



**CUERPO, COMIDA Y MIGRACIONES. UN ANÁLISIS TRANSCULTURAL DE
LOS (MAL) ESTARES ALIMENTARIOS**
Mariola Bernal Solano

ISBN:

Dipòsit Legal: T- 1242-2011

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Mariola Bernal

**CUERPO, COMIDA Y MIGRACIONES. UN ANÁLISIS
TRANSCULTURAL DE LOS (MAL)ESTARES
ALIMENTARIOS**

Tesis Doctoral

Directores:

Dr. Josep Maria Comelles

Dra. Mabel Gracia Arnaiz

Universitat Rovira i Virgili

Facultat de Lletres

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social

Programa de Doctorat d'Antropologia de la Medicina (2003-2005)

A Raúl y a Mario

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	11
ORIGEN DEL ESTUDIO	11
POR QUÉ ESTOS SUJETOS DE ESTUDIO	13
MIS EXPERIENCIAS CON LA COMIDA Y CON MI CUERPO	16
QUÉ BUSCA ESTA INVESTIGACIÓN	21
CÓMO PRETENDE ESTA INVESTIGACIÓN ALCANZAR TALES OBJETIVOS	23
II. MARCO TEÓRICO	36
REPENSANDO LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y SU PATOLOGIZACIÓN	36
LAS RAZONES HISTÓRICAS DEL COMER MUCHO, POCO O NADA	49
LOS SIGNIFICADOS SOCIALES DEL COMER Y DEL NO COMER EN EL MUNDO	49
LA NOSOLOGÍA DE LOS TCA	67
RECAPITULANDO... CON MÁS ETIQUETAS	78
ANOREXIA Y BULIMIA, ¿NUEVAS AFLICCIONES?	82
ESTADO DE LA CUESTIÓN SOBRE EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TCA EN EL MUNDO	86
LOS TCA EN EL MUNDO OCCIDENTAL DESARROLLADO	86
OTROS MUNDOS: LATINOAMÉRICA, EUROPA DEL ESTE, ÁFRICA Y ASIA	95
CUERPOS EN MOVIMIENTO: MIGRACIONES Y TCA	113
¿ES POSIBLE UN ANÁLISIS COMPARATIVO?	120
DIFERENTES HIPÓTESIS EXPLICATIVAS	122
APORTACIONES DESDE EL FEMINISMO	127
TCA COMO TRASTORNOS CULTURALES O TRANSCULTURALES	136
EL DEBATE EPIDEMIOLÓGICO: UNA “CULTURA” ESTANCADA	142
III. CONTEXTOS	156
CONTEXTOS DE E-MIGRACIÓN	156
LAS MIGRACIONES INTERNACIONALES	157
CONTEXTOS DE ORIGEN: ASPECTOS POLÍTICOS, ECONÓMICOS Y DE GÉNERO	161
CONTEXTO DE IN-MIGRACIÓN	181
ESPAÑA: MARCO POLÍTICO Y ECONÓMICO	182
ESPAÑA COMO PAÍS DE INMIGRACIÓN	185
TRANSFORMACIÓN DE LOS ROLES DE LAS MUJERES EN EL CONTEXTO ESPAÑOL	191
PATRIARCADO, INDUSTRIALIZACIÓN Y GLOBALIZACIÓN. ALGUNAS NOTAS COMPARATIVAS	192
IV. ETNOGRAFÍA	197
PARTE I: CONTEXTOS DE LA VIDA COTIDIANA	197
CONDICIONES MATERIALES DE VIDA: CAMBIOS Y PERMANENCIAS	198
FAMILIAS TRANSNACIONALES: FAMILIAS LOCALES, FAMILIAS GLOBALES	206
MODELOS DE GÉNERO	226
SOLEDADES	243
¿DE QUIÉN ES MI CUERPO?	263
COMIDA, MUJERES Y MIGRACIÓN	283
PARTE II. ITINERARIOS ASISTENCIALES: INSTITUCIONES, TERAPIAS ALTERNATIVAS Y ASOCIACIONES.	293

NICHOS ECOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS. TCA EN SOCIEDADES DE ORIGEN Y DESTINO	294
ACCESO DE INMIGRANTES A LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN TCA	301
EL DIAGNÓSTICO Y SUS EFECTOS	305
SINTOMATOLOGÍA Y CULTURA	309
LA CUESTIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD EN LOS SERVICIOS DE TCA	311
TRATAMIENTOS EN MIGRACIÓN	319
TERAPIAS ALTERNATIVAS	325
ASOCIACIONES DE AYUDA MUTUA	328
V. CONCLUSIONES	332
VI. NOTAS BIOGRÁFICAS	337
VII. ANEXOS	350
ANEXO I. TEST PSICOLÓGICOS ESTANDARIZADOS APLICADOS PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	351
ANEXO II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TCA	352
ANEXO III.	356
TABLA DE CÓDIGOS UTILIZADOS	356
VIII. BIBLIOGRAFÍA	357
AGRADECIMIENTOS	384



BASEMAN, G., 2003, *Unattainable Desire*.

I. INTRODUCCIÓN

ORIGEN DEL ESTUDIO

A finales de 2004 fui invitada a formar parte del grupo investigador GRIAFITS del Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social de la Universitat Rovira i Virgili. Dentro de las líneas de investigación en antropología médica y de la alimentación se había consolidado, tras varios años consecutivos de realización de proyectos financiados, un campo de investigación sobre trastornos del comportamiento alimentario ¹ (TCA). Entonces se estaba desarrollando la investigación "Género, 'dieting' y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres" (2003-05), proyecto en el que participé hasta la elaboración de su memoria. Fue mi primer contacto con los *eating disorders*². En él convergían las dos líneas de investigación de mi interés, salud mental y migraciones, a las

¹ Utilizo aquí y a lo largo de la investigación el término psiquiátrico de Trastornos de la Conducta Alimentaria –de aquí en adelante TCA- con el objetivo expreso de no dejar silenciadas la presencia y la imposición de unos diagnósticos que tienen unos efectos reales sobre la población. Se contempla durante todo el trabajo como una entidad dependiente de un contexto histórico-cultural específico en el que se construyen las nosologías psiquiátricas.

² Más adelante en el trabajo se ubica el origen de este concepto.

que venía dedicando varios años de mi experiencia investigadora y docente en proyectos de ámbito nacional e internacional³.

Los denominados TCA son un tema específico sobre el que no se había investigado en España entre población inmigrante con la excepción de contadas y pequeñas incursiones realizadas desde el ámbito clínico y epidemiológico. A diferencia de otros problemas de salud mental de esta población que han acaparado mayor atención como la depresión, la esquizofrenia o el famoso Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico o Múltiple, más conocido como “Síndrome de Ulises” (ACHOTEGUI, 2000, 2002), -categoría diagnóstica construida especialmente para un determinado contexto local y transnacional de migración-, los TCA en la “nueva” España multicultural han pasado prácticamente desapercibidos, un hecho cuya explicación vamos desarrollar a lo largo de esta tesis.

Captando este campo de estudio toda mi atención desde entonces, después de aquel primer trabajo se sucedieron otros como *“Els trastorns alimentaris a Catalunya: Una aproximació antropològica”* (2006) en el que nos centrábamos en población joven -con especial atención a población extranjera- y mi propia investigación presentada para obtener el Diploma de Estudios Avanzados (DEA) *“Una aproximación a los TCA en la población latinoamericana residente en España”* (2005). Mientras que en los trabajos de equipo sólo constituía un apartado más en un proyecto de objetivos más amplios, en mi investigación tuve la oportunidad de estudiar y desarrollar en profundidad una visión multiétnica de los problemas alimentarios⁴.

³ Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees (2002-03). European Commission, European Refugee Fund; Género, “dieting” y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres (2003-2005). Instituto de la Mujer (NIPO, 207-06-054-X); Una aproximación a los TCA en la población latinoamericana residente en España (Diploma Estudios Avanzados, 2005); La cura del cos en cohorts de joves amb trastorn del comportament alimentari (2005-06). Fundació Vectem (T050755); Els trastorns alimentaris a Catalunya: Una aproximació antropològica (2006). Observatori Català de la Joventut, (B-53671-2007).

⁴ Utilizaré indistintamente los términos “problemas alimentarios” o “problemas de alimentación” a lo largo del trabajo para referirme a aquellas prácticas alimentarias que se salen de la normalidad dietética establecida por el modelo biomédico y que son susceptibles de ser etiquetadas de TCA, si bien quiero dejar aquí constancia de una cierta falta de exactitud de los mismos. Considero que las prácticas

El proyecto de DEA supuso entonces un estudio piloto en el que pude poner a prueba un diseño teórico y metodológico que ha ido transformándose y perfeccionándose en el curso de la investigación comenzada hace seis años y que ha dado lugar a esta tesis doctoral.

POR QUÉ ESTOS SUJETOS DE ESTUDIO

En investigaciones anteriores analicé el impacto que determinadas situaciones vividas durante las historias de migración podían tener en la salud mental de estas poblaciones, así como sus procesos asistenciales en la sociedad de destino. Centrándome en el contexto español, me interesaron el acceso de la población inmigrante a los servicios de salud mental y el nivel de correspondencia que existía entre oferta y demanda en la prestación de los mismos. Los problemas materiales, sociales y/o políticos a los que se enfrentan la gran mayoría de migrantes, solicitantes de asilo o refugiados tienen efectos en su bienestar, y en ocasiones se traducen en repercusiones sobre su salud mental. Bajo esta categoría se agrupan un amplio rango de trastornos que irían desde padecimientos etiquetados como trastornos psiquiátricos a respuestas comprensivas antes situaciones difíciles como sostienen los enfoques normalizadores -herederos de la escuela norteamericana de Cultura y Personalidad-, en los que el movimiento por la salud mental intercultural ha puesto un fuerte énfasis (INGLEBY, 2004). Respecto a la accesibilidad y provisión de servicios, descubrimos dificultades de acceso a los servicios médicos y especialmente psicológicos y/o psiquiátricos por el desconocimiento, la estigmatización, el estatus legal o las condiciones laborales y materiales. La provisión de servicios de salud mental con competencia para asistir a las nuevas problemáticas apenas comenzaba a desarrollarse en nuestro país en los primeros años del nuevo siglo, en contraste con la situación que vivían países del norte de Europa con una larga historia de acogida de inmigrantes por lo que

alimentarias y corporales no constituyen el verdadero problema, sino que son un vehículo para expresar relaciones sociales y emociones particulares.

intentamos intercambiar conocimiento a través de un estudio comparativo⁵, uno de los pioneros en una línea de investigaciones que proliferarían a partir de entonces (MORENO, 2003; LURBE, 2005; MEÑACA, 2007; BRIGIDI 2009).

En un primer momento me interesó estudiar los TCA, averiguar que factores asociados con la historia migratoria podían estar influenciando en su emergencia. Sin embargo, en el curso de la investigación este enfoque etiológico fue perdiendo fuerza en favor de otro hermenéutico no tan interesado en la explicación como en la comprensión del fenómeno, partiendo de la consideración del síntoma como una construcción de significado (micro) que ha de ser enmarcada en su contexto más amplio de referencia (macro) como es, en el caso que nos ocupa, el de las relaciones transnacionales.

Las características específicas que tienen los TCA dentro del campo de las enfermedades mentales fueron ampliando mi interés sobre su estudio: su estatus de síndromes delimitados por la cultura⁶ en un mundo de culturas híbridas, su carácter mediático y su género. La categoría psiquiátrica *anorexia nerviosa* es conceptualizada por el DSM-IV como un *culture bound syndrom* (SIMONS Y HUGHES, 1985) específico de la cultura industrializada por su "rareza o ausencia en otras culturas" (DSM-IV, 1994:864). La cobertura masiva que ha recibido y sigue recibiendo en los medios de comunicación este fenómeno social se ha encargado de tejer unas representaciones sociales sobre ciertas prácticas corporales y alimentarias⁷ y -por encima de todo- sobre las personas afectadas, basadas en un retrato construido por una biomedicina que tiende a homogeneizar sus pacientes. Tratándose del *trastorno* mental con una *ratio* más desigual entre mujeres y hombres⁸, para la psiquiatría occidental, las pacientes

⁵ El informe final del estudio que compara los servicios de salud y de atención social para inmigrantes, refugiados y solicitantes de asilo en cuatro países europeos -España, Holanda, Portugal, Reino Unido- (WATTERS Y INGLEBY, 2003) así como el que analiza en profundidad el caso español (BERNAL, 2003) está disponible en www.ercomer.eu/publications/digital-publications-2/.

⁶ Los antropólogos preferimos utilizar como traducción de *culture-bound syndrome* los términos *culturalmente delimitado* en España o de *filiación cultural* en América Latina y no la -que consideramos errónea traducción de "dependientes a la cultura" que aparece en el DSM-IV.

⁷ Utilizo esta terminología a lo largo del trabajo con la intención de *despatologizar* determinadas prácticas relacionadas con la alteración de peso y de formas corporales mediante la alimentación.

⁸ Los datos y tendencias más recientes respecto a este ratio se detallan en el capítulo de epidemiología.

responden mayoritariamente a este perfil: mujer de *raza* caucásica⁹, en edad adolescente, de clase media-alta, y con ciertos rasgos psicológicos como son baja tolerancia a la frustración y a los conflictos, ausencia de capacidad reflexiva, perfeccionista, autoexigente, obsesiva y obsesionada con su cuerpo. Se trata de un modelo de paciente de “manual” que sólo de forma anecdótica aparece en la consulta, pero de gran utilidad para simplificar las causas en torno a las cuales se elaboran unos protocolos de actuación y unos modelos de tratamiento que, por otro lado, no están funcionando lo suficientemente bien a juzgar por el bajo éxito terapéutico.

A medida que profundizaba en el tema tomé conciencia de la relevancia de plantear un estudio que tuviera en cuenta el origen étnico en la prevalencia de los TCA porque significaba romper con las representaciones sociales que invisibilizan tanto a mujeres de otros orígenes étnicos y clases sociales como los (mal)estares que se diluyen bajo el enunciado común del culto al cuerpo delgado como causa unidireccional y única. Mi principal pretensión ha sido incorporar una mirada plural ante un fenómeno complejo. Al pensarse como trastornos de naturaleza compulsivo-obsesiva relacionados con la búsqueda de una imagen corporal ideal en unas mujeres que viven perdidas en un mundo de calorías numeradas, quedan fuera del punto de mira mujeres de otros orígenes étnicos a las que se ha considerado poco interesadas o ni siquiera afectadas por la “cultura de la delgadez” dominante en los países Occidentales. Según esta premisa, prácticas de comer mucho, poco o nada no se darían entre mujeres africanas negras o japonesas, aunque estudios recientes que citaremos más adelante, han probado que sí las hay.

⁹ A pesar de sus connotaciones racistas y de que la cantidad de poblaciones que presentan mestizajes hace cuanto menos difícil hablar de las clásicamente consideradas como *razas* o grupos étnicos, el término caucásico/a sigue siendo extensamente utilizado en epidemiología transcultural y otras ciencias médicas. Lo utilizo a lo largo de este trabajo, que contiene una amplia revisión de la literatura epidemiológica de los TCA, para facilitar su lectura y refiriéndome, en todo caso, a las poblaciones de origen indoeuropeo, haciendo referencia concretamente a su rasgo de piel clara.

Con el objetivo centrado en los procesos de salud/enfermedad/atención¹⁰ (MENÉNDEZ, 1996) resultaba fundamental incluir un análisis de la gestión asistencial que los migrantes, en especial las mujeres por el caso que aquí tratamos, hacen de sus malestares en la sociedad de destino. Cómo y por qué llega a los servicios de atención sanitaria una población que puede contar con obstáculos como su estatus legal o -el que más nos interesa aquí- el desconocimiento de la etiqueta de trastorno de alimentación. Y una vez en el servicio asistencial, cómo se relacionan con los demás agentes implicados en el proceso de atención: familia y profesionales.

En el contexto de una creciente diversificación geográfica y cultural de la población en España, especialmente durante los últimos diez años, este que aquí se presenta constituye el primer estudio estatal que toma en cuenta la variable multiétnica en los problemas alimentarios.

MIS EXPERIENCIAS CON LA COMIDA Y CON MI CUERPO

Algunas de las investigadoras sobre trastornos alimentarios han reconocido en sus trabajos sus experiencias personales como afectadas de tales (mal)estares (por ejemplo NONJA PETERS o KAREN WAY). Tal no ha sido mi caso. Aún así, como todo el mundo, he tenido una relación particular con la comida. En mi vida siempre he comido todo aquello que se me ha antojado hasta hace unos diez años, cuando me diagnosticaron una enfermedad crónica que estaba afectando mi esófago y cuyo tratamiento incluía normas dietéticas en cuanto a qué comer y no comer, cuánto y cuándo. Según el periodo vital sigo estas recomendaciones de un modo más o menos riguroso, pero son referencias que marcan mi modo de alimentarme desde entonces. A pesar de las limitaciones en la variedad de alimentos, y si bien durante mis primeros años de vida la comida no supuso uno de los mayores atractivos, con los años el comer me ha ido entusiasmando hasta convertirse en uno de mis placeres predilectos.

¹⁰ Nos referimos, como define MENÉNDEZ (1996), a los factores y procesos sociales y culturales que se dan en la causalidad, desarrollo, atención y prevención de los padecimientos.

Comiendo “menos” durante mi infancia o comiendo “más” a partir de la adolescencia, mi cuerpo ha tendido a variar escasamente respecto al peso. Criada en un barrio urbano de una ciudad del sur de España durante parte de la década de los setenta y ochenta, los comentarios de mi entorno más próximo -mis padres (sobre todo mi padre), sus amigas o mis amigas/os y compañeras/os de escuela siempre destacaron mi delgadez, unas veces en tono de burla -llamándome palo, tabla de planchar¹¹ o *spaghetti*-, otras muchas para relacionarla con una mala salud -Mariola, ¿estás mala? -. Quizá esto explique que si alguna ha sido mi pretensión respecto a cambiar algún aspecto de mi cuerpo, casi siempre se ha vinculado a aumentar el peso. La facilidad y rapidez con la que mi cuerpo pierde quilos, generalmente relacionado con periodos en los que en mi estado de ánimo predomina la tristeza o la preocupación, me han llevado a desarrollar estrategias de gestión como la de, cuando estas situaciones ocurren, intentar burlar tal pérdida obligándome a comer a pesar de la ausencia apetito.

Durante las últimas tres décadas, el contexto sociocultural de mi lugar de nacimiento ha ido cambiando hasta dar lugar a nuevas interpretaciones y valores sobre la delgadez. De esta manera, en los últimos años las mismas amigas de la familia que tendían a considerarme enferma, hoy ya sexagenarias o septuagenarias, adulan mi “delgadez” -también es verdad que mi peso más estable ha aumentado unos tres o cuatro kilos tras cumplir los treinta años-. No ha ocurrido igual en China, donde he establecido mi residencia durante los dos años que me ha llevado la escritura de esta tesis (2008-2010) y desde donde escribo estas palabras. En el país asiático, entre las mujeres chinas, he dejado de pertenecer a aquellas personas que reciben la calificación de delgada. Con unos cincuenta y cuatro kilos y un metro sesenta y ocho de estatura, encontrar una talla de pantalones que me pueda abrochar es tarea arriesgada. Más de una vez en las clases de lengua y cultura china que he tomado durante mi estancia diferentes profesoras han intentado ponerme como ejemplo de una mujer que

¹¹ Esta era una expresión común en el período de la pubertad para resaltar la ausencia de caracteres sexuales secundarios en la mujer refiriéndose, concretamente, a unos pechos poco protuberantes.

no es delgada, sin embargo los espontáneos comentarios de mis compañeros occidentales de clase que reclamaban mi cuerpo como delgado las han obligado a abandonarme inmediatamente como caso.

China ha sido un escenario complejo y de gran interés en el que he podido, mediante la observación en mi vida cotidiana y las relaciones entabladas con chinos y chinas¹² a medida que progresaba en el aprendizaje de la lengua, poner a prueba y apoyar, de forma paralela a la investigación con inmigrantes, algunas de las hipótesis que guían este trabajo. Se trata de un país sometido a una rápida transformación social que cabalga a lomos de un proceso de modernización y crecimiento económico a una velocidad de vértigo nunca antes conocida. Además, cuenta con una cultura alimentaria particular que hace de la comida un elemento omnipresente en la vida diaria –sobre todo en la urbana- y fundamental en el establecimiento de cualquier tipo de relación social, incluyéndose las afectivas, profesionales, lúdicas, etc.

La expansión de la clase media y su acceso a los bienes de consumo ha llevado a la proliferación de un mercado de productos corporales cuyos anuncios muestran modelos occidentales, así como al aumento constante de hospitales de cirugía estética que se extienden hasta las capitales de las provincias más pobres¹³ y publicitan estos días, como es el caso del que está ubicado frente a mi apartamento, una operación de rejuvenecimiento dirigida a un nuevo mercado: los hombres. Todo ello en una cultura cuya expresión artística ha ocultado históricamente el cuerpo femenino desnudo en sus representaciones, y donde el vestido no es diseñado para revelar la forma corporal sino para simular la naturaleza (LIN YUTANG, 2008; 1935), una moda tradicional que hoy en día se transforma entre las generaciones más jóvenes conquistadas por los vaqueros, incluso por aquellos más cortos. Pero la delgadez en la mujer viene siendo valorada por largo tiempo en China, contándose apenas como excepciones el

¹² Para estos comentarios me baso además en tres entrevistas semiestructuradas sobre cuerpo y alimentación realizadas a mujeres jóvenes chinas.

¹³ He vivido en Nanjing, capital de la provincia de Jiangsu, una de las más desarrolladas del país, y Kunming, capital de la provincia de Yunnan, una de las más pobres y de mayor diversidad étnica.

periodo de la dinastía Tang (618-907) cuando Yang Guifei, subida de peso y esposa de uno de los emperadores, contagió el gusto por la gordura entre el pueblo¹⁴, o bien durante periodos de carencia alimentaria, como el que aconteció hace apenas dos generaciones de chinos durante el gigantesco fracaso del Gran Paso Adelante implantado durante el régimen de Mao Zedong.



Dama noble de la dinastía Tang (618-907)



Yang Guifei (719-756), consorte del Emperador Xuanzong. Considerada una de las cuatro bellezas de China

Está comúnmente aceptado, al menos por los historiadores marxistas, que la sociedad original china fue matriarcal. No cabe duda que la posición social de la mujer se fue deteriorando a lo largo de las dinastías y así, en el transcurrir de la historia y bajo diferentes ideologías, la posición de poder en la sociedad fue desplazándose hacia el hombre. Mientras el confucianismo se identifica como el primer sistema filosófico que vio en una diferenciación sexual que enfatiza la inferioridad de la mujer, su obediencia y sumisión a la autoridad ejercida por el hombre y la división sexual del trabajo con la mujer recluida en las labores

¹⁴ Cierta redondez en las curvas estuvo de moda durante toda la dinastía Tang y se puede apreciar, por ejemplo, en las grutas de Longmen (Provincia de Henan, China) donde las figuras talladas durante dicha dinastía se distinguen de las de otros periodos por ser más voluminosas.

domésticas, la posibilidad de alcanzar una armonía social, ya desde siglos anteriores una canción popular recogida en el clásico *Book of Poems* decía así: “cuando nace un niño se le acuesta en la cama y se le proporciona jade para jugar, cuando nace una niña se la acuesta en el suelo y se le da una teja para jugar” (LIN YUTANG, 2008:135; 1935). En un país cuyas controvertidas políticas de natalidad han conducido a altas tasas de abortos selectivos de niñas por ser consideradas de menor valor económico que los varones, la lucha de la mujer china por la igualdad, la independencia y la libertad de expresarse (que no la libertad de expresión, tema que merecería una tesis aparte) se ha intensificado desde la apertura al exterior y se puede observar en la sociedad actual en aspectos como la libertad a rechazar la opción de contraer matrimonio o la ocupación de posiciones laborales en trabajos cualificados, si bien se trata aún de un sector minoritario de la población.

Un psiquiatra biomédico paseando por una ciudad china en un día cualquiera diagnosticaría seguramente varias docenas de anoréxicas entre las mujeres chinas únicamente bajo el criterio de peso corporal. Por otra parte, las prácticas de restringir comida, dejar de comer o hacer atracones, tomar laxantes o vomitar son comunes entre la población femenina, si bien no son conceptualizadas como enfermedad (mental)¹⁵ en la sociedad. Podríamos argumentar que debido a que aún no existe lo que se denomina –y explicaremos más adelante en el trabajo- el *nicho ecológico de la enfermedad*. Por ejemplo, los recursos de salud mental son aún muy limitados en un país que cuenta con 0.8 psiquiatras/100.000 habitantes y donde apenas existen psicólogos o trabajadores sociales (LEE *et al*, 1998). Algo que, a la luz de la rapidez de los cambios sociales que están ocurriendo y el incontestable e incuestionable acogimiento y asentamiento de la medicina occidental, no parece que vaya a tomar mucho tiempo en establecerse¹⁶. Pero el estudio en

¹⁵ Datos recogidos mediante entrevistas semi-estructuradas realizadas a mujeres jóvenes chinas, un médico, y documentos audiovisuales como la película “Love on a diet” (Título original: 瘦身男女, 杜琪峰 / 韦家辉, Hong Kong, 2001) y programas de televisión emitidos durante 2008-2010.

¹⁶ Clínicas o unidades especializadas en el tratamiento de los trastornos de alimentación ya funcionan en las ciudades más pobladas y desarrolladas del país –Beijing, Hong Kong, Shanghai, Shenzhen, Wuhan-

profundidad de este contexto y de sus gentes es objeto ya de otra investigación, la cual espero poder realizar en un futuro cercano.

QUÉ BUSCA ESTA INVESTIGACIÓN

El objetivo principal de esta investigación es el de profundizar en la comprensión de los (mal)estares alimentarios, siguiendo aquí el término acuñado por ZAFRA (2007) quien despatologiza los TCA al definirlos como “estares alimentarios” que se refieren a prácticas y actitudes alimentarias que implican tanto sufrimiento -(mal)estar- como placer y satisfacción -(bien)estar-. Esta tesis se centra principalmente en las experiencias que se viven como conflictivas, es decir, en los (mal)estares, y persigue el ahondamiento sobre su comprensión a partir de la deconstrucción de la concepción que existe en torno a unas enfermedades socialmente construidas y a unas enfermas que se asocian de manera uniforme a las mujeres jóvenes de raza caucásica procedentes de una clase media o media-alta y obsesionadas por la imagen que viven en países desarrollados. Estas representaciones sociales se han ido formando desde el ámbito biomédico que, en su tarea de formular diagnósticos, protocolos y tratamientos adecuados para estos (mal)estares, aplica una perspectiva particular y reducida sobre el fenómeno de los problemas alimentarios que ha impregnado profundamente las nuevas formas culturales a remolque del llamado proceso de medicalización (CONRAD, 1992, 2007). La mayor libertad -y por tanto riqueza- interpretativa que permite la observación y el análisis de tal fenómeno desde la perspectiva de la antropología médica, brinda la oportunidad de, a diferencia del énfasis en la explicación que ofrecen las ciencias médicas, apostar por el conocimiento y la comprensión de unas prácticas alimentarias y corporales que no conocen fronteras geográficas ni étnicas. Lo que la antropología entiende por síntoma no pertenece al dominio de la psiquiatría sino a un contexto local articulado entre lo micro y macrosocial, donde se inserta aquel individuo que padece y que lo dota de

donde la psiquiatría occidental está más asentada (con una mayor cantidad de médicos formados en países occidentales) y de donde proceden las publicaciones sobre TCA en China.

significado. Para la consecución de este objetivo general planteo resolver los siguientes objetivos más específicos:

1. Explorar, desde una perspectiva diacrónica, los motivos socioculturales que han ido facilitando la generalización de ciertas prácticas alimentarias, valores sociales sobre salud y modelos corporales entre las mujeres de diferentes culturas.
2. Analizar el proceso de construcción social de los (mal)estares alimentarios como entidades clínicas y explicar cómo han dado lugar a representaciones sociales para, a partir de ahí, deconstruirlas.
3. Describir los contextos culturales y los entornos más próximos en los que aparecen y se mantienen las prácticas alimentarias consideradas problemáticas entre las mujeres inmigrantes, haciendo hincapié en aquellas experiencias que incidieron de manera destacada en que éstas fueran llevadas al extremo.
4. Examinar el anclaje que se produce entre las experiencias vitales y sus subjetividades.
5. Analizar los itinerarios asistenciales desde un enfoque relacional y averiguar como influyen en los mismos las representaciones sociales sobre la enfermedad que tienen cada uno de los agentes implicados.

Los denominados trastornos del comportamiento alimentario (TCA) deben ser comprendidos a partir de los modelos de género que se han construido en las sociedades patriarcales¹⁷. En este sentido, la hipótesis que barajo es que la posición diferencial que las mujeres mantienen respecto a los hombres en relación a la construcción de su identidad social y sexual, su imagen y su rol corporal, y en relación a las responsabilidades y valores asumidos respecto a la comida y la salud, explicaría, en buena medida, el porqué de su mayor incidencia. Y ello se produciría, incluso, independientemente de su origen étnico. A pesar de los cambios registrados en las últimas décadas, la distribución del poder y responsabilidades entre hombres y mujeres continúan siendo desigual en las sociedades de procedencia de las inmigrantes. Es más, la tipología de cambios que acompaña a este proceso de transformación de los

¹⁷ Aunque el concepto de patriarcado es desarrollado más adelante (ver Capítulo III), apuntar aquí que las sociedades a las que hago referencia en esta investigación mantienen, en diferentes grados, un sistema político que históricamente ha estado regido por los hombres y en el que las mujeres han ocupado un estatus social y político inferior.

roles de género (socioeconómicos, familiares, laborales) puede estar explicando la mayor situación de vulnerabilidad y por tanto de incidencia de (mal)estares entre las mujeres.

En este sentido, planteo que las prácticas alimentarias y corporales conceptualizadas como anómalas y convertidas en síntomas clave de estas enfermedades mentales -TCA- no se restringen a las sociedades desarrolladas y dentro de ellas a las mujeres jóvenes caucásicas de cierta clase social, sino que se dan en diferentes culturas, niveles socio-económicos y grupos étnicos aunque no necesariamente del mismo modo por la complejidad de los procesos de hibridación cultural actuales (GARCÍA, 1990; APPADURAI, 1991). La presión social hacia la delgadez que se ejerce en determinadas sociedades, si bien puede influir en la canalización de los (mal)estares a través del cuerpo y de la comida, no ocupa un papel fundamental en la etiología de los TCA.

CÓMO PRETENDE ESTA INVESTIGACIÓN ALCANZAR TALES OBJETIVOS

Opción metodológica

Para este trabajo se ha empleado una metodología cualitativa principalmente por las aportaciones de su dimensión holística que contrastan con las deficiencias y limitaciones presentadas en el estudio de los TCA por los enfoques cuantitativos hegemónicos en la clínica y la epidemiología de la salud mental. El método cualitativo, de naturaleza interpretativa, nos va ayudar a buscar respuestas a las preguntas sobre cómo la experiencia social de los (mal)estares alimentarios es creada y se le otorga significado. Mientras desde este enfoque se enfatizan las cualidades de las entidades así como los procesos y significados, los enfoques cuantitativos enfatizan la medida y el análisis de relaciones causales entre variables, y no entre procesos, perdiendo una parte fundamental de la riqueza de información que permite la comprensión del fenómeno. La mayor proximidad del punto de vista del actor y la consideración de los constreñimientos que operan en la vida cotidiana, entre otros, alcanzados mediante las técnicas cualitativas, asegura descripciones más ricas que nos

aproximan al entendimiento de nuestro objeto de estudio. Muchos miembros de las escuelas de teoría crítica, constructivista, postestructural y postmoderna consideran los criterios positivistas como irrelevantes para su trabajo entendiendo que reproducen únicamente un cierto tipo de ciencia que silencia demasiadas voces (DENZIN Y LINCOLN, 2005). No es nuestra posición la de rechazarlos y preferimos considerarlos como aquellos que aportan otra perspectiva, otra parte de la historia o incluso una historia diferente. Los consideramos a lo largo del trabajo si bien exponemos lo que entendemos como limitaciones así como las implicaciones que sus resultados tienen para nuestro objeto de estudio.

La fiabilidad de los estudios cuantitativos en TCA, guiados por los enfoques biomédicos, ha sido puesta en cuestión por varias razones. Por un lado, los resultados arrojados presentan un alto grado de variabilidad, llegando en ocasiones a ser divergentes según los criterios metodológicos empleados: definición del caso, puntos de corte en los instrumentos de detección y diagnóstico, características de la población estudiada (edad, clase social y otras condiciones socio-demográficas) y método de muestreo. Por ejemplo, si se utilizan instrumentos de cribado se obtienen prevalencias más bajas que si se emplean directamente entrevistas estructuradas, puesto que los objetivos de los estudios son, respectivamente, detectar posibles casos o establecer algún criterio diagnóstico firme. El diseño de la investigación es crucial para determinar que los datos de prevalencia obtenidos apuntan hacia una mayor o menor proporción de casos. Por otro lado, la validez transcultural de unos instrumentos elaborados y validados entre poblaciones caucásicas occidentales es cuanto menos cuestionada según los estudios realizados en otras poblaciones. Así lo pusieron de manifiesto los primeros trabajos en epidemiología transcultural impulsados por la Organización Mundial de la Salud con el objetivo de medir la prevalencia e incidencia de trastornos tales como la esquizofrenia y la depresión. Estos estudios abrieron el debate en torno a la variabilidad diagnóstica entre los países así como la estrecha relación entre cultura y sintomatología (MARTÍNEZ-HERNÁEZ *et al.*, 2000).

Además, y lo que es más relevante, las técnicas cuantitativas ofrecen ciertas limitaciones a la hora de reconocer y estudiar fenómenos de carácter multicausal como es el caso de los TCA. Los instrumentos comúnmente empleados, tests y escalas de riesgo sobre actitudes y conductas alimentarias y corporales, y escalas y perfiles de diagnóstico psicológico¹⁸, reducen la comprensión de estos fenómenos a meros patrones de conducta que crean una visión estereotipada de las personas con trastornos alimentarios en cuanto no permiten la consideración de variables contextuales como son las familiares, sociales y culturales, cuya influencia en la emergencia y mantenimiento están más que avaladas en la literatura sobre TCA. Podemos decir que, a día de hoy, no existe una epidemiología sociocultural de los TCA, esto es, un enfoque integrador que supere las visiones antinómicas sobre la causalidad biológica o social de las enfermedades, integre herramientas teóricas y metodológicas de las ciencias sociales, especialmente antropológicas, y se encuentre en condiciones de incidir en la salud colectiva (HARO, 2009).

