalmente

también se habla que tienen “dismorfia corporal”²¹, concepto que también parte de la nosología psiquiátrica.

La idea básica que hay que entender sobre la dismorfia corporal es el hecho de que la persona no percibe su cuerpo como “realmente” es, y que también le encuentra defectos innecesarios o “irreales” (APA, 2000). En ese sentido, bajo este concepto, se asume que hay una manera correcta e ideal de percibir el cuerpo. Cabe resaltar que este concepto de la dismorfia corporal también corresponde a un contexto sociocultural occidental, en el cual se hace énfasis cómo los medios de comunicación forman la manera que percibimos nuestro cuerpo a través de referentes de belleza.

*“Desde la psicología es el trastorno alimentario entendido como un tema de una desconexión con tu cuerpo. Es como que básicamente pierdes la capacidad de sentir hambre O puedes sentir mucho placer comiendo pero inmediatamente puedes sentir la culpa y el dolor. Hay una de falta de contacto con el cuerpo, una desvinculación importante. (...) Sumado a esto el tiempo que nos ha tocado vivir resalta el hedonismo, la belleza y la juventud. Entre esto, la delgadez, el ser flaco y ser fitness.”
(Especialista de Universidad A – Entrevista)*

Al hablar de dismorfia corporal, se puede decir que se están siguiendo las líneas del dualismo cartesiano, ya que si bien la anorexia y bulimia no será normalizada exclusivamente bajo las técnicas corporales (Mauss, 1973), se tiene que concebir como un problema mental también para poder ser entendida. Heyes (2009) señala que muchas veces se ha patologizado e identificado como “dismorfia corporal” la manera como experimentamos nuestro propio cuerpo. Si bien no se hizo uso mucho de este concepto a lo largo de las entrevistas, hubo varios comentarios y anécdotas que apuntaban a esta noción de que hay maneras correctas e ideales de percibir el cuerpo, frente a maneras no correctas o dañinas para las personas que habían sido diagnosticadas con anorexia y bulimia.

Casi todas las informantes coinciden que hay partes de su cuerpo que no les agradan. Incluso, algunas me preguntaban directamente si me parecía que estaban gordas. Sandra por ejemplo me decía que a veces se ve normal, pero a veces se ve gorda. Andrea me decía que no le gustaba su cuerpo, que le gustaría tener más curvas. Y hay que recordar, que frente al contexto sociocultural en el que estemos, la mayoría de mujeres se sienten disgustadas por su cuerpo. Pero más allá de sus disgustos, Vanessa por ejemplo me contaba que su mamá le decía que ella ve su cuerpo de una manera que realmente no está o lo perciben los demás, de tal manera que patologizaba ya la manera de percibir su propio cuerpo. Y sobre todo, la frase más común en todas ellas ahora que estaban en tratamiento era “yo me seguía (o sigo) viendo gorda, a pesar de haber estado (o estar) súper delgada”. En esta frase, ellas aceptan que había

²¹ De hecho, el término de dismorfia corporal también ha sido duramente criticado, ya que este también era adjudicado a personas que se identificaban como transgénero. Esto era conocido como la dismorfia de género, patología que fue reconocida por la OMS, pero luego retirada.

una manera “incorrecta” de percibir su propio cuerpo y que debido a esto, adoptaron prácticas alimentarias y purgativas que ahora consideraban incorrectas y dañinas.

“La enfermedad te domina tus pensamientos y hace que te veas gorda. Por ejemplo, yo tengo una sensación de hinchazón en mi estómago, por más que me han dicho que todavía no estoy en mi peso” (Andrea – Entrevista 2)

Frente al rechazo a su propio cuerpo, la Clínica X tomaba algunas medidas para disminuir este rechazo o para que ellas aprendan a aceptarlo. Por ejemplo, las palabras “gorda” o “delgada” estaban prohibidas, ya que esto podía afectar a las pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia. También cada 2 semanas la nutricionista pesaba a todas las pacientes y calculaba su IMC. En el caso de las pacientes del Grupo A (anorexia y bulimia), ellas se pesaban dando la espalda a la balanza, de tal manera que no puedan ver su peso. Veía que la nutricionista le indicaba a su asistente el número con señas, y a veces tenían algunas reacciones de por medio. La nutricionista me contaba que en muchos casos no le decían su peso hasta que ellas estén lo suficientemente estables y generalmente se basaban en el IMC. Cuando las informantes estaban ya estables de acuerdo a los terapeutas, tanto las nutricionistas como Vanessa, una de las informantes que está más avanzada en el tratamiento, me contaban que también negociaban en torno a cuál sería el peso ideal en función al IMC.

“Yo ya le dije a la nutricionista que de 50 kilos, no subo más. Ya estoy en peso normal de acuerdo a mi IMC, así que no es necesario seguir subiendo de peso porque yo ya estoy bien, estoy saludable” (Vanessa – Entrevista 3)

“Cuando tú hables con las chicas que están más estables vas a ver que cuando llegan a un peso ya no quieren subir más. Obviamente sigue su temor de seguir subiendo de peso, pero tampoco puedes obligarlas a que suban más porque esto puede hacer que recaigan y bajen más.” (Nutricionista – Entrevista)

En ese sentido, se ve lo importante que es también tomar en cuenta lo que dice la paciente para evitar que recaiga y baje más de peso. Se puede decir que Vanessa, a pesar de encontrarse en tratamiento y debe constreñirse a lo que digan los terapeutas, percibe nuevamente cierto control sobre su cuerpo y la capacidad de decidir sobre él, pero ahora bajo el discurso que lo está haciendo “bien” porque está “saludable”; a diferencia de años atrás cuando su fin era solo bajar de peso. Por otro lado, la nutricionista en las charlas de nutrición, a veces discutía sobre el concepto de belleza y en una oportunidad llevó fotos de personajes famosos a lo largo del siglo XX denotando los cambios constantes que hay en los parámetros de belleza.

Asimismo, también mediante la vigilancia, se aplican maneras de controlar el cuerpo. Recuerdo por ejemplo haber estado almorzando con los terapeutas en una oportunidad en la que empezaron a dialogar sobre Sandra, ya que era paciente nueva y con una evidente desnutrición. Empezaron a hablar de las marcas de los peñizcones que se hacía a ella misma en el brazo. Su terapeuta personal contaba que en las terapias individuales le decía “tú sabes bien qué te estás haciendo”, llamándole la

atención por los peñizcones. De la misma manera, me preguntaron si me había dado cuenta que Sandra estaba constantemente sobándose el estómago. Les dije que no, y me explicaron que justamente esta era una conducta que hacía para acelerar su digestión o por la posible sensación de hinchazón que debía estar experimentando. Y justamente la labor de ella era decirle que deje de hacer eso, de tal manera que rompían con su “pensamiento”. A partir de esto, me empecé a fijar que Sandra hacía constantemente eso. Sin embargo, como parte de la terapia dialéctico conductual, las terapeutas señalan que no consideran adecuado negar lo que ellas perciben sobre su propio cuerpo.

“El tema es que primero tienen que aceptar. En una paciente de TCA, si le dices que está delgada, no te lo va a aceptar. Tiene su propia percepción. En ese sentido, la validación es una estrategia de la aceptación. A través de la validación, de reconocer la experiencia interna de cada persona, y de no cuestionarla ni minimizarla ni calificarla, sino simplemente aceptar que se siente triste o que de repente se siente incapacitado de alguna actividad, o una experiencia que tuvo y la vive a su manera. No porque a mí no me parezca, le tengo que imponer lo que considero que es normal. Validación es aceptar la experiencia interna de otra persona sin querer cambiarla. El paciente de TCA te dice “tengo miedo a comer”, no decirle “¿porque tienes miedo si estás flaca?”, ahí le estás cuestionando que está sintiendo miedo. El tema es que tiene miedo, y tú no lo comprendes en esa medida, pero es aceptar que sí tiene miedo.” (Enfermera – Entrevista)

En este último testimonio, se puede ver que en cierta forma, como parte del discurso terapéutico del enfoque psicológico aplicado en esa clínica en específico, es aceptar la percepción de la paciente sobre su cuerpo y no invalidar su posicionamiento para que esto de pie a un mejor tratamiento del malestar. Siguiendo las líneas de Ponty (1985) precisamente el hecho de que ellas mismas se vean gordas como su propia percepción, no quiere decir que sea menos real a que el resto las vea delgadas. En lo observado en la mayoría de terapias que constaban con el personal de salud se vio que en la práctica también se aplicaba constantemente lo señalado; pero en algunas ocasiones cuando se hablaba del cuerpo en general, se deslegitimaba algunos tipos de cuerpos, ya sea los extremadamente delgados o voluptuosos.

Algo muy presente en las terapias y en las narrativas de los terapeutas, era el discurso de aceptación del cuerpo en tanto femenino, e incluso en tanto “peruano” recalcando que hay ciertas cosas que escapaban de las mujeres para modificar su cuerpo y seguir ciertos referentes de belleza. Los terapeutas señalan que como mujeres se nos ha inculcado “una constante insatisfacción sobre el cuerpo” (Directora – Entrevista). En ese sentido, se hacía una crítica bastante fuerte hacia los cuerpos “irreales y modificados” de los realities de televisión como Esto es Guerra y Combate.

Asimismo, en la terapia grupal de Arte hubo un ejercicio sobre observar las líneas presentes en la naturaleza, como árboles y plantas. La profesora de Arte explicaba que justamente las líneas no eran rectas y que justamente estas “imperfecciones” era lo que hacía bello a todo lo que observábamos. Esto lo trasladó a

la idea el cuerpo humano, señalando que estaba bien tener “curvas” y no podíamos esperar a que todo sea plano y recto. La profesora empezó a decir que no podemos luchar contra el hecho de que como mujeres peruanas, debían aceptar la idea de ser voluptuosas. Evidentemente, esta terapia fue vista con varias contradicciones para las pacientes. Una de ellas señaló que qué pasaba si su contextura era delgada y no les permitía subir más de peso, y luego otras de ellas señalaba que si estaba bien hacerse cirugías para parecer más voluptuosa, pero por qué que adelgazar era mal visto. Cuando se tocaban los tópicos del cuerpo femenino en el centro, era inevitable las comparaciones entre el cuerpo “delgado” y “voluptuoso”, y generalmente la apreciación de uno implicaba la crítica hacia el otro. Esto podía resultar confuso para las pacientes.

Por otro lado, la enfermera cuenta que otra actividad que las hacen disfrutar y aceptar su cuerpo como mujeres eran los días de belleza. Los días de belleza eran un día en el cual se suspendían sus actividades programadas (terapias o clases) y tenían un día en el que simulaban un spa, donde algunas se maquillaban, otras hacían manicure y pedicure, otras hacían masajes, otras pintaban el cabello y hacían peinados, entre otras cosas. Esto solo se daba en ocasiones especiales. Tuve la oportunidad de observar dos días de belleza (una por el Día de la Amistad y otro por el Día de la Mujer), en cual todas estaban muy entusiasmadas y se podía percibir que lo disfrutaban.

“Esto se da para que ellas mismas empiecen a darse cuenta y a interesarse por la parte, no solo física, sino por la parte de sentirse mujeres. La mayoría de ellas no quisiera crecer, quisieran ser niñas. Esa postura encorvada no es necesariamente porque están adelgazadas si no porque no quieren ocultar los senos. La belleza las va metiendo en ese mundo de probar con su cuerpo, de interesarse por cosas como que, si me depilo, si me hago un corte de cabello y maquillaje un poco puedo verme distinta. También interactúan con otras chicas, y mientras van probando, se dan cuenta que no es tan difícil para ellas”
(Enfermera – Entrevista)

Asimismo, un tema de negociación con respecto al cuerpo y a insertar una manera “correcta” y normalizada de percibirlo, era la ropa. Como ya se explicó en el capítulo 4, el tema de la ropa podía resultar problemático para ellas, en la que ellas mismas relataban que cuando llegaban a la delgadez extrema trataban de cubrirse lo más posible para que no se les note, pero a la vez porque les daba vergüenza que las vean subidas de peso. El tema de cubrimiento sí pude percatarme antes de que las terapeutas me lo señalen, pero no era común a todas las pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia. Había algunas jóvenes que en pleno verano iban con chompa, casaca, pantalón largo y botas al centro. En ese sentido, como parte de la socialización de ser mujeres, y también como una manera de asociar a la ropa con el encubrimiento, una de las terapeutas me contaba cómo iba incentivándoles poco a poco a descubrirse.

“Por ejemplo observamos, si está haciendo un calor enorme y la ves de repente a ella con un buzo de polar, o con una chompa, definitivamente. Primero se pregunta si es que realmente está sintiendo el frío o si es de repente porque no quiere mostrarse. Si no quiere mostrarse, entonces vamos bajando el material, de repente no polar pero va a ser franela.”

Entonces tenemos que ir de menos a más, “ok, quieres cubrirte las piernas, pero por qué no franela en vez de polar”, “o de repente la chompa de lana en vez de una casaca, qué te parece”, o sea vamos de menos a más. Igual si es manga larga, cambiamos a mangas tres cuartos, pero no nos vamos de frente a un polo de tiritas.” (Terapeuta 2 – Entrevista)

Asimismo, las terapeutas contaban que el tema de la ropa también era bastante problemático porque a medida que las pacientes iban saliendo de la desnutrición y subiendo de peso, sus ropas antiguas empezaban a dejarles de quedar. Tenían que ser muy cuidadosas con esto. La Terapeuta 2 cuenta que al menos cambian 3 tallas de ropa en todo su proceso de recuperación y que también debe de velar por si la familia está apta económicamente para comprar diferentes tallas de ropa.

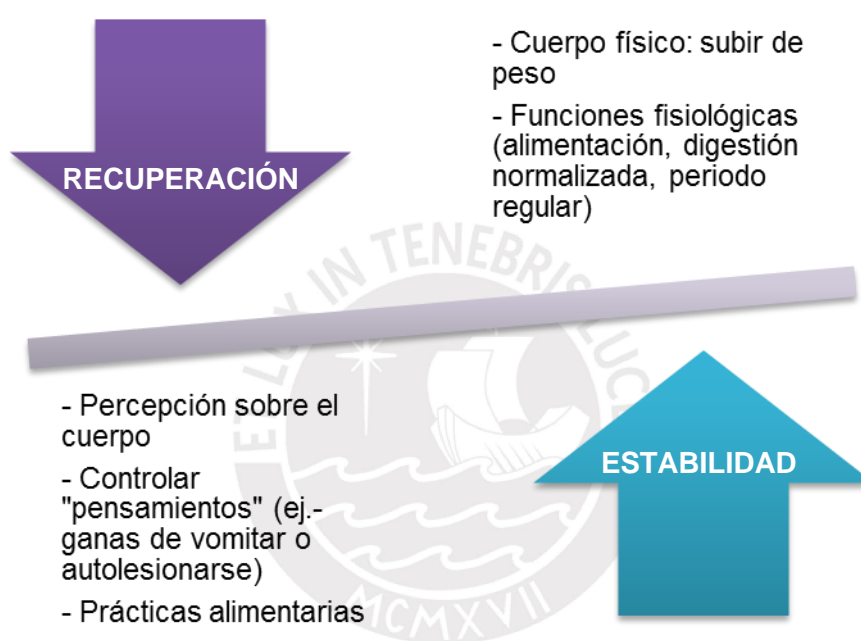
Por otro lado, como parte de las terapias de Mindfulness había un ejercicio llamado “Body Scan”. Consistía en que las personas debían concentrarse sentadas o echadas, mientras que el terapeuta que dirigía les indicaba que cerrando los ojos perciban lo que hay a su alrededor en función a olores, temperaturas y sonidos. Luego de esto, ellas debían sentir cada parte del cuerpo y tratar de identificar qué sentía en general en esos momentos en función a emociones. Resultó muy interesante ver que durante este ejercicio algunas mencionaban que al sentir sus piernas o sus caderas, recordaban lo mucho que no les gustaban, o incluso recuerdo que Andrea en una oportunidad sintió que le vinieron unas ganas intensas de vomitar. Justamente esta terapia apuntaba a que ellas puedan identificar ese disgusto como un juicio de valor, y también las emociones que surgían de por medio, de tal manera que la manera de aceptar al cuerpo tal cual, era despejando los juicios.

Algo que me llamó la atención al poder observar varias de sus otras terapias, eran lo claro que para ella estaban sus sensaciones, emociones y juicios sobre su cuerpo. Las informantes llegaban a manejar conceptos básicos de psicología, identificando emociones primarias y secundarias. Asimismo, tanto las terapeutas como las informantes eran conscientes de sus posturas (rectas y derechas) y lo asociaban con el imaginario de ser perfeccionista. También, veía que durante las terapias, Andrea describía punzadas en el pecho y lo asociaba con la tristeza y preocupación. Jessica y Vanessa podían identificar dolores de cabeza o sudoración en las manos, y lo asociaban con la ansiedad. En ese sentido, se ve cómo la percepción sobre el cuerpo se encuentra patologizada, pero que a la vez esto brinda una sensación de control sobre el cuerpo distinta al control que ejercieron anteriormente para bajar de peso. Esta nueva manera de controlar y percibir el cuerpo se veía legitimada como correcta y “saludable”.