De esta manera se acaba produciendo una homogeneización de las características de las personas con TCA al generarse en un contexto epidemiológico cuya herramienta principal, la estadística, aumenta la potencia de sus datos cuanto más homogénea es su muestra. Los efectos indeseados de esta regla matemática aplicada al campo de la salud son la creación de estereotipos de personas con determinados problemas de salud y el estado de profunda ignorancia sobre la efectividad de determinados tratamientos en pacientes inmigrantes o de minorías étnicas (INGLEBY, 2004).

Mientras en este proceso cuantificador las voces y las experiencias de las afectadas durante la investigación no se muestran (CHAN Y MA, 2004), en el cualitativo van a tener un papel protagonista junto con los procesos y contextos en los que se generan los (mal)estares para explorar las continuidades y discontinuidades que existen entre los discursos y las prácticas. Mediante este enfoque la antropología y la sociología médicas proponen una perspectiva holística comparativa que sitúa los TCA en el contexto y la intersección de

¹⁸ Una lista de los más utilizados incluida en el Anexo I.

I. Introducción

varios sistemas como son el alimentario, el familiar, y el de género. En este trabajo, añadimos el sistema social y cultural derivado de un proceso migratorio incorporando así la variable origen étnico que sigue descomponiendo las representaciones sociales más comunes sobre mujeres con problemas de alimentación.

Por tanto, el mejor camino posible para comprender el porqué de las prácticas de autoayuno, restricción o hartazgo parte del conocimiento de las experiencias personales de quienes las llevan a cabo situándolas en su contexto histórico y cultural. Pero no sólo esto, las limitaciones de la consideración única de una perspectiva *emic* nos ha llevado a incluir un enfoque relacional que incorpore la opinión de otros actores sociales que, de un modo u otro, participan en el problema, aspecto fundamental para tener en cuenta los procesos y las relaciones entre los agentes. Para ello -y entre otras razones- exploramos la vertiente asistencial incluyendo los discursos médicos de los profesionales sanitarios sobre los TCA, que contribuyen a la comprensión del proceso de construcción social de la enfermedad así como de las representaciones sociales derivadas sobre la propia enfermedad y sobre sus enfermos. Veremos que muchos discursos difieren según el origen étnico de los pacientes.

Revisión documental

El estudio se ha dividido en dos fases. En primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre trastornos del comportamiento alimentario y su relación con la cultura, el género, la alimentación, el cuerpo y la migración. Para esta revisión se ha tenido la literatura ofrecida por todas aquellas disciplinas que están aportando líneas teóricas y metodológicas de interés para los temas en cuestión, concentrada mayormente en los siguientes campos disciplinarios: antropología y sociología de la alimentación, de la salud, del género y de las migraciones, historia, filosofía, psicoanálisis, psiquiatría y psicología cultural, epidemiología psiquiátrica y nutrición. Tras una primera búsqueda exhaustiva

se han seleccionado aquellos libros y artículos más relevantes, prestando una especial atención a los que han tratado sobre la aparición de TCA en poblaciones inmigradas. Centrado nuestro interés en el caso específico de España, donde nos interesa confirmar la emergencia y el incremento de estas patologías entre una población inmigrante que, en su mayoría, ha llegado a este país durante los últimos diez años, no se encontraron apenas referencias bibliográficas a esta área en la que convergen TCA y migraciones. Sobre la producción científica española en TCA desde el campo de las ciencias sociales, este estudio se ha apoyado y alimentado especialmente de los casos locales y más actuales que presentan las tesis doctorales de compañeras antropólogas como María Jesús Sánchez, Raquel Santiso y Eva Zafra, así como del trabajo del filósofo y sociólogo José Luis Moreno Pestaña. Considerando la relevancia de los contextos de origen, una estancia en el centro de Investigación en Estudios Superiores de Antropología Social (CIESAS) de México me permitió un acceso más exhaustivo a bibliografía sobre TCA en la región latinoamericana.

La recopilación del material bibliográfico se ha llevado a cabo entre enero de 2005 y diciembre de 2009 y ha tenido como objetivo elaborar el marco teórico del proyecto, fundamentar nuestras hipótesis de partida y analizar desde una perspectiva diacrónica el fenómeno que nos ocupa.

Una antropóloga en el campo psiquiátrico

Son muchos los estudios que desde la sociología y la antropología se han acercado de alguna manera a la institución psiquiátrica de forma crítica. La *Historia de la Locura en la época clásica* (1961) de FOUCAULT o el clásico de GOFFMAN *Internados* (1970) inaugurarían el campo de investigación en el que se analizan los efectos totalizadores de la institución sobre los pacientes. Otra larga tradición de estudios han mostrado las debilidades del modelo psiquiátrico y la frágil validez de sus diagnósticos como es el caso del famoso estudio de ROSENHAN (1973) publicado en la revista *Science* en el que 12 personas sanas que participaban en el estudio fueron diagnosticadas e internadas en diferentes

hospitales psiquiátricos de los Estados Unidos, donde los profesionales sanitarios fallaron detectando falsos casos entre los verdaderos enfermos y viceversa.

Si bien lo que presento en estas páginas no es ni mucho menos una etnografía sobre la institución psiquiátrica, he querido referirme a estos trabajos para situar al lector no familiarizado y dar cuenta de la particular posición que ocupa el sociólogo/antropólogo en este medio cuando no forma parte del mismo personal médico, si bien cuando lo hace enfrentará también otro tipo de desventajas fruto de sus diferentes identidades profesionales. Siendo el primer caso el que concierne a la investigadora de este estudio, apuntar que las muestras de desconfianza, desinterés y superioridad del personal médico - reflejo de unas relaciones jerárquicas entre la posición hegemónica que ocupa la medicina dentro de las ciencias y aquellas subalternas, ciencias sociales, a las cuales les es incluso cuestionado su estatus de ciencia-, han sido habituales durante el primer contacto si bien no constantes ni inflexibles¹⁹.

En un primer momento se eligió Cataluña porque, más allá de ser mi lugar de residencia, era la segunda comunidad autónoma con mayor porcentaje de extranjeros residentes en España con tarjeta o autorización de residencia después de Madrid (MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN, 2006). Por las inesperadas ausencias -de casos- encontradas durante el proceso de captación decidí extender el área geográfica de estudio a la ciudad de Madrid a raíz de conocer un centro de atención a TCA que trataba habitualmente a pacientes extranjeras y que además se interesó por este trabajo de investigación. En cualquier caso tanto Cataluña como Madrid son comunidades muy significativas para la investigación, en tanto que a lo largo de las últimas décadas han ido confluyendo en estas áreas factores clave en los procesos de cambio social y de la denominada tendencia a la "occidentalización" del modo de vida: industrialización económica (industria alimentaria, moda, cosmética, restauración, etc.), urbanización, salarización, mercado laboral, escolarización,

¹⁹ Un excelente debate sobre el papel del antropólogo en el medio sanitario, y concretamente en salud mental, se encuentra en BRIGIDI, S. (2009).

masiva incorporación femenina al trabajo remunerado extradoméstico, destino de migraciones estatales, europeas y extracomunitarias, y modificación de las estructuras familiares, entre otros. La incidencia de una buena parte de estos factores es central en el estudio del tema que nos ocupa. Las diferencias sustanciales entre la población, *per se* heterogénea, de este territorio afecta a los patrones alimentarios, así como a la construcción de las identidades de género y los modelos corporales.

La búsqueda de las informantes en Cataluña englobó contactos con el sistema sanitario público, clínicas privadas de TCA -una de ellas concertada quedando cubierta por seguros escolares-, una ONG dedicada a la asistencia psicológica a inmigrantes y una asociación de ayuda mutua. Dentro del sistema sanitario público se sondearon unidades especializadas en TCA -tanto hospitales de día como unidades de ingreso y consultas externas de salud mental-, centros de salud mental (CSM), servicios de salud mental especializados en asistir a población inmigrante, así como en un estadio final contactos con atención primaria. En Madrid el contacto se hizo previamente a mi llegada con un hospital cuya unidad especializada en TCA (que integra consultas externas, hospital de día y unidad de ingreso) atiende desde hace unos años y de forma habitual a un porcentaje relevante de inmigrantes.

Las ausencias mencionadas en el caso de Cataluña, si bien suponen una información relevante en sí misma, resultaron en una muestra que valoré como insuficiente para el desarrollo de mi investigación. Tras un periodo inicial de 18 meses de búsqueda de informantes encontré once casos que reunían el perfil; uno de ellos, en Barcelona, rechazó participar y otro, en Girona, abandonó el tratamiento cuando, junto a su doctora, estábamos en el proceso de concertar la entrevista, fracasando los intentos de volver a contactarle. Entonces me trasladé a Madrid donde en el periodo de un mes -la duración de mi estancia- logré entrevistar a doce mujeres que estaban siendo tratadas o lo habían sido en cualquiera de los dispositivos del hospital mencionado. Tras mi vuelta y hasta dar por finalizado el trabajo de campo encontré un nuevo caso de afectada en Barcelona. En total, el periodo de campo tuvo lugar entre febrero de 2005 y

I. Introducción

junio de 2007, dando como resultado final la muestra aquí presentada y cuyas características detallo más adelante.

Como mencionaba antes, para la búsqueda de inmigrantes con TCA entré en contacto con diferentes servicios de psiquiatría -la mayoría especializados- públicos y privados. Las puertas de los servicios a los que llamé estuvieron abiertas a excepción de un par de casos, significativos por corresponder a centros de referencia²⁰ en la red pública de asistencia a este tipo de trastornos, que me negaron la entrada al servicio alegando razones como *“las líneas prioritarias de investigación que actualmente estamos realizando en nuestra Unidad, a mi modo de ver, se encuentran algo alejados a los objetivos que a Uds. les interesa analizar en su proyecto”*²¹. Pero, me pregunto, ¿acaso no son objetivos comunes el intentar alcanzar una mayor comprensión sobre el origen de estos (mal)estares? ¿Acaso supone una amenaza o provoca tal desconfianza o desinterés la presencia de una investigadora formada en otra disciplina no biomédica cuyo objetivo es estudiar el mismo problema desde un ángulo diferente, aplicando diferentes técnicas? ¿No estamos de acuerdo en que aportaciones desde diferentes perspectivas no están llamadas más que a complementarse? Se trata, sin duda, de un ejemplo de cristalización de unas relaciones de hegemonía/subalternidad que producen prejuicios hacia ciertas disciplinas y formas de investigar que presentan una perspectiva del problema diferente a la que ofrece el modelo médico “hegemónico”.

Aunque no ha sido esta la situación encontrada en la mayoría de los casos, no obstante es relevante apuntar que mi experiencia profesional de más de tres años en investigación epidemiológica entre diferentes servicios de atención a la salud mental y un hospital psiquiátrico barcelonés, me proporcionó una red de contactos entre profesionales de la salud mental que favoreció un trato más colaborador. No obstante en los casos en que no se me negó la entrada, los

²⁰ Por su trabajo desde el enfoque terapéutico “hegemónico” para estos trastornos basado en instaurar la regularidad alimentaria fundamentada únicamente en criterios nutricionales, la ganancia de peso, la medicación y la psicoterapia de orientación cognitivo-conductual.

²¹ HP5-PSP: Psiquiatra.

obstáculos o las facilidades para hacer observación o detectar informantes fueron bastante desiguales.

El protocolo de entrada a los servicios que seguí en cada caso fue la presentación del estudio a un miembro del equipo, en muchos casos el jefe del servicio, donde solicitaba que invitasen a colaborar a aquellos pacientes que se visitasen en el servicio y que reuniesen las características requeridas para el estudio: ser inmigrantes y que presentasen algún trastorno alimentario. Uno de los centros me facilitó datos de contacto de todas las pacientes inmigrantes que se habían visitado en algún momento por lo que pude localizar a algunas de ellas y entrevistarlas. En el caso de la asociación de ayuda mutua, cuyo interés y motivación por participar en el estudio contrastaba con la opacidad y rechazo de algunos de los servicios sanitarios, fui invitada asistir como observadora a una de sus reuniones cerradas en la que me fue posible contactar directamente con inmigrantes que pertenecían a esta asociación.

En cuanto a los profesionales, solicité una entrevista en profundidad con aquellos que valoré de interés para mi estudio, basándome en los siguientes criterios: 1) su experiencia en la clínica con pacientes inmigrantes con TCA, 2) su larga experiencia clínica con pacientes con TCA en general, y/o 3) su pertenencia a otro contexto cultural, en este caso latinoamericano, región de donde procede la mayoría de inmigrantes de la muestra. Todos ellos pertenecían a los servicios sanitarios que contacté para encontrar a pacientes en España, excepto uno de ellos que entrevisté en su clínica privada para el tratamiento de los TCA durante mi estancia de cuatro meses en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) en Ciudad de México.

Las y los protagonistas

El universo de estudio está compuesto por una parte, por las personas nacidas en países extracomunitarios²² que residen actualmente en España cuyas prácticas alimentarias y corporales se volvieron en algún momento problemáticas para ellas mismas o para alguien de su entorno resultando en la búsqueda de ayuda médica bien por esta razón o por malestares asociados, y por otra parte, por los profesionales del ámbito de la salud mental que trabajan con estos pacientes.

En total la investigación se basa en las entrevistas con veintiún inmigrantes y ocho profesionales de la salud mental de diferentes ocupaciones sanitarias como son enfermeras, psicólogos y psiquiatras. Entre los psiquiatras, uno de ellos es latinoamericano y alterna temporadas de trabajo entre su país de origen y un país europeo. A diferencia de la fuerte división sexual y técnica del trabajo existente entre los profesionales de la salud mental que constatan la mayoría de investigaciones -incluida ésta-, el sexo de los profesionales finalmente entrevistados para este estudio representa una realidad más igualitaria incluyendo si bien dos mujeres enfermeras, también una psicóloga y un psicólogo, y dos psiquiatras mujeres y dos psiquiatras hombres. Por otra parte el grupo de inmigrantes está compuesto por veinte mujeres y un hombre cuyas edades oscilan entre los doce y los cincuenta y cuatro años, un rango de edad muy amplio por lo que me estaré refiriendo durante el trabajo a dos grupos: por un lado las más jóvenes como aquellas cuyas edades comprenden de los 12 a los 19 años, y las más mayores o emancipadas, que van de los 27 a los 54. Proceden de diferentes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay, Angola, Marruecos y Rumanía. Su tiempo de residencia en España también varía de los diecisiete años a los seis meses²³. Han sido educadas en

²² Uno de los casos entrevistados en 2006 es el de una inmigrante rumana, país que entró a formar parte de la Unión Europea el 1 de enero de 2007.

²³ Una de ellas no es inmigrante sino adoptada desde corta edad por una familia española. Decidí incluirla en el estudio por dos razones. Primero porque sus rasgos físicos indígenas la identifican en la sociedad española como inmigrante latinoamericana y segundo, porque ella misma define su identidad como peruana.

diferentes religiones (católica ortodoxa, católica, evangelista, judía y musulmana) y pertenecen a diferentes clases sociales.

Las relaciones problemáticas con la comida que han tenido muchas de las informantes han variado en sus formas a lo largo de sus vidas por lo que en una misma historia clínica conviven diagnósticos de anorexia, bulimia y/o comedor compulsivo. El TCA más común ha sido el de anorexia nerviosa, concentrada su prevalencia en las informantes más jóvenes (12-19 años) que constituyen más de la mitad de las entrevistadas. Por otro lado se encuentran en diferentes estadios de la enfermedad, lo que nos permite recomponer una historia cronológica del (mal)estar.

No existe una causa única para migrar, como no existe una única razón para vivir. Las historias individuales muestran la diversidad de factores que interrelacionados van a influir en la decisión final. Sin embargo siempre hay razones que priman, y éstas las podemos agrupar como sigue. En el caso de nuestras informantes más jóvenes (12-19 años) las razones fueron básicamente de reagrupación familiar. En la de sus familias y en el resto de informantes estos motivos principales se distribuyen entre la búsqueda de una mejor condición económica, el alejamiento de unas problemáticas relaciones familiares, el placer de viajar y descubrir, el exilio político, o determinados *life events* que determinan la marcha como es el caso de una de las jóvenes cuya familia emigra buscando una mejora en los cuidados médicos para la enfermedad del padre.

Con esta heterogeneidad en la muestra rompemos con una doble tendencia a homogeneizar las características, por un lado, de las personas con problemas de alimentación y, por otro, de los inmigrantes.

Para conocer en mayor detalle las características de cada inmigrante y facilitar la lectura de la parte etnográfica se incluye una biografía resumida de cada uno de los casos en el capítulo VI de este trabajo y un cuadro en el Anexo III.

Técnicas utilizadas y análisis de datos

Se ha realizado una etnografía a partir de los relatos de vida de las inmigrantes y de las entrevistas realizadas a profesionales, en ambos casos, realizadas en una o varias sesiones. El relato de vida, a pesar de evocar la idea de autobiografía en el sentido de contener la historia completa de un sujeto, se elabora a partir de la aparición de la forma narrativa en una conversación y cuando el sujeto la utiliza para entender el contenido de una parte de su experiencia vivida (BERTAUX, 2005). Nos interesa aquí analizar las experiencias de aquellas personas que en un contexto de inmigración llevan a cabo prácticas alimentarias de ayuno, restricción y/o hartazgo. En estos relatos de vida me centré principalmente en la historia migratoria –el contexto *pre* y *post*migración– y proceso de aculturación, las relaciones familiares, las relaciones con pares y parejas, los roles de género, la alimentación, las representaciones y prácticas corporales, la experiencia de la enfermedad y los procesos asistenciales.

Las entrevistas transcurrieron en diferentes entornos como despachos de universidad, consultas en el dispositivo sanitario, cafeterías, estaciones de tren, parques o las propias casas de las mujeres entrevistadas. Con el objetivo de superar la relación jerárquica que se establece con el “otro” entre investigador e informante proporcioné, en todos los casos en que fue posible, la libertad a la entrevistada de elegir el lugar y expliqué los orígenes y el propósito de mi estudio. Durante las entrevistas me aproximé a las informantes bajo la premisa de que son ellas, y no la investigadora, las expertas de sus relatos y que por ello conocen la mejor cronología, énfasis y métodos para contar sobre sus propias vidas. Partimos del hecho de que la narrativa se compone a partir de una buena parte de selección y de interpretación sin la cual no representaría más que una sucesión de hechos, no habría relato (BERTAUX, 2005). La reconstrucción de experiencias vividas, especialmente cuando hacen referencia a periodos más alejados del presente, conllevan sesgos que se apuntan y se aceptan en la investigación. Las historias que cuentan pueden estar teñidas de idealizaciones, ensoñaciones, miedos, pueden estar utilizando la narración para, por ejemplo, reconstruir unas historias de la manera que les hubiera gustado vivirlas o para

exagerar hechos que enfatizan su posición de víctimas. Estos sesgos pueden ser minimizados mediante la utilización de relatos cruzados, es decir, contrastando sus historias con las de los “otros” que han participado en los procesos.

Para esta investigación se recogieron los discursos de los profesionales sanitarios mediante entrevistas semi-estructuradas y un grupo de discusión donde se trataron temas como la etiología de los TCA y sus representaciones sociales así como de sus enfermas tanto inmigrantes como autóctonas, y las diferencias en diagnóstico, tratamiento y pronóstico entre estos dos grupos de pacientes. Una de las limitaciones de este estudio es la falta de inclusión de otros actores relevantes como familiares y/o amigos que no han sido entrevistados en profundidad, si bien en algunos casos se ha mantenido con ellos conversaciones informales vía telefónica o presencial antes o después de las entrevistas.

En las dependencias de los centros asistenciales visitados llevé a cabo una observación no participante en diferentes contextos: consultas de psiquiatría individuales, talleres de terapia grupal, consultas de enfermería, comedores, y de manera libre por las dependencias del hospital de día presenciando charlas informales entre pacientes, familiares, profesionales y administrativas del servicio.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas posteriormente. Los datos han sido sometidos a un vaciado y posterior análisis de contenido con la ayuda del programa de tratamiento de datos cualitativos MaxQda. Tanto los relatos de vida como las entrevistas a profesionales y las observaciones están apoyadas por el diario de campo que me acompañó durante estos años y que es parte fundamental de la etnografía que aquí presento.

II. MARCO TEÓRICO

REPENSANDO LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y SU PATOLOGIZACIÓN

En los países de habla hispana, bajo la denominación de *trastornos del comportamiento alimentario* o *trastornos de la conducta alimentaria* -versión de la noción anglosajona de *eating disorders* o de la francesa *troubles alimentaires*-, se entienden ciertas conductas alimentarias que, siendo incluso admiradas en otros periodos históricos y aún en ciertas culturas, han pasado a ser percibidas como desviadas y, por su causalidad y efectos, etiquetadas de enfermedades mentales. Se trata de conductas que se alejan de aquellas consideradas por las ciencias de la salud como patrones normalizados y saludables de alimentación y que en algunos casos pueden tener consecuencias serias para la salud. Estos (mal)estares, que han llegado a ser catalogados de “epidemia social” en más de una ocasión²⁴, están siendo objeto de un creciente interés durante las últimas décadas debido sobre todo a los aportes epidemiológicos que hablan de un

²⁴ Es en el contexto actual donde surgen debates en torno a los procesos de cambio alimentario y de gestión del cuerpo cuando emergen los calificativos de “epidemia” que se han atribuido a los TCA y también a la obesidad (GRACIA *et al*, 2010). Quienes consideran que estamos ante una epidemia social afirman que no existe agente contagioso alguno debiéndose su transmisión a factores de orden psicosocial. Su carácter epidémico se ha basado en su incidencia entre las clases altas y medias por su carácter glamouroso. Algunos de los autores que han clasificado la anorexia nerviosa y/o bulimia como enfermedades de carácter epidémico son BRUCH (1978), SOURS (1980), GORDON (2000), TORO (2003) o ISOLETTA (2003).

incremento²⁵ de su incidencia en las sociedades occidentales –sobre todo en los casos más leves pero también en la cronificación y en los casos más severos– como de la reciente aparición de casos clínicos en sociedades no occidentales donde su tendencia parece estar también en aumento.

Aunque se haya insistido en que muchas son las causas explicativas relacionadas con la aparición de este tipo de (mal)estares y se haya demostrado que éstos tienen una base socio-cultural específica sin la cual nos sería imposible llegar a una total comprensión de su existencia, la investigación médica se ha centrado principalmente sobre los aspectos biológicos y psicológicos de la enfermedad. La influencia de la cultura ha sido desestimada o relegada a un plano secundario por una psiquiatría que tiende a una constante biologización de los síntomas. Sin embargo, no debemos olvidar que lo que son hoy consideradas como enfermedades mentales, con sus correspondientes categorías diagnósticas, vienen a ser “el resultado de desarrollos históricos, influencias culturales y negociaciones políticas” (KLEINMAN, 1988:12), y bajo esta premisa se desarrolla esta tesis.

La aceptación del origen multicausal de esta aflicción constituye una justificación del “no-saber” que lleva a embarcarse en la búsqueda de nuevas ideas sobre sus causas, así como en la improvisación de su abordaje y tratamiento (HEPWORTH, 1999). Su consideración de enfermedad incomprendida y misteriosa, en una época en que la premisa básica de la medicina es que todas las enfermedades pueden curarse, convierten a estos (mal)estares en lo que Susan SONTAG (1990) definiría años atrás refiriéndose al cáncer y al sida, como metáforas de lo que se considera moralmente malo y contagioso. Estas metáforas vienen a sugerir que existe un profundo desequilibrio entre el individuo y la sociedad.

Aunque en los últimos años está proliferando la creación de etiquetas que se proponen medicalizar y/o patologizar diferentes prácticas alimentarias de la

²⁵ A pesar de que en algunos países los datos parecen haberse estabilizado en el transcurso de los últimos años, el número de casos en términos absolutos a nivel mundial sigue creciendo.

II. Marco teórico

población²⁶, este trabajo se va a centrar en aquellas incluidas en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*²⁷ (DSM) sobre las que existe un consenso en la comunidad médica en cuanto a su diagnóstico y protocolos de tratamiento. Estas son la *anorexia*, *bulimia* y el *trastorno por atracón*.

Mientras la *bulimia* y el *trastorno por atracón*, con sus correspondientes criterios diagnósticos, han sido recientemente identificados e incluidos en el DSM-IV como TCA, la *anorexia nerviosa* ha ocupado hasta nuestros días el papel protagonista, habiéndose volcado en él la literatura médica y científica. Este hecho parece estar ligado a su más temprana identificación como enfermedad -médica y después mental- que pudo deberse, entre otras razones, a su más fácil reconocimiento y grave pronóstico. Sin embargo, a pesar de las diferencias en el tipo de prácticas alimentarias que predominan en uno u otro diagnóstico, considerarlas como entidades nosológicas diferentes conduce a un grave error si queremos acercarnos a su comprensión y explicación, ya que en la mayoría de ocasiones estos padecimientos combinan tales tipos de prácticas de forma alternada formando parte de un *continuum*. Como si se tratara de signos diferentes asociados a un mismo síntoma, es decir, como si dejar de comer o comer hasta hartarse fueran diferentes medios de expresión pero con un mismo significado.

Estas aflicciones han aparecido desde un principio -y por razones que podremos ir comprendiendo a lo largo del trabajo- ligadas a una determinada *cultura* -la occidental-, y dentro de ésta, a variables específicas como *el género*, *la clase social*, *la edad* y *la etnia*. La *anorexia nerviosa*, como los demás TCA, ha estado y sigue estando tradicionalmente asociada a las mujeres caucásicas occidentales, de clase alta, en edad joven, y a su obsesión por la imagen. Algunas profesiones en las que la imagen corporal resulta determinante como instrumento de trabajo han sido consideradas como factores de riesgo en la

²⁶ Hablo de este fenómeno más adelante en el trabajo (ver pp. 73)

²⁷ El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) fue creado por la Asociación Americana de Psiquiatría y es el manual más utilizado en las consultas psiquiátricas de todo el mundo. Le sigue la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) elaborado posteriormente por la Organización Mundial de la Salud y que se comienza a utilizar, aunque de forma aún minoritaria, en 1994.

aparición de estos (mal)estares. Entre estas profesiones se encuentran el modelaje y los deportistas de élite, habiendo sido destacados como deportes de riesgo en el caso del sexo femenino, la gimnasia, el patinaje artístico o la danza, y en el caso de los varones, la lucha, el boxeo y el culturismo entre otros (TORO, 2003).

Sin embargo, desde hace unos años la investigación epidemiológica, cada vez más extensa sobre trastornos alimentarios, ha comenzado a desafiar algunas de estas asunciones: la distribución de estas enfermedades entre la población ha dejado de ajustarse a los patrones que establecía ese retrato de enferma previamente mencionado. Especialmente las características relativas al origen étnico, tipo de sociedad, edad, clase social e incluso, aunque en menor medida, al género, son cada vez más variables. Desde aquí creemos que las mujeres tienden a utilizar su cuerpo y la comida para comunicar (mal)estares -como también (bien)estares- independientemente cual sea su origen étnico, clase social o edad. Históricamente han utilizado el control sobre la comida como un medio para construir su subjetividad y controlar sus cuerpos, encontrando en ello placer, seguridad, privación o ansiedad. Determinadas prácticas alimentarias y corporales no son únicas de la sociedad -llámese- occidental o desarrollada o de la abundancia, ni de aquellos que viven con determinado nivel de recursos, ni de quienes pasan por procesos de cambio puberal donde se combinan tres dimensiones, física, psicológica y social.

Pero sí que ha sido en la sociedad occidental donde las prácticas de comer mucho, poco o nada se han construido como enfermedad a partir de su alejamiento de los patrones normativos y, más concretamente, como diagnóstico psiquiátrico. Ha sido en este mundo local de significados donde han tomado un sentido como enfermedad y se han conformado como síndrome. Un mundo local que inicia hace dos siglos un proceso de medicalización de la alimentación (POULAIN, 2002; CONRAD, 1992) que según TURNER (1999) se ha ido construyendo en torno a la afinidad entre el desarrollo de la gestión facultativa de la dieta y la expansión del capitalismo, convirtiendo a la nutrición en una ciencia compatible con el espíritu del modo de producción capitalista al

II. Marco teórico

procurar una fuerza de trabajo fuerte y sana mediante la disciplina del cuerpo. Este proceso de medicalización unido a la creciente 'colonización' de otras áreas del mundo por una biomedicina que representa el Modelo Médico Hegemónico (MENÉNDEZ, 1978) hace que cada vez sean más las mujeres de diferentes sociedades, de diferentes etnias, diagnosticadas con un TCA.

Las ciencias médicas y sociales se han venido interesando de manera creciente por el estudio de estos (mal)estares en tanto constituyen un fenómeno multicausal cuyo abordaje requiere de las aportaciones provenientes de diversos campos de estudio. Las ciencias sociales lo hacen, en concreto, por la aparición de dos factores -la "cultura" y el "género"- como explicativos de estas aflicciones si bien no existe unanimidad acerca de cómo actúan. Sumándose a la posición de anteriores investigaciones (GRACIA *et al.*, 2002, 2005) el objetivo de este trabajo es ofrecer una mirada distinta a un tema dominado en España por aportaciones de la psiquiatría, la psicología clínica y la nutrición, en general poco abiertas a las ciencias sociales, una tendencia opuesta a la de otros países de nuestro entorno donde las aportaciones interdisciplinares con la presencia de antropólogos y sociólogos son copiosas. Mientras la medicina tiene como función principal la de diagnosticar y tratar las enfermedades, la antropología y la sociología médicas, libres del compromiso del tratamiento individual del paciente, gozan de una libertad de mirada que, mediante un enfoque holístico, produce aportaciones únicas e innovadoras en su objetivo de ofrecer conocimiento y comprensión sobre el problema. Con este objetivo encaramos este trabajo de investigación en el que comenzamos introduciendo las diferentes variables que han construido una determinada imagen de los TCA y de sus afectadas para, seguidamente, ponerlas en cuestión.

Invisibles: ¿una cuestión sólo de desencaje diagnóstico?

Las representaciones sociales sobre las enfermas de TCA creadas por la medicina y por sus profesionales tienen el efecto de invisibilizar estos padecimientos entre aquellas personas que no cumplen con el perfil

consensuado y que están en el centro de las representaciones y los discursos. Para empezar, mientras que la incidencia de los TCA ha tenido y sigue teniendo el ratio más desigual entre *géneros* de todos los trastornos psiquiátricos – incluidas la depresión y la agorafobia-, hay estudios que revelan un aumento en la proporción de varones afectados (DI NICOLA, 1990: 253; GORDON, 2000: 57). Esta proporción oscila entre el 5 y el 10% de los casos que los varones aún no han superado. El que los TCA sean hasta nueve veces más frecuentes en mujeres que en hombres se intenta explicar, sin demasiado éxito, desde posiciones tanto biologicistas, empeñadas en encontrar factores explicativos de origen orgánico, como psicologicistas, que atribuyen las causas a supuestas características de personalidad femeninas. Estas últimas fueron las tesis dominantes durante el s.XIX que relacionaron a la mujer con la locura y la histeria, y que han contribuido a que el modelo médico se construya en torno a unas ideas de género y de identidad muy precisas que hacen de los hombres casos improbables de padecer estas aflicciones (HEPWORTH, 1999). Esto explica por qué algunos profesionales aún hoy atribuyen las causas de los trastornos alimentarios en mujeres a su mayor *“dependencia del otro y la importancia de la mirada del otro para ver quién es”*²⁸.

El aumento de la prevalencia en los varones ha sido atribuido a una mayor preocupación de éstos por el peso y por la imagen corporal, preocupación que queda reflejada en su reciente, aunque aún muy modesta, incorporación al grupo de consumidores de productos cosméticos, así como en su entrada en la industria alimentaria y mediática. Otras líneas de investigación apuntan que el deseo de delgadez no es tan frecuente entre los hombres, sino justamente lo contrario. En este caso, la preocupación por verse demasiado pequeños puede dar lugar a comportamientos obsesivos con el objetivo de aumentar su volumen corporal –entiéndase masa muscular- mediante el ejercicio físico. Surge en este

²⁸ PSP: Psiquiatra. Cita extraída de la investigación realizada por GRACIA et al (2005) “Género, ‘dieting’ y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres”, Instituto de la Mujer (Madrid), de la que formé parte como miembro del equipo investigador.

II. Marco teórico

caso una nueva etiqueta diagnóstica, la *vigorexia*²⁹, que implica prácticas de abuso y manipulación de dieta y comida similares a la anorexia y la bulimia. En todo caso, también en ellos se reafirma la tesis 'hegemónica' de que se trata de aflicciones ligadas –únicamente- a la imagen corporal.

Por otro lado, hemos de tener en cuenta que el mencionado aumento entre hombres tiene muchas posibilidades de estar infrarrepresentado. En primer lugar, como los datos que manejamos corresponden únicamente a aquellos varones que han buscado ayuda médica, es importante valorar la doble estigmatización que prevendría al hombre de buscar este tipo de ayuda: el tratarse de una enfermedad mental y su representación social como un *problema femenino*. En segundo lugar, en caso de que acuda a un servicio sanitario, el profesional médico puede ser reticente a diagnosticar un TCA por operar en él también un sesgo que tiene que ver con unas ideas de género y de identidad en torno a las cuales se construye el diagnóstico y que hacen de las mujeres las únicas depositarias. Por último, porque el predominio de mujeres ha podido llevar a los estudios epidemiológicos a ignorar la existencia de hombres, subestimando su presencia entre el grupo de afectados. Valga como ejemplo la relativa ausencia de hombres diagnosticados con TCA en el contexto español, donde encontramos serias dificultades en su búsqueda durante el trabajo de campo para una investigación realizada entre 2003 y 2005 (GRACIA *et al.*, 2005). Entonces no encontramos ningún hombre en tratamiento en un centro público, y solamente algunos en el sector privado. En la presente investigación con población inmigrante encontramos un hombre frente a veinte casos en mujeres.

Otra de las imágenes a deconstruir es la de considerar los TCA como problemas de adolescentes, esto es, de carácter transicional y temporal. La *edad* es una de las variables considerada como factor de riesgo, siendo durante la adolescencia cuando suelen aparecer con mayor frecuencia. En la anorexia, ya su descripción clínica en la Europa del XIX, se presenta como una patología mayoritariamente femenina con especial incidencia en cohortes de edad de 16 a 23 años como

²⁹ También denominado *anorexia inversa*, *dismorfia muscular* o *complejo de Adonis*.

establecía Gull, uno de los primeros médicos en describirla y etiquetarla (BRUMBERG, 2000: 118). Por eso muchas de las hipótesis explicativas de estos trastornos –como las psicoanalíticas o las psicobiologistas– han intentado explicar estos trastornos a partir de los cambios corporales, psicológicos y sociales de la adolescencia. Prueba de ello es que la anorexia ha llegado a ser denominada como “*pubertal addiction to thinness*” (BRUCH, 1985). Sin embargo, cada vez se confirman más y más casos en los que se da entre mujeres en edades no circunscritas a la adolescencia: tanto en niñas prepuberales como en mujeres adultas (GRACIA *et al.*, 2005; THOMPSON, 2004)³⁰. Los casos en estas últimas pueden deberse a la convivencia con unas prácticas que si comenzaron en torno a la adolescencia, se han cronificado y mantenido en el tiempo. Pero también aparecen casos en los que las prácticas comienzan en momentos vitales alejados de la menarquia, incluso muy alejados como es el caso de ancianos. En palabras de GONZALO MORANDÉ, jefe de psiquiatría del Hospital Niño Jesús de Madrid estos se explican porque esta “*enfermedad siempre tiene una especial incidencia en las transiciones de la vida. Los trastornos alimentarios son un síntoma de las dificultades existentes para afrontar el día a día*”³¹. La *Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud para los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (2009)³² reserva un apartado a los TCA en adultos donde hace recomendaciones al profesional sobre como adaptar la anamnesis a este tipo de casos en los que “*problemas laborales, económicos o sociales*” pueden encontrarse como factores de mantenimiento y, en ocasiones, como desencadenantes. La guía establece como edad mínima para ser aplicada los ocho años. En general, tras cada caso se pueden encontrar acontecimientos que agrupamos siguiendo a MEEHAN Y

³⁰ En el trabajo etnográfico que realizamos para el proyecto “Género, ‘dieting’ y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres” (GRACIA *et al.*, 2005) encontramos en servicios sanitarios y en organizaciones de ayuda mutua ubicadas en Cataluña casos de niñas de 10 años y de mujeres que superan los 60 años de edad. En el trabajo de campo realizado para esta tesis se constató, además, la misma situación en la ciudad de Madrid.

³¹ Este psiquiatra ha confirmado tener en su consulta a pacientes con 82 años (“La anorexia empieza a llevar al médico a personas mayores”, *El Ideal*, 22 diciembre de 2006)

³² Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria (2009), *Guía de práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Consumo, Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guías de práctica Clínica del SNS: AATRM Núm 2006/05-01.

II. Marco teórico

KATZMAN (2001) como experiencias de transición, desconexión/dislocación y opresión³³, las cuales pueden darse en diferentes periodos vitales, si bien la adolescencia sigue siendo el de mayor vulnerabilidad.

La epidemiología psiquiátrica también se ha encargado de estudiar la distribución de las enfermedades mentales entre *clases sociales*. Desde la psiquiatría, a pesar de que el énfasis en lo biológico ha contribuido al descenso de su interés por las causas sociales de las enfermedades mentales, una amplia base de estudios sostiene la tesis de la causación social que establece una relación directa entre condiciones socioeconómicas estresantes (como pobreza, desempleo, falta de asequibilidad de vivienda) y un empeoramiento de la salud mental. En esta ecuación, los TCA representaron un paradigma al ser asociados, como en su día fue la histeria, a las clases altas, más preocupadas por la dieta y la imagen corporal, por la salud y la belleza. En esta línea, son muchos los estudios que defienden que en Occidente las presiones por estar delgada aumentan a medida que lo hace el estatus socioeconómico, y que esta misma relación se acaba dando en sociedades no occidentales que se desarrollan económicamente, lo que las lleva a un aumento de los TCA (SOH *et al.*, 2006). Sin contradecir esta relación, lo que es cierto es que los (mal)estares alimentarios no son propiedad de determinada parte de la población debido a su nivel socioeconómico, como sería el caso de las clases altas y las medias, tras la popularización de los valores que asocian el cuerpo delgado a la salud y a la belleza. Ya desde la década de los 80 son varias las investigaciones epidemiológicas que desmienten la existencia de una asociación entre estas dos variables: clase social y TCA (LEIGHTON *et al.*, 1985; POPE *et al.*, 1987; FAVARO *et al.*, 2003). Es más, algunos estudios han llegado a confirmar que la bulimia es más común entre los estratos socioeconómicos bajos (GARD Y FREEMAN, 1996) o que el riesgo de TCA es mayor entre jóvenes de clases bajas que de altas (NEUMARK-SZTAINER *et al.*, 1999). MCCLELLAND Y CRISP (2001) que examinaron la clase social de las pacientes anoréxicas durante un período de 33 años observaron a partir de 1985 un ligero aumento de pacientes procedentes de las

³³ Estos conceptos son explicados más adelante en el trabajo.

clases sociales más bajas. Sin pretender convertir estos hallazgos en asunto central, lo cierto es que los TCA han dejado de ser monopolio único de las clases sociales opulentas y son muchos los estudios que han encontrado afectadas no solo entre clase medias sino entre las clases más bajas (GORDON, 2000; THOMPSON, 2004; MORENO, 2005; BARRIGUETE, 2005; TINET, 2005). Esta variabilidad en la escala social ha llevado a MORENO (2005) a realizar un interesante estudio en el contexto del Sur de España sobre el etnocentrismo de clase que inunda las proyecciones sociales de estos (mal)estares. Según el autor, si bien encuentra anorexia en diferentes clases sociales, es la posibilidad de atribuir características sublimes a la misma lo que varía, aumentando con el nivel social y cultural.

Desde el 'saber hegemónico', entre las razones atribuidas a la popularización de los problemas alimentarios entre clases sociales se apuntan la cultura de consumo característica de finales del s.XX que ha llevado a la difusión popular de prácticas sociales restringidas tradicionalmente a las clases altas, lo borroso de las fronteras de clase en determinados contextos de las sociedades contemporáneas, la difusión de tales enfermedades por los medios de comunicación más populares y menos orientados a las élites, su aceptación como enfermedades *glamourosas*... Se trata en todos los casos de razones que atribuyen significado a la enfermedad únicamente en los contextos de clases altas o en su relación con ellas. La implicación que otros factores sociales tales como la pobreza o la inmigración pueden tener por sí mismos en la generación de dificultades vitales y malestares que lleven a la aparición o mantenimiento de estas prácticas alimentarias y corporales entre mujeres han sido prácticamente obviados con escasas excepciones como la del trabajo de THOMPSON (2004). En su estudio sobre la salud mental en países pobres, DESJARLAIS *et al.* (1995) concluyeron que la pobreza y el estancamiento económico tiene un impacto directo e indirecto sobre el bienestar social y mental³⁴. La migración en sí, dicen los autores, no lleva necesariamente a una

³⁴ En todo caso no es la pobreza la única que establece una relación con la enfermedad. El crecimiento económico también produce otro tipo de malestares y trastornos mentales (DESJARLAIS *et al.*, 1995).

II. Marco teórico

salud mental pobre, pero va a depender de los siguientes factores que definen como claves: cómo uno se adapta a los cambios que trae la migración, cómo de seguro y saludable es el entorno en que uno vive y, la posibilidad de que uno puede vivir una vida productiva, a la que le encuentre sentido y que se encuentre culturalmente integrada (Ibíd, 1995:137).

En último lugar, desafiamos también la asunción relativa al *tipo de sociedad* y a la *etnia* que asocia los TCA únicamente al contexto sociocultural de la sociedad occidental industrializada y, dentro de ella, a la población caucásica. Esta consideración limitativa, hasta fechas recientes, llevó a los psiquiatras a considerarlos como “el” *síndrome ligado a la cultura*³⁵ de Occidente. La emergencia de la sociedad de consumo, las prácticas, valores e ideales respecto al cuerpo, la progresiva transformación –para algunos “fragmentación”- de la familia y la transformación de los roles de género han sido algunas de las características de la sociedad occidental que han conformado el contexto sociocultural donde emergen los TCA como una enfermedad de la modernidad³⁶. No obstante en esta conceptualización de los (mal)estares alimentarios como –preferimos llamar- delimitados por tal cultura comienza a agrietarse tras la aparición de numerosos estudios epidemiológicos transculturales que revelan la emergencia de estas psicopatologías en contextos culturales diversos como Nigeria, Zimbabwe, Etiopía o Marruecos en África; Colombia, Venezuela o México en América Latina; o China, Taiwán, Singapur o India, en Asia, donde, además, destaca el caso de Japón cuyos datos de prevalencia son comparables a los de Occidente (GORDON, 2000). De manera simultánea, estudios llevados a cabo en otros países como Estados Unidos, Australia o Reino Unido confirman la prevalencia de TCA entre inmigrantes

³⁵ Desarrollamos la genealogía de este concepto en un posterior capítulo de este trabajo. Baste aquí adelantar que el *síndrome ligado a la cultura* enfatiza la especificidad cultural en una dimensión local al referirse a “una constelación de signos o síntomas, categorizada como una disfunción o enfermedad, restringido a diferentes culturas primordialmente en razón de características psicosociales distintivas de las mismas” (VANDEREYCKEN Y HOEK, 1992).

³⁶ Entendiendo la modernidad como un profundo proceso de reorganización de tiempo y espacio que junto con la dislocación de mecanismos, radicaliza y globaliza los rasgos institucionales preestablecidos de la modernidad y actúa para transformar el contenido y la naturaleza de la vida cotidiana (GIDDENS, 1991).

procedentes de sociedades en desarrollo, tanto africanas, como asiáticas o hispanas o entre minorías étnicas (BHUGRA *et al.*, 2003; HUMPHRY Y RICCIARDELLI, 2003; SAHI Y HASLAM, 2003; THOMPSON, 2004; CACHELIN *et al.*, 2006; REGAN Y CACHELIN, 2006).

Estos nuevos datos sitúan en una encrucijada los criterios diagnósticos³⁷ y las hipótesis explicativas que hasta entonces barajaba una psiquiatría que se ve obligada a reformular sus presupuestos. Y a hacerlo en base a un escenario globalizado económica y culturalmente que se interrelaciona constantemente con lo local y da lugar a la creación de espacios sociales generadores de nuevos significados e identidades. En un trabajo clásico de psiquiatría transcultural sobre trastornos alimentarios, DINICOLA (1990) propuso el concepto de *síndrome de cambio cultural*. Bajo esta nueva etiqueta incluía aquellos casos que no pueden explicarse por su relación con una cultura específica sino como efectos de procesos de transformación de los referentes culturales que se dan en dos contextos sociales concretos: la migración o la rápida evolución socioeconómica y cultural de las sociedades.

Esta nueva etiqueta clasificatoria -y la flexibilidad que introduce en la explicación de estos (mal)estares- responde a una necesidad de romper con las limitaciones que impone la concepción etnocéntrica de las enfermedades que las delimita a culturas específicas. Límites que tienen que ver con el tratamiento de signos como síndromes o enfermedades. Según MARTÍNEZ-HERNÁEZ (2000) encontrar signos -en nuestro caso prácticas alimentarias de comer mucho, poco o nada o corporales para modificar el peso-, en cualquier parte del mundo es metodológicamente posible si bien estos signos no tienen por qué representar una enfermedad en todos los lugares, ya que es precisamente la conexión de un grupo de signos con una tradición cultural e histórica particular lo que le otorga

³⁷ Estudios transculturales han llegado a cuestionar los criterios diagnósticos occidentales tachándolos de etnocéntricos tras insistir en la relativa ausencia del miedo a engordar o de la distorsión de la imagen corporal entre sus pacientes, un hecho que permite ampliar los significados otorgados a estas prácticas patologizadas del comer mucho, comer poco o no comer (HSU Y SOBKIEWIEZ, 1991; LEE, 1993, 2001a, 2001b; KHANDEWAL *et al.*, 1995; KATZMAN Y LEE, 1996; SRINAVASAN, 1998; PIKE Y BOROVOY, 2000; RIEGER *et al.*, 2001; SOH *et al.*, 2003; KEEL Y LEE, 2006).

II. Marco teórico

significado como enfermedad. Dicho en otras palabras, lo que hace posible identificar una psicopatología es la construcción social de la enfermedad.

Suscribiendo estas tesis, desde aquí cuestionamos la supuesta “emergencia” de estos (mal)estares en poblaciones no caucásicas o pertenecientes a sociedades no occidentales o no desarrolladas. Por una parte, basta recordar que la variable etnia ha sido mencionada en las reflexiones de las investigaciones pero no ha centrado sus análisis hasta fechas muy recientes. Se trata de una tendencia generalizable en las investigaciones en salud, y en salud mental en particular, que ha excluido sistemáticamente a minorías étnicas e inmigrantes en sus estudios³⁸. Por otra parte, en el actual contexto de globalización la psiquiatría biomédica deposita ejemplares del DSM-IV en consultas africanas o asiáticas que comienzan a aplicar sus diagnósticos, mientras el creciente proceso de medicalización de la alimentación en Occidente encuentra nuevos perfiles de personas afectadas, crea nuevos mercados de asistencia profesional.

En el siguiente capítulo analizaremos desde una perspectiva diacrónica, el proceso por el cual las prácticas de comer mucho poco o nada así como determinados valores y creencias sobre el cuerpo se van a configurar, en un momento de la historia, como un conjunto de signos que serán interpretados como enfermedad dentro de un determinado marco cultural de referencia. Veremos cuales son los orígenes de las metáforas creadas sobre las mujeres diagnosticadas que la medicina hegemónica, y sus expertos en particular, han ido manejando hasta nuestros días y que han entrado en crisis obligando a una nueva reconceptualización de lo que son considerados como trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

³⁸ GRAHAM (1992) mostró que el 96% de los estudios publicados durante las décadas de los 70 y 80 en cuatro revistas periódicas de la Asociación Americana de Psicología excluía de sus análisis a los afroamericanos. Esta tendencia estaba ligada a un legado de racismo y asimilacionismo, pero también existen razones pragmáticas basadas en criterios estadísticos en cuanto a los beneficios de contar con muestras homogéneas en los estudios clínicos. En la investigación médica, estas consideraciones han llevado a un estado de profunda ignorancia sobre la efectividad de los tratamientos en pacientes pertenecientes a minorías étnicas.

LAS RAZONES HISTÓRICAS DEL COMER MUCHO, POCO O NADA

“El hecho es que en todos los periodos de la historia, los trastornos mentales de cierta importancia epidemiológica o de especial fascinación han destacado un aspecto de la naturaleza del hombre en conflicto con los tiempos...”

ERIKSON, (1975:22)³⁹

“Entre finales del XIX y principios del XX ha cambiado la sociedad, las histéricas se manifiestan de forma distinta. Las histéricas e histéricos son un termómetro muy bonito de lo que pasa en la sociedad, porque son tan sugestionables, porque son preciosas como termómetro, a ver dónde estamos, tráigame una histérica que yo me entere en que cultura me muevo y entonces, ¿que ha cambiado?, pues la relevancia que se da al cuerpo y a la figura corporal”

Psiquiatra de TCA⁴⁰

El contexto histórico y sociocultural juega un papel esencial en la interpretación de las prácticas alimentarias que centran nuestro interés y, por tanto, en la construcción de los TCA como enfermedades mentales. Es precisamente el contexto el que determina si, por ejemplo, la restricción alimentaria será construida en términos religiosos, políticos, médicos o psiquiátricos. Para su inclusión en la nosología médica -y más tarde psiquiátrica- va a ser fundamental el desarrollo de la medicina que no va a permanecer aislado ni inmune a la influencia de otras transformaciones sociales paralelas como fueron los avances tecnológicos, la evolución de las ideas religiosas o el cambio en las concepciones sobre la mujer y la feminidad.

Los significados sociales del comer y del no comer en el mundo

Las prácticas de no comer, ayunar o restringir alimentación aparecen históricamente en diferentes mundos locales no limitados geográficamente al

³⁹ Erikson, EH. (1975). *Life history and the historical moment*. New York: W.W. Norton & Co.

⁴⁰ HP1-PSP: Psiquiatra

II. Marco teórico

Occidente judeocristiano, y en todos los casos comparten un trasfondo espiritual y/o religioso, económico y político. Occidente sin embargo va a ser el lugar donde se construye progresivamente la normalidad/patología en el comer al compás del proceso civilizatorio. A pesar de que las fuentes disponibles sobre revisiones históricas (BELL, 1987; BYNUM, 1987, BRUMBERG, 2000) de estas prácticas contemplan mayormente el mundo occidental, en este trabajo hemos incluido algunos datos sobre otras sociedades para dar cuenta de su ubicuidad.

Occidente: Europa y Norteamérica

Las prácticas de ayuno no han sido siempre consideradas como patológicas, de hecho su inclusión bajo el dominio estrictamente médico-psiquiátrico es relativamente reciente. Desde la Antigüedad tardía existen fehacientes indicios de la existencia de ayunadoras pero también de ayunadores. El monaquismo introducido desde Oriente en el Occidente cristiano implicaba el ayuno junto a otras contenciones como la sexual. En el cristianismo, ambos sexos practicarían la vida ascética si bien bajo diferentes formas. Las peregrinaciones entre aldeas y la vida en el desierto (en Oriente) serían los contextos de aislamiento más practicados por los hombres ascetas aunque también les acompañaron algunas mujeres. Éstas no necesitaron tales niveles de aislamiento, perseguidos a través de la destrucción de los lazos de parentesco y de amistad, y permanecían recluidas generalmente en las casas familiares o en residencias que compartían y que abandonaban únicamente para asistir a reuniones o participar en ceremonias de la Iglesia. Se trataba de mujeres con variado estrato social, procedentes de clases altas y bajas. La iniciativa podía ser propia pero también de sus familias, y las recompensas eran de tipo material y/o simbólico. Se cuentan entre ellas la obtención del estatus admirado y socialmente valorado de la vida ascética, el aliviar a la familia del pago de las dotes y demás gastos que ocasionaban las hijas o bien como una salida en casos de muerte, indigencia y gran necesidad de independencia. Se habían criado en familias donde el control

que ejercían los padres sobre las perspectivas matrimoniales de los jóvenes en general y de las hijas en particular seguía siendo absoluto (BROWN, 1993).

El control de la sexualidad y de la comida representaban ejemplos de la necesidad del cristiano de dominar un cuerpo sometido al inmenso dolor del mundo. Pero la comida tenía un significado especial ya que se creía que el primer pecado de Adán y Eva no había sido el acto sexual sino un acto de voracidad. Así la comida apartaba con frecuencia a la sexualidad como principal preocupación de los y las ascetas. Éstos concebían entonces el cuerpo como un sistema autárquico capacitado para funcionar con su propio calor y entendían que la comida innecesaria producía un excedente de energía que se manifestaba en el apetito físico, la cólera y el instinto sexual (BROWN, 1993).

El ayuno femenino, más que el masculino, se intensificó en la Europa Medieval y principios del Renacimiento (BELL, 1985; BYNUM, 1985; VANDEREYKEN Y VAN DETH, 1996; BRUMBERG, 2000). Se encuentran numerosos escritos relativos a descripciones de aquellas denominadas como *anoréxicas santas* (*holy saints*) que se entregaban a todo tipo de prácticas ascéticas incluido el ayuno prolongado, considerado entonces como un milagro femenino y un signo de santidad (BRUMBERG, 2000:43). Estas prácticas seguían contando con indudables raíces religiosas -además de económicas y políticas- pues purificación y penitencia han ido asociadas al ayuno en la mayor parte de las religiones. Unos ayunos que podían durar toda una vida cuya radicalización se ha asociado a la introducción de ideas procedentes de Oriente. ALMENARA (2006) habla del jainismo⁴¹, una de las tres grandes religiones de la India, que llegó a Occidente por sectas gnósticas que predicaron una doctrina similar y ganaron popularidad durante la conquista romana de Grecia (146 a. C.). BROWN (1993) estudia la introducción de ideas del cristianismo radical que llegan desde Asia Menor.

⁴¹ El ideal religioso del jainismo era la perfección de la naturaleza humana mediante la vida monástica y ascética como único medio hacia la liberación (*mohska*), una liberación que se hace posible cuando se han exterminado todas las pasiones. El ascetismo se manifiesta de diferentes maneras, pero el emblema de esta severidad sin compromiso es el hecho de morir por inanición (*sallekhana*). Según estos datos, la creencia de un alma aprisionada en el cuerpo y cuya liberación únicamente se podía alcanzar a través del ascetismo, se originó en Oriente llegando a Occidente con posterioridad (ALMENARA, 2006).

II. Marco teórico

Volviendo a aquellas mujeres de la Edad Media y principios del Renacimiento, sus drásticos ayunos, interpretados por la sociedad de la época en clave de conquistas espirituales de base religiosa, podían a la vez estar expresando protestas sobre su identidad femenina en un mundo dominado por los hombres. Por ejemplo, se ha apuntado que estas prácticas justificadas como sacrificios religiosos constituían una forma comúnmente utilizada por las jóvenes para rechazar las imposiciones familiares en relación a las expectativas de ciertos roles femeninos. Según el historiador BELL (1987), los matrimonios acordados e impuestos por la familia con hombres, en ocasiones mucho mayores que ellas, habrían llevado en muchos casos a estas jóvenes a encontrar en el ayuno la única salida ante tales exigencias familiares y sociales. Uno de los casos mejor documentados fue el de Margarita de Hungría (1242-1271) quien extremó sus medidas de ayuno tras el intento de su padre por casarla (HALMI, 1994). Esto ocurría en un mundo en el que las mujeres no tenían derecho a la propiedad, no contaban con objetos externos a los que renunciar -a diferencia de los hombres- y donde el cuerpo se convertía en su único objeto de control y, en estos casos, de castigo y repulsión (HEPWORTH, 1999). En este contexto, los ayunos podían esconder tras sus bases religiosas cuestiones relacionadas con la posición estructural de las mujeres en la sociedad medieval patriarcal. A la misma vez, tales bases religiosas podían tener un carácter económico adaptativo. Algunos autores han argumentado que la intensificación de los casos de ayuno en tal momento de la historia estaba relacionada con razones que pueden ser explicadas desde una perspectiva de economía política. El ayuno religioso sirvió funcionalmente para aceptar las carencias intrínsecas de una sociedad no abundante en la que la Iglesia dictaba numerosos ayunos para poder regular económicamente el sistema (CONTRERAS, 1992; CONTRERAS Y GRACIA, 1995).

Durante los siglos sucesivos van a sucederse grandes cambios sociales como fueron la Reforma Protestante y el desarrollo del capitalismo y la burguesía, que irían transformando gradualmente el escenario anterior. La nueva ética protestante transformó los valores y costumbres imperantes y cambió las

concepciones sobre mujer y feminidad de manera que las prácticas de comer y no comer quedaron envueltas en nuevos significados sociales. La Reforma Protestante contribuyó a que las mujeres ayunadoras dejaran de ser consideradas “santas” para pasar a convertirse en “brujas” o en lo que en realidad se pretendía difundir: en un ejemplo de amenaza del nuevo orden social. El trabajo de HEPWORTH (1999) analiza los condicionantes sociales que llevan a este cambio en cuanto a la interpretación de unas mismas prácticas.

La interpretación religiosa sobre las mujeres no gozó siempre de un estatus positivo, sino que fue cambiante según las normas sociales de los diferentes periodos. Socialmente e ideológicamente las mujeres constituyeron el Otro frente a los hombres que representaban la norma respecto a la cual se definían y evaluaban a las mismas. Las ideas teológicas más tempranas otorgaron al hombre una posición de dominación sobre la interpretación de las acciones de las mujeres; los clérigos, en base a su asunción de una moralidad inferior en las mujeres, vigilaron sus acciones buscando evidencia de comportamientos inmorales. Las ideas religiosas en aquel periodo postrenacentista evolucionaron hacia argumentos sofisticados que definían la feminidad en términos dualistas como buena y malvada, santa y bruja, *madonna* y puta (USSHER, 1991 *op. cit.* HEPWORTH, 1999). No obstante, aún en aquel período de profunda transición fueron numerosas las mujeres de condición humilde que siguieron ejerciendo una práctica de ayuno y muchas conseguían con ello una gran atención pública reforzada por la aparición y difusión de la imprenta. Lo que GOOLDIN (2003) denomina el espectáculo del ayuno, atraía peregrinaciones de personas en búsqueda del halo de santidad que las llamadas *doncellas milagrosas* desprendían al representar un signo de Dios en la tierra (BELL, 1985). Estas visitas les procuraban en muchos casos recompensas materiales.

Ayunos masculinos

Mientras los ayunos femeninos se vinculaban exclusivamente al ascetismo no ocurría lo mismo con los masculinos. En esta época también proliferan otro tipo de prácticas de no comer entre varones a los que apenas se ha prestado atención en los estudios sobre discursos culturales del ayuno. Por una parte, en territorio

II. Marco teórico

norteamericano la tribu de los Hopi utilizaba la abstinencia como parte esencial de uno de sus ritos más importantes, el cual refleja las creencias de este grupo y su voluntad en mantener la tierra equilibrada mediante oraciones, ayunos y ceremonias. Se trata de la danza de la serpiente, y la preparación para participar en ella incluye el ayuno. Durante la ceremonia los participantes sostienen una serpiente entre los dientes mientras bailan, devolviéndola más tarde a la naturaleza para difundir el mensaje de que los Hopi viven en armonía con su entorno (WATERS, 1902; 1992). En los ritos iniciáticos de los *medicine men* o chamanes las prácticas de ayuno implicaban una privación sensorial para inducir un *delirio de fome* (ver JOSUÉ DE CASTRO (1951)⁴² o SCHEPER-HUGHES (1992) entre otros) cuyo contenido se interpretaba como *visiones*, lo que la psiquiatría maneja a través del concepto de alucinación.

Otros ayunos masculinos han tendido a ser obviados en cuanto su énfasis no se encuentra tanto en los factores motivacionales como en los actos performativos que representan las prácticas de abstinencia. Es el caso de los *esqueletos vivientes* (*living skeletons*) y los *artistas del hambre* (*hunger artists*) que existieron en la Europa de los siglos XVIII y XIX. Mientras los primeros eran hombres inusualmente delgados que exponían sus cuerpos en *freak shows*, ferias o circos por razones de entretenimiento, los artistas del hambre, con el mismo objetivo, llevaban a cabo un ayuno público de manera que no solo mostraban su cuerpo sino que además el tiempo sin comer era documentado y determinaba la calidad del artista. Coetáneos con las *doncellas milagrosas*, en su análisis comparativo GOOLDIN (1993) encuentra que mientras en las mujeres el espectáculo simboliza el cruce de caminos entre lo milagroso (religión, espiritual) y lo mundano (científico, secular), en el *esqueleto viviente* el aspecto espiritual y religioso desaparece, y en el *artista del hambre* se extingue cualquier matiz milagroso sea de carácter divino o natural. Asistimos a una época en la que el paradigma religioso comienza a deshacerse lentamente a la vez que se impone el científico-racional.

⁴² El *delirio de fome* se refiere a aquel punto aterrador que se alcanza al llegar a la inanición, algo así como la “locura del hambre” DE CASTRO (1951).

El significado de delgadez en transformación

Entre los siglos XIII y XIX las razones que llevaban a mujeres jóvenes y, en su mayoría, de procedencia humilde a practicar el ayuno respondían a un fuerte trasfondo religioso y/o espiritual vinculado a la condena de la gula por parte de los catecismos cristianos y al fomento de la templanza especialmente por la teología protestante que incidía, más que la católica, en el control y la punición de los excesos corporales desafiando además el relativismo que sostuviera Hipócrates en su *Tratado sobre la dieta*. Los médicos del XIX y del XX parecen seguir al respecto los criterios relativistas de Hipócrates y aceptar la calificación moral del exceso –por defecto o por exceso– (COMELLES, 2010). En los últimos siglos del periodo mencionado, los médicos que visitaron a estas mujeres dieron a estos casos el nombre de *anorexia mirabilis* o *inedia prodigiosa*, según se pusiera el acento en lo milagroso o en lo fantástico. Las interpretaciones de sus acciones, de ser consideradas santas a seres poseídos por el demonio, procedían de una religión que luchaba por adaptarse a los cambios sociales para mantener su estatus de poder en la sociedad.

Si bien desde el siglo XVII la medicina se preguntó acerca de la posibilidad de vivir sin comer, es concretamente a partir del siglo XIX cuando comenzó a interesarse por estos casos cuestionando el carácter milagroso de dicha posibilidad, sobre todo a partir de comprobar que la intensificación de la vigilancia médica sobre las pacientes parecía provocar su muerte. Uno de los casos más conocidos fue el de Ann Moore quien insistió en que no había comido nada durante seis años y la vigilancia médica descubrió que pañuelos empapados en vinagre⁴³ y agua, y pequeños trozos de comida que su madre le proporcionaba mediante besos la habían mantenido con vida. Es bajo esta metodología de vigilancia ininterrumpida que comenzaron a describirse de forma detallada conductas y a relacionarse síntomas con situaciones psicológicas y sociales (GRACIA, 2003:11).

⁴³ La ingestión de vinagre en esta época fue muy común entre ayunadoras y ha sido asociada a prácticas dietéticas con el objetivo de adelgazar (ALMENARA, 2006).

II. Marco teórico

La secularización de estas prácticas va a ocurrir paralelamente al desarrollo de la medicina en un proceso que culmina en el siglo XIX con las llamadas *chicas ayunadoras* (*fasting girls*). Este fue el término utilizado por los victorianos a ambos lados del Atlántico para describir los casos de abstinencia prolongada cuando existía incertidumbre sobre la etiología del ayuno y ambigüedad sobre las intenciones de las ayunadoras (BRUMBERG, 2000: 62).

La medicalización implicaba que la autoridad médica ganara posiciones en la sociedad en general y en el control de las mujeres en particular. Y ello ocurría a medida que los médicos aceptaban unos valores morales de base teológica que se identificaban con el *embodiment* de los valores burgueses de urbanidad y buenas maneras, y mientras continuaba el desarrollo de la economía capitalista donde emergían nuevos valores como la satisfacción de deseos artificiales, la coquetería y el lujo, dando lugar a la construcción de un edificio de silencio e intolerancia sobre los excesos en la gula, la violencia o la lujuria. En los nuevos modelos familiares surgieron nuevos perfiles de ayunadoras, nuevos significados sociales del no comer.

Los patrones de cuidado dentro de las familias así como las relaciones intergeneracionales eran muy diferentes atendiendo a la clase social. En este sentido, la experiencia de la adolescencia marcó una clara distinción entre la clase obrera y, la burguesía y las incipientes clases medias. En el seno de estas últimas tuvo lugar una intensificación sin precedentes de la vida familiar, los hijos adolescentes recibían más atención por parte de los padres, no trabajaban ni salían de casa hasta su casamiento, lo cual les ha valido la definición de personas con un “inestimable valor emocional y económicamente inútiles” (BRUMBERG, 2000: 124). En este contexto de adolescencia burguesa, la comida y el comer tomaron unos significados particulares.

Comer se convirtió en sinónimo de fealdad física y glotonería, que si bien lo había sido ya en periodos precedentes⁴⁴, hasta entonces no había estado apenas

⁴⁴ En todos los manuales de confesores cristianos ya desde el siglo XVI y en los sermones ingleses de finales del XVIII, la práctica de atracarse de comida, si se llevaba a cabo de forma arbitraria, al margen de un ritual, se convertía en una conducta moralmente reprochable, en un pecado capital para la Iglesia. De

ligado a otras significaciones que no fueran las ideas y deberes religiosos o la noción de pecado. Es en el contexto de emergencia de la urbanidad -y la apropiación de ésta como identidad de clase-, junto con el proceso de civilización de las costumbres, cuando la civilización del hambre (MENNEN, 1985) y de los cuerpos, *biopoder* según FOUCAULT (1976), acogió el nacimiento de una moda femenina por la enfermedad y la debilidad que llevó a mujeres y hombres de la época victoriana a utilizar las quejas físicas para la obtención del rol de enfermo. Este rol conllevaba la incapacitación para trabajar y producir, símbolo de estatus social, pero también en el caso de las mujeres la incapacitación para tener hijos. Con ello “la mujer del XIX idealizó la forma, casi ‘tubular’ del cuerpo, privado del énfasis simbólico de la fertilidad y maternidad. La delgadez de la ‘nueva mujer’ expresó su liberación sexual y el rechazo del tradicional rol femenino” (VANDEREYCKEN & VAN DETH, 1994). Es entonces, en el siglo XIX, cuando la llamada anorexia nerviosa fue por primera vez introducida en la literatura médica como una enfermedad que afectaba a las mujeres de clases medias y altas (GRACIA, 2003).

La convergencia de lo delgado como atributo de salud y belleza

El reclamo positivo de la delgadez se va a ir asentando durante el siglo XX cuando las representaciones y prácticas corporales se transforman de forma rápida alentadas por dos procesos de amplio alcance: la construcción de la obesidad como enfermedad y estigma, y la construcción de la delgadez como signo de salud, belleza y distinción social de la mano del desarrollo y de la expansión de los medios de comunicación gráficos y visuales hacia el mercado masivo de las clases populares (GRACIA, 2005, 2009).

aquí los conceptos de gula, glotonería. Por ejemplo, uno de los manuales editados en España en el siglo XVI decía así: “[...] Si procuró electuarios o especies calientes o comió o bebió más de lo necesario por más se delectar en el pecado de la carne [...]” (Manual de confesores y penitentes que clara y brevemente tiene la universal y particular decisión de quasi todas las dudas que en las confesiones suelen ocurrir de los pecados, absoluciones, restituciones o irregularidades, Salamanca, *Andrea de Portonariis*, 1556, 158-9, op cit SARRIÓN, 1995).

Si volvemos la mirada atrás en la historia, en las sociedades preindustriales, cuando tanto los hombres como las mujeres aún estaban involucrados en labores que exigían una intensa actividad física y donde las hambrunas no eran inusuales, la gordura y los alimentos altos en grasas seguían siendo vistos como deseables entre la mayoría de la población. El desarrollo de la sociedad industrial implicó cambios sociales que fueron cambiando progresivamente los patrones de la conducta alimentaria que culminarían, ya en la segunda mitad del s.XX, en la emergencia de la *lipofobia*, entendida ésta como “aversión sistemática a comer grasas y a convertirse en gordo” (GRACIA, 2010b), mientras la biomedicina comenzaba a considerar la corpulencia como patológica en base a estudios que relacionaban una mayor tasa de mortalidad entre las personas con sobrepeso. Pero el calado en la población de estos nuevos significados atribuidos al peso van a depender de la clase social. Durante las primeras décadas del pasado siglo los médicos comenzaron a recomendar el consumo moderado de alimentos junto con estándares de peso y altura entre las clases altas (BRUMBERG, 2000), marcando lo que sería el comienzo de la relación entre el exceso de peso y el riesgo para la salud que solo se generalizarían al conjunto de las sociedades occidentales a finales del siglo XX.