6.4. Narrativas y trayectorias de “recuperación”

Uno de los temas que tiene una mayor cantidad de opiniones diversas y no hay consenso en los terapeutas, es el de la “recuperación” de la anorexia y bulimia. Para poder hablar de recuperación, tanto informantes y terapeutas, asumen que las prácticas

alimentarias y purgativas, como los pensamientos²² y percepciones en torno al cuerpo son patológicos y hay una necesidad de ser cambiados o “controlados”. En estas narrativas, tanto de los terapeutas como la de las jóvenes diagnosticadas, se pudo ver que la definición de recuperación está ligado tanto al cuerpo físico y sus funciones fisiológicas, mientras que la definición de estabilidad y de vivir con anorexia, está más asociado a sus prácticas alimentarias y a sus “pensamientos” de bajar de peso. Asimismo, en las narrativas de “recuperación” se ve que hay una mayor tensión y perspectiva crítica de los informantes ante la actitud medicalizadora y patologizadora que pueden adoptar sus padres como medidas de control y vigilancia que fueron instauradas durante el tratamiento biomédico ante cualquier acto que ellas realicen o por cómo ven su cuerpo.



Fuente: Elaboración propia

6.4.1. “Recaídas” y “deslices”

En consenso, todos los terapeutas entrevistados coinciden en la necesidad de aceptar que siempre habrá deslices o incluso recaídas en un tratamiento. Las recaídas y deslices son volver a reincidir en prácticas alimentarias o purgativas propias de su diagnóstico de anorexia y bulimia como el hecho de restringirse, comer solo determinados alimentos, darse un atracón o vomitar. La diferencia como ya fue mencionado, es el hecho de reconocer que lo hecho estuvo mal (desliz) y para los terapeutas incluso es esperado contárselo a los padres o pedir ayuda a personal de salud. Mientras que la recaída es ignorar esto y no contárselo a nadie. Una de las

²² La categoría pensamientos era parte de las terapias de Mindfulness en las que las pacientes debían separar descripción de pensamientos.

terapeutas encargada de las informantes que se encontraba internadas en la Clínica X, explicaba la diferencia entre recaídas y deslices de la siguiente manera.

“Es muy simple. En la recaída no hay conciencia de lo que han hecho. Pero eso sí, deslíz más deslíz, es igual a recaída. Esto quiere decir que si yo caigo, y me doy cuenta de lo que he hecho, pero igual lo sigo haciendo, eso ya es recaída” (Terapeuta 2 – Entrevista)

“En la recaída callas, en el deslíz hablas” (Terapeuta – Clínica Z)

Las terapeutas de la Clínica X cuentan que ha habido casos de pacientes bastante avanzadas en su tratamiento que han recaído o tenido deslices; sin embargo, han pedido ayuda a tiempo. Las terapeutas cuentan que “volver a comer es bastante sencillo, pero algo muy difícil de cambiar es la percepción del cuerpo y los pensamientos”. La mayoría de terapeutas están en consenso en que la familia es un gran factor que puede determinar la presencia constante o la ausencia de recaídas y deslices.

“Por ejemplo, yo les digo ‘yo me comprometo a ayudar, por ejemplo, a Pepita en esas situaciones disparadoras’. Pero yo no estoy en la casa, yo no estoy en el colegio. Entonces qué les parece si ustedes me ayudan y ayudan a Pepita a poder buscar esas situaciones disparadoras y que esta enfermedad no aparezca de la nada, sino que tenga un por qué, un dónde, un quién. Entonces ahí como que la familia dice ‘ok’, toma como que mayor responsabilidad de lo que tienen que hacer. Y eso ayuda también, hay familias que tienen conflictos dentro de ellas y que sepan que a veces son ellos los que producen esas situaciones.” (Terapeuta 2 – Entrevista)

Por ejemplo, en el caso de Jessica, su terapeuta cuenta, que cuando fue dada de alta, ella como paciente se empezó a aislar bastante y ya no era tan comunicativa. Su terapeuta piensa que esto se debió ante la negativa de su padre de apoyarla durante el tratamiento porque se enteró bastante tarde que fue víctima de abuso sexual. Asimismo, los terapeutas señalan que el apoyo de los padres no solo es importante para propiciar buenos entornos, sino también para mantener el control y vigilancia ante las pacientes cuando estén en sus casas.

“El control implica que siempre va haber supervisión sobre cómo está yendo su vida, siempre está relacionado con la posibilidad a la recaída. Por eso el tema de fortalecer varios aspectos protectores (...) Una vez que se hizo la enfermedad ya la posibilidad de recaída es una constante.” (Psicóloga – Universidad A)

La importancia de que las pacientes acepten que las recaídas y deslices son normales, también está en el hecho de que los terapeutas buscan alentar a los pacientes que puedan resolver sus problemas cotidianos con lo enseñado durante tratamiento.

“Lo que alentamos es que la persona busque adaptarse y responder a los problemas de la vida, más que la vida sea perfecta o cambiar su entorno y que sea totalmente armonioso, que esta persona gane habilidades para afrontar los problemas de la vida.” (Terapeuta 1 – Entrevista)

Por ejemplo, un escenario que fue planteado por una de las terapeutas fue el momento en el que una persona diagnosticada con anorexia y bulimia decida salir embarazada o ver cómo su cuerpo cambia por el paso de los años. Estos momentos podían resultar vulnerables a recaídas y deslices. Esto significaba también un temor para Jessica.

“Yo quiero tener hijos en el futuro, y me da miedo qué voy a pensar de mí misma cuando me crezca la barriga, cuando empiece a subir de peso. Luego mi cuerpo cambiará. Me da miedo volver a darme atracones, vomitar, y hacerle daño al bebé.” (Jessica – Entrevista 3)

Si bien los terapeutas tratan de reforzar constantemente a las pacientes que tener recaídas y deslices pueden ser normales en el tratamiento, cuando se dan situaciones que pueden propiciar a comer mucho, o ellas llegan a comer grandes cantidades o fuera de su “régimen”, vomitan o incluso tan solo tener el pensamiento de que no se siente cómodas con su cuerpo, esto las angustia y les hace sentir culpables. Instaurar las concepciones de recaídas y deslices, es también instaurar una auto vigilancia constante en ellas mismas. Andrea y Jessica contaban que se les ha presentado oportunidades de ir a comer helados o pollo frito con su familia, y tenían mucho miedo que esto propicie un atracón y posteriormente devolver la comida. Y en el caso de Vanessa, ella contó que hace poco devolvió la comida y sintió mucha culpa y vergüenza.

“Hace como un mes tuve un deslíz, pensé que era una recaída pero para mí terapeuta fue un deslíz. Devolví la comida luego de 8 meses de tratamiento. Lo hice cuando sus papás dormían en una bolsa de basura porque no había agua. El vómito se esparció y mi abuela se dio cuenta y le dijo a mis papás (...) Tenía temor de qué va a pensar mi terapeuta, la nutricionista, van a pesar que otra vez lo mismo y que ya no tengo arreglo. Sentía mucha vergüenza, miedo y frustración conmigo misma (...) Mis papás pagan por esto y estaba echando todo al tachó por mi conducta.” (Vanessa – Entrevista 1)

El hecho de haber estado expuestas constantemente al discurso biomédico que señalaba que sus prácticas alimentarias y purgativas son patológicas y por ende son fuertemente sancionadas durante tratamiento, resulta estar en tensión con la idea de que tener recaídas o deslices es normal. Las pacientes están constantemente con miedo en su día a día a comer demás, y no por el temor a ganar peso, sino por el hecho de recaer. La sensación de culpa vista en Vanessa, se daba más por la vergüenza de qué iban a pensar sus terapeutas y padres al estar ella en tratamiento.

“La recuperación depende la persona, y yo creo que a veces mis compañeras se ponen límites por lo que dicen los terapeutas. Hay tener siempre temor, porque se puede tener un deslíz (...)” (Sandra – Entrevista 1)

La preocupación a ganar peso o comer determinadas comidas, que es común a la mayoría de personas en el actual contexto sociocultural, es sancionada por ellas mismas al miedo de recaer en una antigua conducta patológica. Sin embargo, Bianca señala que ella a veces está cansada de ver su necesidad de comer ensalada, o comer

solo dos veces al día, como si ella estuviera haciendo algo “malo”, y que esto justamente se da por los comentarios de sus padres. Vanessa también cuenta que los comentarios de sus padres también le causa inseguridad y dudas sobre ella misma.

“Las palabras de mis papás me hacen dudar de mi bienestar (...) mi papá siempre me mira, mi abuela también. Siempre está sobreprotegiéndome. Cualquier comida que desaparece, siempre piensan que fui yo.” (Vanessa – Entrevista 2)

Para Andrea, ver que las chicas se iban de alta era algo muy emocionante. Durante mi observación en el internamiento de la Clínica X, tuve la oportunidad de presenciar una alta terapéutica y en otras oportunidades altas administrativas. Las altas administrativas eran cuando la misma paciente y/o su familia decidían retirarse del tratamiento por temas personales, pero sin el aval de los terapeutas que la paciente se encontraba estable. Mientras que la alta terapéutica se daba cuando los terapeutas consideraban que la paciente se encontraba apta para pasar a otra fase del tratamiento (Clínica de Día o Ambulatorio) por su desempeño. En la alta administrativa, las pacientes no tenían la oportunidad de despedirse, mientras que en la alta terapéutica se daba un ritual bastante emotivo entre las pacientes. Si bien no todas podían ser cercanas a la paciente que se iba del internamiento, la mayoría de pacientes lloraban y la abrazaban. Luego pasaban a un cuarto blanco donde estaban pintadas varias flores y le hacían firmar su nombre con la fecha de ingreso y salida, mientras que el resto de pacientes aplaudían. Hasta las mismas técnicas e internas de psicología se emocionaban y empezaban a grabar y a tomar fotos del momento con sus celulares. Andrea decía que estos momentos la llenaban de esperanza y las veía como ejemplos, ya que a pesar de las recaídas o deslices que pudo ver en sus compañeras dadas de alta, esto demostraba que “se podía salir de esto”.

6.4.2. Vivir con anorexia: narrativas y significados de “recuperación”, “cura” y “estabilidad”

La discusión sobre los significados en torno a “recaídas” y “deslices”, nos lleva a reflexionar si los terapeutas e informantes se estaban refiriendo a estas palabras en función únicamente al tratamiento biomédico, o a una condición de vivir con anorexia y bulimia. En algunas ocasiones, parecían estar refiriéndose a lo primero, y en otras ocasiones a lo segundo. Es por ello, que aquí se señalaran las distintas narrativas y significados en torno a “recuperación”; “cura”, y “estabilidad”.

En el caso de las terapeutas, estas tres palabras a veces han sido mencionadas al mismo tiempo, señalando que sí existe una recuperación, pero no una cura o viceversa. En el caso de la especialista de la Universidad A, ella señala por ejemplo que puede hablarse de recuperación, pero no de cura, al definir a la anorexia y bulimia como enfermedades crónicas.

“(...) No puedes decir la persona esta curada (...) Sí se puede hablar de recuperación. Los trastornos alimentarios se consideran enfermedades crónicas. Eso significa que esta enfermedad no tiene cura como si fuera

una gripe que sales y se acabó. El tema que se utiliza en enfermedades crónicas es el control y la rehabilitación, siempre va a haber un control.” (Psicóloga – Universidad A)

En el caso de las terapeutas de la Clínica X, ellas señalan que a veces deben hacer esta distinción sobre todo cuando los padres o las mismas pacientes les preguntan si van a curarse eventualmente. Se ha podido ver que generalmente las terapeutas hacen una distinción en recuperarse fisiológicamente (ganar peso, volver a comer, recuperar funciones como la menstruación), a dejar de tener los pensamientos de perder peso o estar disconformes con su cuerpo.

“Bueno, lo que yo le digo a las familias es que la paciente se va a recuperar, es en su peso, eso sí es cierto. Pero tampoco no sé, que me pregunten ‘que si la voy a poder sacar a la primerita’ o yo decir que la voy a sanar y nunca más va a sentir las ganas de un atracón ni de querer vomitar, porque para que ella haga eso es porque hay una situación que le genera hacer eso. Entonces eso es muy importante que los padres lo tengan en cuenta (...) Tampoco les digo van a estar así siempre o pensando en eso, mañana, tarde y noche, sino que van a haber situaciones que lo va a disparar. Entonces los padres como que empiezan a entender más, pero ¿cuándo más aumenta esta conciencia?, cuando los haces parte de la búsqueda de esas situaciones estresantes.” (Terapeuta 2 – Entrevista)

Estas situaciones que generan atracones, restricciones o vómitos a las que se refiere, generalmente están relacionadas a su propio entorno, a sus experiencias personales diarias, y también a ser parte de un contexto sociocultural, en el cual se habla de la comida, del cuerpo y del peso constantemente. La enfermera de la Clínica X recordaba un caso antiguo que paso por el centro y que ella vio cómo se recuperó físicamente luego de haber entrado casi al borde de la muerte. Sin embargo, esto no es indicador de que hayan salido de la anorexia.

“Tuve una paciente, una de las primeras, que llegó en ambulancia. No comía sólido, solo una cucharada de arroz y huevo sin yema. Literalmente solo era hueso y pellejo. (...) Al final salió de alta, y actualmente vive, ha terminado la universidad, trabaja y ha tenido un hijo hace poco. Todas sus funciones corporales volvieron, al punto de estar apta para tener un hijo. Ella, cuando llegó, no menstruaba hace año y medio o dos años. Le llegó la menstruación cuando estuvo internada. Se quedó como un año y ocho meses (...) Particularmente, en salud mental, la gente no se recupera. O sea, no se cura, pero sí se controla. Esta paciente que te comenté tenía terapias y seguimiento, pero nunca se le fue el miedo. Hasta la última vez que conversé con ella, el miedo nunca se va. No recaen, pero hacen conductos como, por ejemplo, el ejercicio o el no comer determinado alimento. Pero ya no es algo que interfiera con su vida social, familiar o laboral. Son funcionales. (...) Yo creo que se puede tener el control de la enfermedad.” (Enfermera – Entrevista)

En ese sentido, generalmente las terapeutas se refieren a recuperación cuando ven que la paciente está “funcional” física y orgánicamente, es decir puede desarrollar su vida cotidiana normalmente, lo cual no se daba antes de haber recibido tratamiento o haberla internado. Incluso una de las terapeutas de la Clínica X mencionaba que había estudios en el que se señala que la anorexia y bulimia causaban daño cerebral y

justamente las terapias de arte estaban para estimular el cerebro. Sin embargo, otra de las terapeutas de la Clínica X consideraba que hablar de “cura” o “recuperación” era analizar a los trastornos alimentarios solo desde el enfoque biomédico, viendo a la anorexia y bulimia como enfermedades como la gripe. Ella concibe a los trastornos como “formas de relacionarse con la vida”, más no en la dicotomía de salud y enfermedad, y por ende no puede hablar de recuperación, lo cual marcaba una opinión distinta a las anteriores presentadas.

“Suena bastante bonito hablar de recuperación porque suena a ‘salud’. Pero, por otro lado, si lo vemos desde el punto de vista de ‘salud’ quiere decir que lo que tiene es una ‘enfermedad’, y nosotros no lo tratamos de abordarlo desde un enfoque biomédico. Me genera mucha tristeza cuando dicen las chicas, me comentaban ‘yo no quiero que mi hija tenga bulimia, no quiero contagiarla’ y no es así. No es que esto se contagie o se transmita.” (Terapeuta 1 – Entrevista)

Las informantes por otro lado, veían la palabra recuperación en función a cómo percibían su cuerpo o a los “pensamientos” presente sobre perder peso o los miedos a determinados alimentos, más que al aspecto fisiológico que constantemente la mayoría de terapeutas mencionaban. Por lo que se ha podido recoger, la palabra “pensamientos” alude generalmente a los juicios y valores que adjudican a su cuerpo, generalmente sienten estos negativos. Sandra al ser nueva en el tratamiento, ella reflexionaba constantemente sobre su proceso de recuperación y la tensión constante que podía experimentar como malestar dentro de ella. La división de ella misma en dos Sandras fue mencionada en varias oportunidades, y generalmente lo hacía desesperándose y llorando, tratando de entender lo que le sucedía.

“Hay dos Sandras dentro de mí; una que quiere recuperarse, otra que no quiere recuperarse (...), quiero recuperarme por mi mamá, por mí. Pero a la vez no quiero subir de peso. No entiendo cómo las dos están a la vez dentro de mí y me desespero mucho.” (Sandra – Entrevista 4)

Vanessa por otro lado, piensa que va a tener que convivir con la anorexia como enfermedad. A pesar de mencionar constantemente que su IMC está en el rango de peso normal y los terapeutas la ven saludable, ella señala que son los “pensamientos” que no desaparecen fácilmente y siempre van a estar ahí. En ese sentido, las informantes también reconocen una diferencia entre una recuperación física (que aparentemente es concebida como sencilla), pero otra que es mucho más interna y contextual.