Y mientras la gordura se estigmatizaba convirtiéndose en “enfermedad” en términos médicos, y de pereza y glotonería en los religiosos, la delgadez, cada vez más presente entre las clases opulentas, se iba transformando en un espacio para la producción de nuevos significados. Significados que van a nacer de la convergencia de una diversidad de intereses: médicos, de clase y de las diferentes industrias implicadas -aseguradoras, moda, alimentación, cosmética, farmacéutica, cirugía estética- que promueven una nueva identidad corporal en la que el cuerpo delgado aparece como cuerpo ideal (GRACIA, 2010)⁴⁵. En un

⁴⁵ La serie de televisión norteamericana *Nip/Tuck* centrada en dos cirujanos estéticos y en su casuística permite un acercamiento significativo a la diversidad de problemáticas que se plantean. Cada episodio empieza en el despacho de los dos médicos que preguntan a la cliente “¿qué es lo que no le gusta de su cuerpo?”, en ningún caso preguntan qué padece. De hecho, los guionistas hacen emerger la cirugía reparativa tras esta pregunta, pero el énfasis siempre se centra en la identidad, y no en la causa básica de cambio corporal: mastectomía, quemaduras, etc... Con seis temporadas en antena, la diversidad de la casuística muestra un dominio abrumador de casos relacionados con problemas de identidad sospechosos

Occidente donde la delgadez había contado sólo anecdóticamente con connotaciones positivas mientras estuvo la mayor parte del tiempo asociada a estados enfermizos –sobre todo a tuberculosis- y pobreza, el cuerpo delgado va a ir progresivamente convirtiéndose en sano y bello entre las clases altas de la sociedad.

Son ellas las únicas que tienen acceso y a las que va dirigida una moda creada por hombres. Durante las primeras décadas del s.XX, en sus viajes a París, capital de la alta costura, son vestidas por modistos prestigiosos como Paul Poiret, quienes revolucionan la moda femenina imponiendo en sus creaciones una silueta delgada y sin curvas que bien ejemplificarían en la gran pantalla actrices como Bette Davis. La comida se convierte en un elemento de control, que ahora persigue, más que la purificación del alma, un ideal de belleza física. Esto lo convirtió en un medio para la movilidad social ascendente. Identificación del cuerpo delgado como lo sano y lo bello.

Según BOURDIEU (1988) las clases altas de la sociedad se oponen al gusto popular por lo pesado, lo graso y lo grosero prefiriendo lo ligero, lo fino y lo refinado que promueven la distinción y la esbeltez. El gusto es el principio de enclasmiento incorporado, la “clase hecha cuerpo” (Ibíd, 1988:188). La relación con el cuerpo -maneras de cuidarlo, nutrirlo, mantenerlo- es reveladora de las disposiciones más profundas del *habitus*. El *habitus*, concepto influido por las ideas de MAUSS sobre las *techniques du corps*, que persigue mediante los cuidados alimentarios y corporales la adopción de un cuerpo sano y delgado, es incorporado en un principio por las clases altas para ser más tarde perseguido por las clases medias como medio de diferenciación de las trabajadoras. El cuerpo delgado se convierte en un medio para la movilidad social ascendente, sobre todo, entre las mujeres. El que las recomendaciones sobre el peso hayan penetrado en mayor grado entre el sexo femenino tiene que ver con sus posibilidades de movilidad social, los modelos de socialización de géneros y los

de patología psiquiátrica subyacente. Sobre el tema de la identidad corporal ver ALLUÉ (1996) y ESTEBAN (2004).

II. Marco teórico

usos que las mujeres han venido haciendo históricamente del cuerpo y la comida (GRACIA, 2010a).

El proceso de transformación del rol de las mujeres se acelera con la aparición de nuevas imágenes culturales femeninas surgidas a partir de los cambios sociopolíticos y comunicacionales acontecidos entre los años 50 y 70, especialmente por la generalización de la televisión. Las modernas, mujeres con estudios, empleo y capacidad de participación política, comienzan a convivir con las tradicionales de mujeres como criadoras, cuidadoras y amas de casa. La consolidación de la sociedad de consumo y el papel de los medios de comunicación como difusores de ideologías juegan un papel esencial en la construcción de las mismas así como también en las representaciones simbólicas del cuerpo femenino que instan a las mujeres a responder a unas exigencias sociales cuyo nivel es cada vez más alto. En este contexto mediático y de consumo, la práctica de dietas restrictivas se populariza entre toda la población (GRACIA, 2002) y se conforma lo que llamaremos como “modelo corporal Euro-Americano” siguiendo a GREMILLION⁴⁶ (2005), para referirnos al modelo ideal estético hegemónico de la mujer caucásica, en edad joven y de figura esbelta.

La secularización de la sociedad durante el pasado siglo supuso un cambio radical en la conceptualización del cuerpo físico y en sus modos de gestión económica, cultural y social. La comida apareció de nuevo como una forma de control pero con un significado diferente: “si antes se la rechazaba en aras de la purificación del alma, ahora el objetivo es el ideal de belleza física” (GRACIA, 2002: 364). En el último tercio del s.XX comenzaron a aparecer los casos de anorexia nerviosa en su forma contemporánea. Las razones que se escondían tras estos casos de ayuno los describe la literatura médica como obsesiones que persiguen el ideal de delgadez impuesto. Sin embargo, es esta idea de persecución como causalidad única, central y universal de los trastornos alimentarios contemporáneos que va a ser estudiada en mayor profundidad y cuestionada más adelante en este trabajo.

⁴⁶ GREMILLION (2005) habla de prácticas y discursos corporales Euro-Americanos, entendidos como hegemónicos, delimitando así la procedencia cultural y geográfica, concretamente Norteamérica y Europa, de los mismos dentro del concepto más utilizado, amplio y difuso de Occidente.

Nos quedamos aquí con la idea principal que quiero transmitir: las interpretaciones sociales del ayuno en las mujeres han ido cambiando a lo largo de la historia y reaccionando de forma muy sensible al contexto sociocultural que las envolvía. Medicina y cultura van juntas y, junto a la anorexia, son también construcciones culturales. Por eso lo que en un momento dado se define como enfermedad depende del contexto en el que se desarrolle.

Más allá de Europa y Norteamérica

Los ayunos parciales y las abstinencias han estado presentes en muchas sociedades y en distintas épocas por motivos que han sido diversos y no excluyentes entre sí –religiosos, adaptativos, económicos, culturales, etc.–. La literatura que hace referencia a estas prácticas en sociedades alejadas geográfica y culturalmente del Occidente judeocristiano es, sin embargo, escasa. Estas prácticas han sido reportadas en Asiria, Babilonia, China, India y Palestina (WALTON *et al.*, 2005; RIEGER *et al.*, 2001). La limitación en el acceso a textos que no han sido traducidos es otra dificultad al mantenerlos fuera del alcance de esta investigación. A partir de nuestra revisión histórica, hemos hecho una selección de tales casos con el fin de aproximarnos a la idea de cómo el acto de alimentarse o de rechazar el alimento posee una significación simbólica y representa ante todo un acto comunicacional universal.

Considerando Latinoamérica en su heterogeneidad, como un área alejada de Occidente y sin embargo occidentalizada progresivamente a partir del siglo XV, nos parece interesante exponer un trabajo realizado en Perú que incluye datos sobre la época anterior a la Conquista. Se trata de la tesis doctoral de Carlos Arturo ALMENARA (2006) quien realiza un análisis histórico crítico sobre la anorexia y la bulimia. Desde la psicología, Almenara hace un extenso y exhaustivo análisis en profundidad de la emergencia y mantenimiento de las prácticas de restricción alimentaria y hartazgo durante la historia europea impregnándolas de sentido por el contexto sociocultural que las envolvía, si

bien su aportación más novedosa es la revisión histórica respecto a las mismas en el contexto de su país, Perú.

Según Almenara, en ese lado del Atlántico existen registros de prácticas de ayuno y de hartazgo interpretadas desde una óptica religiosa ya antes de la llegada de los españoles “[...] *la abstinencia y la desmesura en los apetitos, estuvieron íntimamente ligados a los ceremoniales religiosos, por lo que tales conductas estuvieron circunscritas espacial y temporalmente a tales actos litúrgicos*” (ALMENARA, 2006:157). Además, da cuenta de la existencia de vocablos quechuas⁴⁷ que en la historia del Perú antiguo fueron (y siguen siendo) utilizados para designar fenómenos relacionados con prácticas alimentarias como son comer hasta hartarse, devorar, vomitar, engullidor, abstinencia o ayuno. Sin embargo, según el autor, las crónicas que descubren la vida de los antiguos peruanos indican que las prácticas de ayuno drástico o de ingesta desmesurada continua no se dieron hasta la introducción por parte de los españoles de las creencias, costumbres y valores del cristianismo y las órdenes Mendicantes que encarnarán en la figura de Santa Rosa de Lima (1586-1617), ayunadora, un caso de réplica de santas europeas como Catalina de Siena.

En general, el transcurrir de los cambios sociales que fueron tejiendo la construcción social de los (mal)estares alimentarios como enfermedad en Perú – anorexia y bulimia- va a ocurrir de forma paralela a la historia europea, en un contexto de dominación cultural. Podemos deducir que esta historia tiene puntos en común con otros países de Sudamérica habiendo sido sometidos a una misma historia de colonización europea, bien española o portuguesa.

En África, SHACK (1997) ha estudiado las prácticas de restricción alimentaria entre los Gurage de Etiopía. Los Gurage viven en las poco fértiles tierras de la meseta del suroeste de Etiopía y se alimentan básicamente de un tipo de planta de la familia de las bananeras llamada *Ensete edule*. Entre las características principales de sus actitudes frente al consumo de alimentos se cuentan el comer

⁴⁷ En los anexos de la mencionada tesis doctoral se recogen vocablos Quechua (de las provincias de Cuzco, Ayacucho, Junín y Ancash) y Aymará útiles para la investigación de aflicciones alimentarias en Perú.

escasas cantidades cuando están en público -donde no deben acabar nunca toda la comida que les es ofrecida- mientras sí comen más cantidad y más variado en espacios privados como parte de un acto secreto. El comer mucho sólo está permitido durante los rituales mediante los que se controla la ansiedad provocada por el hambre. Fuera de éstos es considerado como un acto de vulgaridad, una costumbre poco refinada. La constitución corporal delgada y los rasgos faciales agudos son los más valorados en una sociedad donde la obesidad es una rareza. En la vida diaria el consumo de *Ensete* queda restringido al nivel mínimo que requiere la subsistencia a pesar que cuentan con abundancia de este alimento, sin embargo la mayor parte de lo que obtienen tras la cosecha es enterrado y así, almacenado. Se trata de una práctica antigua que se explica por una historia plagada de amenazas de aniquilación y destrucción de campos y propiedades por pueblos vecinos. Ahora los miedos racionales sobre la supervivencia física se han convertido en normas institucionales. Las razones de la restricción alimentaria de los Gurage no son de tipo ambiental ni ecológico sino de origen histórico y político.

En Asia, concretamente en la India, el ayuno es un elemento muy importante dentro de la medicina tradicional hindú -Ayurveda- si bien se mezcla con aspectos de práctica religiosa. Por ejemplo, desde el punto de vista ayurvédico se hacen anualmente dos ayunos importantes durante siete días coincidiendo con el final de invierno y de los monzones. Los ayunos que en la tradición hindú son importantes para ejercitar el autocontrol y limpiar el cuerpo van también asociados a diversos dioses y ceremonias en forma de ofrendas (VERMA, 1993).

El estudio transcultural de RIEGER y colaboradores (2001) hace un breve repaso por las prácticas históricas de ayuno y su relación con valores religiosos en un país asiático con cultura milenaria como es China. Por ejemplo, las prácticas de ayuno en la tradición china taoísta⁴⁸ son comparables a las prácticas ascéticas

⁴⁸ El Taoísmo se desarrolló a partir de un sistema filosófico basado en las escrituras de Lao Zi organizándose como movimiento religioso a partir del siglo II d.C. Más tarde se mezcló con el confucianismo, el budismo y la religión folklórica.

del cristianismo: buscan la separación de la vida mundana mediante el sacrificio y la disciplina que lleva a una transformación del cuerpo como medio hacia la inmortalidad. El texto taoísta *Sandong zhunang*⁴⁹ resume los beneficios espirituales del ayuno:

“Después de 30 días, su cuerpo será emaciado y delgado y él se sentirá pesado y cansado al andar... Después de 80 días, él se encontrará pacíficamente contento, y en una soledad serena... Después de 9 años transcurridos, él empleará y mandará sobre demonios y espíritus, y se hará con el título de Hombre Perfeccionado... La duración de su vida igualará a la del Cielo y su resplandor se fundirá con el sol” (ESKILDSEN, 1998:52, traducción propia del inglés).

Aunque en Asia la vida ascética femenina no tuvo el mismo éxito que en el Occidente judeocristiano⁵⁰ (BROWN, 1993), las prácticas de ayuno eran comunes entre mujeres. El hecho de que estas prácticas sean mayoritarias entre mujeres atraviesa culturas y religiones. Por ejemplo, describiendo las prácticas religiosas de mujeres taoístas durante la Dinastía Tang, CAHILL (1993) afirma que el control de la comida, incluso al punto de llevar a la muerte, caracteriza a las chinas tanto como a las santas occidentales (RIEGER *et al.*, 2001). La historia del pensamiento chino sugiere que, de manera muy similar a como lo ha sido en Occidente, el cuerpo emaciado ha sido también altamente valorado y perseguido.

Por su parte el confucianismo, doctrina filosófica de enorme influencia no sólo en China sino en otros países asiáticos como Japón, Corea, Singapur o Vietnam, ha moldeado los significados sociales sobre el ayuno. Según RIEGER *et al.* (2001) en estas tradiciones existen diferentes actitudes y prácticas culturales que pueden explicar las prácticas de ayuno. Para el confucianismo, la familia es considerada la base de la sociedad y estos sistemas familiares tienen como premisa la evitación de que se promueva dentro de la familia la autonomía

⁴⁹ Traducida al inglés como “*A bag of pearls from the three caverns*” es una enciclopedia escrita en el siglo VII, durante la Dinastía Tang, que, mediante un conjunto de pasajes recogidos de fuentes más tempranas, contiene un resumen completo de las dimensiones sociales y personales de la práctica taoísta que incluyen meditación, ritual y disciplinas fisiológicas (BOKENKAMP, 1986), “The peach flower front and the grotto passage”, *Journal of the American Oriental Society*, 106:65-77).

⁵⁰ Según BROWN (1993) en muchas religiones que renuncian al mundo, el crecimiento de formas de ascetismo heroico tendían a restar prestigio a las mujeres piadosas y a considerar a los hombres como los únicos capaces de practicar “como es debido” el ascetismo. En la Ceilán budista por ejemplo, las monjas abandonaron tal escena de la historia tras un breve periodo de tiempo (1993: 357).

personal de sus miembros o la expresión directa de hostilidad sobre las figuras de autoridad (SLOTE, 1998). Las prácticas de comer mucho, poco o no comer adquieren en este contexto su sentido como mecanismo de control, de defensa, de protesta, ante situaciones que incapacitan hacia un desarrollo personal propio. La particular cultura de la comida en la sociedad china, donde el alimento está abrumadoramente presente⁵¹, la hace un vehículo particularmente apto para la expresión de preocupaciones y malestares.

Japón es un caso particular por tratarse de una sociedad no occidental donde las prácticas de ayuno van a ser interpretadas como enfermedad en un momento dado de la historia. Kagawa describió una enfermedad con el nombre de *fushokubyo* en los siglos XVII y XVIII que se caracterizaba por el rechazo a comer y se daba mayormente en mujeres, atribuyéndose ya entonces sus causas a orígenes psicológicos (NISHIZONO-MAHER, 1998; NOGAMI, 1997). Para situarnos en el contexto histórico, Japón había tenido contacto con varias sociedades occidentales hasta entonces -concretamente con mercaderes de Portugal, Países Bajos, Inglaterra y España que fundaron misiones cristianas jesuíticas-, pero los siglos que apunta Kagawa coinciden con el periodo Edo (1603-1868) cuando el clan Tokugawa en el poder cerró el país al extranjero forzando a Japón a vivir en un aislamiento total durante más de doscientos sesenta años. Sin embargo, aunque en menor medida, siguieron comerciando con China y Holanda por lo que sabemos que seguían llegando algunas informaciones del exterior. De hecho, durante estos siglos se difunde la doctrina de Confucio que fomenta el sentido de lealtad a los superiores o la subyugación de la mujer entre otros aspectos, y, a finales del siglo XVIII, científicos japoneses comienzan a estudiar ciencias occidentales, entre ellas medicina, en idioma holandés (FALK, 2004). No podemos saber con certeza qué papel ha jugado la influencia del exterior, concretamente de Europa, en la conceptualización de prácticas de comer menos o no comer como enfermedad puesto que hay muy pocos estudios sobre la influencia misional y médica anterior al s.XIX en China y Japón. La

⁵¹ Aunque a la vez según la FAO (2004-06) existen 127.4 millones de personas subnutridas en China, lo que representa casi un 10% de la población total (www.fao.org).

II. Marco teórico

imposibilidad de contar con la fuente primaria y la ausencia de otros registros de la época con los que contrastar y ampliar el conocimiento sobre estos hechos representan una limitación para su investigación.

Aún bajo la hipótesis que la construcción de ciertas prácticas alimentarias como enfermedad no fuera exclusiva de Occidente, lo que sí es cierto es que fue en este contexto donde el interés de la medicina por sus causas orgánicas y psíquicas se intensificó y, en la medida en que el paradigma hegemónico se ha ido instalando en otras partes del mundo como consecuencia de la globalización, su nosología es aplicada hoy a poblaciones tan culturalmente distintas a la occidental como son las de Zimbabwe, Egipto, Perú, las islas Fiji, China o India.

En resumen, podemos encontrar prácticas de ayuno en diferentes culturas y partes del mundo, en la mayoría de los casos relacionadas con la práctica y creencia de diferentes sistemas religiosos -cristiano, religiones orientales o Islam- o con ritos de paso, pero no únicamente. Las razones de la restricción o abstinencia han sido de diversa índole y han tomado diferentes significados: para alejar catástrofes, celebrar ceremonias rituales, mejorar la salud, limpiar el cuerpo, como medio de control de los deseos, para entrar en contacto con los dioses, cumplir penitencia por pecado, mostrar humildad, implorar gracia y ayuda, solicitar el perdón de Dios (fiesta judía del *Yom Kipur*), para eludir apremios de la familia patriarcal o poner en cuestión modelos de autoridad (la lucha de Gandhi por los derechos de las castas más bajas de la sociedad india), entre otros. Nunca en contextos de hambre crónica o de epidemias de hambre aguda las prácticas de ayuno fueron consideradas patológicas (GRACIA Y COMELLES, 2007), pero comenzarán a interpretarse bajo la óptica médica a partir de un momento determinado de la historia y mediante un proceso que pasamos a analizar a continuación.

La Nosología de los TCA

Historia Médica del No Comer: del Milagro al Psiquiátrico

El interés de la medicina por las prácticas de ayuno y el establecimiento de su carácter patológico va a ir surgiendo a medida que se impone en la sociedad occidental la lógica científico-racional que va a ir tomando una posición hegemónica respecto de las explicaciones mágico-religiosas, hasta entonces dominantes, sobre los fenómenos. Nos interesa particularmente el modelo propuesto por la psiquiatra Mara SELVINI (1974) quien, mediante un repaso por las diferentes causas atribuidas históricamente por el estamento médico a lo que se denomina *anorexia nerviosa*, nos ayuda a entender cómo y por qué tales (mal)estares alimentarios se han conceptualizado como trastornos mentales cayendo bajo el ámbito de la psiquiatría y la psicología. Selvini propone cuatro periodos en la historia médica de la anorexia nerviosa. El primer periodo, considerado como “prehistoria”, corresponde a los siglos XVII y XVIII, cuando los médicos por primera vez, aunque de forma poco común, muestran interés por los casos de mujeres que conseguían mantener la vida a pesar de no comer.

Aunque la propia Selvini afirma que la primera descripción de un caso de anorexia nerviosa data del siglo XVI y fue registrado por un italiano, existe un consenso generalizado al considerar a Richard Morton como el primer médico en describir detalladamente un caso de lo que vino a llamar *Nervous Atrophy*. También Hildanus y Boisser recogieron diversos casos de individuos que ayunaban por largos periodos de tiempo y los llamaron respectivamente *Inedia Prodigiosa* y *Anorexia Mirabilis*, ambos términos mencionados con anterioridad y que hacían referencia al origen fantástico o milagroso de vivir sin alimento. En estos comienzos las causas de la enfermedad eran mayormente atribuidas a perturbaciones en el sistema nervioso.

El segundo periodo corresponde a la primera psiquiatrización de la anorexia nerviosa. A lo largo del siglo XIX la medicalización de la desviación y la locura irá paralela a las demandas de control social que definen las diferencias entre las conductas normales y los excesos. El establecimiento de la relación entre

II. Marco teórico

estas conductas de ayuno y la locura no va a ser difícil en una época en que existía una asociación entre los excesos comportamentales asociados a la locura y determinadas conductas femeninas. Pero no fue hasta finales del XIX con la influencia de las teorías regeneracionistas y del organicismo que las mujeres se convierten en sujetos de los discursos psiquiátricos emergentes que implicaban experimentación, aislamiento social y confinamiento. Los casos descritos por Gull, desde el Reino Unido como *Anorexia Nervosa* y Lasègue, desde Francia como *Anorexia Hysterica*, casi coetáneos, asumen la naturaleza irracional de las mujeres para sostener sus argumentos científicos pero ya no invocan la noción de exceso. En su búsqueda fracasada de causas orgánicas que explicasen la anorexia nerviosa, estos médicos van a trasladar su atención hacia la mente. Es así como se establece la anorexia nerviosa como entidad clínica moderna siendo considerada, por primera vez, como enfermedad mental.

El interés persistente de la medicina por encontrar causas orgánicas va a llevar a un tercer periodo que comenzaría en 1914 cuando los casos de anorexia nerviosa fueron incorrecta y temporalmente interpretados por Simmonds como *caquexia pituitaria* -también conocida como *anorexia pituitosa*- una patología de origen endocrino-. Su descubrimiento tuvo gran influencia durante las siguientes dos décadas, siendo esta la razón por la cual apenas se encuentran informes de este trastorno en ese periodo. Es en 1937 cuando paradójicamente fue otro endocrinólogo quien va a deshacer la errónea asociación entre anorexia nerviosa y las disfunciones de la glándula pituitaria.

El cuarto y último periodo va a suponer la reapropiación de la anorexia por la psiquiatría que, en el desarrollo de su profesionalización, patologiza cada vez más esferas de la vida social. En este redescubrimiento van a jugar un papel esencial las interpretaciones psicoanalíticas que toman relevancia en EE.UU. en los años 40 y que servirán para rescatar esta patología de una interpretación puramente médico somática (GORDON, 2000:17) en el contexto de lo que Castel llamó sociedad del "psy" -aquella en la que se da un proceso de ampliación constante de aquellas conductas que resulta funcional considerar como patológicas (CASTEL, 1984)-. En los comienzos de este periodo destacan las

aportaciones de dos psiquiatras, Bruch desde Alemania y la propia Selvini desde Italia, que suponen un progreso en la teoría y el tratamiento psiquiátrico de la llamada anorexia nerviosa al conceder una marcada relevancia a las percepciones que hoy expresan las personas afectadas y al papel de la familia en la emergencia del trastorno. BRUCH (1973) desde el psicoanálisis definió la anorexia como un trastorno de la imagen corporal que debía ser comprendido en términos del desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta, especialmente en las edades en que se desarrolla la autonomía personal. SELVINI (1974), que parte de un enfoque familiar sistémico, asume el papel de la dinámica familiar como transmisora de valores y prácticas sociales aunque sin embargo, ve en la cultura nacida de la nueva sociedad opulenta la principal causante de la anorexia. A partir de estas aportaciones van a desarrollarse dos líneas psiquiátricas de tratamiento, una que profundiza en la dinámica familiar y otra que centra su interés en los factores sociales y culturales que influyen en la etiología de estos (mal)estares (TORO, 2003). Los tratamientos que se van a aplicar en los comienzos de este periodo reflejaban el incremento de prácticas científicas sobre las enfermedades mentales. Constaban de intervenciones experimentales sobre mujeres entre las que se incluían extractos hormonales –de tiroides, o sintéticas como insulina y estrógeno- para estimular el apetito, lobotomías prefrontales, leucotomías, terapia electroconvulsiva (ECT o de *shock*), implantes de pituitarias de ternera y gran cantidad de fármacos (GRACIA, 2003). Hoy en día, algunas de las prácticas históricamente utilizadas como parte del tratamiento, tales como la administración de fármacos, el aislamiento social o el reposo, continúan administrándose si bien son justificadas en torno a una diferente explicación de la enfermedad (CONTRERAS Y GRACIA, 2005).

La gran variabilidad de términos médicos y psiquiátricos con que se han definido a lo largo de la historia las prácticas de ayuno refleja las dificultades clasificatorias del problema para la medicina desde su primera identificación y muestra los diferentes puntos de vista sobre el origen y las causas atribuidas. Los siguientes cuadros (cuadro 1 y cuadro 2) muestran todos aquellos términos

II. Marco teórico

que hemos podido recoger en nuestra revisión bibliográfica -con y sin datos asociados al año y autor de los mismos- y que hacen referencia a las prácticas de abstinencia y/o restricción alimentaria a lo largo de cuatro siglos.

Cuadro 1. Denominaciones de la anorexia nerviosa, según año.

Inedia Prodigiosa (HILDANUS, 1646)
Nervous Atrophy (MORTON, 1694)
Anorexia Mirabilis (BOISSER, 1772)
Apepsia Hysterica (GULL, 1868)
Anorexia nervosa (GULL, 1874)
Anorexia Hysterica (LASEGUE, 1873)
Mental anoreixa (HUCHARD, 1863)
Self-starvation (PALAZZOLI, 1963)

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2. Otras denominaciones de la anorexia nerviosa

<i>Anorektus</i>	<i>Gastrodynia</i>
<i>Inapetencia</i>	<i>Clorosis</i>
<i>Tabes Atrófica</i>	<i>Dispepsia Uterina</i>
<i>Anepithymiae</i>	<i>Neurosis Visceral</i>
<i>Bradypepsia</i>	<i>Neurosis de la Digestión</i>
<i>Anorexia Melancólica</i>	<i>Neurosis del Estómago</i>
<i>Anorexia Mirabilis</i>	<i>Neurosis Juvenil</i>
<i>Indeia Prodigiosa</i>	<i>Parteanorexia</i>
<i>Anorexia Humoralis</i>	<i>Distrofia Puberal</i>
<i>Anorexia Atonica</i>	<i>Sitiergia</i>
<i>Anorexia Pituitaria</i>	<i>Dysorexia</i>

Fuente: Elaboración propia

A pesar de que la etiqueta de anorexia es la que ha prevalecido en los manuales de psiquiatría, el uso de este concepto ha sido criticado desde su primera aparición. Para empezar porque este término indica una falta de apetito que no se corresponde con la experiencia real del padecer. Como se ha podido comprobar, al menos en los primeros estadios de la enfermedad el paciente pasa hambre. No es la falta sino el *control* del apetito lo que caracteriza este trastorno. Esta concepción de control individual está en la base de la utilización de términos con el prefijo “*self*” -o “*auto*” en castellano- para referirse a estos (mal)estares⁵². Sin embargo, la psiquiatría y la psicología utilizan este concepto -“*self*”- para remitir a los factores individuales que desencadenan una enfermedad o padecimiento omitiendo los estructurales y distraendo la participación en su causalidad de los agentes sociales, económicos y políticos implicados. Así lo ponen de manifiesto los criterios puramente clínicos representados en los algoritmos del DSM-III o DMS-IV⁵³ que implican una actitud volitiva, voluntaria en este proceso, y muy centrada en el ayuno perseguido. Por ello, y aunque se ha utilizado en alguna ocasión en estudios no médicos sobre (mal)estares alimentarios, discrepamos en este trabajo de tal prefijo y preferimos referirnos a tales prácticas como de ayuno, hartazgo o atracón. No queremos decir con esto que el “*self*” no sea un sujeto activo con capacidad de acción y reacción en un contexto de cultura de la libertad, de la decisión, del resto, del control y del riesgo (VAN DONGEN, 2000), pero la responsabilidad de dejar de comer, creemos, no es de uno mismo o no es sólo de él o ella, las causas son varias y de varios.

Y aún así, el no comer es un síntoma presente en muchos cuadros patológicos diferentes por lo que carece en sí mismo de especificidad y por lo tanto se convierte en problemático al darle tratamiento como síndrome. Para poder hacerlo, la psiquiatría ha establecido criterios que inciden en factores

⁵² La literatura en castellano está llena de este tipo de términos: “restricción alimentaria severa autoinducida” (ESPEITX, 2002), “autoinanición” (TORO, 2003) y “autorestricción alimentaria” (GRACIA, 2003).

⁵³ Criterios diagnósticos del DSM-IV para la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa incluidos en el Anexo II.

II. Marco teórico

presuntamente objetivos como es el pesar un 15% menos de lo que se considera peso “saludable” o la presencia de amenorrea, pero es probado que la amenorrea es una consecuencia sistemática del proceso de adelgazamiento -sea cual sea su causa- o del *stress*, y otros síntomas que presentan las afectadas tales como debilidad, desmayos, depresión, hiperactividad, obsesión o distorsiones de la imagen corporal (ver Anexos), coinciden en unos casos pero no en otros por lo que los protocolos clínicos se ven obligados a hablar de co-morbilidad (GRACIA *et al.*, 2005). No es por azar que entre los y las psiquiatras más dispuestos a evaluar las variables culturales y sociales se hayan buscado respuestas críticas a los problemas de diagnóstico y se hayan sugerido términos más flexibles, como es el caso de *anorexia multiforme* introducido por DINICOLA (1990) que define la anorexia como una enfermedad mediada socio-culturalmente, un camaleón cultural con manifestaciones físicas que cambian a través del tiempo. Retomaremos este concepto más adelante en el trabajo.

Por defecto... o por exceso: la bulimia y el trastorno por atracón

Aunque, como ya apuntamos anteriormente, ha sido la anorexia nerviosa la que ha acaparado un mayor protagonismo en la literatura científica sobre trastornos de la conducta alimentaria, ésta ha comenzado hace unos años a volcar su interés sobre la denominada bulimia que aparece con bastante frecuencia asociada a la anorexia. Como comentamos en las primeras páginas de este trabajo ambas prácticas, comer mucho y restringir/no comer, forman parte de un *continuum* en el que se alternan, en muchos casos, de forma cíclica a lo largo del padecimiento en una misma persona. Prácticas que utilizan el cuerpo y la comida para expresar luchas entre la propia identidad y las demandas sociales de género, si bien los efectos en la salud según las prácticas alimentarias obviamente difieren entre sí.

Sin la profundidad que dedicamos a la anorexia, que pretende servir de referente, apuntamos aquí algunos datos relevantes sobre la historia de la construcción social de los hartazgos como enfermedad. Las prácticas habituales

de atracón -en ocasiones seguido de vómito- han sido frecuentes a lo largo de la historia en determinados contextos y grupos sociales donde lejos de considerarse como patológicas obedecían a un carácter festivo, religioso o incluso médico. En todo caso, la consideración que hiciera Hipócrates en su tratado de la dieta era relativista puesto que entendía que la dieta se debía adaptar a contextos locales ambientales, materiales y culturales y que, por tanto, el régimen (*diaites*) debía estar en relación con cada contexto (COMELLES, 2010). Durante el Paganismo, los banquetes, que consistían en hartazgos y vómitos, reflejaban los modelos de indulgencia y exceso característicos de una aristocracia rica y a la vez decadente. Comer y beber en cantidad llegó a ser señalado como “el signo más notable de prestigio y poder” (MASSA, 1998 *op. cit.* ALMENARA, 2006). Desde la religión, durante la Baja Edad Media el vómito se promovía como una penitencia mediante la cual el fiel se deshacía de sus pecados. Entonces, muchas de las santas anoréxicas, como Santa Verónica o Santa Catarina, hacían atracones o se provocaban los vómitos (BELL, 1985) lo cual evidencia la tesis del *continuum*. Para la medicina, el vómito periódico se consideraba una medida de preservación de la salud en algunas culturas como la egipcia (GORDON, 2000: 38).

Pero no solo en tiempos pasados, en la actualidad la glotonería ha sido y sigue siendo una práctica social aceptada y altamente valorada entre muchas sociedades tribales que aún sufren la escasez de alimentos y el temor a la hambruna. Así, un trobiandés decía predisponiéndose para un festín: “Estaremos contentos y comeremos hasta vomitar” (CONTRERAS Y GRACIA, 2005: 327). En estas sociedades la robustez es considerada positiva y aunque se relaciona particularmente con el atractivo femenino, las llamadas *fattening sessions*⁵⁴ son también, aunque en menor medida, practicadas por hombres. Es el caso de los Massa de Camerún, que permanecen aislados durante dos meses comiendo cantidades abundantes de comida, sobre todo leche. Como en otras

⁵⁴ Pudiéndose traducir como “sesiones de engorde”, se trata de prácticas sistemáticas de sobre-alimentación (DE GARINE, 1995).

II. Marco teórico

sociedades tradicionales, la talla y el peso son sinónimo de fuerza, prosperidad y poder en ambos sexos (DE GARINE, 1995).

En lo que se refiere a la literatura médica, la llamada “hambre nerviosa” ha sido, a lo largo de la historia, objeto de interés clínico mayormente en la medida que se consideraba como un síntoma y no como una enfermedad en sí (STEIN Y LAAKSO, 1988). Sin embargo existen excepciones, intentos de construir estas prácticas en un síndrome como ocurriera con el ayuno y de nuevo, como en aquel, las discrepancias en torno a lo que se consideraban sus causas como vienen a reflejar la variedad de términos empleados en este menester (Cuadro 3).

Cuadro 3. Denominaciones históricas de la bulimia y síndromes asociados, según año

Bulimia (TREVISA, 1398)
Caninus appetitus (COORDE, 1547)
Cynodes Orexia (BLANKAART, 1864)
Hyperorexia (SOLTMAN, 1894)
Hipeinorexia/Licorexia/Fringale (BLANCHEZ, 1869)
Síndrome del gordo/delgado (BRUCH, 1973)
Bulimarexia (BOSKIND LODHAL, 1976)
Bulimia nerviosa (RUSELL, 1979)
Síndrome del caos dietético (PALMER, 1979)
Síndrome del control anormal/normal del peso (CRISP, 1981)

Fuente: Elaboración propia

El hambre voraz se identificaba con un comportamiento animal, o se asociaba a debilidad, o se descubría como causa de parásitos intestinales. Durante el siglo XIX y principios del XX, los casos descritos se distinguían de los definidos hoy

como trastornos bulímicos en aspectos referentes a su patogenia y patoplastia⁵⁵, forma y contenido. Eran características la ausencia de prácticas purgativas, particularmente el vómito, y la inexistente preocupación por el peso y la delgadez, como ocurría también en los casos de ayuno históricos.

En la década de 1970, con el agudo crecimiento de casos de lo que estaba a punto de denominarse trastorno bulímico, se concentró el interés médico sobre estas prácticas como síntoma asociado a la anorexia y a la obesidad. De hecho, se sugirió una modificación en la conceptualización diagnóstica de la anorexia nerviosa al detectarse según los y las psiquiatras cambios en su manifestación que incluía cada vez más prácticas de atracón y compensatorias. Es por ello que el actual DSM-IV diferencia entre anorexia restrictiva y compulsiva o purgativa, así como entre bulimia purgativa y no purgativa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) hecho que refleja por una parte lo difuso de las fronteras entre lo que comenzaron y siguen siendo consideradas entidades nosológicas independientes, y por otra el fracaso de la psiquiatría al construirlas como tales basándose en tipologías de comportamientos alimentarios desviados y no en sus causas. A finales de los años 70, tras varios intentos por parte de otros profesionales -en su mayoría de habla no inglesa- RUSSELL (1970) va a establecer los primeros criterios diagnósticos del trastorno bulímico, haciendo hincapié en las medidas compensatorias y en el miedo a engordar. Esta descripción, ampliamente discutida durante la década de los 80, sería recogida por primera vez en el DSM-III en 1980 y modificados algunos de sus criterios en la versión revisada publicada en 1987, DSM-III-R.

⁵⁵ LEFF [(1988), *Psychiatry around the globe. A transcultural view*, 2nd Ed. Gaskell, Plymouth] define la patogenia como la forma del síntoma y la patoplastia como su contenido. La forma serían aquellas características esenciales que lo distinguen de otros síntomas mientras el contenido puede ser común a una variedad de manifestaciones pero se deriva del contexto cultural. Un ejemplo oportuno es el de una persona con un trastorno depresivo severo quien puede tener alucinaciones auditivas, esto es, escuchar voces que le dice que es un pecador o un criminal. Mientras que la patogenia o forma es la misma, la alucinación auditiva, el contexto cultural determinará la patoplastia o contenido, en este caso el hecho de ser o no creyente, determinará que uno tenga más probabilidad de escuchar que es un criminal o bien un pecador. Este modelo, patoplastia/patogenia, ha sido utilizado en numerosas investigaciones comparativas si bien es criticado por no ofrecer solución para una parte importante de los casos ya que se trata de un modelo que no admite la diversidad fenomenológica.

Desde la psiquiatría las prácticas de comer mucho y compensar después son entendidas como prácticas habituales para descargar malestar psicológico y no explican por qué es tan mayoritario entre mujeres. Se psicologizan los comportamientos en búsqueda de una ansiada delimitación de uno y otro trastorno –como de las conductas alimentarias consideradas normales de las desviadas-, así las bulímicas tendrían más dificultades en cuanto al control de impulsos mientras que las anoréxicas ejercerían un hipercontrol (TORO, 2003). Aunque ambos son considerados desde algunas perspectivas como trastornos del desarrollo, existe un consenso en el ámbito médico para considerar, en base a estudios epidemiológicos, que la bulimia suele comenzar más tarde que la anorexia, no estando tan relacionada con la pubertad como con la entrada en el mundo adulto y los desafíos que éste entraña respecto a la construcción de la identidad personal (GORDON, 2000:45).

Según TORO (2003), los factores socioculturales que inciden tanto en la anorexia como en la bulimia son los mismos -miedo al sobrepeso, problemas relativos a la imagen corporal y disposición al adelgazamiento- y destaca la presión y lucha de los médicos contra la obesidad como uno de los factores causales. Algunas de las razones apuntadas por Russell ante el incremento de las prácticas de atracón con o sin posterior compensación son características de la vida moderna con la proliferación de la comida de bajo precio y rica en calorías, la tendencia hacia la de-socialización y fragmentación de las prácticas alimentarias contemporáneas y la emergencia de un estilo cultural de consumo que induce a la impulsividad y a patrones de alimentación adictivos (GORDON, 2000: 37). Russell puede estar refiriéndose aquí a las contradicciones que entraña la sociedad opulenta, donde una oferta y accesibilidad alimentaria sin precedentes convive con la difusión de mensajes culturalmente predominantes sobre la salud, la estética y el hedonismo que impregnan ideológicamente gran parte del comportamiento alimentario contemporáneo (GRACIA, 2002). Paradójicamente, dentro de este contexto sociocultural los atracones y los ayunos pueden ser interpretados no como comportamientos desviados de la norma, sino precisamente acatamientos de la misma.

La dificultad en la conceptualización de las prácticas de comer mucho, poco o nada como síndromes vuelve a mostrarse en el caso del denominado *trastorno por atracón*, el último en sumarse al grupo de trastornos de la conducta alimentaria incluidos en el DSM-IV –que prevemos será más numeroso en futuras ediciones. Lo ha hecho de forma tímida ya que su etiqueta y escueta definición se incluye dentro del apartado F50.9 que este manual reserva a los *trastornos del comportamiento alimentario no especificado* (TCANE)⁵⁶: “Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994:564). Como comentamos anteriormente, la literatura psiquiátrica ha descrito desde sus comienzos numerosos casos de comedores compulsivos en los que se daba la total ausencia de métodos purgativos. Wulff & Fenichel denominaron estos hartazgos como “perversiones orales” y proponían que fuesen estudiados en términos de adicción⁵⁷. Fue STUNKARD en 1959 el primero en describirlo como síndrome (“*binge eating syndrome*”), siendo sus criterios recogidos por el DSM-III en 1980 bajo la categoría de bulimia que por entonces no incluía comportamientos purgativos ni miedo a engordar. Estos criterios, que no convencían a la comunidad psiquiátrica, serían sustituidos años más tarde por los de RUSSELL, mencionados anteriormente, bajo la etiqueta de bulimia nerviosa.

La razón por la cual el *trastorno por atracón* no es construido como trastorno psiquiátrico – o al menos como una categoría “en obras”- hasta los umbrales del siglo XXI se debe, según GORDON (2000), a la resistencia de la comunidad médica a aceptar una asociación entre obesidad y salud mental, siendo la obesidad considerada en todos sus casos como una enfermedad orgánica⁵⁸. Esta

⁵⁶ Sobre Trastornos de la conducta alimentaria no especificados ver Anexo II.

⁵⁷ *Overeaters Anonymus* (OA) –en España Asociación de Comedores Compulsivos Anónimos (ACCA)- es una asociación internacional de ayuda mutua que reúne a personas que entienden sus prácticas alimentarias como problemáticas y se proponen cambiarlas. La filosofía de la asociación plantea estas prácticas como un problema de adicción a la comida y por ello ha adaptado el programa de Alcohólicos Anónimos. Contiene a la mayor parte de comedores compulsivos a nivel internacional, un 71% según GORDON (2000). Hablamos de esta asociación más adelante en este trabajo (Ver pp. 312).

⁵⁸ En los tratados de patología las causas se agrupan en esenciales, endocrinológicas, hipotalámicas, genéticas y farmacológicas, todas ellas de origen orgánico (GRACIA *et al.*, 2010).

II. Marco teórico

posición se basaba en estudios realizados durante las décadas de los 70 y 80 que evidenciaban unos patrones de alimentación normales entre la población obesa. Sin embargo, investigaciones más recientes sí que han encontrado asociaciones entre el trastorno por atracón y algunos grupos de obesos, quienes experimentan habitualmente los efectos del ayuno y de la restricción alimentaria cuando intentan perder peso.

En un proceso paralelo, pero sobre todo durante la última década, la patologización del cuerpo gordo, como ya lo fuera antes el delgado en exceso, se ha intensificado -sobre todo entre niños y adolescentes-, llegando a ser la obesidad calificada como la “*epidemia no contagiosa del siglo XXI*” por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998). Patologización y discriminación han ido de la mano, así mientras la *lipofobia* es descrita como el “miedo a engordar desde una perspectiva individual e introspectiva” el *lipofobismo* se referiría a la “discriminación de una persona según su peso” (GRACIA, 2010b). Según GRACIA *et al.* (2010b) la conversión del estado de obesidad o sobrepeso en una enfermedad tendría la función social de alejar a los afectados de los patrones de rechazo y exclusión social más duros al ser reconocidos como enfermos y por tanto con derecho a ser asistidos. Sin embargo, más allá de las obesidades mórbidas, la medicalización del exceso de peso no ha conseguido exculpar a los afectados de su enfermedad. La inclusión de la obesidad dentro del campo de las enfermedades mentales como *trastorno por atracón* se insertaría en un proceso de “naturalización” de lo que se consideraría un malestar individual, es decir, el mismo marco interpretativo en el que se insertan, en general, los TCA.

Recapitulando... con más etiquetas

Las etiquetas diagnósticas no terminan en las de *anorexia*, *bulimia* y *trastorno por atracón*, ni tampoco lo hace el inventario de síntomas. Su número es creciente, aparentemente imparable y se difunden a través de Internet, revistas, y otros

medios de comunicación masivos aunque no estén incluidas en ningún manual de psiquiatría. Pero, ¿cómo y por qué se establecen las fronteras que delimitan lo que se considera una conducta alimentaria patológica de una que no lo es? ¿cuáles son los procesos que tienen lugar en la construcción de unas etiquetas diagnósticas cada vez más numerosas?

En los años 50 del pasado siglo las bases de la *lipofobia* estaban ya asentadas y pronto dieron paso al *lipofobismo*. Un contexto en el que confluyen dos discursos cada vez más sofisticados, el de la salud y el estético, para ejercer una presión sobre la propia salud y el cuerpo que no ha cesado hasta nuestros días ni deja apenas espacios sociales inmunes en las sociedades desarrolladas. Por una parte los discursos de base nutricional que se habían ido consolidando desde principios del siglo XX se han convertido en excelentes vehículos para, desde una posición moral, instaurar la normalidad dietética y en definitiva la normalidad social (COVENEY, 1999). La larga tradición médica de proveer información y consejos sobre la cantidad y la composición de la comida “sana”, la regulación del peso y la prevención de enfermedades explican como la salud pública se ha centrado en la instrucción a la población de unas prácticas alimentarias saludables que han llevado a la estandarización de las conductas individuales (GRACIA, 2009). Por otra parte la estigmatización de las grasas y la exaltación de la educación física y del *body building* destinado a producir “cuerpos Danone” –según el contexto español- contribuye a la imposición del control de la dieta que constituye un paso más en el proceso de medicalización de la alimentación (GRACIA Y COMELLES, 2007). De esta manera todas aquellas prácticas que no se adaptan a las que dicta la medicina como normas saludables de alimentación -basadas en la eliminación de los motivos no-rationales en estos actos-, están expuestas a ser patologizadas. También aquellos cuerpos que por gordos o delgados “en exceso”⁵⁹ se estigmatizan socialmente en base a criterios estéticos, o bien se consideran poco saludables en cuanto a criterios médicos.

⁵⁹ El concepto de exceso, de origen escolástica, obedece a una apreciación cualitativa, casuística e individual. La biomedicina recupera esta noción para caracterizar patológicamente las conductas extremas dentro de la compulsión (COMELLES, 2010b).

II. Marco teórico

Las categorías diagnósticas de *trastornos del comportamiento alimentario no especificado* (TCANE) según el DSM-IV o *formas atípicas de anorexia y bulimia* según la clasificación europea CIE-10, que fueron creadas como una antesala nosológica de aquellos casos que no cumplían los criterios para anorexia o bulimia, han acabado siendo el cajón de sastre de comportamientos alimentarios diversos que están siendo recientemente patologizados y que son fruto del impacto de las transformaciones sociales en los cuerpos y en los hábitos de alimentación. Las nuevas etiquetas que se comienzan a utilizar enfatizan los aspectos normativos de las prácticas: qué se come, cuánto, cuándo, con quién, dónde, con qué estado de salud previo, etc. (Tabla 1). Aunque no existe aún consenso desde la comunidad médica sobre sus criterios diagnósticos –es decir no cuentan con el estatus científico de patologías– estas etiquetas son manejadas entre clínicos⁶⁰ y legos debido a su extensa difusión a través de los medios de comunicación, sobre todo Internet. Sin embargo, y muy paradójicamente, se trata de *enfermedades* aún *sin enfermos*⁶¹, aunque es previsible el cambio de esta tendencia cuando se discute ya la inclusión de algunas de estas nuevas etiquetas en próximas ediciones de los manuales de trastornos mentales siguiendo la tendencia de la psiquiatría hegemónica de detectar y clasificar conductas desviadas mediante la homogeneización de perfiles, necesarios para la creación de los correspondientes protocolos de tratamiento. Todo ello contribuye al mantenimiento y expansión de un mercado sanitario asistencial tanto público como privado construido en torno a los TCA y dirigido a las clases medias que pagan por estancia, y en la medida el sector público lo permita, a las clases populares (GRACIA Y COMELLES, 2007).

⁶⁰ Se han publicado artículos en revistas científicas sobre algunos de estos nuevos “trastornos” como es el caso de la ortorexia [CATALINA *et al.* (2005), *Ortorexia nerviosa ¿un nuevo trastorno de la conducta alimentaria?*, *Actas españolas de Psiquiatría* 33(1)] o del síndrome del comedor nocturno [LUNDGREN *et al.* (2006), *Familial aggregation in the Night eating syndrome*, *International Journal of Eating Disorders* 39, 516-18]

⁶¹ No se encontró ningún caso tras la búsqueda realizada durante los años 2003-05 en el área geográfica de Cataluña para el trabajo de campo del proyecto “Género, dieting y salud: un análisis transcultural de los trastornos del comportamiento alimentario en mujeres”.

Tabla 1. Nuevas etiquetas de “trastornos alimentarios”

	QUÉ <i>se come o no se come</i>	CUÁNTO <i>se come</i>	CUÁNDO <i>se come</i>	ESTADOS DE SALUD PREVIOS
QUÉ <i>se come o no se come</i>	Anorexia Ortorexia Vigorexia S. comedor selectivo		Ebriorexia	Pregnorexia
CUÁNTO <i>se come</i>		Bulimia S. por atracón	S. comedor nocturno	Diabulimia

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 4. Definiciones de las nuevas etiquetas de “trastornos alimentarios”

Vigorexia: restricción alimentaria por la preocupación excesiva por aumentar la masa muscular sin acumulación de grasas.

Ortorexia: restricción alimentaria por obsesión patológica por la comida biológicamente pura.

Drunkorexia o ebriorexia: dejar de comer para compensar las calorías ingeridas tras el consumo de alcohol.

Síndrome del comedor nocturno: inapetencia durante la mayor parte del día y atracones durante la noche que disturban el sueño.

Síndrome del comedor selectivo: cuando la nutrición de una persona consta de 10 o menos alimentos diferentes.

Síndrome del gourmet: obsesión por la preparación de la comida, desde la compra hasta la presentación e ingestión.

Diabulimia: práctica entre las chicas diabéticas que utilizan la condición de la disciplina alimentaria que exige su enfermedad para perder peso.

Pregnorexia: anorexia en mujeres embarazadas

II. Marco teórico

La concatenación de la lógica sanitaria, ético-económica y de diferenciación social ha radicalizado la norma dietética. Qué se come o no se come, cuándo se come, cuánto se come, estados de salud previos, son los criterios que definen lo que es y no es desviado. Criterios que por otra parte obvian la dimensión simbólica del comer constituida por un sistema de significados identitarios, económicos o hedonistas y de relaciones entre las personas, para centrarse únicamente en aquellos de orden biológico. La disparidad de etiquetas⁶² demuestra, una vez más, la tendencia de la psiquiatría a considerar cualquier desviación social como patología y entrar de este modo en su jurisdicción (GRACIA Y COMELLES, 2007).

Anorexia y Bulimia, ¿nuevas aflicciones?

El establecimiento de una analogía entre las anoréxicas medievales y las contemporáneas se ha convertido en objeto de controversia entre los estudiosos de los TCA. Mientras algunos autores defienden una perspectiva continuista (BELL, 1987; BORDO, 1993; PETERS, 1995; RIEGER *et al.*, 2001; GRACIA, 2002) en base a la interpretación de los casos de ayuno como expresiones de malestar que tienen su origen común en la construcción de las identidades de género en las sociedades patriarcales, otros afirman que el diagnóstico retrospectivo es un error (BYNUM, 1987; VANDEREYCKEN Y VAN DETH, 1994; BRUMBERG, 2000; TORO, 2000; HABERMAS, 2005) y que las prácticas de ayuno anteriores a la segunda mitad del siglo XX no han de ser confundidas con casos de anorexia nerviosa basándose en la –supuesta– ausencia en aquella época del miedo a engordar o de anomalías relacionadas con la imagen corporal. Si bien se abstienen de otorgar el estatus de causa a este síntoma, los discontinuistas siguen haciendo

⁶² La obesidad no ha sido incluida en el cuadro por no considerarse –aún– una patología psiquiátrica.

de la lipofobia un elemento central⁶³ y específico de la anorexia nerviosa que la convierte en, según estos, única de nuestra época. Para HABERMAS (2005) por ejemplo, las posiciones que mantienen la analogía se basan en revisiones antipsicologicas que no consideran los criterios del miedo a engordar y la distorsión de la imagen corporal como específicos de esta conducta “patológica”. Por otro lado KEEL & KLUMP (2003) son más concretos y sugieren, a partir de su revisión histórica y metanálisis, que la discontinuidad puede estar representada por el fenómeno único del miedo a engordar, que circunscriben a determinados contextos socio-históricos en los que se idealiza la delgadez y se condenan las grasas, pero no a la anorexia nerviosa ya que existen abundantes evidencias de actos de rechazo de la comida a la vez deliberados y no voluntarios desde la época medieval. Reconocen que las informaciones sobre las razones históricas del no comer son limitadas por lo que no descartan que, incluso entonces, el miedo a engordar pudiera convivir entre la pluralidad de razones para dejar de comer entonces tanto como ocurre ahora.

Los continuistas defienden que las prácticas de ayuno o restricción tienen que ver con una demanda de las mujeres a través de la historia para liberarse de la sociedad patriarcal, dándose dentro de una estructura social donde la comida ha sido uno de los pocos -el único en determinados momentos de la historia- recursos controlados por las mujeres y a través del cual lograban controlarse a sí mismas -cuerpo, emociones, sexualidad- y a su mundo social. Los discontinuistas por su parte creen que la analogía entre las anoréxicas santas y las anoréxicas modernas es histórica y sociológicamente problemática porque descontextualiza los profundos significados sociales del ayuno, entendiendo que nada tiene que ver el carácter ascético de perseguir una pureza espiritual con el profano actual de buscar una belleza física (GOODWIN, 2006).

Para resolver esta tensión proponemos el concepto de *anorexia multiforme* formulado por DiNICOLA en 1990 que intenta acercar estas dos perspectivas tras la incorporación de la aproximación diacrónica en su estudio de la anorexia

⁶³ Este asunto sobre la centralidad del síntoma del miedo a engordar en la anorexia es discutido en profundidad más adelante en este trabajo (Ver pp. 136).

II. Marco teórico

nerviosa. Este concepto define la anorexia como una enfermedad mediada socioculturalmente que reacciona de manera sensible al contexto, comportándose así como un camaleón cultural. Basándonos en esta propuesta, a nuestro entender, la especificidad actual de la anorexia está dentro de un *continuum* histórico de ayunos donde es el contexto cultural o el “anteproyecto sociocultural cambiante” lo que determinará en que términos será construido el ayuno: en términos médicos como *clorosis*⁶⁴, religiosos como anorexia santa, políticos como huelga de hambre, ó psiquiátricos como anorexia nerviosa. Desde esta perspectiva, la conducta que ahora categorizamos como anorexia nerviosa pudo haber existido en la Edad Media pero el contexto ideológico de la época no implicó su consideración como enfermedad (GRACIA, 2003:12).

En cuanto a la bulimia, su más reciente categorización como diagnóstico psiquiátrico incluido en el grupo de los TCA y su diluida aparición en la revisión histórica -en la mayoría de casos asociada a la práctica de atracones como síntoma de la anorexia-, la coloca en situación algo desventajosa en este debate sobre la continuidad. KEEL Y KLUMP (2003) deducen de su análisis diacrónico que las prácticas de vómito u otras formas de compensar los atracones (laxantes, ejercicio físico excesivo, etc.) apenas están documentadas en los casos históricos. Proponen que la razón que lleva a estas prácticas únicamente coexiste con el objetivo del control de peso propio de la edad moderna, por lo que concluyen que la bulimia, a diferencia de la anorexia, es una enfermedad moderna.

De nuevo, creemos, la centralidad en torno al síntoma del miedo a engordar impide asumir la continuidad de estas prácticas a lo largo de la historia. En nuestro análisis diacrónico ya detallamos casos de atracones y vómitos ligados a diferentes contextos -médico, religioso, festivo- y en diferentes culturas donde solían contar con un alto valor social: por ser símbolos de poder y riqueza o por

⁶⁴ La *clorosis* fue una enfermedad diagnosticada entre jóvenes de clase media en la era victoriana y cuyos síntomas incluían la palidez, el rechazo de alimentación y la amenorrea. Desaparece como diagnóstico en el siglo XX con el descubrimiento de la anemia hipocrómica como causante de algunos de estos cuadros, otros han quedado incluidos bajo el creciente uso del diagnóstico de anorexia nerviosa (KNIBIELHER, 1983; BRUMBERG, 2000).

cumplir función de penitencia religiosa, entre otros. Desde entonces hasta nuestros días, las razones que llevan al vómito, como al dejar de comer, son diversas y no siempre están ligadas al control del peso. El vómito puede responder a una reacción, a un mecanismo de defensa, de afrontamiento ante determinadas situaciones que provocan malestar y sobre las que se siente impotencia. Prueba de ello son los casos en los que el vómito aparece ligado a experiencias de ansiedad, casos en los que no es provocado pero surge como reacción a la experiencia vivida, habiendo sido o no precedido por un atracón.

Las prácticas de comer mucho, poco o nada atraviesan fronteras geográficas, culturales y temporales. Hasta ahora, la mayor parte de la literatura sobre trastornos de alimentación se ha centrado en el mundo occidental hasta tal punto que estas prácticas se han llegado a creer delimitadas por tal cultura. Pero hemos mostrado como también se daban históricamente y se siguen dando en países tan alejados geográfica y culturalmente como China, India o Etiopía, y cuyas razones han sido de orden diverso. No obstante, en la historia de Occidente existen dos hechos relevantes: por un lado el éxito comparativo frente a las culturas y religiones orientales de la vida ascética cristiana femenina, especialmente a partir del siglo XIII, y por otro, representar el contexto de construcción de las prácticas de comer mucho, poco o nada como enfermedad. El modelo de desarrollo occidental y sus procesos de instauración de una normalización dietética han llevado a la medicalización/patologización no sólo del ayuno sino de todas aquellas prácticas consideradas “desviadas” en un proceso que parece no tener fin. En distintos contextos y dependiendo de ellos, unas mismas prácticas alimentarias y corporales serán interpretadas de diferente manera. En Occidente la interpretación religiosa ha dado paso a la médica. En un mundo globalizado, en el que la medicina es un producto más, el sistema médico occidental o hegemónico se exporta al resto del mundo. Un mundo en el que las prácticas alimentarias de restringir, ayunar o darse atracones son más frecuentes entre mujeres y en el que la interpretación médica no hace más que individualizar el problema y silenciar los aspectos sociales, económicos y políticos implicados.

II. Marco teórico

Defendemos que anorexia, bulimia u ortorexia son construcciones culturales que pueden explicarse y comprenderse en términos de racionalidad cultural (GRACIA, 2009). Desde la antropología médica intentaremos dar cuenta de cómo la imagen de la anorexia y la bulimia -construida por el estamento médico y psiquiátrico, los medios de comunicación y aquellos que han experimentado alguno o todos sus síntomas- como un problema moderno y autoinducido por mujeres jóvenes que se sienten perdidas en un mundo gobernado por la moda y el ideal estético corporal es un estereotipo que puede estar ocultando otras razones que llevan a estas personas a dejar de comer “voluntariamente”. Esta concepción da cuenta de cómo tales (mal)estares permanecen atrapados bajo la interpretación de un modelo puramente médico que no ofrece respuestas a muchas de las cuestiones pendientes.

ESTADO DE LA CUESTIÓN SOBRE EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TCA EN EL MUNDO

De los trastornos alimentarios se ha llegado a decir que se trataba de una enfermedad con características de epidemia social⁶⁵, piénsese en el título del ya clásico libro de GORDON (2000) *“Eating disorders: anatomy of a social epidemic”*. Las cifras epidemiológicas han convertido el fenómeno en un problema de salud pública en las sociedades occidentales, básicamente entre población adolescente. En el resto del mundo, las cifras están en aumento. Sin pretensión de exhaustividad -que no es nuestro objetivo- repasamos aquí algunos datos sobre los TCA alrededor del mundo.

Los TCA en el mundo occidental desarrollado

⁶⁵ En España algunos trabajos en TCA van a hacer alusión a este carácter epidémico como ISOLETTA (2003) o TORO (2003) y en el resto del mundo BRUCH (1978), SOURS (1980) y GORDON (2000), entre otros.

La investigación epidemiológica de los TCA despegó a mediados del siglo XX en las sociedades occidentales desarrolladas –Australia, Canadá, Estados Unidos y Europa Occidental- con la anorexia nerviosa, siguiéndole décadas más tarde la bulimia, el trastorno por atracón y, en último lugar y cada vez con más relevancia, los trastornos del comportamiento alimentario no especificado (TCANE). Desde entonces ha ido en aumento hasta una intensificación del interés por estos trastornos en la última década que queda reflejado en el número de artículos científicos publicados. Según *PubMed*⁶⁶, mientras en la década de los 70 se publicaron 2.462 artículos sobre TCA, este número se ha multiplicado por cuatro en el periodo del año 2000 a 2009 ascendiendo a un total de 10.345.

Los estudios epidemiológicos describen el fenómeno de la enfermedad mediante indicadores como la prevalencia, que se refiere al número de casos en la población en momento dado y la incidencia, esto es, el número de nuevos casos en la población durante un periodo determinado. Veamos lo que los datos sobre estos indicadores que proveen diversos tipos de estudio –de caso, transversales, longitudinales, de cohorte- nos dicen respecto a las tendencias de TCA en la población occidental.

Si hablamos de prevalencias los estudios más recientes han encontrado para la anorexia nerviosa tasas del 0.3% en Norteamérica y Europa (FAVARO *et al.*, 2003; HOEK Y VAN HOEK, 2003; HOEK; 2006) y del 0.4%, 0.5% y 1% de prevalencia vida⁶⁷ en poblaciones europeas, norteamericanas y holandesas respectivamente (GARFINKEL *et al.*, 1996; WALTERS Y KENDER, 1995; BIJL *et al.*, 1998, PRETI *et al.*, 2009). En bulimia la prevalencia de vida obtenida en estudios poblacionales de gran magnitud varían entre 1-3% en Nueva Zelanda, Estados Unidos y Canadá al 0.6% de Holanda (BUSHNELL *et al.*, 1990; GARFINKEL *et al.*, 1995; KENDLER *et al.*, 1991; BIJL *et al.*, 1998). Es respecto al trastorno por atracón y, sobre todo, los trastornos del comportamiento alimentario no especificado (TCANE), donde se

⁶⁶ Motor de búsqueda de publicaciones relativas a investigación biomédica ofrecido por *United States National Library*.

⁶⁷ Es el porcentaje de individuos respecto a la población total que en algún momento dado de sus vidas, hasta el momento de la evaluación, han experimentado un TCA.

II. Marco teórico

produce de forma unitaria en todos los estudios consultados un aumento significativo de las tasas respecto a las de anorexia y bulimia. En la mayoría de estudios los primeros suelen estar incluidos en la categoría de TCANE ya que como explicamos, aún no están tipificados como trastorno en los manuales de psiquiatría. En los casos en que se ha investigado solamente el trastorno por atracón KINZ *et al.* (1999) obtuvieron un 3.3% de prevalencia en mujeres y 0.8% en hombres austríacos, y HUDSON *et al.* (2007) un 3.5% en mujeres y 2.0% en hombres.

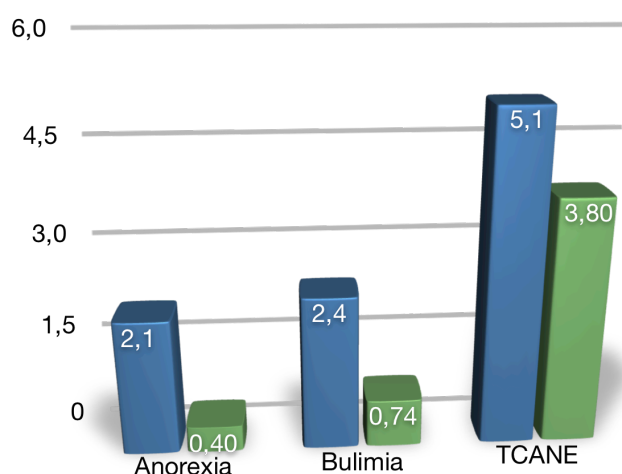
El caso de los TCANE representa un fenómeno particular que tiene que ver - como apuntábamos anteriormente en este trabajo-, con las limitaciones de patologizar y encuadrar unos (mal)estares multicausales en una serie de síntomas físicos y psíquicos poco específicos, contruidos en un momento determinado de la historia y en base a una particular concepción de la mujer y de su rol en la sociedad. Ello ha contribuido a que la categoría de trastornos del comportamiento alimentario no especificado (TCANE) sea la mayor depositaria de los casos que acuden actualmente a un servicio médico en búsqueda de ayuda. Sólo un vistazo a los datos sobre Europa y España lo confirman (Gráfico 2). Los profesionales explican “yo creo que eso es porque muchas veces es difícil con un síntoma clasificar, porque hay pacientes que han hecho de todo entonces muchas veces se mete como en un saco, porque es de los que más hay”⁶⁸. Los trabajos sobre comorbilidad de TCA con trastornos de personalidad (sobre todo trastorno límite de la personalidad), de depresión, de ansiedad y de abuso y dependencia de sustancias son numerosos. Por ejemplo, PRETI *et al.* (2009) encontraron en el estudio europeo ESEMeD⁶⁹ comorbilidad con otros trastornos mentales para más de la mitad de los casos de TCA. Los cambios sociales que se reflejan en unos hábitos de vida en transformación se escapan a un instrumento rígido como es, por ejemplo, el DSM-IV, y los casos puros desaparecen de las

⁶⁸ CC1-PSPC: Psicólogo.

⁶⁹ El *European Study of the Epidemiology of Eating Disorders* (ESEMeD) es el estudio epidemiológico de mayores dimensiones llevado a cabo en Europa sobre una muestra de 21.425 personas para estimar prevalencia de trastornos mentales en población general. Utilizó la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) para medir prevalencias y se aplicó mediante entrevistas personales. Estimó prevalencias para anorexia, bulimia, trastorno por atracón y trastornos “subclínicos”.

consultas “Ahora por ejemplo que los dispositivos asistenciales, de recursos son mejores que hace unos años se han dejado de ver aquellas anoréxicas flacas a punto de morir porque las rehabilitan en el hospital, les ponen sondas, por lo tanto ha disminuido mucho el porcentaje de chicas con amenorrea porque no llegan a esos pesos tan extremos, porque tolean a la enfermedad cuando bajan mucho suben, y son TCANE también, y en cambio son tan rígidas, perfeccionistas y obsesivas como podían ser sus hermanas mayores o sus tías que tenían IMC de 12 o 13”⁷⁰.

Gráfico 2. Prevalencias de TCA en Europa (azul) y España (verde) entre mujeres jóvenes (12 a 18 años)



Fuente: PÉREZ MANUEL (2004)

La edad en la que se concentran las prevalencias más altas de TCA según los estudios epidemiológicos son aquellas ligadas a la adolescencia. Esto puede explicar, al menos en parte, que el estudio de PÉREZ MANUEL (2004) realizado únicamente sobre mujeres de 12 a 18 años muestre unas cifras ligeramente mayores que las comentadas para otros estudios sobre población general. En cuanto al sexo, se ha llegado a obtener un ratio de 1:10 para anorexia y bulimia nerviosa (LUCAS *et al.*, 1991; MOLLER-MADSEN Y NYSTRUP, 1992). Sin embargo, un

⁷⁰ HP4-PSP: Psiquiatra.

II. Marco teórico

estudio reciente realizado sobre población general en Estados Unidos ha encontrado una mayor prevalencia en hombres respecto a estudios pasados que apunta a que este ratio pueda estar disminuyendo (HUDSON *et al.*, 2007).

El estudio de la incidencia en las sociedades occidentales desarrolladas -Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Europa Occidental- llevado a cabo mediante la revisión de registros de caso que datan desde los años 30 a la actualidad, se ha topado con una variabilidad en los criterios diagnósticos que ha contribuido a la obtención de tasas de incidencia más dispares entre estudios que entre épocas (KEEL Y KLUMP, 2003). Algunos psiquiatras como LUCAS *et al.* (1991) intentaron solventar este problema en sus investigaciones filtrando los registros en torno a una serie de síntomas asociados a la anorexia nerviosa, y revisándolos en una segunda fase de acuerdo a los criterios del DSM-III. Según sus estudios, que abarcan desde el año 1935 hasta 1989, encontró un aumento progresivo en la incidencia de la anorexia nerviosa que alcanza picos históricos en la década de los 80. Para hacernos una idea de las tasas que se barajan para estos diagnósticos valgan como ejemplo los estudios de HSU (1996), que encuentra partiendo del año 1989 una incidencia de 1,43/100000/año entre jóvenes de 12 a 25 años y de HOEK Y VAN HOEKEN (2003) que obtienen la tasa más alta de 12/100000/año en EEUU entre 1980 y 1989. Los datos de incidencia correspondientes a bulimia nerviosa muestran también un aumento, en este caso, más consensuado que en la anorexia. El metanálisis que llevan a cabo KEEL & KLUMP (2003) entre 7 estudios que recogen periodos diferentes comprendidos entre los años 1970 y 1993 arroja resultados significativos en el aumento de este diagnóstico con el tiempo para cada uno de ellos. En este caso, hay que tomar en cuenta que aumentos extraordinarios en las tasas de incidencia como muestran investigaciones tales como la realizada por SOUNDY *et al.* (1995) con un incremento en los casos de 7.4 a 49.7/100000/año en el periodo 1980-3 son explicadas por la coincidencia en el tiempo con el reconocimiento oficial de la bulimia como trastorno mental.

Tal diversidad y complejidad de datos hace cuanto menos difícil elaborar conclusiones en cuanto al incremento o estabilidad de TCA en la población

occidental. Para ello, se necesitarían más estudios longitudinales, esto es, que repitan las observaciones a lo largo de un periodo de tiempo sobre una misma población para poder así analizar su evolución. Mientras que algunos autores han señalado que los datos de incidencia para anorexia en las sociedades occidentales parecen haberse estabilizado y para bulimia incluso disminuido (HOEK, 2006), el estudio de HAY *et al.* (2008) en Australia, que compara datos de prevalencia en dos estudios consecutivos sobre una misma población general en un intervalo de 10 años (1995-2005), afirma el aumento en la prevalencia de TCA, en especial de TCANE.