“Tengo que aprender a convivir con esos pensamientos. Los pensamientos son así, vienen y se van. Los sientes, lo vives y dejas que se vaya. La enfermedad es así, es algo que tengo en mi cabeza y los pensamientos van a estar ahí. Ahora ya he perdido el miedo a las comidas y puedo estar un día sin hacer ejercicio. Sobre el cuerpo y alimentos, siento que los pensamientos han bajado bastante. Lo que tengo que trabajar son las invalidaciones en casa” (Vanessa – Entrevista 2)

Sin embargo, Sandra señala que ella sí cree que es posible “recuperarse del todo”, incluyendo los pensamientos; a pesar que los terapeutas le hayan dicho que eso no es posible.

“Los terapeutas me dicen que no puedes dejar un 100% la enfermedad, no hay recuperación. Que nos digan eso es desmotivador y desalentador. (...) No creo que sea cierto, porque conozco a una amiga de mi mamá que tuvo anorexia nerviosa y ya se ha recuperado. Ya no tiene sus pensamientos” (Sandra – Entrevista 2)

Andrea también menciona que le choca bastante que le digan que no es posible salir de esto, que en cierta forma para ella es desalentador. Pero que ella es consciente que la anorexia no tiene cura, debe aprender a vivir con ello, pero que tampoco quiere que esto sea el aspecto central en su vida. De la misma manera, Vanessa cuenta también que tiene “pensamientos” sobre su cuerpo, pero si bien ella ya ha aceptado que tiene que aprender a convivir con la anorexia, también señala que es más que eso.

“Curarse no es lo mismo a salir de esto, o controlarlo. Creo que yo ya lo estoy teniendo controlado (...) No es lo mismo ser anoréxica a tener anorexia. Eso no me define” (Andrea – Entrevista 4)

“A veces me comparo con las otras chicas, y me siento más rellena que las demás. Son muy delgadas, sé que es signo de que ya estoy mejor, pero no puedo evitar a pensarlo como algo negativo. Soy mucho más que mi cuerpo” (Vanessa – Entrevista 4)

Jessica menciona a pesar de ya no devolver la comida o tener atracones ya hace bastante tiempo, se siente bastante vulnerable cuando su hermano come dulces, pero para ello aplica lo que le han enseñado en terapias o llama a su terapeuta. Por otro lado, Bianca menciona que así como sus hermanos tienen sus propias adicciones, ella tiene la anorexia. Resulta también muy interesante la reflexión de Lorena sobre si existe la recuperación o cura en el caso de su autodiagnóstico de bulimia. Como ya ha sido mencionado, Lorena no tuvo un tratamiento terapéutico, pero su testimonio evidencia una conclusión similar a la de los terapeutas sobre vivir con “algo de por vida” y hace referencia más a la noción de estabilidad.

“Una vez que eres volcán ya no dejas de ser volcán, ¿manyas? (...). Eras tú, y de la nada te convertiste en volcán, y ese volcán erupcionó. Con eso me refiero a todo ese tiempo en el que vomitas, no comes, haces ejercicio todo el tiempo, te sientes mal. Ahora soy un volcán dormido porque lo tengo controlado, quizás puedo erupcionar en algún momento, pero no dejaré de ser volcán” (Lorena – Entrevista)

Sin embargo, algo interesante a mencionar, sobre todo en Lorena, Bianca y Vanessa, es que generalmente cuando se referían a sus experiencias como bulimia y anorexia lo hacían en tiempo pasado y algunas veces en presente, lo cual podría mostrar que consideran a sus prácticas purgativas y alimentarias extremas como pasadas, más no la manera de percibir su propio cuerpo.

6.4.3. Una buena relación con la comida y con el cuerpo

Luego de una terapia de silencio²³ en la Clínica X, Vanessa se acercó para hablar y me empezó a contar lo mucho que le había costado no responderle al resto de sus compañeras cada vez que hablaba, ya que temía haber parecido ruda. Durante ese tiempo en el que estuvo callada, realizó un dibujo en el cual escribía en mayúsculas la palabra “SALUD”. Le pregunté por qué y me dijo que se sentía saludable actualmente en todos los aspectos. Vanessa desde las primeras entrevistas me recalca que su IMC ya se encontraba en un rango normal y que se sentía bien consigo mismo, asimismo siempre me contaba que ahora sabía usar las habilidades que le habían enseñado en tratamiento.

“Mis salidas de la Clínica, siempre han estado bajo mi régimen alimentario, pero siempre tengo que negociar con mi mamá. Si a ella se le antoja un helado y es la hora del break, le puedo decir que sí. Pero yo ya tengo mis propios límites, y es mejor así para no sentirme culpable después. No puedo sobreexigirme. (...) Además ya sé que si hago esfuerzo, tengo que comer más, debo aprender a balancear. También tengo que hacer conciencia plena cuando como” (Vanessa – Entrevista 2)

Asimismo, informantes como Jessica y Vanessa recalcan que algo que no les agradaba era que para algunas personas “recuperarse” o “estar bien” era sinónimo de estar “gorda”, o haber subido de peso, pero para ellas no era así. Contaban que familiares o personas cercanas como forma de halago les decían eso, pero a ellas no les agradaba.

“Cuando viajé a Huacho, mi abuelo me dijo ‘estás gordita’ como diciendo que ya estaba mejor. Eso no me gustó para nada y felizmente me armé de valor y se lo dije. Pero todos me veían como una exagerada y me decían que fue más un halago. No entienden bien todavía (...)” (Jessica – Entrevista 4)

“Un día una persona en la calle me dijo ‘¡te has recuperado, estás gordita!’. Eso no me gustó para nada. Yo tengo la autoridad de poder decir que no es que esté gordita, sino estoy saludable y estable. Tengo ya el poder de decir las cosas y aclararlas, pero también tengo que aprender poco a poco a convivir con esos comentarios.” (Vanessa – Entrevista 2)

Llama bastante la atención el hecho que las todas las informantes recalquen que cuando se restringían inicialmente, seguían dietas o hacían ejercicios, ellas señalan que no lo hacían por estar saludables, sino simplemente por el hecho de bajar de peso, contrastándolo con el nuevo concepto que tienen ahora de “saludable” al haber pasado por un tratamiento y haber estado en contacto con personal de salud que le han explicado el significado de saludable en un contexto biomédico.

²³ Terapia en la que todo el personal de salud del centro decide que una paciente debe permanecer absolutamente callada y sin hablar con alguien, incluyendo pacientes, terapeutas o técnicas, durante un par de días. El fin de esta terapia es la autoreflexión, no es considerada un castigo y eventualmente se lo asignan a todas las pacientes en algún momento.

Frente a esto, justamente la nutricionista de la Clínica X señala que es bastante importante decirles a las pacientes que no es que estén subiendo de peso, sino que están “recuperando” peso. Además señala que parte de su tratamiento es generar “una relación saludable con la comida, y no hacerlas engordar”, tomando en cuenta incluso sus gustos, que es aparentemente lo contrario que aplican en otros establecimientos de salud que tratan con pacientes de anorexia y bulimia. Otros terapeutas de la Clínica X resaltan en ese sentido, la importancia de no solo esperar la paciente recupere su peso, coma de manera “normal” o que sus necesidades fisiológicas regresen, sino que se sienta bien consigo misma.

“Lo que nosotros buscamos es que la persona construya una vida que tenga sentido para esa persona. Construir una vida que tiene sentido va más allá de eliminar síntomas de un trastorno, o signos de un trastorno, sino que tiene que ver con sus propias metas, con diversos objetivos, con distintos aspectos personales que quiera desarrollar.” (Terapeuta 1 – Entrevista)

“(…) la persona no es solamente cuerpo, solamente mente o solamente espíritu, son las tres cosas que están fluyendo de un lado a otro. Por un momento el cuerpo impone cosas, necesidades, y por otro lado, lo hacen la mente y las emociones.” (Enfermera – Entrevista)

En ese sentido, cabe señalar que todas las informantes, mencionaban constantemente partes de su cuerpo que les disgustaba: Andrea se sentía disgustada constantemente de su abdomen, Vanessa de sus piernas, Jessica de sus caderas y piernas, Sandra de sus brazos y piernas; y Bianca y Lorena de su cuerpo en general. Frente a esto, los terapeutas de la Clínica X sabían que era muy difícil suprimir estos disgustos y también como parte del tipo de tratamiento que ellos aplicaban, resultaba contraproducente señalarle al paciente que su forma de pensar no tenía sentido (por más que para los terapeutas concebían estos disgustos como parte de la dismorfia corporal). Sin embargo, los terapeutas eran conscientes que estas inconformidades o disgustos también son parte de un contexto sociocultural y cualquier persona los podría tener. Como estrategias alternativas, una terapeuta mencionaba lo siguiente:

“(…) hay pacientes que, por ejemplo, hasta incluso cualquier mujer, dicen ‘no me gustan mis caderas’. No te gustan tus caderas y bueno, hay que aceptar que no te van a gustar tus caderas, entonces una cosa es que te las cubras y otra cosa es que llames la atención en otro lugar que desvíe la mirada de eso, que no es lo mismo que ocultar. (...) lo que intentamos es ayudar a la paciente que pueda ser libre en ponerse lo que ella quiere sintiéndose bien con ella misma.” (Terapeuta 2 – Entrevista)

La directora de la Clínica X señalaba que si bien la paciente podía señalar que ya comía normal, no sentía miedo hacia las comidas o no tenía miedo de engordar, era justamente por los motivos ya mencionados, trabajar también el tema más social sobre los “estereotipos” que ellas manejaban sobre la mujer o el cuerpo femenino que ya “estaba muy marcado en ellas y en general en nosotros como sociedad”, para que puedan enfrentarse a la cotidianidad.

Lorena señala que actualmente su meta ya no es estar extremadamente delgada o flaca. Ahora ella recalca el hecho de “sentirse bien o estar cómoda consigo misma”. Señala que sigue haciendo dietas o quiere seguir bajando de peso, porque espera que llegue el día donde los espejos y los reflejos en las calles no le malogren el día, y se pueda ver bien con cualquier ropa que se ponga. Ella señala que antes probablemente haya pensado que para sentirse cómoda tenía que estar delgada, pero que actualmente ella sentía que no era necesario. Bajar de peso para ella actualmente no implica algo patológico, sino más bien una estrategia para sentirse cómoda consigo misma.

Asimismo, Bianca señala que sus hábitos alimenticios actuales pueden ser vistos aún como “malos”, es decir patológicos, para algunos terapeutas y su familia. Ella recalca que aún no puede comer más de dos veces al día, no puede comer determinados alimentos, no se ve delgada, tiene que seguir haciendo dieta y que aún “tiene sus cosas”. Sin embargo ella considera que se siente bien consigo misma de esa manera y que le gustaría que la dejen de juzgar constantemente.

“A mí me encanta la comida. Me encanta cocinarla, me encanta arreglar la mesa para que mis amigas vengan a comer y yo no veo mal estar pensando en comida a cada rato. (...) Una modelo vive de su cuerpo, un chef vive de la comida y no son vistos como enfermos, no tiene nada de malo que yo también ande pendiente de mi cuerpo y comida si me siento bien” (Bianca – Entrevista 2)

6.4.4. “¿Por qué a mí?”: reflexiones sobre impactos negativos y positivos sobre vivir con anorexia

Una de las grandes interrogantes que la mayoría de las informantes tenían era, si es que muchas mujeres jóvenes y adolescentes se encuentran expuestas a los medios que difunden patrones de belleza; y se habla sobre el cuerpo y peso constantemente, ¿por qué justamente a ellas les sucedió esto? Si bien la respuesta a esta pregunta podría escapar de la explicación antropológica, resulta interesante cómo las informantes le buscan dar sentido a su diagnóstico, explicándolo desde la biomedicina, religión o experiencias personales; y cómo los terapeutas también tratan de explicar esto desde su experiencia empírica u opiniones, pero sin basarse en datos estadísticos.

Vanessa señala explícitamente que ella cree que el abuso sexual que ella tuvo fue causa directa del desarrollo de la anorexia y bulimia. Andrea por otro lado considera que la violencia física de la cual fue testigo y también víctima durante su niñez y adolescencia, cree que “tiene mucho que ver” con la bulimia que más tarde desarrolló, y también mencionaba constantemente en las terapias que el bullying en el colegio también hizo que se vea a sí misma como fea. Jessica también se remonta al abuso sexual y a los acosos sexuales que recibió a lo largo de su vida en su explicación e historia de vida, y también cree que está muy relacionado a cómo se encuentra actualmente.

Asimismo, los informantes resaltaban en muchas oportunidades, la culpa que ellas sentían por haber pasado todas aquellas experiencias. En algunos casos, esta culpa estaba muy ligada a las consecuencias que habían tenido sus prácticas alimentarias y purgativas con sus padres. Sin embargo, cuando ya se concebía a la anorexia como una enfermedad o estar a punto de entrar a tratamiento, generalmente la culpa era percibida más como esta toma de decisiones en torno a bajar de peso. Vanessa por otro lado señalaba constantemente que cada uno de sus actos los había decidido ella con el fin de adelgazar. Sandra también señala que si bien no se siente culpable, sí se siente responsable de sus actos porque ella misma los ha hecho. Andrea relata algo similar en la siguiente cita, evidenciando que en cierta forma fueron ellas las que decidieron optar por ciertas prácticas alimentarias y purgativas.

“Cuando me iban a internar por primera vez en la Clínica X yo tenía un enamorado. Él no sabía nada de mi bulimia, ni de mis vómitos (...) ¿Por qué? Porque me daba vergüenza, me daba asco contarle que me la pasaba vomitando. Le dije que tenía problema de adicciones, porque después de toda la anorexia se parece a las adicciones. (...) Cuando una persona tiene depresión la ven como la ‘pobrecita’, cuando una persona tiene adicciones, algo parecido, como si fuera culpa de la gente con la que te juntaste. Pero cuando dices anorexia o bulimia, es enteramente culpa y decisión tuya” (Andrea – Entrevista 1)

Todos los terapeutas entrevistados, tanto de la Clínica X como de otros establecimientos coinciden en que los abusos sexuales y el bullying han estado presentes en las historias de vida de la mayoría de pacientes y casos que han vistos de anorexia y bulimia, como de otros trastornos o patologías mentales. La especialista de la Universidad A señala que estas no son causas directas, pero pueden ser vistos como disparadores, ya que probablemente la persona haya tenido una vulnerabilidad genética anterior, y estos abusos causan mayor disturbio en su desarrollo. Otra terapeuta de la Clínica X señalaba que los abusos sexuales y bullying se conciben como formas de violentar contra el cuerpo y posteriormente las jóvenes recuerdan constantemente esto, y por ello quizás ellas mismas lo identifican como causas.

De la misma manera, varios terapeutas argumentan que hay una vulnerabilidad genética y emocional por parte de la familia, más allá del contexto con el cual hayan interactuado. Una de las terapeutas de la Clínica X señala esto como la “teoría biosocial” y la importancia de explicarles a sus pacientes, ya que ellas mismas se los piden.

“De repente hay chicas que tal vez puedan haber tenido un duelo intenso, pueden estar viendo en la televisión Combate y Esto es Guerra y no van a tener TCA, pero ya vienen con un componente genético que viene de la madre y del padre (...) Nosotros les explicamos la teoría biosocial. La teoría biosocial es justamente la explicación de la vulnerabilidad emocional a desarrollar más tarde un TCA, lo que es la parte biológica, la parte genética, junto a lo que es el ambiente invalidante. O sea, yo sumo la vulnerabilidad con la parte genética más lo que es el ambiente en donde tú has crecido, lo que va a brotar en atracones, vómitos, cortes, pensamientos suicidas. Esa es nuestra explicación, entonces bajo esa explicación todos nosotros los terapeutas, la primera sesión que viene la paciente le explicamos por

qué tiene esto y qué podemos hacer también al respecto.” (Terapeuta 2 – Entrevista)

Sin embargo, el hecho de haber una predisposición genética no era un argumento compartido por todos los terapeutas. Una de las terapeutas de la Clínica X mencionaba que esto estaba más relacionado a cómo los niños desde temprana edad ven como sus padres afrontan la vida, sus problemas y temores.