De estos datos podemos concluir que las formas puras o tradicionales de los trastornos como son la anorexia y la bulimia mantienen unas prevalencias bajas sobre todo respecto a otras etiquetas diagnósticas en uso como el trastorno por atracón o la más amplia -y que lo suele contener- de trastornos del comportamiento alimentario no especificado. Por otra parte la supuesta epidemia no es más que eso a la luz de las cifras de TCA consultadas. Un último dato, mientras sólo la depresión mayor alcanza una prevalencia vida de un 12'8% en población general, un TCA lo hace sólo en un 2.51% (PRETI *et al.*, 2009).

TCA en España

En España el interés por la epidemiología de estos trastornos ha surgido algo más tarde que en otros países occidentales desarrollados. No es hasta mediados de la década de los 80 cuando la literatura científica comienza a interesarse por los TCA, aunque desde entonces su atención ha sido creciente. Se han realizado estudios epidemiológicos en varias comunidades autónomas españolas (Andalucía, Aragón, Asturias, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Comunidad Autónoma de Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra) con diferentes instrumentos (EDI, GHQ, EAT-40, EAT-26, CIMEC, EDD-Q, GHQ-28, BITE, BSQ, SCAN, EDE) arrojando cifras diferentes entre sí pero que

coinciden con la tendencia de estudios internacionales al situar a las mujeres como las mayores afectadas. Se trata de estudios transversales en su mayoría con aplicación de cuestionarios a poblaciones consideradas de riesgo, esto es, jóvenes escolares o universitarios⁷¹.

El aumento de la prevalencia de los TCA en España fue probada en el estudio de doble fase realizado por MORANDÉ, CELADA Y CASAS en las décadas de los 80 y los 90 (Tabla 2). Utilizando el *Eating Disorder Inventory* (EDI) como instrumento de cribado y el DSM-III-R como entrevista semiestructurada encontraron una prevalencia de anorexia nerviosa en mujeres que se multiplica por dos en menos de una década y una de bulimia que, aunque en menor medida, también aumentó. La prevalencia más alta fue para los trastornos del comportamiento alimentario no especificado. Los datos de 2004 que mostrábamos más arriba (Gráfico 2) daban unos resultados un poco más bajos para anorexia y bulimia nerviosas pero en cambio mayores para TCANE (3,8%).

**Tabla 2. Prevalencia de TCA en adolescentes de Móstoles (Madrid).
 De 1985-1986 a 1993-94**

	Estudio 1985-6		Estudio 1993-4	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Anorexia nerviosa	0%	0,31%	0%	0,69%
Bulimia nerviosa	0%	0,9%	0,36%	1,24%
TCANE	-	-	0,54%	2,76%
Total TCA	0%	1,55%	0,90%	4,69%
Población en riesgo	1,20%	11,6%	1,96%	17,36%

Fuente: MORANDÉ, CELADA Y CASAS (1999)

⁷¹ Para una revisión exhaustiva de los estudios realizados en nuestro país consultar PELÁEZ, LABRADOR Y RAICH, 2004. "Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión". *C Med Psicosom*, N° 71/72:33-41.

No obstante el estudio de MORANDÉ *et al.* (1999) es excepcional por su carácter longitudinal en la estimación de prevalencias. Otros estudios más recientes como el de OLESTI *et al.* (2008) realizado en una muestra de chicas de 12 a 21 años y utilizando el DSM-IV arroja cifras de 0.9% de prevalencia de anorexia, 2.9% de bulimia y 5.3% de otros trastornos. Sobre población general de 18 años o mayor y utilizando la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) el ESEMeD encontró una prevalencia de 2.42% de cualquier TCA.

Siguiendo el patrón general de la literatura internacional, la mayoría de estudios en nuestro país determinan población de riesgo (Tabla 3) pero no prevalencias debido a la ausencia de utilización de instrumentos diagnósticos. Otras limitaciones apuntadas por PELÁEZ, LABRADOR Y RAICH (2004) respecto a las investigaciones nacionales son la baja especificidad y sensibilidad en los estudios que utilizan el EAT-40 con un punto de corte 30, y la alarmante falta de datos sobre la asociación entre TCA y factores sociodemográficos que vayan más allá de la edad y el sexo. Una de las excepciones es el estudio de MARTÍNEZ *et al.* (2000) realizado entre una población de estudiantes en Asturias que examina la influencia de algunos factores sociodemográficos y encuentra diferencias significativas entre los chicos y chicas cuyos padres están separados, presentando esta población una mayor proporción de conductas anoréxicas. Sin embargo, la clase social y el hecho de que las mujeres trabajen fuera de casa – argumentos sostenidos por el sector médico más conservador– no se confirman como factores de riesgo.

II. Marco teórico

Tabla 3. Estudios para determinar población en riesgo de TCA entre estudiantes jóvenes en España (1989-2004)

Estudio	Instrumento	Población mujeres riesgo TCA(%)	Población hombres riesgo TCA(%)
TORO <i>et al.</i> , 1989	EAT-40	9.8	1.2
RAICH <i>et al.</i> , 1991	EAT-40	7.3	2.6
CANALS <i>et al.</i> , 1997	EAT-40	12.4	8.3
		3.82	0.57
SAIZ <i>et al.</i> , 1999	EDI, CIMEC	7.7	1.1
MARTÍNEZ <i>et al.</i> , 2000	EAT-26	12.8	1.8
MORALEDA <i>et al.</i> , 2001	EAT-40 (corte 30)	11.51	0.9
BALLESTER FERNANDO, 2002	EAT-40 (corte 30)	16.3	0.4
DIAZ <i>et al.</i> , 2003	EAT (corte 30)	8.8	
SEPÚLVEDA <i>et al.</i> , 2004	EDI, BSQ, SCL, RSE	20.8	14.9
BABIO <i>et al.</i> (2009)	EAT (corte 25), Youth's Inventory	34.7% de las chicas en riesgo tiene sobrepeso 53.6% de los chicos en riesgo tiene sobrepeso Mayor IMC o MG aumenta el riesgo de TCA en 12% y 4% respectivamente	

Fuente: Elaboración propia.

Los factores de riesgo apuntados en la mayoría de los estudios son principalmente el hecho de considerarse gordo, tener un alto índice de masa

corporal (IMC), el deseo de estar más delgado y la práctica de actividades que persiguen este ideal de delgadez.

No hemos encontrado ningún estudio que proporcione información sobre la única minoría étnica reconocida en España, la población gitana. Las políticas históricas asimilacionistas basadas en el lema de “la igualdad no admite diferencias”, han prevenido de contar con sus datos en los censos locales (SAN ROMÁN, 1994). Esta tradición de falta de inclusión de la variable étnica en los estudios junto al hecho de que no se perciba esta población como vulnerable a padecer estos (mal)estares ayudan a explicar esta falta de datos. Esto no significa que no se den entre ellos malestares que canalizan a través del cuerpo y la comida y que éstos afecten en mayor medida a mujeres. Prueba de ello es el caso de una niña gitana de 17 años diagnosticada de anorexia nerviosa y hospitalizada en una unidad de TCA presentado en nuestro estudio cualitativo en GRACIA *et al.* (2005). Sobre las nuevas minorías étnicas fruto de las migraciones de los últimos años hablaremos más adelante.

Otros mundos: Latinoamérica, Europa del Este, África y Asia

El contexto de la epidemiología internacional

Los años 60 constituyeron una fecha señalada para la epidemiología psiquiátrica. Fue entonces cuando recibió el impulso de la Organización Mundial de la Salud para embarcarse en investigación epidemiológica comparativa a nivel internacional. Para entonces había sido necesario un cambio epistemológico de considerable significado: la psiquiatría había reemplazado una epidemiología de la salud mental por una epidemiología de los trastornos mentales (KLERMAN, 1986 op cit MARTÍNEZ-HERNAEZ, 2000). Con un primer estudio piloto sobre esquizofrenia en 9 países con diferentes sistemas

II. Marco teórico

políticos y en diferentes estadios de desarrollo económico⁷², quedaría inaugurada la llamada epidemiología transcultural que ha centrado su mayor atención sobre tres ámbitos principales: la variabilidad sintomatológica y su desafío en la constitución de una nosología universal, las diferencias en el pronóstico de enfermedades entre países desarrollados y en vías de desarrollo, y finalmente, sobre la validez transcultural de los instrumentos diagnósticos y escalas, y las dificultades en su adaptación (MARTINEZ-HERNÁEZ, 2006).

La noción del concepto salud se ha extendido durante los últimos años para incluir asuntos previamente considerados de orden moral, político o existencial, y en ninguna otra área es esto más visible que en el campo de la salud mental. El Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana listaba 60 categorías de comportamiento patológico en su primera edición de 1952, 145 en 1968, 230 en 1980 y 410 en 1994. Las ventas de los ejemplares reportan a la asociación unos 60 millones de dólares anuales. Este manual se ha convertido en un instrumento científico de enorme poder - sobre todo tras el trabajo realizado por SPITZER para su tercera edición - tomando la magnitud de autoridad cultural: su uso no está restringido al sistema sanitario sino que es utilizado por las compañías de seguros, por el sistema judicial, por servicios sociales, por escuelas, prisiones, gobiernos, etc.

La profesionalización y legitimación de la psiquiatría biomédica hegemónica en Occidente junto con el proceso de globalización económica y cultural que caracteriza al mundo moderno ha llevado estos manuales hasta consultas de sociedades en desarrollo donde esta psiquiatría es importada en el contexto de un sistema mundial de relaciones desiguales de poder en el que Occidente ostenta la autoridad en lo económico, cultural y político. Su sistema médico, que MENÉNDEZ (1978) etiquetara décadas atrás como sistema médico hegemónico (SMH), ha dado lugar a una nueva forma de colonización. Además, en este mundo globalizado económica y culturalmente, los

⁷² *International Pilot Study of Schizophrenia* (IPSS) realizado entre 1966 y 1975 en Colombia, China, Dinamarca, Estados Unidos, India, Nigeria, Reino Unido y las antiguas Checoslovaquia y Unión Soviética.

movimientos de población han impuesto el nuevo reto de la interculturalidad en los servicios de salud de las sociedades desarrolladas. Nuestro mundo es cada vez más un espacio de culturas líquidas y de hibridación cultural entre la metacultura global y los diferentes mundos locales (MARTINEZ, 2006). Estos procesos sociales se traducen en la amplificación por una parte de los tipos de pacientes y por otra, de los tipos de “trastornos”.

TCA “sin fronteras”

Es en este contexto donde hemos de ubicar los datos epidemiológicos sobre TCA en países donde la literatura considera que acaban de emerger⁷³. Para estos *trastornos* no se han llevado a cabo estudios comparativos de tal magnitud como el que tuvo lugar para la esquizofrenia en 9 países desarrollados y en vías de desarrollo. Muy lejos de ello, en materia de TCA no existen apenas estudios epidemiológicos con muestras representativas de población general que puedan documentar tasas de prevalencia y/o incidencia y menos en países de reciente emergencia, estando el conocimiento del que disponemos basado mayormente en historias clínicas y estudios en poblaciones comunitarias. Las publicaciones de TCA en países hasta hace poco considerados inmunes se concentran en la última década del siglo XX y primera del XXI –aunque algún caso clínico había aparecido publicado ya en los 70 (SOH *et al.*, 2006)-, y suele tratarse de investigaciones sobre hábitos de alimentación e imagen corporal que se centran en una única sociedad o comparan dos países, bien entre poblaciones autóctonas de cada uno de ellos, bien entre población autóctona en el primero y población en condición de inmigrante en un segundo país, casi siempre occidental y desarrollado. Resulta significativa la completa ausencia de trabajos sobre población inmigrante procedente de países occidentales en otros países alejados culturalmente y/o en vías de desarrollo. En la última década, muchos de estos estudios sobre estilos de vida y hábitos alimentarios van dirigidos a detectar tanto TCA como obesidad, fruto del aumento de ésta última que la ha

⁷³ Es posible que estos (mal)estares existieran ya en estas sociedades pero, o bien el contexto sociocultural no permitía que fueran identificados como enfermedad, o bien eran tratados por agentes de salud locales.

II. Marco teórico

convertido en uno de los principales problemas de salud pública en las sociedades desarrolladas. Sin pretender ser exhaustivos presentamos aquí algunos datos epidemiológicos ordenados por zonas geográficas, entendiendo que dentro de cada área los niveles de desarrollo económico y de hibridación cultural son diversos. Intentamos huir así, en la medida de lo posible, de la dicotomía occidental-no occidental, tan recurrente en los estudios transculturales, que nos presenta el mundo como dos alineaciones opuestas y enfrentadas. Daremos prioridad a la exposición de datos que hacen referencia a prevalencia de TCA y, en casos en que no hemos encontrado, a los correspondientes a conductas y factores de riesgo, en los que se centran la mayoría de los estudios. Sólo resta decir que si bien pincelamos algunas hipótesis explicativas con las que trabaja la epidemiología durante esta exposición, éstas serán abordadas y analizadas en mayor profundidad más adelante en este trabajo.

América Latina

Los datos epidemiológicos sobre esta región apuntan a unas bajas tasas de prevalencia, donde las afectadas forman parte de los pequeños grupos de élite mayormente expuestos a influencias europeas y norteamericanas. El modelo corporal voluptuoso de la mujer tradicional latinoamericana se entiende como un factor protector. No obstante los datos son, en general, muy escasos.

Destaca Chile como primer país en publicar casos de anorexia nerviosa, concretamente 30 casos en 1982 (PUMARINO Y VIVANCO, 1982). Los autores señalaron un incremento de la incidencia durante la década de los 70, una década especialmente difícil para el país. La caída de Allende y la implantación del régimen militar de Pinochet supuso un cambio político y económico para un país que a gran velocidad se transformó en una economía capitalista avanzada. A pesar de la falta de información, parece que los casos continuaron. Un estudio reciente revisa las historias clínicas de jóvenes que se han tratado en una Unidad de TCA de un hospital chileno en un periodo de 6 meses. CORDELLA *et*

al. (2006) encuentran un total de 81 pacientes, 65.8% con anorexia, 29.2% con bulimia y 3.5% con TCANE. Chile es también uno de los pocos países que dispone de alguna información sobre población indígena y TCA. El estudio de prevalencia de trastornos mentales que realizó VICENTE *et al.* (2005) comparó tasas de prevalencia-año y prevalencia-vida entre Mapuches y no indígenas mediante la entrevista CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*). En el caso de los TCA, mientras la población no indígena dió una tasa de prevalencia (año y vida) de 1.8%, entre los Mapuches esta tasa fue del 0%.

En México los casos de TCA han aparecido algo más tarde y se consideran un fenómeno muy reciente (BARRIGUETE, 1998). La epidemiología presenta la población afectada como aquella urbana y universitaria, y estos casos se entienden como efectos de la influencia del modelo corporal delgado difundido por los medios de comunicación en un país donde la obesidad se está convirtiendo en un problema social de peso, sobre todo entre las clases con movilidad social ascendente (GORDON, 2001). Además, hemos de ubicar al México de los 90 como sociedad que atraviesa un profundo proceso de cambio como resultado de la creciente industrialización, urbanización y las transformaciones culturales asociadas a tales cambios. Aunque se han llevado a cabo investigaciones para evaluar factores o población en riesgo, los trabajos encaminados a estimar su prevalencia son limitados. Los estudios de MANCILLA *et al.* (2004) de doble fase, se realizaron en 1995 sobre 523 mujeres jóvenes y en 2001 sobre 881. La prevalencia de bulimia aumentó de 0.14% en 1995 a 0.24% en 2001, y de TCANE de 0.35% a 0.91% en el mismo periodo. En ninguna de las muestras se encontraron casos de anorexia. En lo que respecta a población indígena no existen estudios de prevalencias como en el caso de Chile, pero es interesante destacar el trabajo realizado por PÉREZ GIL Y ROMERO (2008) sobre cuerpo y alimentación en mujeres rurales indígenas de la Sierra Juárez y mujeres mestizas, afromexicanas y campesinas de la costa en el estado sureño de Oaxaca. Mientras las primeras asocian el sentirse bien con su cuerpo a aspectos de bienestar físico, las mujeres de la costa lo hacen a aspectos estéticos y muestran en mayor porcentaje el deseo de estar delgada (44.2% y 53.7%

II. Marco teórico

respectivamente), algo que podría explicarse según las autoras por el mayor acceso a medios de comunicación y la cercanía de comunidades turísticas que imponen un ideal de belleza delgado. Un dato muy interesante es que mientras la mayoría de las mujeres asocian la gordura al consumo de alimentos, una pequeña proporción de mujeres –aunque significativa por la naturaleza de la información- expusieron que la delgadez se debe a que las personas se provocan vómitos y diarrea para bajar de peso.

En Argentina, el número creciente de casos durante los 90 fue denominado como “epidemia de trastornos alimentarios”. Considerado el país más europeo de América Latina con sus prácticamente 35 millones de habitantes de ascendencia europea como consecuencia de las masivas oleadas de inmigración que recibió durante el siglo XIX y que provenían mayoritariamente de España, Italia, Francia y Alemania. El reconocido escritor argentino Jorge Luis Borges resumió la identidad Euro-Argentina en su célebre frase “los argentinos son italianos que hablan español, visten como franceses y se creen ingleses”. Quizá por ello se ha llegado a decir que los datos de TCA en este país son semejantes a aquellos de Europa occidental y Estados Unidos. Según MARTINA (2006) un estudio llevado a cabo entre 2000-2002 entre la Universidad de Buenos Aires y la Sociedad Argentina de Endocrinología sobre una muestra de 890 escolares de la capital -378 chicos y 512 chicas- encontraron un 16% de mujeres y un 0.6% de varones con riesgo de TCA. Otros datos sobre población de riesgo publicados por TORO (2003)⁷⁴ sobre una encuesta en escolares en los años 1988-1994 hablan de un 7.16% de población en riesgo de anorexia o bulimia, y de un 24% para TCANE. Existe en esta sociedad una intensa preocupación por la apariencia y la moda que se ha visto reflejado en el porcentaje elevado de operaciones de cirugía estética, el creciente índice de ventas de productos para adelgazar y en la ausencia de tallas de ropa mayores a la 44. MEEHAN & KATZMAN (2001) hacen una interesante aproximación al fenómeno en su intento de explicar la susceptibilidad de este país al éxito superficial, apuntando a la confusión de

⁷⁴ Estos datos hacen referencia a información contenida en la memoria no publicada del centro de asistencia ALUBA.

identidad, transición cultural y el intento de perfeccionismo en esta sociedad como factores que, acompañados de los efectos de la opresión política de un régimen patriarcal y dictatorial pueden haber contribuido a convertir el cuerpo en un bien ganancial desde el punto de vista psicológico pero también económico.

En Venezuela, como ocurre en otros países de esta región con datos tan escasos que no permiten hacer una panorámica del estado de la cuestión, las estadísticas provenientes del Ministerio de Salud y Desarrollo no reportan cifras de mortalidad por TCA. Sin embargo, se encuentran varios estudios sobre factores y población de riesgo (ANDRADE, 1995; VIVAS Y LUGLI, 1997) y algunos sobre prevalencias. Una tesis de grado no publicada (BELLO Y DI BELLA, 1996) evaluó con el EAT y el DSM-III-R una muestra de 202 mujeres jóvenes encontrando en un 17% conductas sugestivas de TCA y en un 6% un diagnóstico de bulimia. Más recientemente QUINTERO-PÁRRAGA *et al.* (2003) calculó prevalencias en una muestras de 1363 adolescentes en Maracaibo encontrando un 0% para anorexia, 1.58% para bulimia y 0.66% para el síndrome del comedor compulsivo. Por otra parte, el único centro de tratamiento que existe en el país (al menos hasta 2006) contó con 132 casos de TCA en un periodo de 4 años (1999-2003).

En Brasil, NEGRAO & CORDÁS (1996) publicaron un estudio basado en las historias clínicas de los pacientes ingresados en un programa de atención en TCA de un hospital de Sao Paulo durante 1993. En total se trataba de 8 casos en adultos. SOUZA & VEIGA (2008) estudiaron las actitudes alimentarias entre 561 escolares de Río de Janeiro de clase baja encontrando un 37.3% con síntomas de comedor compulsivo y un 24.7% que hacían ayuno al menos una vez a la semana.

Para Colombia encontramos algunos estudios sobre conductas de riesgo. ANGEL *et al.* (1997) aplicaron la Encuesta de Comportamiento Alimentario (ECA) validada para Colombia sobre 411 jóvenes universitarios de Bogotá encontrando un 0.5% de riesgo para anorexia, un 2.2% para bulimia y un 28% para TCANE y síndrome de comedor compulsivo. MORENO, RAMÍREZ Y YÉPEZ

II. Marco teórico

(2001) exploraron riesgo para TCA entre 972 mujeres escolarizadas de Medellín mediante el EAT-S encontrando un 77% de estudiantes que manifestaban “terror ante la idea de ganar peso”, un 41% que presentaban atracones, un 33% sentían culpa tras comer y un 8% se inducían el vómito. La única base de datos disponible sobre pacientes atendidos proviene del programa Equilibrio que entre 1997 y 2004 atendió a 325 pacientes -313 mujeres- repartidos por diagnóstico en 37.1% de anorexia, 38.4% de bulimia y 24.5% de TCANE. Aunque no cuenta con datos cuantitativos el estudio de URIBE (2007) confirma la presencia de anorexia entre las jóvenes de los sectores más marginales de la sociedad urbana colombiana en un estudio cualitativo en el que presenta como factores de riesgo la creciente urbanización, pobreza y violencia en las comunas de la ciudad de Medellín.

Finalmente, hay que comentar que en Perú, según ALMENARA (2006), ya en el año 1962 el doctor Escobar Serrano presentó en una publicación científica nacional el caso de una mujer joven con una perturbación del apetito. Sin embargo desde entonces, en ese país se pueden encontrar menos de una docena de investigaciones sobre anorexia y bulimia.

A pesar de la falta de datos epidemiológicos formales, las tasas de prevalencia de TCA en América Latina parecen encontrarse en aumento. Así lo deducimos de la publicación en 2006 del libro “Trastornos alimentarios en Hispanoamérica” de MANCILLA Y GÓMEZ, en el que participan Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Venezuela y España. Con la inclusión -si bien escasa no por ello menospreciable- de datos epidemiológicos, el énfasis de esta obra se encuentra en ofrecer un exhaustivo mapa de recursos tanto en lo que se refiere a servicios clínicos como a grupos de investigación actualmente en expansión, lo que indica el aumento del interés sobre este fenómeno, que, creemos, se traducirá en un crecimiento del número de afectadas.

Europa del Este

En el caso de Europa del Este los datos tampoco son abundantes y las razones apuntadas son principalmente las barreras idiomáticas, la carencia relativa de recursos asistenciales específicos y la existencia de una política restrictiva en materia de publicaciones durante su etapa comunista (TORO, 2003). Tras la caída del muro en 1989 proliferaron las investigaciones sobre todo comparativas entre países de Europa oriental y occidental que crearon un amplio cuerpo de evidencia sobre la existencia de TCA con anterioridad a tal fecha. TORO (2003) recuerda la publicación por parte de Kissyel de un caso en la Rusia de 1894 sobre una niña de 11 años afectada de una grave anorexia nerviosa. En este país se ha difundido una imagen de la anorexia nerviosa como un trastorno de índole psicosocial y familiar asociado a las clases altas (KORKINA Y MARILOV, 1978 op cit TORO, 2003).

Es un clásico el estudio comparativo de RATHNER *et al.* (1995) realizado antes de 1989 en Austria, Hungría y República Democrática Alemana (RDA) entre 1225 estudiantes de medicina. Mediante el EAT, GHQ y el DSM-III-R se estimó la prevalencia de bulimia nerviosa en Hungría y RDA en 1% y 0% respectivamente mientras era de un 0.6% en el país occidental de la muestra, Austria. Los datos se incrementaban considerablemente para el caso de bulimia subclínica -o TCANE- con Hungría a la cabeza con una prevalencia del doble, 3.8%, que los otros dos países. El 13.8% de las húngaras, se observó en este estudio, practicaba ayuno al menos dos veces por semana, cuando lo hacían las alemanas en un 5.5% y las austríacas en un 3.8%. La investigación fue replicada por los mismos autores a mediados de los 90 (RATHNER *et al.*, 2001), incluyendo esta vez a República Checa y Polonia en el que es considerado como el primer estudio epidemiológico sobre TCA en los países excomunistas tras la reforma. Las tasas de prevalencia esta vez para bulimia clínica y subclínica oscilaron entre 0.5 y 1.5%, y de nuevo, no se encontraron casos de anorexia nerviosa.

Mediante el EATING ATTITUDE TEST (EAT), WŁODARCZYK-BISAGA *et al.* (1995) estudiaron las actitudes alimentarias de dos grupos de mujeres polacas, estudiantes y trabajadoras de factorías, obteniendo niveles de presencia de

II. Marco teórico

sintomatología de TCA hasta cinco veces mayores en el grupo de las estudiantes, lo cual se atribuyó a su mayor orientación hacia valores occidentales. El mismo razonamiento, predominante en la mayor parte de la literatura epidemiológica en TCA, es el que sostiene el estudio más reciente de KOVÁCS (2007) en Rumanía sobre población rumana y la minoría húngara. En una muestra de 2396 escolares, las tasas de prevalencia de anorexia (0.6% rumanas, 0% húngaras), bulimia (1.3% rumanas, 1% húngaras) y TCANE (2.6% rumanas, 1.2% húngaras) son mayores para la mayoría rumana.

El incremento de las publicaciones sobre estudios de prevalencia en TCA en los últimos años (TÖLGYES Y NEMESSURY, 2004; LUCKÁCS-MÁRTON *et al.*, 2008; KÓVACS, 2009) refleja también en esta área del mundo el interés creciente sobre este fenómeno. El hecho de que varias de estas investigaciones se realicen sobre poblaciones tradicionalmente consideradas de riesgo, debido al valor que adquiere el cuerpo en su profesión -me refiero aquí a estudios sobre estudiantes de ballet y modelos-, sugiere la centralidad que la línea de investigación en TCA otorga a la insatisfacción corporal.

África

Las sociedades africanas comprenden un crisol de etnias y culturas, y si bien no son la mayoría, entre ellas existen algunos pueblos que valoran especialmente el cuerpo delgado como son los Gurage en Etiopía (SHACK, 1997). Las publicaciones sobre TCA en África se han intensificado de forma relevante durante la última década, concentrándose la mayoría en el caso de Sudáfrica. En el África negra, donde existe una consensuada consideración de la gordura en la mujer como símbolo de fertilidad -por lo que aún muchas mujeres asisten a ritos de paso a la edad adulta consistentes en dietas de "engordamiento"- se han descrito casos de pacientes con TCA en Etiopía, Zimbabwe, Kenya, Nigeria, y entre la población negra de Sudáfrica. En Etiopía se ha reportado un caso de anorexia nerviosa en una mujer joven víctima de tortura (FAHY *et al.*, 1988) mientras que en Zimbabwe se ha descrito otro en una mujer (BUCHAN Y

GREGORY, 1984) y se han comparado actitudes alimentarias entre caucásicos, negros y mestizos mediante el EDI encontrando una sintomatología mayor en el primer grupo (HOOPER Y GARNER, 1986). En Kenya se pasó un cuestionario a psiquiatras con el objetivo de evaluar las habilidades de éstos para diagnosticar TCA y averiguar los casos asistidos hasta 2001: se reportaron 16 casos, 7 de ellos en población de origen africano (NJENGA Y KANGETHE, 2004). En Nigeria se han descrito varios casos de anorexia nerviosa en mujeres jóvenes (NWAEFUMA, 1981; FAMUYIWA, 1988; BINITIE *et al.*, 2000) además de determinar que entre los estudiantes nigerianos no son poco frecuentes las prácticas de vómito (OYEWUMI Y KAZARIAN, 1992) y que entre ellos existe una creciente tendencia de insatisfacción corporal (TORIOLA *et al.*, 1996). El caso de Sudáfrica es particular por la proliferación de investigaciones en los últimos años que incluyen una amplia variedad temática: abundan los estudios multiétnicos sobre población de riesgo por género, área rural o urbana, edad; estudios que evalúan la exposición a los medios de comunicación o las actitudes hacia el control de peso; o incluso estudios que evalúan el impacto psicológico en la hospitalización de pacientes anoréxicas. Siendo los primeros estudios publicados aquellos referentes a población blanca (NORRIS, 1979; BALLOT *et al.*, 1981; LE GRANGE *et al.*, 1995), los más recientes ofrecen datos comparativos entre grupos étnicos y varios han coincidido en encontrar un alto nivel de actitudes alimentarias sintomáticas de TCA entre la población negra (SZABO Y HOLLANDS, 1997; LE GRANGE *et al.*, 1998; WASSENAAR *et al.*, 2000). Sobre prevalencia de hábitos alimentarios desviados el estudio de SZABO *et al.* en 2004 encontró un 3% en población Zulu de área rural, deshaciendo así la asociación única con áreas urbanas. Siguiendo la tendencia de Sudáfrica otros países africanos realizan sus primeros estudios en la materia. En 2007 se realizó un estudio de prevalencia (DSM-IV) en Tanzania obteniendo sobre una muestra de 214 mujeres jóvenes un 1.9% de anorexia, 0.4% de bulimia y 4.7% de TCANE (EDDY *et al.*, 2007). Mientras la mayoría asocian estos (mal)estares alimentarios a la importación de valores occidentales o a los efectos de transformaciones sociopolíticas sin explorar en profundidad los significados que estas prácticas

II. Marco teórico

tienen para las afectadas, otros alertan de los errores en los que se puede incurrir ya que el ayuno presenta diferentes significados en diferentes contextos. Así lo confirma una investigación realizada en Sudáfrica entre adolescentes negros (LE GRANGE *et al.*, 2004) u otra en Ghana (BENNETT *et al.*, 2004) en la que el 1.49% de las escolares entrevistadas y cuyo bajo peso estaba asociado al ayuno, valoraron positivamente esta práctica en términos religiosos. Para ellas el ayuno estaba ligado a determinadas creencias sobre el autocontrol y el rechazo del hambre, y no existía preocupación alguna por el peso o la forma corporal.

El único país africano de población árabe del que se tiene alguna información es Egipto. Una publicación dio cuenta de dos casos de anorexia nerviosa ya en 1977 (OKASHA *et al.*, 1977) y desde entonces se han realizado varios estudios que estiman población de riesgo por sus comportamientos alimentarios o preocupaciones por la imagen corporal. El de NASSER en 1994 halló un 1.2% de la muestra cumpliendo criterios de bulimia y un 3.4% criterios de síndrome bulímico parcial. Sin embargo no podemos descartar el sesgo tanto de este como de otros estudios (FORD *et al.*, 1990; JACKSON *et al.*, 2003) que se han realizado sobre muestras de estudiantes universitarios, esto es, en clases medias y altas de áreas urbanas, lo que ha llevado una vez más a asociar la influencia de los valores occidentales a la aparición de estos (mal)estares.

Asia

Albergando entre sus fronteras geográficas países culturalmente muy diversos y en diferentes estadios de desarrollo económico, las mujeres del sur y sureste de este continente contrasta con las mujeres negras subsaharianas por su constitución más ligera y su relativo bajo peso. A la vez es cierto que en algunos países como Corea la gordura constituyó durante un tiempo un valor positivo para entrar en matrimonio, o se se llegó a convertir en una moda durante la dinastía Tang en China sólo por el hecho de que la mujer del emperador Huangdi era gorda. El ideograma chino que equivale al concepto de delgadez,

瘦 (*shòu*), también es utilizado para denominar una tierra que no es fértil, por lo que la asociación entre fertilidad, feminidad y gordura parece estar presente en prácticamente todas las culturas.

También en este área del mundo el asentamiento de la psiquiatría biomédica y hegemónica queda reflejado en la cantidad de estudios publicados sobre TCA desde los 80 con un agudo incremento en la última década como ocurre en el resto de contextos tradicionalmente considerados como inmunes a estos (mal)estares.

Intentando mantener una línea geográfica y cultural continua con el apartado anterior comenzaremos por dar algunos datos de otras culturas árabes de Oriente Medio. En Emiratos Árabes Unidos se han reportado tres casos de anorexia y dos de TCANE (ABOU-SALEH *et al.*, 1998), en Pakistán un caso de anorexia (YAGER Y SMITH, 1993), y otro en Kuwait (QADAN, 2009). Sobre prevalencias un estudio más reciente en Emiratos Árabes Unidos (EAPEN *et al.*, 2006) encontraba un 2% de anorexia, en Pakistán 1.8% de bulimia y 1.8% de TCANE (SUHAIL Y ZAIB-U-NISA, 2002) y en Irán 0.9% de anorexia y 3.2% de bulimia (NOBAKHT Y DEZHKAM, 2000), todos ellos estudios sobre poblaciones escolares o universitarias. En Qatar, Arabia Saudí, Pakistán y Turquía se han llevado a cabo estudios sobre hábitos alimentarios y estilos de vida en investigaciones con un interés marcado por el fenómeno creciente de la obesidad en tales países. El caso de Turquía⁷⁵ resalta por la cantidad de investigaciones publicadas que incluyen temáticas tan diversas como la asociación de la restricción alimentaria durante el Ramadán como factor predisponente a padecer trastornos alimentarios, factores familiares en la aparición y evolución del padecimiento o incluso, estudios sobre la prevalencia de ortorexia. Sobre diferencias sintomatológicas son interesantes los resultados de dos estudios recientes realizados entre omaníes (nacidos en el Sultanato de Omán). El estudio comparativo de KAYANO *et al.* (2008) encontró que la asociación entre el IMC y el miedo a engordar diferenciaba a omaníes y

⁷⁵ Incluimos aquí a Turquía, país euroasiático, que si bien se encuentra camino a su ingreso a la UE y se declara oficialmente como país laico, cuenta con una población mayoritariamente musulmana.

II. Marco teórico

occidentales, ya que en estos primeros, a pesar de mostrar unos hábitos alimentarios parecidos, el deseo de estar delgado era mucho menor. VIERNES *et al.* (2007) encontraron por su parte que síntomas de TCA como la distorsión de la imagen corporal expresadas en forma de miedo a engordar y de somatizaciones no estaban tan presentes entre omaníes por lo que advertían de la necesidad de examinar los comportamientos alimentarios en relación al contexto sociocultural que las envuelve.

Israel es otro país como Turquía a medio camino entre Oriente y Occidente, con una población mayoritariamente judía pero con importante presencia musulmana. Israel, además, representa un contexto muy particular principalmente por la continua exposición de esta sociedad al terrorismo y por la memoria del Holocausto, cuya influencia en comportamientos alimentarios en función del nivel de exposición ha interesado a ZOHAR *et al.* (2007) quienes sorprendentemente encontraron mayores niveles en la tercera generación de mujeres israelíes respecto a la segunda. Son comunes los estudios comparativos entre chicas de diferentes creencias religiosas, judías y árabes -aprovechando tal contexto multiétnico-, que arrojan resultados contradictorios. Se han descrito casos de anorexia nerviosa en mujeres de *Kibbutz* y los estudios debaten si las tasas son semejantes a la población general israelí o mayores (KAFFMAN Y SADEH, 1989; LAZTER *et al.*, 2008). LAZTER *et al.* (2008) analizaron 698 casos clínicos de TCA tratados en una unidad especializada en una década (1991-2002). El perfil de esta paciente, que había llegado a los servicios sanitarios, era su origen occidental, alto nivel educativo de los padres y procedente de área urbana.