“(...) entonces ¿qué va a aprender ese niño? A qué hacer cuando tengas miedo o qué hacer para ganar a los demás o qué hacer para relacionarse con los demás, debe tener cierta figura, a chequear ciertos alimentos, o cuando se sienta triste tirarse a la cama, es un modelo que va aprendiendo al mirar a los padres. Entonces más allá de lo biológico definitivamente hay una cuestión de aprendizaje que está en el ambiente y que contribuye mucho.” (Terapeuta 1 – Entrevista)

Bianca y Lorena reflexionaban constantemente sobre los motivos por los cuáles habían “caído” en la anorexia y la bulimia, concibiéndolas como experiencias que implicaron malestar en sus vidas. Bianca al haber tenido contacto con otras pacientes durante su estadía en la Clínica Z, mencionaba la diversidad de los casos ya sea por edad, género y nivel socioeconómico. Sin embargo, según información que había leído en internet, la formación en neurociencias que había tenido como parte de su currículo en Educación y otros casos que ella misma vio, sentía que su caso no era “tan grave”

“Yo puedo entender, que si has pasado por abuso sexual, psicológico, físico, obviamente puedas desarrollar un problema psicológico más tarde o algún tipo de trauma. ¿Pero yo? Yo no pasé por nada de esas cosas y a veces me preguntaba por qué yo también caí en eso, porque después de todo, todas las mujeres estamos expuestas a esto de la delgadez, la comida, el cuerpo. Pero, ¿sabes? Todo está en la mente y eso lo puedes ver desde que eres bebé. Yo he leído que esto de la anorexia y bulimia está relacionado a la relación que tienes con tu madre, el apego en la lactancia materna, cuánto tiempo pasas con tu mamá cuando eres niña, eso es muy importante. Quizás ahí pasó algo conmigo (...) Yo recuerdo llorar mucho cuando mi mamá se iba al trabajo o de viaje” (Bianca – Entrevista 1)

La especialista en trastornos alimenticios de la Universidad A mencionaba que para explicar la causa de los trastornos alimenticios, uno debe ajustarse a un tipo de enfoque psicológico. En este caso, ella se remontaba al psicoanálisis y tenía una explicación bastante parecida a la de Bianca, señalando que probablemente el vínculo con la madre haya sido la causa específica, o las primeras etapas de vida y su relación con los padres. Señalaba que podría tratarse de una “fallida” organización sensorial por parte del niño de tal manera que no se desarrolla plenamente corporalmente e identitariamente, o una madre que haya sobrepuesto sus necesidades sobre la niña, de tal manera que estos luego no puedan entender u ordenar sus necesidades físicas como el hambre. La figura materna era mencionada constantemente por los terapeutas desde un aspecto psicológico. Las informantes también mencionaban como parte de su explicación la relación que tenían con su madre y si bien no lo remontaban a una causa directa, se señalaba cómo esta controlaba su cuerpo desde temprana edad como lo vimos a través de los comentarios. Una vez más, como los hallazgos del

Capítulo 4 han demostrado, el rol de la madre como una socialización temprana de las relaciones de poder en torno al género, es reconocido

Bianca menciona constantemente que ella nunca llegó a estar extremadamente delgada como otros casos, y esto también ha sido mencionado por Lorena. Asimismo, Lorena al haber escuchado de casos que han pasado por experiencias de abuso, esto le servía de referencia para decir que su caso nunca fue tan grave. Se puede ver que hay un imaginario influenciado por el discurso biomédico, que las experiencias de abuso necesariamente implican secuelas en el futuro, es decir que de alguna manera determinan lo que te podría pasar o en lo que te podrías convertir en el futuro.

Sin embargo, generalmente en las entrevistas finales con las informantes, salieron otros tipos de reflexiones que escapaban la explicación biomédica, en la que se trataba de concebir a la anorexia y bulimia como un reto en sus vidas, y una experiencia que las hacía únicas al haber podido superarla.

“Yo creo que Dios me eligió para esto. Me eligió para que yo lo viva, como un reto. Para que yo pueda aprender de esto y luego ayudar a otras personas. Porque eso es lo que yo quiero hacer en el futuro, agarrar esta experiencia, contarla y ayudar a otros.” (Bianca – Entrevista 4)

Vanessa también tenía un discurso similar al sentir que el hecho de vivir con anorexia y sobre todo pasar por tratamiento le había otorgado ciertas habilidades y enseñanzas especiales y únicas que le permitirían ayudar a otras personas que estuvieran pasando por momentos difícil. Vanessa mencionaba que todo lo aprendido lo estaba aplicando con su madre que estaba pasando por momentos difíciles. Andrea también tenía una perspectiva similar al señalar que en un futuro próximo le gustaría dar charlas para ayudar a mujeres que pasen por esto, más allá de sus expectativas personales.

“Ver que estuve muy cerca de la muerte y ahora llena de vida, me hace sentir muy orgullosa de mí misma. Ahora soy el alma de la fiesta, puedo bailar. Antes por la enfermedad, era muy callada y paraba con mi mamá.” (Vanessa – Entrevista 4)

Durante la observación a una terapia de Arte en la que las pacientes estaban actuando como se verían frente a un espejo haciendo algún acto que las identifique o no sea de su agrado, Vanessa actuó el proceso de darse un atracón, luego vomitar, y llorar en el piso. Luego de esto, Vanessa se levantó empezó a cantar y bailar una canción cristiana en la que mencionaba a la fortaleza que le da Dios para superar esto. De la misma manera, Andrea y Sandra rescataban el papel de Dios en su recuperación en general y específicamente Sandra señalaba que este tenía un rol fundamental cuando le pregunté qué le agradaba de la Clínica X.

“Más que el tratamiento, los terapeutas, las medicaciones, ¿sabes qué me está ayudando de verdad? Dios. Más que las terapias, a mí me sirve bastante rezar (...) cuando mi papá me llama para saludarme, siempre me dice que reze bastante, que eso me va a ayudar bastante y es verdad.” (Sandra – Entrevista 4)

Por otro lado, Jessica y Lorena no demostraban ser tan creyentes o tener alguna afiliación religiosa como las informantes anteriores para poder explicar lo que les había sucedido. Jessica cuenta que de no haber pasado por esto, no le hubieran llevado a lugares que le hagan cambiar tanto como lo es actualmente. Asimismo, también mencionaba que ella se encuentra interesada en leer literatura que explique las causas de la bulimia sobre todo, y lo mucho que le costaba encontrarla. Lorena por otro lado mencionaba que muy poco había investigado sobre el tema en internet, pero había algo relacionado a cómo es vivir con anorexia y que esto te acompaña cotidianamente. Jessica nunca llegó a mencionar sobre ayudar a otras personas con lo que había aprendido en tratamiento y Lorena dijo que no pensaba contárselo a alguien más a menos que sea necesario, como a su prima menor para que no le suceda lo mismo.

6.5. BALANCE DEL CAPÍTULO

Como recapitulación, se ha partido desde la premisa que la biomedicina construye sus objetos de tal manera que formula al cuerpo humano y enfermedad que va a tratar (Good, 1994). En ese sentido, se consideró importante recoger las narrativas de los terapeutas como lo observado durante terapia. En primer lugar, se vio cómo la biomedicina identifica y construye a la anorexia como un “producto de la sociedad” frente a distintos imaginarios como el hecho de ser joven y mujer, de estar ubicado en una etapa de vida en específico como la adolescencia y la influencia de los medios de comunicación. Esto evidenciaría la tendencia a medicalizar la adolescencia (Frost, 2001) por la relación que tiene la mujer con su cuerpo sujeto a cambios fisiológicos.

Asimismo, también se manejaban otros imaginarios más ligados a la biomedicina y a la psiquiatría como el perfeccionismo, las mentiras constantes y las ganas de mantenerse niñas y no madurar sexualmente. Todos estos imaginarios y supuestos también influyen en cómo una persona percibe su propia condición, pero también puede pre condicionar el trato que recibirán por parte de sus padres o amistades, por tener un determinado diagnóstico. Luego, se vio cómo la anorexia como parte de la nosología psiquiátrica puede enfrentarse a problemas de diagnóstico o identificación, ya que sus síntomas son bastante comunes a la mayoría de mujeres en este contexto sociocultural. Sin embargo, por otro lado, las informantes consideran que la anorexia y bulimia, y las experiencias que implican, son temas invisibilizados y poco tocados.

Luego, se desarrolló cuáles fueron las motivaciones y decisiones para el ingreso a un internamiento, lo cual supone un aislamiento de la persona para su posterior normalización. Se vio que se debía a los constantes conflictos con sus entornos más inmediatos como la escuela y el laboral; y también se debía a cómo los padres perciben las prácticas alimentarias y purgativas como incontrolables dentro de su unidad doméstica. Asimismo, las sensaciones de malestar como parte de la delgadez extrema en las informantes tienden a ser también un detonante para aceptar a ser llevadas a tratamiento. Sin embargo, también se pudo ver que puede haber desencuentros frente

a lo que los terapeutas dicen que deben sentir al tener un diagnóstico de anorexia, y lo que la informante señala no sentir o percibir en su cuerpo. En ese sentido se pudo ver desde Merleau Ponty (1985) cómo hay representaciones más legítimas que otras sobre el cuerpo: en este caso la biomedicina puede tener una percepción más legitimada que la misma persona sobre su cuerpo, ya que la persona diagnosticada se asume como alguien que tiene una percepción errónea.

Como tercer punto, se vio cómo el entorno terapéutico opera como un espacio donde surgen distintos mecanismos de normalización que intenta reconfigurar los significados en torno a la delgadez, salud y enfermedad; y sobre la percepción de su cuerpo. Además, a través de todos estos mecanismos de normalización, se podía ver cómo la anorexia era vista como un problema fisiológico a momentos, y en otras ocasiones, como problema mental (Lock, 1993). Se vio que las reglas y vigilancia en torno a prácticas cotidianas pueden ser extremas en tanto que se piensa que la recuperación consta en reforzadores o castigos, despojando de matices y complejidad a las pacientes.

Luego, las prácticas normalizadoras de alimentación se constituían en una de las formas más comunes de abordar a la anorexia, concibiéndola únicamente como un problema fisiológico en la que la paciente debía ser alimentada para poder engordar y recuperarse de la delgadez extrema. Sin embargo, si bien se relataron experiencias de normalización bastante violentas, la Clínica X resaltaba mucho el proceso de negociación e información sobre los alimentos. Luego, la medicación era vista como necesaria para controlar los pensamientos para poder ser capaces de comer y percibir adecuadamente el cuerpo. Por último, se tocó el tema de percibir erróneamente el cuerpo, es decir el hecho de “verse gordas frente a estar delgadas”, en el que también se aplicaban terapias para poder percibir el cuerpo de la manera “adecuada” y que disminuya esa sensación de malestar frente a la disconformidad.

En ese sentido se pudieron recoger algunos alcances y limitaciones de las terapias biomédicas aplicadas a casos de anorexia y bulimia. Si bien algunos terapeutas señalaban la importancia de la validación y aceptación de las percepciones del cuerpo por parte de las pacientes; en la práctica generalmente se invisibiliza la disconformidad con el cuerpo al verse gordas a pesar que distintos estándares de medición indicaban lo opuesto. Asimismo como limitación, se pudo ver la anorexia y bulimia representa un reto hacia la biomedicina cuando se intenta abordar bajo la lógica dualista de cuerpo/mente, y justamente identifican que hay una disasociación entre cuerpo y mente al percibirse gordas (mente) pero estar delgadas físicamente (cuerpo). Hay algunas prácticas terapéuticas que abordan exclusivamente lo orgánico como el cronograma de comidas y la vigilancia en torno a ello, otras que abordan lo contextual y mental, pero generalmente no se tiene una visión integral que comprenda la complejidad de cada caso, a excepción de los ejercicios de Mindfulness con la comida.

Como último punto, se tocaron las narrativas y trayectorias de recuperación de las informantes, donde se ve un claro ejercicio de cómo la medicina construye una

enfermedad y quiénes son aquellos que la padecen, mientras que los informantes pueden tener puntos de vista distintos. Se resaltó la ausencia de consenso entre los mismos terapeutas e informantes sobre si era posible recuperar o curarse de anorexia o bulimia. Los terapeutas señalan que es necesario asumir la presencia de recaídas y deslices en todo el proceso de recuperación, lo cual puede sonar dificultoso para las informantes, ya que al tener un desliz, la sensación de culpa implica gran malestar.

Asimismo, se vieron los distintos significados en torno a la recuperación, cura y estabilidad, en la que la mayoría de informantes y terapeutas coincidían que la anorexia es una condición con la cual se vive, pero se puede estar estable; y el concepto de recuperación era más usado en función a lo físico. Sin embargo, otras informantes señalaban que sí era posible una cura (tanto de cuerpo como de mente) y querían sentirse motivadas pensando en ello. Posteriormente, se vio cómo las mismas informantes incorporando algunos elementos del discurso biomédico y rechazando otros, construían una noción de una buena relación con la comida y el cuerpo, en la que muchas veces aceptaban el hecho de que no es posible dejar de pensar en comida o en el cuerpo por el contexto en el que se vive. Para finalizar, se recogieron las reflexiones finales de las informantes sobre los impactos de vivir con anorexia, y como le daban sentido a esta experiencia preguntándose por qué pasaron por esto. Estas explicaciones generalmente escapaban de la biomedicina, remontándose a experiencias pasadas durante su infancia o a sus creencias religiosas.

A lo largo de este capítulo se ha podido ver que si bien el discurso biomédico desde los terapeutas y las terapias reconoce factores socioculturales que influyen en la incidencia de la anorexia y bulimia en mujeres como el hecho de que la delgadez es un referente de belleza actual y que está muy presente en los medios de comunicación, no se cuestiona cómo se construye y produce culturalmente a la anorexia y bulimia como enfermedades, en tanto que la sociedad y las relaciones de poder definen qué circunstancias o prácticas son normales o anormales (Martínez Hernández, 2007). Como señala Gracia Arnaiz (2010), algunas prácticas de los trastornos alimenticios, como las dietas, o actitudes consideradas síntomas, como el miedo a ganar peso, son parte del día a día de la mayoría de mujeres. Si bien hay otras prácticas que luego se constituyen en malestares como las restricciones extremas, vómitos o autolesiones, cabe resaltar que la anorexia y bulimia son respuestas subjetivas a diversas demandas sociales, económicas y políticas hacia el cuerpo femenino (2010: 82), como la belleza como status, la aceptación de un grupo, el acceso a mayores productos por estar delgada, evitar agresiones de actores masculinos, entre otros. En ese sentido, el cuerpo femenino no solo es una víctima de la sociedad y sus valoraciones, como se concibe desde la biomedicina, sino que justamente las prácticas y estrategias de control del cuerpo son intentos de resistencia y respuestas hacia las demandas de la sociedad.

REFLEXIONES FINALES

Las experiencias de vivir con anorexia y bulimia han sido temas escasamente explorados en el contexto peruano, y en general, requieren un mayor abordaje desde las ciencias sociales, y específicamente desde la antropología médica. El enfoque crítico y reflexivo desde la antropología es importante, ya que da una mayor visibilidad a las narrativas y prácticas, fuera y dentro del entorno terapéutico, de aquellas mujeres que han sido diagnosticadas con anorexia y bulimia, rescatando estas experiencias desde su propia voz. Se han identificado las narrativas y significados ambiguos que giraban en torno al cuerpo femenino y a la salud; los actores y contextos que fueron parte de su experiencia su historia de vida; y finalmente las prácticas que se desencadenaron para el control del cuerpo.

Asimismo, la aproximación etnográfica a un centro de salud mental, la observación de terapias y la cotidianidad de esta institución; y el recojo de las narrativas del mismo personal de salud ayudó a comprender más las experiencias de las mujeres diagnosticadas con anorexia y bulimia. Esto nos ha permitido cuestionar cómo la biomedicina está construyendo sus sujetos, identifica patologías en ellos, y cómo las estrategias de “normalización” frente a un malestar son experimentadas por las usuarias.

Los principales hallazgos que se han podido encontrar en esta investigación para responder la pregunta de investigación: **¿Cuáles son las narrativas y prácticas en torno al cuerpo femenino y a la salud en las mujeres jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia?**, tuvieron como ejes las tres esferas de interacciones y experiencias con distintos actores y en distintos espacios como productores de significados: las experiencias previas al entorno terapéutico, la búsqueda de información en los medios de comunicación como una actividad más solitaria y que evidenciaba la estigmatización del tema; y el entorno terapéutico y el personal biomédico.

Analizando las “narrativas” y las historias de vida desde la experiencia etnográfica

En primer lugar, esta investigación ha permitido reflexionar en torno a lo que se ha concebido como “narrativas” a lo largo de la literatura antropológica (sobre todo la antropología médica). Autores como Byron Good y Arthur Kleinman señalaban que a través de las narrativas, uno podía tener acceso a la experiencia subjetiva de una persona enmarcada en un contexto sociocultural. Si bien se hace énfasis en el “contexto” en esta definición, cuando un investigador decide hacer historias de vida, uno puede ver que no solo se trata de recoger un reporte sobre experiencias desde la percepción de una persona, sino que uno debe prestar mucha atención a la forma cómo se cuenta, el uso de palabras, las repeticiones e incluso silencios ante determinadas preguntas. Todo esto pudo ser visto a lo largo del trabajo de campo realizado, en el que resultó de gran importancia la realización de varias entrevistas a

las mismas informantes para completar las historias de vida. Permitió ver que recuerdos, etapas de vida, contextos y actores fueron de gran importancia para ellas, y también formaban parte de la explicación de su condición actual.

Tal como dice Charles Briggs, esto nos develaría las estructuras de poder en la cual están sujetos los informantes y en consecuencia develarnos más de su contexto sociocultural y de su experiencia subjetiva. En este caso sería la tensión entre el control del cuerpo femenino empujándolo a encajar ciertos cánones de belleza, y a la vez patologizándolo cuando llega a la delgadez extrema, como parte de estar en contacto con un entorno terapéutico. Además añadido que algo que enriqueció bastante el recojo de narrativas fue definitivamente la triangulación con la observación a los espacios terapéuticos y medios de comunicación que ellas accedieron en determinadas épocas. Asimismo, como señala Mattingley, es de gran importancia prestar atención a la influencia de los terapeutas en sus propias narrativas, ya que parte de su tratamiento consiste en relatar sus historias.

Frente al discurso biomédico que se constituye como oficial sobre lo que es la anorexia, bulimia y quién es una persona con anorexia y bulimia, es de gran importancia rescatar las vivencias personales y percepciones de las mismas personas que han sido diagnosticadas en distintas etapas de su vida para poder comprender este tipo de malestares en un contexto sociocultural más amplio donde confluyen ideales de femineidad sobre el cuerpo, vigilancia, control y agresiones hacia el cuerpo femenino, y cánones de belleza para adquirir status y ser aceptados.

Experiencia corporal ambigua: delgadez como salud y como enfermedad

Al tomar en cuenta un contexto sociocultural en el cual la delgadez es valorada como símbolo de belleza en la mujer o representa un “estilo de vida saludable”, y las distintas prácticas alimentarias que giran en torno a ella, los llamados trastornos de la conducta alimentaria quedan en un ámbito ambiguo en función a su patologización y diagnóstico, y esto se ha podido ver tanto en las mismas informantes como en los terapeutas. Las nociones sobre salud y enfermedad se vuelven fluidas, ya que las mismas informantes consideran haber realizado prácticas consideradas e identificadas como saludables inicialmente por el mismo discurso biomédico (hacer ejercicio, comer poco, comer productos bajos en grasa, tener dietas vegetarianas o veganas), pero que a su vez ellas reconocen que su fin en ese entonces no era estar “saludables”, sino bajar de peso.

Asimismo, ligado a las nociones de salud y enfermedad, también se pudo contrastar los significados de la delgadez con la gordura, viendo que cuando se llega a la delgadez extrema generalmente los espectadores reaccionan con lástima o victimizando a la persona; mientras que la gordura es fuertemente sancionada a través de la violencia, burlas o insultos. En ese sentido, la delgadez no solo es percibida como belleza, sino también como una expresión de autocontrol, cuidado e incluso “amor” o “preocupación” por uno mismo.

La anorexia como una experiencia de ganar y perder constantemente el control sobre el cuerpo en tanto femenino

La experiencia de vivir con anorexia se constituye como una tensión entre los extremos de estar en completo control de su cuerpo o haberlo perdido por completo, dependiendo de los significados en torno a la salud y enfermedad que se manejen sobre el cuerpo femenino. Los casos desarrollados, se han tratado de personas que han sido duramente criticadas por su cuerpo y también pasaron por etapas muy violentas en su vida, donde su cuerpo era muchas veces el agredido físicamente y sexualmente, o visto como el culpable de la violencia. A través de estas experiencias de control y violencia, se vio cómo se internalizaban valoraciones sobre el cuerpo en tanto femenino de manera normativa y a través de relaciones de poder, como señala Joan Scott (1986).

A partir de esto, las informantes, como una búsqueda de aceptación y adaptabilidad en este contexto donde su cuerpo era el odiado, buscan estrategias para poder tener el control de su cuerpo y poder convertirlo en lo que ellas desean o en lo que ellas consideran que se sentirán cómodas. Esta búsqueda de control puede ser vista como una manera de adaptarse a la sociedad, pero también, al adoptar prácticas alimentarias y purgativas no convencionales, la búsqueda de control se convierte más en una opción totalmente personal. Frente a sus vivencias personales anteriores, el hecho de sentirse capaces de poder manejar su cuerpo, modificarlo, adornarlo y hacerlo “bello”, se vuelve un logro para ellas mismas. En ese sentido, se rescata también el discurso del “amor por uno mismo” y el “cuidado personal” considerados como saludables y moralmente superiores en nuestro contexto sociocultural. Si bien este control del cuerpo se traduce como una forma de agencia, de igual manera se enmarca en las demandas y valoraciones socioculturales sobre lo femenino. Como señala Butler (1996) el género se constituye como una forma de organizar y situar ciertas normas culturales en el propio cuerpo.

Sin embargo, algunas de estas prácticas suponen limitaciones al ser bastante estrictas. La vigilancia de los padres y de la escuela empieza a configurar un entorno en el cual ellas empiezan a perder ese control ganado sobre su cuerpo, al ser sancionadas como enfermas por su delgadez o por sus prácticas purgativas. Esta pérdida de control supone un malestar y confusión para la persona, ya que nuevamente entra en este ámbito de ser vigilada, sancionada y cuestionada.

Al entrar al a un entorno terapéutico a ser normalizada, esta persona es percibida por el personal de salud, al ser catalogada como enferma y como incapaz de asumir el control sobre sí misma hasta que sea normalizada. Mediante técnicas de normalización como lo son las mismas terapias, las prácticas alimentarias, la vigilancia, entre otros, las informantes van internalizando una “nueva manera de controlar el cuerpo”, que es validada y legitimada por la biomedicina como saludable. Incluso, para dar esta sensación de control, los terapeutas y las informantes señalan que negocian constantemente lo que quieren comer, el peso al que quieren llegar, las actividades

físicas, entre otros. Sin embargo, frente al hecho de saber que probablemente vayan a tener recaídas o deslices en el proceso de recuperación, se vive constantemente la tensión y miedo de perder el control nuevamente.

La delgadez como invisibilización y las experiencias de acoso y abuso sexual: un significado poco explorado desde el enfoque de género

Se ha visto que el fin último de una persona diagnosticada con anorexia, la delgadez, ha sido un atributo generalmente valorado en tanto que significa belleza y aceptación. Sin embargo, un significado que fue encontrado en esta investigación fue el de la invisibilización, y esto no se encuentra ligado a una valoración positiva en la sociedad occidental. Se ha podido ver que más allá de los comentarios en torno al cuerpo como parte de la vigilancia y sanción que se le da al cuerpo femenino por no encajar en ciertos estándares de belleza, el tema de la violencia de género (visto en casos de acoso y abusos sexuales) también representaba una forma de controlar el cuerpo en tanto que las mismas informantes describían que no les agradaba ver su cuerpo voluptuoso, ya que llamaba la atención de los hombres.

Las experiencias de acoso y abuso sexual se constituyen como una naturalización del derecho de apropiarse del cuerpo femenino que es percibido en condiciones de desprotección, como señala Rita Segato (2003: 31). Se vio que la mayoría de informantes que habían sido víctimas de abuso o acoso, habían tenido estas experiencias desde temprana edad por personas mayores que se configuraban como actores que tenían una posición de autoridad frente a ellas en esos contextos, por ejemplo un familiar mayor, el sastre del colegio o el curandero.

En ese sentido, más allá de encajar con estándares de belleza, el cuerpo femenino se convierte en un cuerpo odiado, ya que se percibe a sí mismo, debido a las relaciones de poder de género, como el responsable en tomar acciones para que esto no vuelva a suceder o incluso como el culpable de esta experiencia. Esto quiere decir, que las formas de agencia y respuesta de las mismas mujeres quedan enmarcadas en estas relaciones de poder. Se requiere que los estudios de género y la antropología médica, realicen investigaciones sobre lo vinculadas que están los diagnósticos de anorexia y bulimia frente a un contexto de violencia de género, ya que de esto también parte cómo se percibe y se trabaja el cuerpo.

La anorexia y la bulimia y sus prácticas de modificación corporal en un contexto capitalista y neoliberal

En el contexto capitalista y neoliberal en el cual se encuentra enmarcada actualmente la anorexia, se ubican los avances tecnológicos y la biomedicina ofreciendo una infinidad de posibilidades y elecciones sobre como moldear y modificar el cuerpo hacia lo que uno desea. Asimismo, ligado a este contexto, los valores neoliberales resaltan la individualización del sujeto, señalando que se exalta el éxito individual de una persona, el autocontrol y disciplinamiento. En ese sentido, las mujeres, quienes como dice Bordo (2003) han estado ligadas estrechamente a su

cuerpo, a partir de este contexto aumentan sus posibilidades de alcanzar su ideal de cuerpo que es la delgadez.

Prácticas de modificación corporal como las dietas, la restricción de alimentos, los ejercicios surgen como estrategias que llevan a la modificación corporal que son bastante populares en la mayoría de personas y especialmente las mujeres. Asimismo, de acuerdo al nivel socioeconómico donde las informantes se ubicaban, podían tener acceso a otros tipos de estrategias de modificación como los masajes, fajas o acceso a nutricionistas particulares o dietas más personalizadas y sofisticadas. Mari Luz Esteban (2013) señala que justamente el control del cuerpo a través de estas prácticas se convierte en un control social muy eficaz donde se articulan aspectos sociales, externos e individuales. Las personas son reguladas por demandas socioculturales en torno a su cuerpo femenino, pero al mismo tiempo ellas se convierten en protagonistas y agentes directos de este control y modificación.

Sin embargo, cabe resaltar que también surgen otras estrategias menos populares y aceptadas como la devolución de comida, el uso de laxantes y la autolesión. Estas prácticas regulatorias y modificadoras del cuerpo usualmente son consideradas como síntomas de enfermedad para otro tipo de patologías; y en el marco de bajar de peso, son vistas como anormales y posteriormente se constituyen como signos de malestar al ver la reacción de otros actores frente a estas prácticas, o también al verse limitadas fisiológicamente de poder hacerlo por la pérdida excesiva de peso o la presencia de sensaciones de malestar en su cuerpo. Asimismo, como señala Littlewood (2002) prácticas como la devolución de comida luego de comer grandes cantidad que pueden ser vistas como más patologizables, responder a la misma normativa y exigencia de delgadez a las mujeres.

Los medios de comunicación como construcción de la realidad y significados desde el punto de vista ontológico

Respecto a los medios de comunicación, en esta investigación se decidió no tomar el punto de vista bastante simplificado de ver a los medios como parte de las causas de la anorexia y bulimia. Los hallazgos en esta investigación me permitieron ver que la interacción con los medios era parte de la ontología en cómo las informantes construían su forma de ver al mundo, y en este caso la delgadez, posteriormente la anorexia como patología y a grandes rasgos los significados en torno a la salud y enfermedad. Tal como señalan Brauchler y Postill (2010) los medios son usados estratégicamente para dar un sentido ontológico de su propia realidad y experiencias a través de la búsqueda de información.

A través de los conceptos de prácticas mediáticas como este ejercicio de incorporar “saberes” presentes en los medios, también es importante hablar de subjetividades mediatizadas (Fernández 2013) en tanto que el sujeto se muestra activo frente a esta búsqueda de información, pero que a su vez se ve enmarcado en discursos hegemónicos presentes en los medios como los ideales occidentales de

belleza en torno al cuerpo femenino (Da Porta, 2014). Los medios digitales como el Internet sobre todo, se convirtieron la esfera en la que buscaban más motivaciones para bajar de peso, en la que encontraban información a la cual no podían tener acceso en persona, o podrían ser considerados temas tabúes de hablar en público. El consumo de imágenes de referentes de belleza propiciaba la comparación y el recuerdo de lo que debían llegar a ser como es señalado por Featherstone (1982).

Por otro lado, resultaba interesante que en los medios online pro anorexia había más libertad de elegir que querían ver o leer, incluso teniendo contacto con un discurso alternativo frente a la mirada patologizante de la anorexia y bulimia, que era un refuerzo para seguir haciendo sus prácticas alimentarias y purgativas para bajar de peso. Estas páginas tenían importancia para las informantes en tanto que podían estar en contacto con personas que vivían experiencias similares al estar en un contexto donde las dietas o purgaciones eran desaprobadas, y también donde veían las historias que les habían llevado a esas páginas. Asimismo, cabe resaltar como señala Deiana (2011) el uso instrumental y estratégico del discurso biomédico en estas páginas, en tanto que aporten a la mirada despatologizada de la anorexia y bulimia.

A diferencia de la búsqueda voluntaria de los medios anteriormente mencionados, también se encuentra la interacción con las telenovelas melodramáticas como “Lo que Callamos las mujeres”, donde se insertaban miradas patologizantes, y que fueron fortuitamente vistos por las informantes. A partir de lo visto en estos programas, algunas informantes pudieron elaborar sus propios autodiagnósticos identificándose con lo que leían o veían a través de los medios. Como señalaba Shimpach (2011) en el capítulo V, la acción de ver un medio de comunicación se ve influenciada por experiencias previas, de tal manera que se pueden incorporar los valores difundidos e influenciados por el discurso biomédico, donde se ve a la anorexia como una enfermedad.

En ese sentido, la interacción con los medios de comunicación resultaba ser una actividad que era realizada de manera solitaria por la estigmatización del tema en el ámbito público y también por la carencia de información que hay sobre el tema. Para las informantes principales esta interacción representaba al mismo tiempo un enlace con dos tipos de discursos: el discurso pro anorexia para seguir bajando de peso, y al mismo tiempo las primeras miradas patologizantes donde empezaban a realizar sus primeros autodiagnósticos.

El dualismo cartesiano y las limitaciones del discurso biomédico en la conceptualización de la anorexia

Los criterios de diagnóstico, la identificación de síntomas y la búsqueda de causas son las formas en las que la biomedicina trata de entender un trastorno y poder calificarlo como tal. La anorexia no es ajena al dualismo cartesiano que ha estado presente como lógica por parte de la biomedicina (O'Connor y Van Esterik, 2015), pero justamente la construcción psiquiátrica de la anorexia como enfermedad representa

una tensión con el legado cartesiano (Scheper Hughes y Lock, 1987: 9), al poder estar en el cuerpo (como enfermedad orgánica y fisiológica), pero a la vez al estar en la mente. Se ha visto constantemente que la anorexia es percibida tanto por las informantes como por los terapeutas como algo mental (y en ese sentido percibido como una condición por los pensamientos de bajar de peso) y como algo físico (manifestado en la delgadez extrema); y justamente este abordaje de rehabilitación fisiológica es el más criticado. Asimismo, también se vio que el hecho de “verse gorda, pero estar delgada”, desde la biomedicina puede interpretarse como una disasociación entre cuerpo y mente, y como parte de la patología.

Asimismo, el concebir a la anorexia como una enfermedad mental es bastante limitante para el discurso biomédico, ya que no se puede “ver” ni es “tangible” el malestar; y a su vez, esta concepción puede ignorar la gran influencia del contexto sociocultural y los ideales de femineidad sobre cómo una persona percibe su propio cuerpo. Sin embargo, cuando se decide tomar en cuenta la sociedad y la cultura como “causas” de la anorexia, se consideraban las causas culturales —como el ser mujer, la adolescencia como etapa de vida y la influencia de los medios— separadas de las causas biológicas o genéticas. En ese sentido, las explicaciones de los terapeutas pueden caer también en una dicotomía en torno al individuo y la sociedad como esferas separadas y autónomas que no dialogan. Tal como señala Esteban (2010) y Martínez Hernández (2007) la biomedicina generalmente operacionaliza los factores socioculturales llevando a un reduccionismo en la comprensión de las experiencias complejas vividas. Al recoger las experiencias de las informantes y otras maneras propias de explicar la anorexia y bulimia, uno podía ver que habían maneras de percibir y explicar la anorexia que se manifestaba más como continuos que como dicotomías o que las explicaciones escapaban de la biomedicina, como el soporte religioso y las experiencias de abuso como forma de hacer al cuerpo femenino odiado.

Esto desemboca en tratamientos biomédicos demasiado estrictos y enfocados en la eficacia de la recuperación fisiológica de la paciente, de tal manera que se le quita agencia y se trata de vigilar cada acto que realice. Por lo relatado por las terapeutas en la Clínica X, la mayoría casos que han llegado a esa clínica se han encontrado en desnutrición crónica (IMC por debajo de 15), casos que no podían continuar su vida cotidiana debido a las prácticas purgativas sobre todo (atracones y vómitos), o casos que tenían demasiado conflictos familiares y con su entorno por las restricciones y vómitos. Al menos en las informantes que se han tenido en cuenta, como en lo relatado por los terapeutas, no ha habido casos de personas aparentemente “funcionales” en su vida diaria que hayan decidido internarse.

Encuentros y desencuentros sobre la anorexia entre los terapeutas y las jóvenes diagnosticadas

La experiencia de ser diagnosticada para una persona causa un impacto bastante grande en los marcos interpretativos de esta y también tienen una gran influencia en la experiencia corporal. A lo largo de las narrativas de las mujeres jóvenes

diagnosticadas con anorexia, y a su vez la triangulación con las narrativas de los propios terapeutas, se pudo ver que al estar en tratamiento, la manera cómo perciben el mundo, sus experiencias y su cuerpo se encuentra influenciado por el discurso biomédico. Sin embargo, también surgen reflexiones propia sobre como sienten y perciben su cuerpo que no necesariamente coinciden con lo que señala el discurso biomédico.

En primer lugar, se vio cómo las sensaciones de malestar por tener anorexia pueden ser percibidas de distintas maneras, frente a lo que los terapeutas ven, y frente a lo que las informantes sienten. Al ser las informantes calificadas como “enfermas” generalmente se tiende a deslegitimar su punto de vista, a pesar de ser su propio cuerpo del cual se habla. Asimismo, otro desencuentro entre informantes y terapeutas, es la llamada “dismorfia corporal” como una manera de hacer visible el hecho que es “irreal” cómo ellas se están percibiendo. Si bien los terapeutas señalan que bajo una mirada empírica (es decir, al tener unidades y estándares de medición) claramente las informantes están delgadas a pesar de que ellas digan que están gordas y necesitan bajar de peso; esto no quita la sensación de sentirse gorda, lo cual es completamente válido y no debe ser deslegitimado, sino al contrario, abordado a partir de este malestar de sentirse gordas, ya que después de todo las valoraciones negativas hacia la gordura han sido construidas social y culturalmente.