Moviéndonos hacia el Este, Japón, el país asiático más desarrollado económicamente, fue el primero en publicar un caso de anorexia nerviosa en el año 1941 (SOH *et al.*, 2006). Desde entonces las tasas de prevalencia e incidencia de los TCA han sido similares a las de Estados Unidos y Europa occidental, alcanzando picos históricos en la década de los 80. Las razones de tal paralelismo han sido atribuidas mayormente a la influencia de valores occidentales como el énfasis en el individualismo y el consumo acompañado de

la exposición a los medios de comunicación de masas. La aparición de los TCA coincidió con los procesos de industrialización, urbanización y la transformación de las formas tradicionales de familia, sin embargo PIKE Y BOROVOY (2004) repasan las limitaciones de este argumento basado en la occidentalización y analizan factores culturales e históricos específicos en relación al rol femenino y al ideal de belleza que ayudan a entender la experiencia de los (mal)estares alimentarios en el contexto japonés. Para estos autores, en Japón la delgadez, más que estar asociada a aspectos como el poder y el éxito social, tiene que ver con una estrategia de retraso de la madurez y por tanto de toma de responsabilidades. Según un estudio no publicado de PIKE (2003 op cit en PIKE Y BOROVOY, 2004) aproximadamente el 30% de las mujeres diagnosticadas de anorexia nerviosa en los años 2002 y 2003 no expresaron preocupación por el peso ni miedo a engordar entre sus explicaciones sobre su rechazo a comer.

Similar disparidad diagnóstica encuentra Lee en sus estudios en Hong Kong y otras áreas de China. En este país los casos comienzan a aparecer en los 80 y aumentan durante la década siguiente. En el periodo 1988-1997, en una Hong Kong aún bajo dominio británico, Lee trató 68 pacientes con anorexia nerviosa y 25 con bulimia, la mayoría en los últimos dos años de ese periodo. Un estudio epidemiológico de principios de los 90 entre estudiantes universitarios de medicina en dos ciudades chinas halló una prevalencia de 1.3% de bulimia (CHUN *et al.*, 1992). Sin embargo la "apertura" y la velocidad del desarrollo económico de este gigante asiático -que según predicciones de economistas académicos puede tomar el relevo a EE.UU. en unos años-, está llevando a la sociedad a atravesar una profunda transformación social. Es innegable que valores occidentales, principalmente norteamericanos, han calado en la sociedad, algunos de ellos referentes al cuerpo delgado por lo que estudios recientes encuentran asociaciones entre población con TCA y la presión social percibida por estos sujetos sobre su imagen corporal (JACKSON Y CHEN, 2007). El impacto de los diferentes niveles de desarrollo económico y de exposición a la cultura de consumo en la preocupación por el peso fue estudiado en el estudio

II. Marco teórico

ya clásico de LEE (2000) que comparaba tres zonas de China: Hong Kong y Shenzhen, dos grandes centros urbanos, y áreas rurales de la provincia de Hunan. Las mujeres de las áreas rurales presentaban las mayores tasas de IMC y las menores tasas de deseo de adelgazar. El perfil sociodemográfico de la afectada de TCA según los estudios epidemiológicos sería una chica joven, de clase alta y urbana (CHEN Y JACKSON, 2008).

En Corea del Sur, otra sociedad que atravesó una transformación política económica y social rápida que le convirtió junto a Japón en uno de los países más desarrollados de Asia, los casos de TCA también se encuentran en aumento. En 1997 el psiquiatra Kim Joon Ki ya había tratado a más de 200 pacientes, y los estudios realizados sobre síntomas de TCA y preocupación por el peso encontraron tasas similares o mayores a los países occidentales (TORO, 2003).

Sobre el sureste asiático, existen estudios de caso y de población en riesgo en Malasia, Singapur, Tailandia y Filipinas. Malasia y Singapur cuentan con una notable mezcla racial y son países de rápido desarrollo económico. En Malasia se han reportado 19 casos de bulimia y más de 70 de anorexia tanto clínica como subclínica, en las décadas de los 80 y 90. En Singapur, una sociedad donde aún persiste una estructura familiar tradicional, una cultura de dieta sana y donde las mujeres cuentan con un IMC más bajo que la media, al menos 126 casos de TCA son tratados en el periodo de 1994 a 2002 (LEE *et al.*, 2005) y estudios sobre población de riesgo la han estimado en un 7.4% entre una muestra de 4461 mujeres jóvenes (HO *et al.*, 2006). Varios de los casos en estos dos países no manifestaron miedo a engordar. En Tailandia un estudio reciente de PAGE Y SWANTEERANGKUL (2007) encontró en una muestra de 2519 adolescentes un 52.2% de chicas y un 28% de chicos que habían hecho dieta en el último mes.

Por último, en India se describieron dos casos de anorexia en 1977 (NEKI, MOHAN Y SOOD, 1977) y alrededor de 30 casos más de TCA hasta 1995. En varios de ellos no existía distorsión de la imagen corporal y la dificultad diagnóstica fue subrayada por los profesionales que utilizaban la etiqueta de TCANE como

única opción. Por otra parte un estudio epidemiológico realizado en 1989 por KING Y BHUGRA para determinar población en riesgo obtuvo unas tasas sorprendentemente altas en el EAT-26. Revisiones dieron cuenta del hecho que las mujeres indias contestaban positivamente a muchas de las preguntas que evalúan la probabilidad de desarrollar un TCA por razones sociales y religiosas. MENDHEKAR *et al.* (2009) plantean a partir del análisis de dos casos clínicos de anorexia nerviosa en chicas jóvenes indias, de clase media y zona urbana, que no actuaron presiones estéticas para adelgazar -ambas no eran obesas- en la aparición y mantenimiento de la enfermedad pero sí se podían identificar estresores psicosociales. El cuestionamiento de la validez universal de los criterios diagnósticos se retoma más adelante en este capítulo. Mediante ICD-10 MAMMEN *et al.* (2007) diagnosticaron un 1.25% de TCA en una población de niños y adolescentes.

II. Marco teórico

Tabla 4. Estudios sobre TCA en Latinoamérica, Europa del Este, África y Asia.

País	Estudio	Tipo de población	Prevalencia
LATINOAMÉRICA			
Chile	VICENTE <i>et al.</i> , 2005	Población general	1.8% TCA
México	MANCILLA <i>et al.</i> , 2004	Mujeres jóvenes	0.24% Bulimia 0.91% TCANE
Argentina	ALUBA, 2003 OP CIT TORO	Escolares	7.16% en riesgo de anorexia o bulimia 24% en riesgo de TCANE
	2006	Escolares	16% hombres y 0.6% mujeres en riesgo de TCA
Venezuela	QUINTERO-PÁRRAGA <i>et al.</i> , 2003	Adolescentes	0% anorexia 1.58% bulimia 0.66% trastorno por atracción
Brasil	SOUZA Y VEIGA, 2008	Escolares de clase baja	37.3% síntomas de trastorno por atracción 24.7% hacen ayuno al menos 1 vez por semana
Colombia	ANGEL <i>et al.</i> , 1997	Jóvenes universitarios	0.5% anorexia 2.2% bulimia 28% TCANE
EUROPA DEL ESTE			
República Democrática Alemana	RATHNER <i>et al.</i> , 1995	Estudiantes de medicina	0% bulimia 1.7% TCANE
Hungría	RATHNER <i>et al.</i> , 1995	Estudiantes de medicina	1% bulimia 3.8% TCANE
	TURY <i>et al.</i> , 1994	Mujeres	0.3% bulimia
Polonia	KLAWE <i>et al.</i> , 2003	Estudiantes de medicina	12.4% en riesgo de TCA
República Checa	JANOUT Y JANOUTOVÁ, 2004	Mujeres jóvenes	11.7% en riesgo de TCA
Rumanía	KOVÁCS, 2007	Escolares	0.6% anorexia rumanas; 0% minoría húngara 1.3% bulimia rumanas; 1% minoría húngara 2.6% TCANE rumanas; 1.2% minoría húngara
ÁFRICA			
Sudáfrica	SZABO <i>et al.</i> , 2004	Población rural zulu	3% hábitos alimentarios desviados
Tanzania	EDDY <i>et al.</i> , 2007	Mujeres jóvenes	1.9% anorexia

País	Estudio	Tipo de población	Prevalencia
			0.4% bulimia 4.7% TCANE
Egipto	NASSER, 1994	Niñas escolares	1.2% bulimia 3.4% TCANE
ASIA			
Emiratos Árabes Unidos	EAPEN <i>et al.</i> , 2006	Mujeres adolescentes	2% anorexia
Pakistán	SUHAIL <i>et al.</i> , 2002	Mujeres posgraduadas	1.8% bulimia 1.8% TCANE
Irán	NOBAKHT Y DEZHKAM, 2000	Niñas escolares	0.9% anorexia 3.2% bulimia
China	CHUN, 1992	Estudiantes de medicina	1.3% bulimia
Hong Kong	LEE, 1993	Estudiantes universitarios	0.46% en riesgo de TCA
Singapur	HO <i>et al.</i> , 2005	Mujeres jóvenes	7.4% en riesgo de TCA
Tailandia	PAGE Y SWANTEERANGKUL, 2007	Adolescentes	52% mujeres y 28% hombres ha hecho dieta en el último mes
India	MAMMEN <i>et al.</i> , 2007	Niños y adolescentes	1.25% TCA
Japón	NAKAMURA <i>et al.</i> , 1997	Mujeres en hospitales y clínicas	0.0048% anorexia 0.01% bulimia

* "En riesgo": no se han utilizado instrumentos de diagnóstico

Fuente: Elaboración propia.

Cuerpos en movimiento: Migraciones y TCA

¿Qué ocurre cuando la migración coloca a las personas en la situación de incorporar de una forma más o menos plena los valores occidentales? ¿Qué papel juegan la cultura de origen, el grado de exposición a la globalización cultural, el grado de identidad étnica, las condiciones socioeconómicas en la nueva sociedad, la transformación o el mantenimiento de las relaciones familiares tradicionales o incluso los rasgos físicos diferenciados de los caucásicos en la aparición de padecimientos alimentarios? En un mundo globalizado donde confluyen fuerzas culturales globales y locales -volveremos sobre estos conceptos más adelante- resulta de especial interés, más para unos

II. Marco teórico

(mal)estares especialmente sensibles al contexto sociocultural y por lo tanto a sus cambios, analizar qué ocurre en las poblaciones migradas de países menos desarrollados hacia aquellos denominados desarrollados. Si antes se ponía el acento en la exposición de las poblaciones a la cultura occidental, en los estudios de migraciones, mucho menos numerosos, se tiende a evaluar el proceso de aculturación. Las relaciones entre TCA y poblaciones inmigradas han sido estudiadas mayormente en países con una larga historia de inmigración como son los EE.UU., Canadá, Reino Unido, Alemania o Australia. Estudios menos numerosos pero recientes se han encontrado sobre población inmigrante procedente de la antigua Unión Soviética en Israel o Alemania, asiáticos en Noruega, Canadá, Reino Unido o Brasil y griegos en Alemania. En este país un estudio reciente ha detectado un 50% más de probabilidades en los inmigrantes de padecer un TCA comparado con la población autóctona (HÖLLING y SCHLACK, 2007). En Australia y Reino Unido los estudios se centran en población asiática, mientras que EE.UU. acumula la mayoría de investigaciones epidemiológicas realizadas en esta línea entre minorías étnicas donde incluyen, además de afroamericanos, asiáticos e hispanos, algún estudio en indios americanos.

Desde los años 80 estudios han puesto de manifiesto el mayor nivel de satisfacción con la imagen corporal y menor preocupación por el peso por parte de población afroamericana o afrocaribeña, asiática e hispana respecto a la caucásica aunque con matices que intentaremos detallar aquí. El estudio cualitativo -y excepcional- de RUBIN *et al.* (2003) analizó mediante grupos de discusión con mujeres universitarias latinas y afroamericanas la relación entre etnicidad, autopercepción corporal e ideal estético, y todas rechazaron la ecuación delgadez más piel blanca igual a belleza a la vez que reivindicaron la sustitución del “ideal estético corporal” por una “ética corporal”, esto es, un conjunto de creencias sobre el cuidado y la presentación del cuerpo. Para estas mujeres, la forma de vestir y de moverse jugaba un papel más importante que la forma del cuerpo. Sin embargo ninguno de estos grupos han sido inmunes a los TCA.

En el caso de la población afroamericana las tasas de prevalencia de TCA fueron en un principio significativamente más bajas. Un estudio mostraba para el periodo 1970-1976 una tasa de anorexia nerviosa de 0.42 por 100000 entre población negra y de 3.26 por 100000 entre caucásicas (JONES *et al.*, 1980), mientras otro situaba la prevalencia de bulimia en un 3% en negros y en 13% para caucásicos (GRAY *et al.*, 1987). Las razones atribuidas a estas bajas tasas incluyen la mayor aceptación de la obesidad entre la población negra por su mayor IMC y su consecuente modelo corporal más voluminoso, la falta de identificación con el modelo corporal blanco difundido por los medios de comunicación y, por último, por las características diferenciales de la integración de esta minoría afroamericana en relación con otras minorías étnicas en los EEUU: la existencia de una sólida identidad cultural construida en base a una lucha constante en el tiempo contra la cultura americana dominante. Sin embargo, desde los 90 se vienen encontrando tasas más altas de prácticas purgativas y consumo de laxantes y diuréticos en población negra cuando se compara con otras minorías, o con etnia caucásica (EMMONS 1992, PUMARIEGA *et al.*, 1994; CACHELIN *et al.*, 2006). Los casos de anorexia han sido casi inexistentes. En 1996 MARESH Y WILLARD reportaron un caso en una chica joven africana de clase baja que había sufrido abuso emocional, físico y sexual por parte de varios miembros de su familia.

Las mujeres latinas por su parte también presentan un ideal estético corporal particular y diferenciado en tamaño y formas del patrón de belleza caucásico. Por ejemplo, TORO *et al.* (2006) han comparado recientemente ideales de belleza entre chicas jóvenes españolas y mexicanas y, mientras las primeras anhelaban adelgazar en caderas, culo y piernas, las mexicanas preferían engordarlas. En general, el ideal latino contempla un cuerpo más voluminoso lo que no parece impedir que sus tasas de prevalencia de TCA sigan siendo similares a las de caucásicas (WINKLEBY *et al.*, 1996; CRAGO *et al.*, 1996; TORO, 2006) o incluso superiores, como ha ocurrido en un estudio que encontró asociación entre la aparición del TCA y una historia de abuso físico y/o sexual (GENTILE *et al.*, 2007). Las investigaciones que han intentado comprobar la existencia de una

II. Marco teórico

asociación entre TCA y el nivel de aculturación o de nivel de identidad étnica han arrojado resultados inconsistentes (CACHELIN *et al.*, 2006). Este fenómeno ha intentado explicarse también por la movilidad social ascendente de estas minorías, sin embargo no ha encontrado una asociación estable entre estas variables.

Las poblaciones asiáticas en EE.UU. -mayormente procedentes de Asia oriental: Japón, Corea, China, Vietnam, etc.- han obtenido generalmente una tasa de prevalencia de TCA más baja que la población caucásica. Las mujeres asiáticas - o de otra cultura- que emigran o son hijas de emigrantes a este país se encuentran muchas veces en la situación de esforzarse por mantener los vínculos con su cultura original ya que la integración en la cultura receptora supone en muchos casos la devaluación de la suya propia, una consecuencia difícilmente evitable. Inmersas en una cultura con un determinado ideal de belleza, ideal que no se limita a una cuestión de peso, sus rasgos faciales distintivos se convierten en enemigos. Datos sobre las operaciones estéticas en párpados y nariz dan cuenta de la incorporación del modelo corporal caucásico. Según la *American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons*, en 1990 el 80% de las mujeres caucásicas solicitaban liposucción, aumento de pecho y supresión de arrugas mientras que un 40-46% de las asiáticas lo hacía para cirugía palpebral y un 15-23% para modificaciones nasales (TORO, 2003). Es interesante resaltar en este sentido que se ha encontrado una mayor asociación entre TCA y la exposición de esta población a burlas hirientes por sus rasgos físicos que a cuestiones de aculturación o de pérdida de identificación étnica (IYER Y HASLAM, 2003). En cuanto a la población asiática en Reino Unido, mayormente de procedencia india o pakistaní, se ha detectado una mayor satisfacción corporal junto a una también mayor prevalencia de bulimia comparada con población caucásica, un patrón similar al de la población afroamericana. Un estudio epidemiológico entre estudiantes británicas y surasiáticas residentes en Bradford encontró un 0.6% de bulimia entre las primeras y un 3.4% entre las segundas (MUMFORD *et al.*, 1988), quienes hay que decir, se sentían más identificadas con su cultura de origen que con la

occidental. Otros estudios, si bien no calcularon prevalencias, encontraron actitudes alimentarias más alteradas entre las asiáticas (DOLAN *et al.*, 1990; WALLER *et al.*, 1995). Pocos son los casos descritos de anorexia nerviosa, dos de ellos curiosamente relacionados con la interacción entre dos tipos de influencia cultural: la occidental como difusora del ideal de delgadez y la musulmana, ya que los ayunos prescritos por Ramadán sirvieron como pretexto a las chicas para ayunar y adelgazar (BHADRINATH, 1990). Por último, es interesante el estudio de FURNHAM Y ADAM-SAIB (2001) en el que miden actitudes alimentarias desviadas entre población autóctona inglesa y de origen asiático teniendo en cuenta las características del funcionamiento familiar. Utilizando el *Parental Bonding Instrument* (PIB) que mide sobreprotección, control y cuidados, no encontraron asociación entre PIB y las actitudes alimentarias, si bien la población asiática puntuaba más alto en ambos cuestionarios PIB y EAT.

Según estos estudios la mayor satisfacción corporal y/o la menor preocupación por el peso de las poblaciones inmigradas no ha ido siempre acompañada de la ausencia de síntomas de un (mal)estar alimentario, y en mayor frecuencia lo ha hecho de síntomas asociados a la bulimia. La práctica de vómito y el consumo de laxantes en una muestra escolar multiétnica dio porcentajes respectivamente entre afroamericanos de 10.2% y 33.9%, entre caucásicos de 9.8% y 23.2%, entre hispanos de 8.2% y 21.3% y entre asiáticos de 4.5% y 11% (CACHELIN *et al.*, 2006). Porcentajes diferentes, pero todos ellos altos. Los profesionales asocian la sintomatología bulímica a situaciones en las que se experimenta estrés, como afirma Toro (2003) “siendo el trastorno bulímico una forma de manifestación de tensión” (TORO, 2003: 109). Nuestro interés se centra en la investigación de los orígenes de esa tensión, profundizando en esa matriz compleja que forman los procesos de adaptación a nuevos referentes culturales, y en la que confluyen la exposición a un cierto modelo estético corporal y elementos familiares, socioeconómicos, religiosos, así como determinados acontecimientos personales, siendo analizados todos ellos desde una perspectiva de género.

II. Marco teórico

Migraciones y TCA en España

En España, al igual que en otros países receptores de inmigrantes, los expertos debaten acerca de la asociación entre migración y salud mental (GARCÍA-CAMPAYO Y CARRILLO, 2002; BALANZÓ, FAIXEDAS Y GUAYTA, 2003; COLLAZOS, 2004; OSORIO, 2004; COMELLES Y BERNAL, 2007). En este contexto de sociedad crecientemente medicalizada -o psicologizada- se ha llegado a construir un diagnóstico psiquiátrico específico del migrante, el popular Síndrome de Ulises⁷⁶ (ATXOTEGUI, 2002). Dentro de este escenario, los TCA han recibido considerablemente menos atención que otros *trastornos* psiquiátricos.

Son escasísimos los estudios epidemiológicos nacionales realizados hasta el momento en esta materia, unos sin publicar y otros haciéndolo en soportes de difusión minoritaria. Encontramos un estudio de casos a partir de historias clínicas realizado por la psiquiatra infantil GRAELL (2005) en la Unidad de Trastornos de Alimentación del Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid y presentado como ponencia en el V Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Los casos en inmigrantes comenzaron a aparecer en esta unidad a principios del año 2000 con una tendencia a incrementarse. En el periodo de 2001 a 2004 los casos de TCA se cuadruplicaron, pasando de 8 a 36, la mayoría de ellos de anorexia. Según Graell muchos de estos casos aparecen asociados al estrés de aculturación y a los denominados trastornos del vínculo⁷⁷ que se caracterizan por alteraciones en las relaciones sociales y que suelen estar asociados a experiencias de desatención de las necesidades emocionales del niño. Para esta psiquiatra la emigración de los padres durante la infancia y los largos periodos de separación están en la base causal de estos casos manifestados mediante prácticas de comer mucho, poco o nada. Este estudio destaca además el alto porcentaje de reingreso en estos casos, lo que puede estar sugiriendo, al menos en parte, la existencia de carencias en lo que atañe a la sensibilidad cultural de los servicios de salud

⁷⁶ *Síndrome de Ulises* o también conocido como *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple*, ha tenido una amplia difusión mediática más allá de nuestras fronteras.

⁷⁷ Según el DSM-IV y el CIE-10, Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.

mental que fallan en la provisión de un tratamiento adaptado a unas nuevas variables.

También hemos encontrado un caso clínico publicado en la obra *Identidad y extrañeza: lo extranjero* (LASALA Y FERRER, 2001) que recoge las ponencias de las XI Jornadas de Clínica Psiconalítica celebradas en Barcelona. La autora, M^a JESÚS ALEU, describe desde una óptica psicoanalítica el caso de una paciente de 16 años y procedencia árabe que padece anorexia. Aleu asocia el trastorno a situaciones de conflicto cultural entre normas y valores que son transmitidas y establecidas por la familia en base a la cultura de origen y las que encuentra en su nuevo entorno social, concretamente en cuestiones de género. La paciente siente limitadas sus elecciones en cuanto a su deseo de estudiar y de relacionarse con amigos por el rol que le es asignado como mujer y que compara con el que tienen sus amigas en España. Mientras su hermano estudia y la familia le apoya, ella se hace cargo de una importante carga de trabajo doméstico que le dificulta mantener el nivel académico e incluso asistir a las sesiones de terapia. Cuando desobedece recibe castigos físicos por parte de su padre. Afirma que el modelo estético en su país de origen, donde viaja de forma frecuente, es diferente al de aquí.

Por último, y en la línea de estudios sobre evaluación de hábitos alimentarios encontramos una única investigación realizada desde la psiquiatría sobre población culturalmente diversa. JARNÉ (2005) ha llevado a cabo un estudio en Ceuta -también presentado como ponencia en el congreso recién mencionado- con el fin de evaluar las actitudes que tienen hacia la comida adolescentes musulmanes y no musulmanes y contrastar las hipótesis que apuntan hacia el Ramadán como factor precipitante de TCA. En este caso, la muestra incluye población nacida en Ceuta y perteneciente a una minoría étnica (30% de la población) que va camino de convertirse en mayoría poblacional en las próximas décadas. Utilizando el test EDI-2, que valora los comportamientos alimentarios en base a variables de personalidad y de autoestima, Jarné no ha encontrado diferencias significativas entre ambas poblaciones en su estudio preliminar. Estos datos apoyan a los ya apuntados por otros estudios realizados

II. Marco teórico

sobre población musulmana en Egipto e Irán (NASSER, 1994; NOBAKHT, 2000), si bien otros sí han encontrado asociación entre esta práctica religiosa de ayuno y los TCA (BHADRINATH, 1990).

¿Es posible un análisis comparativo?

La diversidad de tipos de estudio –estudios de caso, prevalencias, incidencias, población y factores de riesgo, etc.-, de poblaciones y de instrumentos metodológicos utilizados hacen de la comparación una tarea harto compleja. Variaciones en los resultados son comunes debido tanto a los diferentes tests estandarizados utilizados como a los puntos de corte establecidos (caso del EAT) o al manual diagnóstico elegido. Por ejemplo, un estudio de *screening* realizado en Asturias sobre una muestra de estudiantes, obtuvo una prevalencia de 5.2% de TCA en mujeres según el ICD-10, mientras que según el DSM-IV la cifra bajaba al 2.6% (SAIZ *et al.*, 1999).

La validez transcultural de estos instrumentos se ha puesto en cuestión entre poblaciones no caucásicas con diferencias culturales respecto de aquella que representó el patrón clínico en las sociedades occidentales, en base a quien se construyeron los criterios diagnósticos y se han realizado los ensayos clínicos. Quien, no por casualidad, constituye aún hoy el perfil tradicional, el retrato estándar de la afectada de TCA. KING Y BHUGRA (1989) sorprendidos por las altas puntuaciones en el EAT de las escolares indias que entrevistaron, investigaron en profundidad hasta encontrar que éstas simplemente no entendían los conceptos occidentales sobre peso corporal y dieta. Estos autores criticaron otros estudios como el de NASSER (1986) o el de MUMFORD Y WHITEHOUSE (1988) en los que se obtuvieron altas tasas de TCA mediante el uso de cuestionarios y entrevistas elaborados en países occidentales. El estudio reciente de PÉREZ GIL Y ROMERO (2008) utilizó una ilustración de figuras de mujeres con diferente peso para evaluar la autopercepción corporal y la imagen deseada de mujeres indígenas en una sierra mexicana. Las autoras se percataron

de las risas entre las entrevistadas y su dificultad en el momento de elegir una figura. Estas mujeres jamás habían reflexionado sobre su cuerpo con anterioridad y, además, las figuras que les mostraron representaban a mujeres con quienes no se sentían reconocidas. Las autoras plantearon la necesidad de incorporar siluetas más afines a la realidad rural e indígena así como reestructurar los puntos de corte elegidos para clasificar sobrepeso y obesidad.

El desarrollo de instrumentos que tomen en cuenta las diferentes interpretaciones culturales de los trastornos mentales, el cuerpo, la comida y la salud según los contextos locales y no una mera traducción lingüística constituye una de las claves para el avance de la investigación transcultural. LEE *et al.* (1998) en su investigación para analizar la validez transcultural de la traducción china del *Eating Disorder Inventory* (EDI) sobre un grupo de pacientes de TCA en Hong Kong encontraron deficiencias en el instrumento a la hora de detectar pacientes anoréxicas que no presentaban miedo a engordar. En el contexto chino, argumentan los autores, quejas referidas al alimento o al apetito pueden constituir un argumento más irrefutable y obtener una respuesta social más efectiva que el miedo a engordar⁷⁸. La aplicación de esta escala en el contexto chino puso de manifiesto la cuestionable validez de algunas de sus subescalas y reflejó el constructo etnoespecífico en el que se basó su elaboración. Aspectos culturales locales como el énfasis en la cultura china de la moderación, humildad y el éxito familiar por encima del individual han de ser integrados en la adaptación cultural de la escala.

En castellano existía una adaptación transcultural del *Eating Disorder Examination* (EDE) de aplicación a población hispana residente en los EE.UU.. En 2006, ROBLES *et al.* realizaron una segunda adaptación, esta vez para el contexto español, que probaron entre una pequeña muestra de pacientes. Las diferencias en las puntuaciones obtenidas en las subescalas respecto al trabajo original las atribuyen a diferencias culturales que no mencionan ni analizan.

⁷⁸ Este trabajo proporciona evidencia empírica que sostiene la propuesta de los autores de crear dos subtipos de anorexia nerviosa: con y sin miedo a engordar.

II. Marco teórico

Directamente relacionada con la cuestionada validez transcultural de los instrumentos metodológicos yace la de la universalidad de los criterios diagnósticos. Tanto unos como otros están contruidos sobre criterios etnocéntricos que muestran sus debilidades al intentar imponerlos en sociedades culturalmente diversas. Cómo ya lo hacían los estudios realizados desde una perspectiva diacrónica, el peso de la cultura, de lo local y del contexto vuelven a tomar una relevancia fundamental en las investigaciones transculturales de manera que nos conducen hacia una redefinición de los criterios diagnósticos sobre los TCA. En el capítulo siguiente, dedicado a las hipótesis explicativas de estos (mal)estares, volveremos sobre esto.

En resumen, no es posible una tarea comparativa en términos cuantitativos/epidemiológicos y, de hacerse, se han de tener en cuenta los sesgos posibles aquí apuntados y manejar con cautela los datos referentes a poblaciones no occidentales.

DIFERENTES HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

Como refleja la variedad de términos y causas asociadas a estos (mal)estares a lo largo de la historia, la confusión en torno a su etiología y tratamiento sigue presente en nuestros días. Desde un enfoque psicologicista ODGEN (2005) ha resumido la causalidad a partir de seis modelos explicativos: genético, sociocultural, psicoanalítico, cognitivo-conductual, familiar sistémico o aquel que prima la presencia de acontecimientos vitales significativos. Aunque rica la explicación que incluye de cada uno de los modelos, no supera a la de DiNICOLA (1990) que desde la psiquiatría cultural elabora otra mucho más amplia y exhaustiva que agrupa las hipótesis causales de la anorexia nerviosa (ver Cuadro 5) en torno a tres bloques dependiendo sobre quién o sobre qué se ha puesto la atención -individuo, familia o factores socioculturales- y siguiendo un orden creciente de complejidad.

Cuadro 5. Hipótesis explicativas sobre la anorexia nerviosa

Locus	Hipótesis	Modelo explicativo del "experto"
	<i>Explicaciones biomédicas</i>	Papel de los genes en la aparición de la enfermedad
	<i>Trastornos del estado de ánimo</i>	Papel de los síntomas de trastornos del estado de ánimo
	<i>Desarrollo psicobiológico</i>	Evitación de la adolescencia
	<i>Carácter psicodinámico</i>	Conflictividad en la relación madre-hija; Sexualidad
Familia	<i>Sistema familiar</i>	Perturbación en las relaciones familiares, en los actos comunicativos
	<i>Feminista</i>	Papel del género
	<i>Síndrome culturalmente delimitado o de filiación cultural</i>	Papel de la cultura: género, edad, ocupación, clase social, etnicidad, tipo de sociedad
	<i>Síndrome de cambio cultural</i>	Papel de los periodos de cambio cultural, social, económico y político: países en transición o migraciones

Fuente: Elaboración propia

Las hipótesis que parten del individuo construyen la enfermedad en torno a explicaciones biomédicas, de trastorno del estado de ánimo, de desarrollo psicobiológico y, por último, de carácter psicodinámico. La teoría propuesta por el psiquiatra inglés RUSELL en 1977 sobre la disfunción primaria del hipotálamo ha dado paso al examen de grupos familiares (STROBER *et al.*, 1991) y a los estudios gemelares cada vez más numerosos para determinar el papel de los genes en los trastornos de alimentación (BULIK *et al.*, 2000; BULIK, 2001), continuando así la búsqueda de su hasta ahora fracasado intento de encontrar causas biológicas en la base de estas enfermedades. No obstante, hay que prestar especial atención a este tipo de causas que han tendido a interferir sobre

II. Marco teórico

un claro entendimiento de la enfermedad -por ejemplo cuando fueron identificadas como caquexia pituitaria-. Por otro lado, aunque entre un 25-75% de las pacientes se han encontrado signos y síntomas asociados tanto a trastornos del estado de ánimo como a trastornos alimentarios, los estudiosos siguen insistiendo en que los TCA son específicos y siguen buscando un modelo coherente en el que el síntoma del miedo a engordar se ha convertido en uno de sus focos predilectos (DINICOLA, 1990). En cuanto a las hipótesis sobre el desarrollo psicobiológico, la archiconocida teoría de CRISP (1977) concibe la anorexia nerviosa como una “evitación de la adolescencia”, es decir, se deja de comer porque existe un miedo a crecer. En un periodo, la pubertad, que provoca conocidas reacciones en el ambiente social y familiar, se interpreta la enfermedad como un mecanismo para enfrentar conflictos intrafamiliares. Por último, las teorías psicoanalíticas que gozaron de cierto auge durante los años 40 y que sirvieron para rescatar esta patología de una interpretación exclusivamente somática, se encuentran hoy relegadas a un plano más secundario sobre todo en unos tratamientos clínicos en los que predominan los enfoques cognitivo-conductuales. Hay muchos modelos psicoanalíticos de los trastornos alimentarios que ofrecen una forma de comprender las experiencias de las afectadas. Sus teorías han asociado el acto de comer o no comer a ciertos aspectos de la sexualidad. Por ejemplo el vómito se ha considerado como un intento de eliminar el pene rechazado tras una experiencia sexual traumática; el miedo a la gordura se ha analizado como un rechazo del embarazo, y la delgadez extrema se ha evaluado como la representación del miedo real a la muerte (ODGEN, 2005: 215). Por otra parte los significados del alimentar han puesto un foco de atención en las relaciones madre-hija, llegando a interpretar el ayuno como expresión de hostilidad, control y agresión hacia la familia (BRUCH, 1973).

Aquí entraríamos en el segundo grupo de hipótesis que sitúa a la familia en el contexto de la enfermedad, encontrando no individuos enfermos sino familias enfermas y que proponen un modelo de tratamiento sistémico familiar. Este tipo de terapia sienta sus bases en la teoría de la comunicación interpersonal

desarrollada en la escuela de Palo Alto y con gran relevancia durante la década de los 60 y los 70. Según BATESON Y RUESCH (1984) “el concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente” y el trastorno mental es aquí entendido como un trastorno en la comunicación. Bateson desarrolla la teoría del doble vínculo de la esquizofrenia, principalmente basada en la relación madre-hijo/a, prestando atención al flujo de comunicación, a la interacción y a la retroalimentación comunicativa para encontrar un método terapéutico. Palazzoli y Minuchin son dos de los psiquiatras y terapeutas que más han trabajado en el tratamiento de los TCA a través del enfoque familiar y cuyas teorías al respecto son aún referencias obligadas en la clínica de los TCA. La anorexia nerviosa se considera bajo esta perspectiva como un síntoma de perturbación en las relaciones y como un acto comunicativo que evidencia que algo está mal y se intenta resolver mediante una llamada de atención. El problema puede estar en la falta de equilibrio dentro del sistema familiar, en la importancia de los límites entre los miembros de la familia (expresados en términos de proximidad y distancia) y en el papel que juega la evitación de conflictos donde pueden surgir síntomas como medio de distraer la atención de cualquier conflicto y preservar así el funcionamiento familiar (ODGEN, 2005). SELVINI (1974) escribió sobre la familia anoréxica como una familia extremadamente cerrada, con unos límites intergeneracionales difusos y que tiende a evitar el conflicto. Una familia donde es difícil asumir un papel de liderazgo, donde reina un espíritu de sacrificio y donde las relaciones conyugales aparentan aporoblemáticas mientras esconden en realidad una desilusión. Para MINUCHIN en cambio la “familia psicósomática” cuenta con cuatro características esenciales: sobreprotección, rigidez, entretenimiento como una forma extrema de implicación e intimidad, y falta de resolución de conflictos. En esta familia los miembros expresan poco sus descontentos, guardan sus secretos y nunca resuelven los conflictos. No obstante hemos aquí de añadir que recientes estudios transculturales sobre la influencia del funcionamiento familiar en el desarrollo de trastornos de la alimentación han arrojado resultados poco consistentes sobre las anteriores tesis

II. Marco teórico

(SOH *et al.*, 2006). Estos estudios coinciden en querer despatologizar la estructura y funcionamiento familiares tras estudiar el papel de las diferencias culturales. “Lo que en una cultura puede ser percibido como un control parental excesivo en otra puede ser construido de forma diferente” (TSAI, 2000 *op. cit.* SOH *et al.*, 2006). Por ejemplo, altos niveles de cohesión y sobreprotección son deseables y constituyen la norma en Asia, una población con, al menos hasta ahora, bajas tasas de trastornos alimentarios. Por lo tanto hemos de tomar indicadores tales como la sobreprotección o la rigidez en la familia con cierta cautela.