Por último, otro gran desencuentro y tema debatido a lo largo del capítulo 6, fue la posibilidad de recuperarse. La mayoría de terapeutas sostenían que no era posible la recuperación, ya que si bien la paciente podía volver a comer o engordar, esto no quitaba que deje de pensar en bajar de peso o se siga viendo gorda. En ese sentido, los terapeutas solo aseguraban una posible estabilidad del paciente cuando esté avanzada en su tratamiento. Sin embargo, algunas informantes aseguraban que se les diga que iban a vivir con eso toda la vida, podía ser desmotivador frente a su proceso de recuperación y no deseaban sentirse constreñidas por ello. En ese sentido, las informantes hacían distinciones entre la recuperación física y la estabilidad emocional que conjugaba con sus vivencias al estar expuestas en un mundo donde la delgadez es altamente valorada.

Reflexiones sobre la práctica terapéutica y los supuestos sobre la anorexia y bulimia

La mirada antropológica y la experiencia etnográfica me ha permitido tener una perspectiva crítica sobre cómo se están abordando los casos de anorexia y bulimia en el Perú. En primer lugar, lamentablemente se han escuchado de lugares bastante autoritarios con medidas extremas de normalización sobre todo cuando se trata de las prácticas alimentarias, en las que las pacientes eran forzadas violentamente a comer o incluso a comer su propio vómito. Resulta preocupante que al ubicarse en una situación de poder como personal de salud, se reduzca por completo al paciente como una persona sin valor o como un objeto que “debe ser reparado” a toda costa, incluso haciendo uso de la violencia.

Por otro lado, también se vio que las reglas y vigilancia pueden ser contraproducentes para las mujeres diagnosticadas con anorexia y bulimia, ya que al haber pasado por experiencias de violencia previas sobre su cuerpo, las reglas son percibidas como necesarias a seguir las por un temor a una futura sanción; o incluso, las informantes comentaron que ya se estaban acostumbrando a ser vigiladas de tal manera que no fomentaban la autonomía en ellas para su posterior recuperación. Por último, la ausencia o manejo débil de un enfoque sociocultural para tratar un tema que está estrechamente ligada a la cultura es bastante visible. A veces esto supone inconsistencias—como las valoraciones de ser mujer desde una perspectiva esencialista—, de tal manera que las pacientes no son fomentadas a cuestionar su propio entorno.

Los retos de vivir con anorexia y bulimia

Finalmente, considero que uno de los grandes retos y dificultades para las informantes de vivir con anorexia y bulimia, es esta tensión constantemente mencionada sobre ser delgada para ser socialmente aceptadas, al ser este símbolo de belleza, salud y para pasar desapercibidas; pero que por otro lado el hecho de querer ser delgada signifique estar constantemente “rozando” con una patología, de la cual intentan recuperarse. Las informantes son conscientes de que la sociedad y sus valores sobre el cuerpo, la belleza y delgadez, no podrá cambiar repentinamente, y ellas se ven resignadas a tener que vivir en un mundo en el cual probablemente nunca se sientan cómodas consigo mismas al aceptar la anorexia como una condición.

Sin embargo, frente a esta visión, también surgen reflexiones que refutan al discurso biomédico y a ver a la anorexia como una enfermedad. Las informantes identifican una suerte de obligación moral a aceptarse como anoréxicas para asegurar en cierta forma su estabilidad, mientras que algunas informantes señalan que es posible la recuperación absoluta. El entorno terapéutico ha hecho mucho énfasis a una recuperación de cuerpo/mente, es decir tener un peso saludable en términos fisiológicos y que el miedo a engordar o estar gorda se reduzca considerablemente. Sin embargo, se invisibiliza un cuestionamiento hacia la construcción del cuerpo femenino y las valoraciones en torno a la delgadez y femineidad como partes de un contexto sociocultural mayor. Asimismo, más allá de ver al cuerpo como víctima o como receptor de significados, símbolos y demandas socioculturales, en las narrativas de recuperación desde los terapeutas y los casos informantes no está del todo presente las posibilidades de agencia o resistencia que pudieran tener desde su propio cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

Adler, P.A. and P. Adler (2008) 'The Cyber Worlds of Self-injurers: Deviant Communities, Relationships, and Selves', En: *Symbolic Interaction*. Vol. 31, nº1, 33–56.

Angus, L., & Mio, J. S. (2011). At the "Heart of the Matter": Understanding the Importance of Emotion-Focused Metaphor. En: *Patient Illness Narratives. Genre*, nº44, año 3, 349-361.

APA – Asociación Americana de Psiquiatría. (2000) Manual de diagnóstico y estadístico en los trastornos mentales. Consulta: 17 de Noviembre de 2016.

Ayora, S. (2007). El cuerpo y la naturalización de la diferencia en la sociedad contemporánea. En: *Nueva Antropología: Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 20, 89–118.

Axelsen, M. (2009). The Power of Leisure: "I Was an Anorexic; I'm Now a Healthy Triathlete." En: *Leisure Sciences*, Vol. 31, 330–346.

Bain, T (2012) In the Shadows of Eating Disorders: An Anthropological Exploration of Eating Disorders outside of the WEIRD-Female Population. En: Academia.edu. Consultado en: 16 de octubre de 2016. Disponible en: http://www.academia.edu/2300529/In_the_Shadows_of_Eating_Disorders_An_Anthropological_Exploration_of_Eating_Disorders_outside_of_the_WEIRD-Female_Population.

Bajtín, M. (2000) *Yo también soy. Fragmentos sobre el otro*. México D.F.: Taurus.

Bazán, J. (2012) "Anorexia mental ligada a la cultura." Ponencia presentada en: 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012. Febrero 2012. Consulta: 10 de julio de 2015 Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5224>

Becker, G. (2004). "Phenomenology of Health and Illness". En: *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures* (pp. 125-136), Ember, C. y Ember, M.(eds.)New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Behar, Rosa (2004) "La identidad de género en la etiopatogenia de los trastornos del hábito del comer". En: R. Behar y G. Figueroa (eds.) *Anorexia nerviosa y bulimia*, Santiago de Chile: Mediterraneo.

Black, D. (2011) A Brief Definition of Mindfulness. En: *Mindfulness Research Guide*. Disponible en: <http://www.mindfulexperience.org>

Boero, N., & Pascoe, C. J. (2010). *Anas, Mias and Wannas: Authenticity and Embodiment in Pro-Anorexia Discussion Groups*. Presentada en la conferencia "Gender, Bodies and Technology".

Boero, N. y C.J. Pascoe (2012). "Pro-anorexia Communities and Online Interaction: Bringing the Pro-ana Body Online" En: *Body Society*, vol. 18 no. 2, pp 27-57.

- Boniel-Nissim, M., & Latzer, Y. (2016). The Characteristics of Pro-Ana Community. En: Y. Latzer & D. Stein (Eds.), *Bio-Psycho-Social Contributions to Understanding Eating Disorders* (pp. 155–167). Springer International Publishing.
- Bordo, Susan (2003) *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. California: University of California Press.
- Bourdieu, P. (1997). *Capital Cultural, Escuela y Espacio Social*. Madrid: Siglo XXI
- Bourdieu, P. (1997) *Outline of Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boyd, D. (2014) *'It's complicated': The social lives of networked teens*. New Haven: Yale University Press.
- Bradley, H. (1996) *Fractured Identities: Changing Patterns of Inequality*. Cambridge: Polity Press.
- Braidotti, R. (2004) *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Brauchler, B. y Postill, J. (2010) *Theorising media and practice*. Bristol: Berghahn Books.
- Brewis, A. (2011) *Obesity. Cultural and biocultural perspectives*. London: Rutgers University Press.
- Briggs, C. (1996) *Disorderly discourse: Narrative, conflict, and inequality*. New York y Oxford: Oxford University Press.
- Brotsky, S., & Giles, D. (2007). Inside the “Pro-ana” Community: A Covert Online Participant Observation. En: *Eating Disorders, Vol. 15*, 93–109.
- Brumberg, J. (1988). *Fasting Girls: the emerge of anorexia nervosa as a modern disease*. Londres: Harvard University Press.
- Butler, J. (1989) “Foucault and the Paradox of Bodily Inscriptions” En: *The Journal of Philosophy*, vol. 86, nº 11.
- Butler, J. (1996) “Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig Y Foucault”. En: Lamas, M. (Ed.) *El género, la construcción cultural de la diferencia*. México: UNAM Programa Universitario de Estudios de Género.
- Butler, J. (2007) “From Bodies that Matter”. En: *Beyond the Body Proper*. Lock, M. y Faquar, J. (Eds.) Dunham: Duke University.
- Campero, R. (2011) “Los cuerpos de la violencia” En: *Pánico en crisis, contra psicología y estudios críticos*, año 3, pp. 16 – 22.

- Carrillo, V. (2001). *La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Carrillo, V. (2003). Anorexia y bulimia ¿la publicidad víctima o culpable? En: *Revista Latinoamericana de Comunicación CHASQUI*, n° 83, 29–33.
- Chang, P., & Bazarova, N. (2016). Managing Stigma: Disclosure-Response Communication Patterns in Pro-Anorexic Websites. En: *Health Communication*, Vol. 31 (n° 2), 217–229.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.
- Chernin, K. (1985) *The Hungry Self. Women, Eating and Identity*. New York: Times Books.
- Chernin, K. (1983) *Womansize. The Tyranny of Slenderness*. Londres: The Women's Press.
- Comaroff, J. (1985) *Body of Power, Spirit of Resistance. The Culture and History of a South African People*. Chicago: University of Chicago Press.
- Couldry, N. (2003) *Media Rituals: A critical approach*. London and New York: Routledge.
- Crawford, R. (1984) "A cultural account of 'health': control, release and the social body." En: J. McKinlay (Ed.) *Issues in the Political Economy of Health care*, New York: Tavistock.
- Crossley, N. (2012) "Phenomenology of the Body" En: Turner, B. (Ed.) *Routledge Handbook of Body Studies*. New York: Routledge.
- Csordas, T. (1990) "Embodiment as a Paradigm for Anthropology" En: *Ethos*, vol. 18, n°1, pp. 5 – 47.
- Da Porta, E. (2014) Mediatización y subjetividades contemporánea. Aportes para su Estudio. Trabajo presentado en el Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación realizado en la Pontificia Universidad Católica del Perú en el 2014. Disponible en: <http://congreso.pucp.edu.pe/alaic2014/wp-content/uploads/2013/09/GT9-Eva-Da-Porta.pdf>
- Deiana, F. (2011) "Nadie dijo que fuera fácil ser una princesa: una etnografía virtual de las webs Pro-Ana" En: *Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 6, n° 2. Madrid: Antropólogos Iberoamericanos en Red.
- De Barbieri, T. (1993) Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. En: *Debates en Sociología*, Nro. 18, México.

De Lauretis, T. (1992) "Semiótica y experiencia". En: *Alicia ya no. Feminismo, semiótica y cine*. Madrid: Cátedra; 251 – 294.

Eckermann, L. (1997) "Foucault, embodiment and gendered subjectivities: The case of voluntary self-starvation" En: A. Petersen y R. Bunton (eds) *Foucault, health and medicine*,. Londres: Routledge.

Edgley, C. (2006). *The Fit and Healthy Body: Consumer Narratives and the Management of Postmodern Corporeity*. En W. Dennis & V. Phillip (Eds.), *Body/Embodiement. Symbolic interaction and the sociology of the body*. Hampshire: Ashgate.

Ember, C. y M. Ember (2004) *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Culture*. New York: Kluwer Academic /Plenum Publishers.

Esteban, M.L. (2013) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Fabrega Jr., H., & Miller, B. (1995). *Toward a More Comprehensive Medical Anthropology: The Case of Adolescent Psychopathology*. En: *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 9 (nº4), 431–461.

Featherstone, M. (1988) "The Body in Consumer Culture". En: M. Featherstone, M. Hepworth y B. Turner (Eds.) *The Body*. Londres: Sage.

Featherstone, M. (2010) "Body, Image and Affect in Consumer Culture" En: *Body and Society*, vol. 16, nº 1, 193 – 121. Sage.

Fernandez, M. (2013) "Imaginarios tecnológicos y subjetividades juveniles en condiciones de mediatización". En: *Ecos de la Comunicación*.

Foucault, M. (1968) *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Argentina: Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (1990) *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (2003). *Historia de la sexualidad (Vol I: La voluntad del saber)*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (2003). *Historia de la sexualidad (Vol II: El uso de los placeres)*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (2004a) *La arqueología del saber*. Buenos Aires y Mexico D.F.: Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (2004b). *Historia de la locura en la época clásica, I*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (2005b) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo Veintiuno.

- Foucault, M. (2007) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M (2012) *El nacimiento de la biopolítica*. Curso del Collège de France (1978-1979). Madrid: Akai.
- Foucault, M. (2013) *El orden del discurso*. México D.F.: Tusquets.
- Freeman, C. (2011) "Neoliberalism. Embodying and Affecting Neoliberalism" En: Marcia-Lees, F. (Ed.) *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*. Blackwell.
- Frost, L. (2001) *Young Women and The Body*. Hampshire: Palmgrave.
- Gamson, W., D. Croteau, W. Hoynes y T. Sasson (1992) "Media images and the social construction of reality". En: *Annual Review of Sociology*, nº19, pp. 373 – 393.
- García Canclini, N. (1995) *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. México: Grijalbo.
- Garrett, C. (1997). Recovery from Anorexia Nervosa: A Sociological Perspective En: *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 21, 261–272.
- Giddens, A. (1997) *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Editorial Península.
- Giles, D. (2006) 'Constructing Identities in Cyberspace: The Case of Eating Disorders', En: *British Journal of Social Psychology*. Vol. 45(3): 463–77.
- Ginsburg, Faye (2013), "Disability in the Digital Age". En: Miller, D. y Horst, H. (Eds.), *Digital Anthropology*, London: Bloomsbury.
- Goffman, E., & Goffman, E. (1970). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. United Kingdom: Penguin.
- Goffman, Erving (1982), *Interaction ritual. Essays on face-to-face behavior*. New York: Pantheon.
- Goffman, E. (1993) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. (1994). "The narrative representation of illness". En: Good, B. (Ed.) *Medicine, rationality, and experience*, 135-165. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, B. y Good M.J. (1982) "Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories: "Fright Illness" and "Heart Distress" in Iran. En: A. Marsella y M. White (eds.) *Cultural Conception of Mental Health and Therapy*. Boston: Reidel.
- Gooldin, S. (2008). Being Anorexic. Hunger, Subjectivity and Embodied Morality. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 22 (nº 3), 274–296.

Gracia Arnaiz, M. (2010) “Engordar, adelgazar, enfermar: algunas reflexiones sobre alimentación”. En: M. Esteban, J. Comelles y C. Mintegui (eds.) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Gracia Arnaiz, M. (2014) Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimenticios. En *Política y Sociedad*, Vol. 51, nº 1, 73-94.

Gracia Arnaiz, M. y Comelles, J. (2007) *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Editorial Icaria.

Hall, S. (2003) “¿Quién necesita ‘identidad’?” En: Hall, S. y Du Hay, P. (Eds.) *Cuestiones de Identidad Cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.

Harding, S. (1987) ¿Existe un método feminista? En: Bartra, E. (Ed.) *Debates en torno a una metodología feminista*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2012.

Healicon, A. (2015) *The Politics of Sexual Violence: Rape, Identity and Feminism*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Herlinghaus, H. (2002) “La imaginación melodramática. Rasgos intermediales y heterogéneos de una categoría precaria” En: *Narraciones anacrónicas de la modernidad melodrama e intermedialidad en América Latina*. Santiago: Editorial Cuarto Propio.

Heyes, C. (2009) “Diagnosing Culture: Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery” En: *Body and Society*, vol. 15, nº 14, 73 – 93.

Hinton, D. y Hinton S. (2002) “Panic Disorder, Somatization, and the New Cross-Cultural Psychiatry: The Seven Bodies of a Medical Anthropology of Panic” En: *Culture, Medicine and Psychiatry*, nº 26, 155-178.

Honeycutt, K. (1999) Fat world/thin world: “Fat busters,” “equivocators,” “fat boosters,” and the social construction of obesity. En: *Interpreting Weight: The Social Management of Fatness and Thinness*, ed. J. Sobal and D. Maurer, 165–182. New York: Aldine de Gruyter.

Horst, H. y Miller, D. (2014) *The Digital and the Human: A Prospectus for Digital Anthropology*. En: Miller, Daniel y Horst, Heather, *Digital Anthropology*, London: Bloomsbury.

Jury, M. y Jury, D. (1986) *Bizarre Rituals: Dances Sacred and Profane*. Documental.

Kleinman, A. (1978). “What Kind of Model for the Anthropology of Medical Systems?”. En: *American Anthropologist*, New Series, Vol. 80, (Nº 3) ,661-665

Kleinman, A. (1988) *The Illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.

- Kleinman, A y Seeman, D (2000). Personal experience of illness. En: Albrecht, G., Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, S. (eds.) *The Handbook of Social studies in health and Medicine*. Sage Publications
- Kogan, L. (2003) "La construcción de los cuerpos o los cuerpos del capitalismo tardío" En: *Persona*, vol.6, 11-21.
- Kopczynska, E. y Zielinska, K. (2016) Feeding the Body, Feeding the Gender: Dietary Choices of Men And Women in Poland. En: *East European Politics and Societies and Cultures*, vol. 30, nº 1.
- Lamas, M. (2002) *Cuerpo, diferencia sexual y género*. México: Editorial Taurus.
- Lave, J. and Wenger, E. (1991) *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lavis, A. (2011). *The Boundaries of a Good Anorexic: Exploring Pro-Anorexia on the Internet and in the Clinic* (Tesis doctoral). Goldsmiths Research Online.
- Littlewood, R. (2002). *Pathologies of the West: an anthropology of mental illness in Europe and America*. Ithaca: Cornell University Press.
- Lester, R. J. (1997) "The (Dis)Embodied Self in Anorexia Nervosa." En: *Social, Science and Medicine*, Vol. 44, nº4, 479 – 489.
- Lock, M. (1993) "Cultivating the Body Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge" En: *Annual Review Anthropology*. Nº22, pp. 133- 155.
- Lock, M. (2004). "Medicalization and the Naturalization of Social Control". En Ember, C. y Ember, M.(eds). *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures* (pp. 116-124). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Lupton, D. (1996) *Food, the Body and the Self*. London: Sage.
- Lupton, D. (1997) Foucault and the medicalization critique. En: *Foucault, Health and Medicine*. Londres: Routledge.
- Lupton, D. (2013) *Fat*. Londres: Routledge.
- Malson, H. (1998) *The Thin Woman: Feminism, Post-Structuralism and the Social Psychology of Anorexia Nervosa*. Londres: Routledge.
- Mattingley, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. En: *Annual Reviews Anthropology*, Vol. 24, 95–117.
- Martínez Hernández, A. (2007) "Cultura, enfermedad y determinismo médico. La antropología médica frente al determinismo biológico". En: Esteban, M.L. (Ed.)

Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas. OSALDE: Bilbao.

Mauss, M. (1985) Techniques of the body. En: *Economy and Society*, Año 2. Pp. 70 – 88.

McHoul, A., & Grace, W. (2002). *A Foucault Primer. Discourse, power and the subject.* London y New York: Routledge.

Menéndez, E. (1990) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones.* México D.F.: CIESAS.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* México D.F.: Lugar Editorial.

Messer, E. (1984) Anthropological Perspectives on Diet. En: *Annual Review of Anthropology*. Año 13. Pp. 205 – 249.

Merleau-Ponty, M. (1985) *From the Phenomenology of Perception.* Barcelona: Planeta.

Miller, D. y Slater, D. (2000) *The Internet: An Ethnographic Approach.* Oxford: Berg.

Miller, D. (2011) *Tales from Facebook.* Wiley.

Ministerio de Salud (2010) Alerta DIGEMID N° 9. Suspensión de sibutramina por riesgo cardiovascular.

Ministerio de Salud (2016) Número de casos por trastornos de la conducta alimentaria. Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2016. Inédito.

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice.* Durham: Duke University Press.

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (2016) Eating Disorder Statistics. Fecha de consulta: 1 de setiembre de 2016. Puede verse en: <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>

National Institute of Mental Health (2014) *Eating Disorders: About more than Food.* Fecha de consulta: 15 de octubre de 2016.

Nightingale, V. (2011) "Search and Social Media" En: *The Handbook of Media Audiences*, ed. V. Nightingale. Londres: Wiley Blackwell.

O'Connor, R., & Van Esterik, P. (2008). De-medicalizing anorexia. A new cultural brokering. *Anthropology Today*, Vol. 24, 6–9.

Orbach, S. (1986) *Hunger Strike: The Anorexic's Struggle as a Metaphor for Our Age.* Londres: Faber y Faber

Orbach, G. (1988) *Fat is a Feminist Issue.* Londres: Arrow Books.

- Ortner, S. (1979) “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?” En: Harris y Young, K. (Ed.), *Antropología y Feminismo*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Petersen, A. y Bunton, R. (1997) *Foucault, Health and Medicine*. Londres: Routledge.
- Pink, S. et al (2016), “Researching Social Worlds”, en: S. Pink (ed.) *Digital Ethnography. Principle and Practices*, London: Sage.
- Prince, R. (1985). The concept of culture-bound syndromes: Anorexia nervosa and brain-fag, En: *Social Science & Medicine*, 21, 197–203.
- Rubín, G. (1986) “El tráfico de Mujeres; normas sobre la economía política del sexo”. En: *Nueva Antropología*, Vol. VIII, nº. 30, México.
- Russell, G. (2003) “La esencia de la anorexia nerviosa: evaluación histórica y síntomas principales”. En: Rojo, L. y Cava, G. (eds.) *Anorexia nerviosa*, Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Saukko, P. (2008) *The anorexic self: a personal, political analysis of a diagnostic discourse*. New York: State University of New York Press.
- Scheper Hughes, N. y Lock, M. (1987) “The Mindful Body: A prolegomenon to future work in medical anthropology” En: *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, nº1.
- Schott, N., Spring, L. y Langan, D. (2016) “Neoliberalism, Pro ana/mia Websites, and Pathologizing Women: Using Performance Ethnography to Challenge Psychocentrism”. En: *Studies in Social Science*, vol. 10.
- Scott, J. (1990) “El Género: una categoría útil para el análisis histórico”, En: Amelang, James y Mary Nash (Eds.), *Historia y Género, las mujeres en la Europa Moderna y contemporánea*. Edicions Alfons El Magnanim, Instituto Valencian de Estudios e Investigación, 23-55.
- Scott, J. (2011) ¿Género, todavía una categoría útil para el análisis? En: *La manzana de la discordia*. Enero - Junio Año 2011, Vol. 6, Nº 1 95-101.
- Segato, R. (2003) *Las Estructuras Elementales de la Violencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Shilling, C. (1993) *The Body and Social Theory*. Londres: SAGE.
- Shimpach, S. (2011) “Viewing” En: *The Handbook of Media Audiences*, ed. V. Nightingale. Londres: Wiley Blackwell.
- Shohet, M. (2007). “Narrating Anorexia: “Full” and “Struggling” Genres of Recovery”. En: *Ethos*, Vol. 35 (nº 3), 344–382.
- Singer, M. (2004). “Critical Medical Anthropology”. En Ember, C. y Ember, M.(eds). *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures* (pp. 23-30). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Sossa, A. (2011) Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. En: Polis. Revista latinoamericana, nº 28. Consulta: 29 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://polis.revues.org/1417>

Sorial, S. y Poltera, J. (2015) "Rape, women's autonomy and male complicity" En: *Women and Violence. The Agency of Victims and Perpetrators*, eds. H. Marway y H. Widdows. Londres: Palgrave Macmillan.

Stolcke, V. (2010) Antropología médica: ¿biología y/o cultura? En: *Antropología, género, salud y atención*. Esteban, M., Comelles, J. y Diez, C. (eds.) Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquía.

Stefanone, M. y Jang, C. (2008) Writing for Friends and Family: The Interpersonal Nature of Blogs. En: *Journal of Computer-Mediated Communications*, nº 13, 123-140.

Tinat, K. (2005) "Aproximación Antropológica de las relaciones entre anorexia nerviosa y femineidad" en *Psicología Iberoamericana*, vol. 13. Nº 2. México DF: Universidad Iberoamericana.

Turner, B. (1982) *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. Londres: Routledge.

Turner, B. (1982) "The Discourse of Diet". En: *The Body. Social Process and Cultural Theory*, eds. M. Featherstone, M. Hepworth y B. Turner. Londres: SAGE.crawf

Turner, B. (2000) The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. En: *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Albrecht, G., Fitzpatrick, R. y Scrimshaw, S. (eds.) Londres: Sage.

Verón, E. (1991) *La Mediatización*. Buenos Aires: UBA.

Walther, J. et al (2011) "Interaction of Interpersonal Peer, and Media Influence Sources Online. A research agenda for technology convergence." En: *A Networked Self. Identity, Community, and Culture on Social Network Sites*. New York: Routledge.

Warin, Megan (2010) *Abject Relations: Everyday Worlds of Anorexia*. New Brunswick, New Jersey y Londres: Rutgers University Press.

Xavier, I. (2008) "Melodrama o la seducción de la moral negociada". En: *La Puerta FBA*, nº 3.

Yeshua-Katz, D. (2015) "Online Sitgma Resistance in the Pro-Ana Community". En: *Qualitative Health Research*, vol. 25, nº 10. Sage.

Zafra, E. (2010) Alimnetación y procesos de socialización: los "trastornos del comportamiento alimentario" como "estares alimentarios". En: *Antropología, género,*

salud y atención. Esteban, M., Comelles, J. y Diez, C. (eds.) Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Recursos electrónicos

Blog 1:

Anónimo. (S/F) Princesa Lorelei Pro Ana. Recuperado de:
<http://prinzessinloleiwannabeana.blogspot.pe/>. Consultado: Junio de 2017

Blog 2:

Anónimo (S/F) Mis amigas Ana y Mía. Recuperado de:
<http://amigasanaymia.blogspot.pe/> Consultado: Junio de 2017

Episodios de programa de televisión

Jimenez, A. et al (Productores) (2014) "Anorexia" En: Lo que callamos las mujeres [Serie de Televisión]. México: Azteca Uno. Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=7zVr9RwR0TM> Consultado: Junio de 2017

Jimenez, A. et al (Productores) (2015) "Voy a explotar". En: Lo que callamos las mujeres [Serie de Televisión]. México: Azteca Uno. Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=6FEE7W-pz4k> Consultado: Junio de 2017



ANEXOS

Anexo 1 – Tabla de entrevistas, técnicas de recojo de información e informantes, lugares y fuentes

TÉCNICA	INFORMANTES / LUGARES / FUENTES	
	Clínica X	Otros
Entrevistas (4 o 5) a profundidad – Historias de Vida	Andrea, Vanessa, Sandra y Jessica	Bianca, Lorena
Focus Group	Los 4 casos pertenecientes a la clínica	
Entrevistas (1 c/u) semi estructurada o conversación	Directora de la clínica X Terapeuta 1 Terapeuta 2 Nutricionista Enfermera	Médico psiquiatra de Hospital A Médico psiquiatra de Hospital B Especialista académica en TCA Terapeuta de Clínica Z
Conversaciones informales	Terapeutas mencionados Técnicas Internas de Psicología	
Observación participante y no participante	Terapias: Arteterapia Taller de nutrición “Días de belleza” Terapia de padres Cotidianidad (reglas, vigilancia, interacciones, comidas, etc.)	-Terapia de padres en Clínica Y
Revisión y no observación participante	-Blog 1 y Blog 2 - Pro Ana y Pro Mía -2 episodios de “Lo que callamos las mujeres”	

Guías de entrevista

Anexo 2 - Historia de vida: Guía de temas con informantes principales

La siguiente guía no se siguió al pie de la letra, ya que las mismas informantes decidían contar su historia en orden cronológica y también surgieron preguntas y temas de conversación más reflexivos sobre el cuerpo a medida nos conocíamos más. Sin embargo esta guía sirvió para tratar de cubrir los mismos temas en la mayoría de informantes para facilitar el posterior análisis.

1. DATOS GENERALES

- Nombre y apellidos
- Edad
- Estado civil
- Nivel educativo
- Lugar de origen y residencia actual
 - Motivo de migración o mudanza (si aplica).
 - Miembros de la familia o personas con las cuales convive.
 - Relación que tiene con las personas que convive.
- Ocupación
- Actividades extracurriculares que realiza.
- Pasatiempos.

2. RELACIONES PERSONALES

- Padres
 - Relación actual.
 - Padre o madre al cual es más cercano.
 - Conflictos que ha tenido con sus padres.
- Amistades
 - Relación actual.
 - Relaciones previas.
 - Conflictos que ha tenido con sus amistades.
- Pareja
 - Relación actual.
 - Relaciones previas con otras personas.
 - Conflictos que ha tenido con sus parejas.
- Percepción sobre su vida amorosa y sexual a lo largo de su vida.

3. NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y VIVENCIAS EN LA ESCUELA O UNIVERSIDAD

- Recuerdos e hitos sobre la niñez y adolescencia.
- Dificultades en su niñez y adolescencia.

- Relación con sus padres durante la niñez y adolescencia.

4. CUERPO, ALIMENTACIÓN Y DIETAS

- Comentarios que ha recibido sobre su cuerpo.
- Ideales de belleza.
- Alimentación.
 - Tipos de alimentos que consume.
 - Forma de consumir los alimentos.
 - Alimentos que consumía antes de entrar al entorno terapéutico.
- Personajes que admira.
- Estrategias pasadas para bajar de peso
 - Dietas
 - Ejercicios
 - Purgaciones: laxantes, diuréticos, devolver la comida

5. PARTICIPACIÓN E INTERACCIÓN CON MEDIOS

- Descubrimiento por primera vez de comunidades virtuales Pro-Ana.
 - Espacio y contexto en el cual fue mencionado/encontrado.
 - Motivos por los cuales buscó estas comunidades virtuales (si aplica).
 - Blog o grupos que visitaba
 - Criterio por el cual decide seguir determinados blogs.
 - Frecuencia de participación en los blogs.
 - Motivos por los cuales cree que las comunidades Pro-Ana se despliegan en línea.
 - Contenido que
 - Normas y reglas a seguir y percepción sobre estas.
 - Alimentos y dietas propuestas y percepción sobre estos.
- Programas de televisión donde escuchó sobre la anorexia y bulimia

6. SIGNIFICADOS SOBRE LA ANOREXIA Y BULIMIA COMO TRASTORNOS ALIMENTICIOS

- Descubrimiento por primera vez de la anorexia y bulimia como problemas de salud
- Espacio en el cual fueron mencionadas.
- Contexto en el cual fueron mencionadas.
- Persona que las mencionó.
- Anterior o posterior a su conocimiento sobre Ana y Mía.
- Percepción sobre las campañas de prevención de trastornos alimenticios (escuelas, medios de comunicación, etc.).
- Conocimiento y percepción de alguna persona que ha sido diagnosticada con anorexia y bulimia y esté recibiendo tratamiento.

- Percepción de los tratamientos, instituciones y cuerpo médico especializado en trastornos alimenticios.

7. PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y PATOLOGIZACIÓN

- Señales de alarma por parte de los padres.
- Tips o consejos recibidos por parte de sus pares para esconder a sus padres su condición
- Resistencia a ir al centro de salud mental
- Motivaciones para recibir tratamiento (si fue decisión personal, cómo acepto ir)

8. TRATAMIENTO RECIBIDO EN CENTROS DE SALUD MENTAL

- Primera impresión sobre el primer centro de salud mental que visitó (sobre el espacio, los cuartos, los colores, olores, etc.)
- Actividades realizadas en el centro de salud mental
- Relación con los terapeutas
- Contacto con otras pacientes.
- Periodicidad de citas personales con el psiquiatra
- Duración del tratamiento (módulos)
- Conclusión o abandono del tratamiento (si fue abandono, explicar motivos)
- Percepción sobre las terapia recibida
- Tratamientos en otros centros de salud mental o psicólogos particulares (si aplica, volver a repreguntar los temas anteriores)
- Comparación entre tratamientos o centros de salud mental

9. VISIÓN A FUTURO

- Perspectiva de ella a futuro en los próximos 5 o 10 años.
- Impacto de la experiencia de haber vivido con un trastorno alimenticio en su futuro.
- Mensaje a las personas que actualmente se identifican o están diagnosticadas con anorexia y bulimia.

Anexo 3 - Guía de entrevista a Terapeuta 1, Terapeuta 2 y Enfermera

Cuando se realizaron las entrevistas, se fueron alternando las preguntas para cada entrevistada, de tal manera que la entrevista no sea muy larga.

1. ¿Desde cuándo trabajas en la Clínica X?
 2. ¿Cuál es tu cargo en la Clínica X? ¿Qué grupos manejas en Clínica X?
 3. ¿Qué te llevo a incorporarte a trabajar en la Clínica X? ¿Tenías alguna inclinación en trabajar con paciente con TCA? ¿Por qué?
-

4. En estos tiempos en los cuales todos se someten a dietas, hay un culto por la delgadez, los alimentos, etc. ¿cómo se diagnostica a un paciente con TCA?
 5. ¿Cuáles son las dificultades o retos para tratar a un paciente con TCA?
 6. ¿Hay un perfil en las personas que son diagnosticadas con TCA?
 7. ¿Qué cambios presentan las chicas diagnosticadas con TCA en su cuerpo o fisiológicamente? ¿Son conscientes de esto? ¿Es fácil poder volver a un normal funcionamiento?
 8. ¿Existen personas predispuestas a desarrollar TCA? (Causas)
 9. ¿Es posible la recuperación en personas diagnosticadas con TCA?
-

10. ¿Por qué el DBT es el tipo de terapia adecuada para casos de TCA en Vida Mujer?
 11. ¿En qué sentido los distintos tipos de habilidades enseñadas ayudan en su tratamiento (específicamente TCA)?
 - a. ¿En qué consiste Mindfulness y cómo ayuda a las pacientes con TCA?
 - b. ¿En qué consiste la Efectividad Interpersonal y cómo ayuda a las pacientes con TCA?
 - c. ¿En qué consiste Tolerancia Malestar y cómo ayuda a las pacientes con TCA?
 - d. ¿En qué consiste la Regulación Emocional y cómo ayuda a las pacientes con TCA?
 - e. ¿En qué consiste la Validación y cómo ayuda a las pacientes con TCA?
 - f. ¿En qué consiste el DBT con Padres y cómo ayuda a las pacientes con TCA?
 12. ¿Cuáles son los fines de las reglas, medidas, etc.?
 13. ¿Cuál es el fin de la vigilancia (baño, permisos, etc.)?
 14. ¿En qué consiste la relación terapeuta-paciente? ¿Se limita a asesorías individuales o hay más comunicación?
 15. ¿Cuál es la importancia de la asesoría nutricional en los casos de TCA?
 16. ¿Qué tan importante es el rol de la familia?
 17. ¿Qué tan importante es el uso de medicamentos?
-

18. ¿Cuál es el diagnóstico de (nombre de paciente)? ¿Su diagnóstico cambió con el paso del tiempo?
19. ¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento (nombre de paciente)?
20. ¿Cómo así te asignaron el caso de (nombre de paciente)? ¿Cuándo las conociste? (¿vino voluntariamente?)
21. ¿Qué síntomas presentó (nombre de paciente) para que la diagnosticaran como tal?
22. ¿Qué causas identificas en el desarrollo del TCA de (nombre de paciente)? ¿Por qué estos son detonantes?

23. ¿Por qué fue necesario su internamiento?
24. ¿Cómo ha sido su evolución a lo largo del tratamiento?
25. ¿Su contexto ha sido favorable para la recuperación? (Padres, amistades, hogar)
26. ¿Qué dificultades se han presentado en el tratamiento de (nombre de paciente)?
27. ¿Cuáles fueron los indicadores de que estaba apta para pasar a clínica de día?
¿Cuál será el indicador para que pase a ambulatorio?
28. ¿En algún momento ella podrá no depender de un tratamiento?

Anexo 4 - Guía de entrevista a directora de Clínica X

1. ¿Cómo surgió la Clínica X? (Fundación, idea, internamiento, clínica de día)
 2. ¿Por qué en un inicio solo mujeres?
 3. ¿Qué cambios importantes ha habido en el centro? (sedes, staff)
-
4. ¿El DBT siempre ha estado presente en la Clínica X ¿A partir de cuándo? ¿Por qué?
 5. ¿Por qué el DBT es el tipo de terapia adecuada para personas con TCA también (inicialmente solo pensada para TLP)?
 6. ¿Cuáles con los alcances y limitaciones del DBT para el tratamiento del TCA?
 7. ¿Qué es la teoría biosocial? ¿Cuál es la importancia del DBT para hacer un diagnóstico o explicar al paciente su condición?
 8. ¿Por qué es necesaria la enseñanza de habilidades a diferencia de otros centros?
 9. ¿Por qué es necesario complementar las terapias individuales, con los grupos y también seguimiento telefónico? (DBT)
 10. ¿Cómo así se decidió incorporar también la asesoría nutricional, las terapias espirituales y la arteterapia?
 11. ¿Es obligatoria la medicación en el tratamiento? ¿Por qué? ¿Cuál es la importancia y papel?
 12. ¿Cuál es el papel de los padres o familiares en el tratamiento? ¿Por qué es importante?
-
13. ¿Atender a pacientes con TCA estaba en sus objetivos iniciales? ¿Por qué?
 14. ¿Cuáles son los retos que implica atender a pacientes con TCA?
 15. ¿Se espera una recuperación de las personas con TCA?
-
16. ¿Cómo se determina si una paciente con TCA debe internarse, o estar en clínica de día o en ambulatorio?
 17. ¿Los pacientes con TCA vienen voluntariamente? ¿Generalmente llegan con "conciencia de enfermedad"? ¿Por qué?
 18. ¿Cómo surgieron las reglas tanto en el internamiento y en clínica de día? ¿Por qué son necesarias?

19. ¿Cuál es el fin de la vigilancia a las pacientes?
 20. ¿Cómo surgieron los módulos del tratamiento? (pre contemplativo, contemplativo, preparación, acción, mantenimiento)
 21. ¿Se espera que el paciente en algún momento pueda prescindir del tratamiento?
¿Cuál sería el indicador?
-

22. ¿Qué distingue a la Clínica X de otros centros? (críticas a otros centros)
23. ¿Por qué es importante el enfoque de género en la Clínica X?
24. ¿Cómo así se decidió darle peso al enfoque del cuerpo (imagen corporal, Body Programa) en la Clínica X? ¿Por qué?

Anexo 5 - Guía de entrevista a especialista académica en TCA

1. Cargo, formación, dónde trabaja, experiencia en general
 2. ¿Considera que la salud mental ha sido un tema de importancia en la agenda de políticas públicas de salud? ¿Por qué?
 3. ¿Por qué cree que los trastornos alimenticios no han sido muy explorados en el Perú? ¿Se han realizado campañas en torno al tema desde las políticas públicas o MINSA?
 4. ¿Por qué los TCA son trastornos que cada vez se encuentran en aumento según las estadísticas?
-

5. ¿Por qué las mujeres son más vulnerables a desarrollar TCA?
 6. ¿Por qué las personas jóvenes son más vulnerables a desarrollar TCA?
 7. En estas épocas en las que casi todo el mundo está preocupado por verse delgada, etc. ¿cuál es el límite que separa una obsesión de una patología?
 8. ¿Cuándo se puede considerar que una persona tiene anorexia y/o bulimia? (características claves)
 9. ¿Cuáles son las principales causas para el desarrollo de un TCA? (específicamente anorexia y bulimia) ¿Hay causas distintas para la anorexia y bulimia?
-

10. ¿Por qué generalmente la anorexia y bulimia se dan acompañadas, o mutan de una a otra?
11. ¿Por qué hay distintos tipos de tratamiento y terapias para personas con TCA?
12. ¿Cuáles son los alcances y limitaciones de una terapia cognitivo conductual (o de los tratamiento que se aplican en Perú) para un persona con TCA?
13. ¿Por qué hay clínicas privadas especializadas en el tratamiento de personas con TCA?
14. ¿Por qué es necesario el internamiento en el caso de pacientes con TCA? (Internamiento involuntario)

15. ¿Se puede hablar de recuperación en el caso de personas que tienen TCA? ¿Por qué? ¿Se puede prescindir de un tratamiento?

16. ¿Considera usted que hay un estigma frente a los casos del TCA o hablar del tema en público? ¿Por qué?

17. Ana y Mía:

a. ¿Por qué las mujeres han decidido recurrir a las redes sociales para hablar sobre este tema? (suicidios, también)

b. ¿Las instituciones son conscientes de la existencia de estos espacios?

18. ¿Se puede prevenir de alguna manera la anorexia y bulimia?



Blogs Pro Anorexia visitados (Capturas de pantalla)

Anexo 6 – Blog 1: Princesa Lorelei Pro Ana



Anexo 7 – Blog 2: Mis amigas Ana y Mia

MIS AMIGAS ANA Y MIA

POR QUE LA COMIDA ES COMO EL ARTE...EXISTE SOLO PARA MIRARLA...



LA RESIGNACIÓN ES EL SUICIDIO COTIDIANO...

31 JULIO 2007

Advertencia:



Episodios del Programa “Lo que callamos las mujeres” en torno a la anorexia y bulimia

Anexo 8 - Episodio “Anorexia”

El episodio titulado “Anorexia”, comienza con la escena de una joven de 15 años llamada Catalina en su cuarto escuchando las peleas de sus padres, incluyendo cómo su padre le pega a su madre. Para un evento especial que iban a tener en su casa, la madre de la joven le ordena que se ponga un vestido para que ella se vea más delgada, y ella le pregunta a su mamá si está gorda, y ella le responde que no, pero Catalina insiste también preguntando si es su culpa que ellos se peleen. Sus padres aparentan ser una pareja estable y llevarse bastante bien con su hija frente a sus invitados, mientras Catalina vomita en el baño, y la escena es bastante explícita viéndose el vómito. Al día siguiente Catalina le cuenta a su amiga que ella siente que no existe para sus padres, que los escucha pelear, pero luego pretenden que no pasa nada, y siente que todo esto es su culpa. Asimismo, Catalina empieza criticar a su amiga por comer unas papas fritas, diciéndole que va a terminar gorda.

A lo largo del episodio, se ven escenas donde Catalina entra al baño a mirarse en el espejo diciéndose gorda, agarrándose el estómago y golpeando la pared. Luego le cuenta a su madre y a la amiga de esta que es doctora, que ha decidido “ponerse a dieta”. La amiga de su madre le comenta que como doctora, ella considera que no es buena idea esto. La madre de Catalina responde diciendo que su hija no tiene problema alguno, y es normal para su edad comportarse de esa manera. Más tarde se ve a Catalina tomando pastillas, volviendo a vomitar y haciendo ejercicio. Al día siguiente, la amiga doctora de su madre vuelve a su casa, y ve a Catalina aparentemente pálida. La mamá de Catalina entra al cuarto de ella a buscar sus lentes antes de salir con su amiga, y encuentra laxantes. La amiga de su mamá ve esto, y le dice que su hija tiene todos los síntomas de la anorexia, la mamá niega todo esto diciendo que los laxantes eran suyos.

Luego se ve a Catalina con su amiga, diciendo que está “hecha una vaca”; su amiga le dice que no es cierto y Catalina se molesta con ella por no apoyarla. Catalina llegando a su casa sigue vomitando y empieza a golpear las paredes del baño gritando que “si no estuviera gorda, si fuera perfecta, no habría problemas en su casa”. Los padres de Catalina escuchan los gritos y la socorren. Al día siguiente, la amiga de Catalina va a buscarla porque no fue al colegio, y le trata de contar a su madre que ella estaba vomitando. La madre se molesta y echa de su casa a la amiga de Catalina diciendo que era una mentirosa y envidiosa. El padre de Catalina escucha esto y le reprocha a la madre por qué no ha estado fijándose en ella. Van a tratar de conversar con Catalina, que está midiéndose con un centímetro y luego se desmaya en frente de sus padres, inmediatamente es llevada a emergencias.

La doctora que atiende a Catalina cuando llega al hospital señala que ella tiene anorexia en un estado bastante avanzado y su vida corre peligro. Los padres de Catalina no pueden creer esto, y la doctora recalca que Catalina les ha estado pidiendo ayuda “a gritos”, solo que ellos no lo podían ver. El padre de Catalina menciona que ella se veía gorda y quería bajar de peso, y la doctora responde que ella se estaba viendo con “los ojos de la enfermedad”, y que para curarla primero “debían sanar la mente, y luego la parte física”. Posteriormente se ve que la doctora les recomienda un terapeuta a sus padres para que arreglen sus problemas, y se ve que inmediatamente sus padres se ven arrepentidos, echándose la culpa y a la vez motivados para ayudar a su hija. En escenas posteriores, con la voz de la madre narrando, se ve a Catalina rechazando la comida mientras la obligan a comer. Asimismo, la madre va contando que fue difícil su recuperación, pero gracias a que ellos ponían de su parte, se pudo dar.

Anexo 9 - Episodio “Voy a explotar”

En el episodio titulado "Voy a explotar", la primera escena mostrada es Ana mirándose a un espejo diciendo 'soy una cerda' mientras se agarra el cuerpo. Su mamá, instructora de gimnasio, entra a su cuarto diciendo que deberían hacer ejercicio juntas. Sin embargo, cuando ella se retira, Ana dice en voz alta que odia a su madre y que detesta no haber podido desarrollar un cuerpo como el de ella, sino como el de su padre que es "gordo y asqueroso". Luego, se le ve a Ana estudiando con una amiga suya, Mía. Esta empieza a alabar a la madre de Ana y critica a la protagonista por estar comiendo papas fritas mientras estudian. Señala que tiene que bajar de peso porque nadie la va a querer como está. Su amiga le resalta que una persona delgada, siempre va a tener más éxito en varios aspectos, incluido el laboral, que una persona fea por más inteligente que esta sea. Ana dice que ella se siente bien como está y deben aceptarla como es.

Luego, se ve a la madre de Ana incentivándole que haga un quinceañero, ya que ella está dispuesta en comprarle un vestido. Ana se niega señalando que está gorda, fea y todos se burlarían de ella por eso. La mamá de Ana le dice que no está gorda, pero de igual manera Ana se enoja y echa a su madre del cuarto. Ana y Mía luego entrenan en el gimnasio, y la madre de Ana se le acerca a Mía pidiéndole que sea la imagen del gimnasio porque le costaba encontrar a una persona tan delgada y bonita como ella. Mía le dice a Ana que justamente a ella no la elegirán porque es gorda, pero Ana no le hace caso. En la siguiente escena, la mamá y Ana almuerzan juntas, donde la primera come una ensalada y la segunda come pizza. Ana aprovechar para señalarle su contradicción, diciéndole que si le dijo que no estaba gorda, por qué eligió a Mía como la imagen del gimnasio. Su mamá señala que lo hizo para no incomodarla, pero que si ella desea, ella puede ser también la imagen. Sin embargo, durante la sesión de fotos, Ana se retira del estudio porque no le entró la ropa que debía ponerse.

Llegando a casa, la mamá de Ana trae un vestido de quinceañero mucho más pequeño que la talla de Ana. La protagonista se enoja diciendo que no le entrará el vestido y que por eso no quiere el quinceañero. Su mamá le dice que está harta de que siempre le diga que está gorda y no haga nada al respecto, y que juntas en 3 meses harán de todo para que ella baje de peso para su cumpleaños. Luego, se ve a Ana comiendo con Mía zanahorias, diciendo que esta dieta le había recomendado su madre para bajar de peso, y le explicó que tenía que hacerlo rápido para su quinceañero. Mía le dijo que ella conocía un grupo por internet "Analmia", donde le iban a dar más estrategias para bajar de peso efectivamente. Mía le dice que lo más importante de estos grupos era justamente encontrar a gente que estaban pasando por lo mismo. Mía le aconseja que junte fotos de todas las modelos delgadas que le inspiren, y que tiene que seguir 3 reglas: comer lo menos posible, de lo contrario, vomitar y hacer la mayor cantidad de ejercicio. Mía le dice que si no cumple esto, tiene que autolesionarse, golpearse o cortarse, de tal manera que así el dolor le recordará que tiene que bajar de peso. También debe verse al espejo desnuda insultándose.

Ana empieza a escribir en los grupos diciendo que va a empezar su trayecto para ser perfecta y delgada. Sin embargo, al día siguiente llama a su amiga diciéndole que se siente mareada por no haber desayunado y haber hecho mucho ejercicio. También le cuenta que tiene ganas de comer lo que su madre había dejado en la refrigeradora. Su amiga le dice que está muy orgullosa de ella, pero que si come debe vomitar. Ana vomita y posteriormente se golpea y se corta. Días más tarde, Ana le cuenta a Mía que siente su cara reseca, que tiene retraso y a veces ve puntos. Mía le responde que es normal, que a ella también le pasó lo mismo cuando decidió bajar de peso.

Luego, todos los integrantes del gimnasio reciben una charla sobre la anorexia y bulimia por un especialista en el tema. Ana y Mía estaban presentes, y también la madre de Ana. El especialista empieza a describir los síntomas y las consecuencias de la anorexia y bulimia, que coinciden con lo que Ana le había descrito a Mía. También comenta la existencia de los grupos en internet "Analmia". Ana y Mía se ven nerviosas, y Mía evidentemente explota y señala que no saben nada de ellas, y tampoco respetan sus creencias y estilo de vida. Ana luego le dice a Mía qué no debió haber explotado de esta manera, y Mía se siente muy culpable por haber delatado a todo el grupo en frente del resto de personas. Ana y Mía se pelean, y Ana le dice a Mía que ella va a ser la más bonita de la escuela. Mientras pasa el tiempo, Ana sigue bajando de peso, pero también baja en sus calificaciones. Empieza a tener vergüenza de salir a la calle pensando que los demás la ven como gorda, a pesar de que su propia mamá le dice que ya está delgada.

Ana escribe en el blog, que finalmente le entró el vestido que su madre le compró, pero al verse en el espejo dice que está gorda y empieza a comer mucha comida como castigo y se hace heridas en el estómago. Ana es echada de la

comunidad, ya que es calificada de exponerse mucho frente a personas que no son parte de las "Analmia". Esto la hace sentir peor y empieza a vomitar más y a esconderse aún más de las personas. Finalmente llegó el quinceañero de Ana, pero ella se ve incómoda durante toda su fiesta porque piensa que todos la ven gorda. Ana se desmaya en plena fiesta, y es llevada al hospital donde le dicen que tiene una desnutrición bastante avanzada y otras secuelas como gastritis y úlceras en el estómago. Ana finalmente recibe el apoyo de su madre, y tiempo después hace un blog por internet anti anorexia y bulimia, señalando que sabe que le quedarán secuelas de por vida, pero que ella quiere compartir su historia para que no pasen por lo mismo.