Por último, el tercer bloque de hipótesis intenta dar cuenta del carácter sociocultural de la anorexia desde los enfoques del construccionismo social, feminista y cultural, desdoblándose éste último en dos, por una parte las tesis que abogan por la anorexia como *síndrome limitado por la cultura* y por otra, -y esta es la gran aportación de DiNicola- como *síndrome de cambio cultural*. Desde la perspectiva diacrónica que estamos desarrollando a lo largo de este trabajo, estamos viendo cómo se producen los discursos y se construyen las vías en las que diferentes maneras de pensamiento emergieron durante periodos históricos específicos en las sociedades occidentales para construir la anorexia como un objeto de la ciencia médica (HEPWORTH, 1999). La deconstrucción de esta etiqueta diagnóstica permite preguntarnos sobre cuestiones y desarrollar un entendimiento acerca de las dimensiones sociales, culturales e históricas implicadas de forma conjunta e inseparable en su conceptualización. En lo que concierne al resto de enfoques vamos a examinarlos en mayor profundidad dedicándoles los siguientes apartados.

Las tesis culturalistas han sido colocadas en un gradiente que las etiqueta de débiles cuando la cultura se considera meramente un envoltorio, moderadas cuando se la considera precipitante y fuertes cuando su influencia es la causa. En esta última posición se posicionaría la hipótesis feminista de ORBACH (1986) sobre la anorexia nerviosa como “huelga de hambre” como protesta a la definición social de feminidad. En cuanto a las tesis moderadas se considera que factores culturales específicos pueden desencadenar la enfermedad como

las interacciones familiares, la psicología individual o la predisposición biológica. En este sentido afirma DiNicola que el cambio cultural puede desencadenar la emergencia de anorexia nerviosa en adolescentes inmigrantes a países occidentales desarrollados. Finalmente, para las tesis débiles la cultura representa un contenedor para la expresión de la enfermedad y la especificidad de su contexto sociocultural sería el de su existencia en sociedades occidentales industrializadas y con alto nivel tecnológico.

Siguiendo a DiNicola entendemos que un modelo completo sobre la anorexia nerviosa debe dar cuenta de las características básicas de la enfermedad y debe ser capaz de integrar o refutar cada una de las ocho hipótesis presentadas aquí.

Aportaciones desde el feminismo

Las teorías feministas constituyen una gran aportación para la comprensión de unos (mal)estares que se diagnostican mayoritariamente entre las mujeres. Las propuestas feministas más radicales son de corte biologicista abundando entre sus escritos referencias al poder inherente de la biología de la mujer (JAGGAR, 1984 *op. cit.* SCHILLING, 1993). Según la revisión de GRACIA (2005) estas propuestas consideran al cuerpo femenino como un cuerpo privilegiado y, por tanto, superior en cuanto a su exclusividad para parir y criar, unas capacidades que deberían ser reconocidas y gratificadas socialmente. Sin embargo, van a ser otros los planteamientos que, centrando su atención en torno a la intersección entre cultura y familia, el desarrollo económico e histórico y las construcciones psicológicas del género, van a interesarse mayormente por los (mal)estares alimentarios aportando hipótesis de trabajo realmente sugerentes.

Siendo uno de los escasos enfoques que se han interesado por el análisis de los significados sociales del comer y del no comer en la causalidad de estas aflicciones, el feminismo académico concibe los (mal)estares alimentarios como consecuencia del menor estatus de las mujeres y de su instrumentalización como objetos en una sociedad patriarcal y dominada por hombres (CHERNIN

II. Marco teórico

1985, ORBACH 1986, BORDO 1993). En este contexto de falta de poder, el cuerpo se convierte en un instrumento de control y, por tanto, también lo hace la comida. La aflicción es entendida como una lucha entre la propia identidad y las expectativas de rol de las mujeres en la sociedad. Desde los años 70, esta perspectiva se ha dejado sentir con fuerza con propuestas críticas que han ido evolucionando desde enfoques estructuralistas a posiciones que se han referido, comúnmente, como postestructuralistas y que incorporan las teorías fenomenológicas o las constructivistas, entre otras (CONTRERAS Y GRACIA, 2005: 152).

La presión social sobre el cuerpo de las mujeres, sobre el que recae la obligación social de ser delgada, ha sido estudiada por algunas autoras como causa principal de estos problemas. Por ejemplo ORBACH (1986) argumenta como ha llegado a considerarse “normal” para las mujeres vigilar su peso y tamaño y convertir la delgadez en una prioridad en sus vidas. Esta psicoterapeuta feminista cree que las mujeres tienen una relación paradójica con la comida, que ilustra con el mensaje cultural “la comida que prepara para otros como un acto de amor y expresión de su cuidado es de alguna manera peligrosa para ella misma”, es decir, se convierte en su enemigo, en una amenaza.

Hay suficientes evidencias que determinan cómo la persecución de la delgadez tiene una clara identidad de género siendo dirigidos, los mensajes que presionan hacia tal ideal, principalmente a mujeres. Mientras SILVERSTEIN *et al.* (1986) encontró 63 anuncios sobre comidas dietéticas en 48 revistas femeninas solo dio con uno en el mismo número de revistas dirigidas a hombres (WAY, 1995). Las mujeres son más sancionadoras sobre su sobrepeso que lo son los hombres. Al sobrepeso se le atribuyen multitud de características negativas como ser menos inteligente o más vago, pero algunas de ellas están especialmente asociadas a las mujeres, como cuando fueron calificadas de falta de patriotismo durante la I Guerra Mundial -por acumular calorías en su cuerpo en tiempos de población necesitada-. Estudios han asociado el sobrepeso a una reducción de las oportunidades de vida en las mujeres, de sus ganancias potenciales o de sus oportunidades de casarse (WAY, 1995).

CHERNIN (1981), terapeuta psicoanalista, asocia lo que denomina como “tiranía de la delgadez” en las sociedades occidentales desarrolladas contemporáneas al hecho de que las mujeres se sienten forzadas a emular a los hombres como medio de adquisición de poder, una nueva identidad que emerge con el resurgimiento del movimiento de las mujeres en los años 60 en lo que se conoce como segunda ola de feminismo. Conviene recordar que el feminismo no surge únicamente como movimiento ideológico sino también político, involucrado activamente en la lucha por los derechos de las mujeres y por un cambio en las relaciones de poder. En este periodo de transformación de la identidad femenina, Chernin reduce los (mal)estares alimentarios al ámbito de la relación madre-hija, entendiendo que es en este espacio relacional donde cristalizan los mencionados factores culturales y donde se expresan a través de la propia carne las iras adquiridas hacia la mujer -la madre- a lo largo de la vida.

La conformación de la delgadez como ideal de imagen tiene una base claramente estructural basada en la desigualdad de poder entre los géneros y es perpetuada a través de diferentes instituciones sociales e intereses como los de la industria de la moda, los medios de comunicación, la cosmética y la alimentación. Sin embargo este análisis que enfatiza las fuerzas externas que presionan a las mujeres para estar delgadas ha sido objeto de fuertes críticas por su limitación al no poder explicar por qué no todas las mujeres expuestas a este mismo modelo cultural desarrollan la enfermedad. BORDO (1993), ampliando las explicaciones reducidas al vínculo madre-hija y superando los planteamientos estructuralistas, defiende un análisis complejo de los trastornos basado en la interacción de factores existentes a nivel macro y micro: no todos estamos expuestos de igual manera al entorno cultural ya que nuestra exposición se ve condicionada por factores tales como la clase social, la edad, la educación, la religión, la familia o la etnia, lo cual diversifica nuestras interpretaciones y respuestas, es decir, moldea nuestra subjetividad. Este enfoque postestructural viene a complementar la perspectiva estructuralista que, por otro lado, ejerce una presión aún mayor entre mujeres de etnias no caucásicas debido al hecho que esa imagen social de belleza femenina no está conformada únicamente por

II. Marco teórico

la variable peso sino también por las de altura, color de piel, complejión corporal y determinados rasgos faciales, características constantemente obviadas en la mayoría de los estudios sobre cuerpo y (mal)estares alimentarios. Podríamos señalar que uno de los puntos débiles de la literatura feminista sobre (mal)estares alimentarios es precisamente la escasez de estudios transculturales sobre estas aflicciones y las mujeres.

La interacción entre subjetividad (*agency*) y objetividad (estructura), factores micro y macro, se ha convertido en el eje central de las teorías feministas recientes influidas por el postestructuralismo. Si los primeros enfoques feministas teorizaban la naturaleza discursiva de la imagen corporal en el contexto de las sociedades occidentales y situaban la comida en un lugar central en la definición de feminidad, no fijaban la articulación entre la multiplicidad de significados de la imagen corporal y cómo éstos hacían posibles varias posiciones subjetivas para las mujeres. La multiplicidad de significados reconoce el rol de la *agency* humana y abandona el posicionamiento de las mujeres como simples reproductoras de imágenes del cuerpo socialmente construidas. La *agency* entiende que los individuos tienen capacidad para crear una distancia reflexiva respecto de las imágenes socioculturales permitiendo así la reinterpretación, refabricación o transformación de las prácticas que son más continuas con el yo, y a la vez reproducen, mantienen o transforman los discursos dominantes sobre el cuerpo. Bajo esta concepción, el cuerpo deja de ser visto como algo simplemente influido y performado por acontecimientos sociales externos para ser observado como objeto de una inscripción cultural.

Desde este enfoque, Deborah LUPTON (1996) concibe el cuerpo como un proyecto social e individual, y trata de mostrar cómo las mujeres que intentan limitar cotidianamente su ingesta alimentaria no deben ser vistas como víctimas pasivas forzadas por una sociedad patriarcal al ayuno, sino que deben ser observadas como personas que usan el control sobre la comida como un medio para construir su subjetividad y controlar sus cuerpos, pudiendo obtener a través de ello placer y seguridad en sí mismas así como también privación o ansiedad. Estas ideas son compartidas por J. HEPWORTH (1999) en su trabajo

sobre la construcción social de la anorexia, considerándola como un fenómeno de interés para el análisis sociocultural en tanto que el cuerpo anoréxico ilustra claramente los efectos extremos de los discursos sobre las mujeres, la feminidad y la delgadez en las sociedades occidentales. Hepworth, partiendo de los análisis de Chernin y Bordo, intenta superar los primeros planteamientos del feminismo porque considera que muestran una tensión evidente entre el posicionamiento feminista de las autoras frente a la práctica psiquiátrica, que consideran opresiva por su forma de abordar un trastorno cuyas sufridoras son consideradas desviadas y anormales y porque tales enfoques representan una continuidad en el uso de la terminología y abordaje psiquiátricos y en la individualización de los aspectos sociales. Trabajos como los de Bordo, argumenta Hepworth, producen interpretaciones relevantes sobre por qué y cómo la condición de la anorexia nerviosa se desarrolla entre las mujeres jóvenes de las sociedades occidentales a partir de ciertas prácticas sociales y culturales de estos contextos, sin embargo ella prefiere optar por las teorías feministas que dan mayor relevancia a la negociación subjetiva de las mujeres en relación con la imagen corporal y su identidad. Junto a las teorías sobre el cuerpo, los significados creados en torno a la comida serían fundamentales para comprender la anorexia nerviosa. Para ello, analiza el proceso de construcción de los significados sobre la comida -especialmente los constructos sobre la dieta y la alimentación- y cómo éstos dan información de los discursos sobre la anorexia nerviosa. Según Hepworth, ninguno de los análisis que examinan críticamente los efectos del discurso científico dominante se cuestiona la naturaleza de lo que está ausente en las prácticas alimentarias contemporáneas, como son los sabores de los alimentos y los placeres del comer.

En cuanto al estudio de las relaciones entre imagen corporal y procesos de construcción de la identidad es interesante la aportación de otro enfoque al que el feminismo también se ha acercado: el interaccionismo simbólico. GOFFMAN (1963) estudió cómo se produce y se mantiene la identidad social, y destacó, ya en la década de los 60, que entre los estándares de lo que se considera una identidad social “normal” la apariencia física estaba llegando a considerarse un

II. Marco teórico

aspecto cada vez más hegemónico. Goffman va a romper el dualismo moral de actividad libre o forzada al estudiar la relación entre la representación visual del *self* y la sociedad en la que el *self* es representado, recibido y reforzado. El sociólogo teoriza que existe una dimensión emocional en el hecho de no estar a la altura de las expectativas, y ese sentimiento de ser incapaz de producir la identidad social normal requerida no se reduce al preciso momento de una interacción social específica sino que es internalizada dentro del sistema de significados de uno mismo llevando a la culpa a convertirse en un aspecto de la identidad, y siendo experimentada de forma privada y personal. El trabajo de Goffman es útil para explicar el complejo conjunto de relaciones dinámicas entre la apariencia física y la experiencia interiorizada de descontento que emana de la misma y que tiene un impacto en la identidad. Trabajos feministas han utilizado este enfoque para estudiar cómo los cuerpos pueden ser experimentados como fuentes de odio, culpa, humillación, limitación y estigma.

Son cada vez más numerosos los estudios que intentan dar cuenta del por qué de los comportamientos alimentarios combinando enfoques estructuralistas y postestructuralistas, entendiendo que ninguno de ellos aisladamente ha sido capaz de explicar de forma global ciertas ideas y prácticas cada vez más generalizadas en nuestro contexto social. Si la crítica estructuralista feminista no se ha planteado como prioridad dar respuestas a por qué las mujeres se ven afectadas de diferente manera ante un mismo ideal e idénticas presiones o por qué cada vez un número mayor de hombres adopta comportamientos e ideales semejantes, el enfoque postestructuralista, teniendo en cuenta las subjetividades y las condiciones particulares que afectan a la interpretación de dicho ideal y sus efectos en la dieta, no puede obviar tampoco las bases históricos y culturales que favorecen la generalización de estos valores y prácticas alimentarias de forma más apremiante entre las mujeres y el hecho de que tenga que ver con la posición estructural de desigualdad que ocupa el género femenino en dichos contextos.

Esto lleva a GERMOV Y WILLIAMS (1999) a plantearse la utilidad del debate estructura-agency no entendiéndolo como una confrontación de intereses

teóricos y metodológicos dispares, sino como un paso previo para su complementariedad. Desde esta perspectiva estudian el caso paradigmático de las dietas o el ayuno que realizan tantas mujeres en las sociedades industrializadas. Argumentan que ante las presiones realizadas sobre ellas para que acepten el ideal de delgadez, las mujeres pueden responder bien ignorando o rechazando activamente este ideal -lo cual las pone fuera del ciclo- bien alternativamente haciendo dieta y dando paso a la restricción de las prácticas alimentarias y a una alimentación afectada en razón del género. La lista de los factores estructurales, originados por las instituciones “patriarcales” y los intereses materiales, y los postestructurales, vinculados a la subjetividad y *agency* femenina -interiorización del ideal de delgadez, vigilancia corporal, expresión del control del cuerpo- resume los modos donde se generan las presiones para aceptar el ideal de la delgadez y la manera en que es producido y reproducido. La conducta de “hacer dieta” refuerza tanto los intereses estructurales -por ejemplo, la industria dietética- como los postestructurales -tales como la autovigilancia-, y a su vez las presiones para aceptar el ideal de belleza y la realización de dietas, dando así continuidad al ciclo.

El presente estudio parte de las tendencias de distinto orden que conciben el cuerpo como un lugar de resistencia y contestación, dejando atrás la visión “victimista” respecto al género para asumir su capacidad de crear propuestas más o menos alternativas que intenten responder a una situación de desventaja social. No obstante, estas resistencias tienen un carácter ambiguo, y deben ser interpretadas de forma polivalente según el caso: si bien en algunas ocasiones el trabajo sobre el cuerpo puede llegar a proporcionar placer puesto que supone una inversión para competir socialmente, en otras puede producir aflicción y su propósito puede tener más que ver con el desentendimiento, el dejarse ir, el abandonarse ante los conflictos, las imposiciones.

El cuerpo y su centralidad en la teoría social y cultural debe entenderse como una consecuencia de la importancia que guarda en la cultura del capitalismo tardío donde este se ha convertido en un centro de debate y lucha política de la identidad sexual y de género, y en la posibilidad de cambio de identidad

II. Marco teórico

(MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, 2008). El triunfo del individualismo consumista ha convertido al cuerpo en un espacio personal socialmente sagrado en el cual el sujeto es libre de producir su propia identidad de la misma forma que el nuevo paradigma del *embodiment* ha trasladado el énfasis en el estudio de las enfermedades y las aflicciones del significado a la base experiencial de éstas. En este contexto, se reconoce la posibilidad del rechazo del ideal corporal que presiona -sobre todo- a las mujeres y se cuestiona la imagen de éstas como meras receptoras pasivas y simples reproductoras de unas imágenes corporales socialmente construidas. Esta capacidad de resistencia y contestación es denominada con el concepto de *empowerment*⁷⁹ -traducido a la literatura castellana como empoderamiento- que desde los planteamientos feministas interpretan estas prácticas alimentarias como reivindicaciones de las mujeres en un mundo con desigual reparto de poder entre géneros y lo hacen a partir de un estudio del cuerpo como lugar de encuentro de las tensiones entre lo individual, lo social y lo político (SCHEPER-HUGHES Y LOCK, 1987). La enfermedad desde este enfoque se convierte en la encarnación de los procesos y conflictos de hegemonía-subalternidad existentes en la realidad social (SCHEPER-HUGHES, 1992).

Estas teorías se alejan de aquellas dominantes en el modelo psiquiátrico actual que, en su intento de legitimar sus prácticas -diagnóstico y tratamiento-, tienden a individualizar a los pacientes y sus problemas y buscan la culpabilización en el propio individuo o, como mucho, en su entorno más inmediato (GRACIA, 2003), fenómeno al que nos venimos refiriendo como “medicalización” o “psicologización”. Las teorías psicológicas de la enfermedad atribuyen al enfermo la doble responsabilidad de haber caído enfermo y de curarse (SONTAG, 1990).

Desde el feminismo académico han surgido las mayores críticas al sistema médico en el ámbito de estos (mal)estares por obviar la ausencia de fronteras

⁷⁹ Este término ha sido difundido por las feministas latinoamericanas que hacen referencia a un proceso por el cual las personas oprimidas ganan control sobre sus propias vidas al tomar parte en actividades transformadoras de la vida cotidiana y de las estructuras, para aumentar su capacidad sobre todo aquello que les afecta (ESTEBAN, 2004).

entre lo que son consideradas mujeres “normales” y “enfermas”, ya que los comportamientos de vigilancia sobre el peso y la práctica de dietas forman parte en ambos casos de un mismo continuum en la sociedad occidental desarrollada. Los (mal)estares alimentarios, lejos de representar síntomas de anormalidad o de desviación, suponen una continuidad con un elemento dominante de la experiencia de ser mujer en esta cultura (BORDO, 1993). A pesar de que el modelo feminista haya sido, según Bordo, el único que ha supuesto una amenaza al modelo médico -en cuanto que ha aportado alternativas teóricas y metodológicas para el abordaje de estos trastornos- el éxito en el debate público y el abordaje científico sigue siendo de aquel que más poder y reconocimiento social tiene. Y este es, sin duda, el modelo médico hegemónico.

Si bien psiquiatría por un lado y sociología y antropología por otro nacen de la mano como ciencias complementarias en sus objetivos primarios -crear un discurso racional sobre la alteridad, el otro, la diferencia y el “nosotros”- pronto van a dar lugar a corpus teóricos autónomos (PONS I ANTÓN, 1981; MARTÍNEZ HERNÁEZ, OROBITG Y COMELLES, 2000). Aunque es común la aceptación de que no existe una única disciplina que proporcione todos los instrumentos teóricos y metodológicos para captar una realidad tan compleja como la de la enfermedad mental, lo cierto es que desde las disciplinas del comportamiento se relega a la sociología y la antropología a campos limitados de descripción contextual dado que la mayor parte de sus contenidos han sido fagocitados y ahogados en sus bases conceptuales. Dentro del modelo médico-psiquiátrico, son actualmente las posiciones más biologicistas las que cuentan con una mayor presencia. A pesar de que hasta nuestros días no se ha encontrado evidencia alguna de causas orgánicas en la base del trastorno, existe una tendencia creciente hacia su biologización. La investigación basada en estas hipótesis ha cobrado vital importancia en los últimos años siendo cada vez más numerosos los artículos publicados que intentan encontrar los orígenes del trastorno en

II. Marco teórico

disposiciones genéticas⁸⁰. Otra prueba de esta tendencia es la proposición por parte de la *American Psychiatric Association* de suprimir el sufijo “social” de la definición de los trastornos alimentarios como patologías biopsicosociales⁸¹ en la próxima edición del DSM (LOBO, 2005). Se pretende así obviar el papel del contexto sociocultural en la etiología y tratamiento de los TCA, alegando la imposibilidad de ejercer modificaciones sobre éste.

De hecho, aunque muchos profesionales coinciden en señalar que estos trastornos no deben entenderse como aislados de su contexto sociocultural, lo cierto es que a la hora del tratamiento focalizan y definen el problema casi exclusivamente de forma individual, recurriendo en la mayoría de los casos a los test diagnósticos, a la farmacología y al aislamiento social cuando se considera necesario (GRACIA, 2002: 359). Esta tendencia general, forma parte de un amplio proceso de medicalización que está teniendo lugar desde hace más de un siglo en las sociedades modernas y que consigue transformar toda protesta activa en crisis pasiva. Este proceso de “psicologización” implica un cambio en las relaciones de poder. Cuestiones de orden social, moral o político son constantemente redefinidas en términos de salud mental -como es el caso de los TCA- siendo así retiradas del dominio público y confinadas a un espacio cerrado y confidencial de consulta donde el profesional se convierte en único árbitro (INGLEBY, 2004).

TCA como trastornos culturales o transculturales

Si bien tras su nacimiento ambas disciplinas emprenden caminos separados, la psiquiatría va a seguir necesitando constantes aproximaciones a la antropología en su particular reto de base positivista y empirista de construir una nosología

⁸⁰ Algunos de estos artículos relacionan la anorexia nerviosa con las bajas concentraciones de leptina o con alteraciones de la función serotoninérgica, que regula la sensación de apetito, determinadas funciones hormonales y estados de ánimo (Jano On-line, 1997 y 2005).

⁸¹ Como señala MARTÍNEZ-HERNÁEZ (2000), el propio término establece una jerarquía profesional en la que el psiquiatra asume el contenido principal (biológico), el psicólogo el secundario (psicológico) y el trabajador social el terciario (social).

universal de los trastornos mentales. Muchos han sido los términos asociados al estudio de las relaciones entre trastornos mentales y dinámicas culturales: psiquiatría transcultural, etnopsiquiatría, antropología psiquiátrica, psiquiatría comparada, salud mental multicultural, o el más reciente de psiquiatría cultural⁸². Este campo de estudio se muestra particularmente interesado por la existencia de ciertas psicopatologías que aparecen ligadas de un modo preferente o exclusivo a determinados contextos geográficos y socioculturales así como a determinados sectores de la población o comunidades étnicas.

Y como diferentes han sido los términos usados para denominar estos campos de estudio, distintas han sido también las etiquetas que ha recibido esta tipología de psicopatologías que desafía las pretensiones de universalidad de la psiquiatría hegemónica. GEORGE DEVEREUX publicó en 1955 una serie de trabajos en los que va a definir el concepto de *trastorno étnico* a partir de la elaboración de los siguientes criterios diagnósticos:

- i. El trastorno ocurre frecuentemente en la cultura en cuestión.
- ii. A causa de la continuidad de sus síntomas y de la dinámica subyacente con elementos normales de la cultura, el trastorno se expresa mediante grados de intensidad y a través de un espectro que incluye formas dudosas subclínicas.
- iii. El trastorno expresa conflictos esenciales y tensiones psicológicas generalizados en la cultura, pero son tan agudos en el sujeto que desarrolla los síntomas que se genera una grave ansiedad y se movilizan sus defensas psicológicas.

⁸² La *psiquiatría transcultural* aparece vinculada históricamente a la comparación de cuadros clínicos de diferentes culturas y al debate sobre la universalidad de las nosologías con base en los estudios comparativos de Kraepelin y lo que identificó como trastornos exóticos concretamente en el sureste asiático, denominándolos *culture bound syndromes*. La *Psiquiatría cultural*, más reciente, se inscribe en el contexto de un mundo globalizado en el que se han modificado las condiciones de los estudios comparativos al convertirse la diversidad cultural en un paisaje cotidiano de los contextos nacionales. Busca respuestas en un mundo en el que lo exótico se ha vuelto cotidiano y lo cotidiano híbrido y mestizo. La primera ha sido a la investigación en el mundo no occidental durante el periodo colonial y postcolonial, como la segunda al análisis de las minorías étnicas (MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, 2006).

II. Marco teórico

- iv. El trastorno es una vía final común para expresar una gran variedad de problemas personales y de angustia psicológica.
- v. Los síntomas del trastorno son extensiones y exageraciones directas de conductas y actitudes normales dentro de la cultura, incluyendo a menudo comportamientos que suelen ser muy valorados.
- vi. El trastorno constituye un modelo para la expresión del estrés muy estructurado y ampliamente limitado.
- vii. Puesto que el trastorno incluye conductas valoradas positivamente, pero, por otro lado, es una expresión de desviación, provoca respuestas muy ambivalentes por parte de los otros.

Siete criterios que Devereux intentó aplicar a la esquizofrenia y al trastorno obsesivo-compulsivo sin obtener demasiado éxito, y que han sido recientemente utilizados por GORDON (2000) para definir los TCA y compararlos con la histeria. Dos décadas más tarde YAP (1974), desde la psiquiatría comparativa, estudia concretamente la anorexia nerviosa para la que acuñó el término de *síndromes reactivos atípicos asociados a la cultura* -origen del más difundido como *síndrome delimitado por la cultura* (CBS)-, formulando una definición que va a ser perfeccionada posteriormente por PRINCE en 1985 y por VANDEREYCKEN Y HOEK en 1992:

“Un síndrome de filiación cultural es una constelación de signos o síntomas, categorizada como una disfunción o enfermedad, restringido a diferentes culturas primordialmente en razón de características psicosociales distintivas de tales culturas” (VANDEREYCKEN Y HOEK, 1992 *op. cit.* TORO, 2003: 320)

Esta definición tenía como objetivo la de acotar el rango de enfermedades tendentes a ser etiquetadas de CBS, y para evitar la reducción del sistema alopático o aparato de medicina occidental al mismo nivel científico que las taxonomías *folk*. Una definición que, siguiendo la tendencia de las sociedades modernas de psicologizar individuos, psicologiza también culturas permitiendo al enfoque médico, una vez más, ignorar factores estructurales de orden económico, social o político que se materializan en la vida de las personas

creando malestares que son interpretados únicamente desde un punto de vista psicologicista.

Las relaciones entre individuo, trastorno mental y cultura -en nuestro caso relaciones entre mujeres, TCA y la cultura de las sociedades capitalistas del occidente desarrollado-, y entendida la cultura como una entidad estática e impenetrable, pronto mostraron sus limitaciones en un mundo moderno caracterizado por las consecuencias -no únicas- de la globalización como conflictos bélicos, migraciones, pobreza, exclusión o racismo, y en donde la cultura se muestra como híbrida, mestiza y en constante transformación. La construcción de los TCA como patologías de la imagen propias de una sociedad desarrollada y opulenta, y por ello categorizadas como *síndromes ligados a la cultura*, se tambalea sobre tal concepto opaco e impermeable de cultura que no hace más que limitar el contexto en el que estas prácticas de ayuno han de ser estudiadas y entendidas.

Entre la etnopsiquiatría y la antropología psiquiátrica DiNICOLA (1990) va a dar el siguiente paso en el intento de resolver estas tensiones al introducir el término *síndromes reactivos a la cultura*⁸³ que incluyen a los ya conocidos como *síndromes ligados a la cultura* además de contener una nueva tipología que denomina *síndromes de cambio cultural*. Con éstos últimos el psiquiatra se refiere a los casos que denomina "atípicos" o huérfanos⁸⁴ que emergen en poblaciones que viven bajo condiciones de rápido cambio económico y sociocultural, lo que puede darse en dos circunstancias particulares: en países menos desarrollados inmersos en procesos de transición y en inmigrantes que proceden de estos países y se establecen en países desarrollados. Según estas hipótesis, los adolescentes estarían expuestos a un doble riesgo de TCA ya que han de enfrentarse a dos tipos de cambio: el personal y el cultural. DiNicola avala su

⁸³ Aunque el modelo de DiNicola se circunscribe al caso de la anorexia nerviosa, creemos que sus hipótesis pueden ser extensibles a todos los TCA.

⁸⁴ Los casos huérfanos serían aquellos que se dan en poblaciones geográficamente y culturalmente alejadas de áreas donde cualquier versión de la anorexia como síndrome ligado a la cultura tiene un carácter endémico (DiNICOLA, 1990:264).

II. Marco teórico

hipótesis a partir de los escritos de MARGARET MEAD (1947) en los que la antropóloga describía desde la teoría estructuralista y simbolista, cómo durante los periodos de cambio cultural el estrés ha tendido a ser expresado a través del cuerpo, proponiendo ya en la década de los 40 la anorexia nerviosa como un ejemplo de estos casos. En esta misma línea, la psiquiatra NASSER va a referirse a los TCA como *culture chaos syndrome* basándose en la hipótesis de TURNER (1984) que interpreta la regulación patológica del cuerpo como una metáfora de crisis social.

Sin embargo, tanto DiNicola como Nasser han reconocido en más recientes reflexiones (DINICOLA Y NASSER, 2001) las limitaciones de sus propios términos y la necesidad de revisarlos a la luz de un nuevo contexto internacional de globalización donde el concepto de cambio cultural precisa ser redefinido a partir de las nuevas formas de regionalismo existentes. Este regionalismo emerge tras la convergencia de procesos paralelos y aparentemente “contradictorios” como son la descentralización cultural y el resurgimiento de las tradiciones locales. La psiquiatría se encuentra, por tanto, en un proceso de construcción y redefinición de los conceptos que han determinado hasta ahora las relaciones entre TCA y cultura.

Por otra parte, desde las ciencias sociales también se han hecho aportaciones en la definición de enfermedades estrechamente vinculadas con el contexto cultural donde se producen. Una proposición interesante en esta línea sobre el fenómeno de los TCA sería la del filósofo e historiador canadiense Ian Hacking y lo que denomina *enfermedades mentales transitorias* entre las que incluye, junto al síndrome de fatiga crónica o la histeria, a la anorexia. Con esta etiqueta define aquellas enfermedades que aparecen en un determinado lugar y durante un determinado periodo para más tarde desaparecer (HACKING, 2001:1). Este tipo de dolencias, comenta Hacking, provocan banales discusiones sobre su naturaleza “real” o “socialmente construida” que el filósofo intenta resolver con el concepto de *nicho ecológico de una enfermedad mental transitoria*. Este nicho requiere de cuatro vectores:

- i. Primero, la existencia de una taxonomía médica capaz de definir ciertos tipos de conductas en el interior de un cuadro nosológico.
- ii. Segundo -y más interesante para Hacking-, la polaridad cultural, es decir, la enfermedad expresa un tipo de comportamiento que sería a la vez objeto de admiración colectiva y testimonio de un comportamiento vicioso y degradado.
- iii. Tercero, el comportamiento debe ser observable y visible pudiendo dar cuenta del sufrimiento que envuelve, de su vertiente “patológica”.
- iv. Por último, la enfermedad, a pesar del dolor que produce, proporciona una sensación de liberación que sería imposible lograr de una manera normalizada.

MORENO (2005) ha puesto en práctica este modelo para estudiar la anorexia en el contexto del sur de España y argumenta que es más preciso y sutil que el propuesto por Devereux para estudiar desde un punto de vista socioantropológico las enfermedades mentales, ya que prescinde de la referencia a una *cultura homogénea* y señala las fuentes de estabilidad o inestabilidad de los trastornos alimentarios a través de los diferentes vectores. La propuesta de Hacking libera el concepto de cultura de los márgenes a los que se ve reducido por una psiquiatría cultural que urge un mayor acercamiento a la ciencia social. En ausencia de una cultura homogénea y cosificada es más fácil entender que los TCA no están únicamente ligados a una cultura moderna, urbana, consumista, opulenta, capitalista. Que, por una parte, dentro de esa cultura se contienen otras muchas y por otra, que esa cultura, denominada occidental, se exporta al resto del mundo mezclándose con las culturas locales y creando un mestizaje cultural continuo. Así, podemos encontrar (mal)estares alimentarios entre clases bajas, medias o altas, en el occidente desarrollado como en países en vías de desarrollo o alejados culturalmente del mundo occidental. Diagnósticos de TCA se aplican sobre mujeres ricas y famosas de Beverly Hills, sobre adolescentes habitantes de los

II. Marco teórico

barrios marginales de Medellín o sobre escolares de clase media de Nueva Delhi.

El peso de la variable cultura es fundamental no solo para definir los TCA sino por su influencia en la experiencia, curso, evolución, pronóstico y tratamiento. La psiquiatría general, sin embargo, ha fracasado en su intento de integrarla en la práctica clínica, en las políticas de salud o en los estudios epidemiológicos (MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, 2006). Analizamos críticamente en el siguiente apartado el concepto de cultura que maneja en la actualidad la epidemiología psiquiátrica transcultural de estos denominados trastornos y que, creemos, supone un importante freno hacia su comprensión.

El Debate Epidemiológico: Una “cultura” estancada

La epidemiología psiquiátrica transcultural sobre los TCA ha girado básicamente en torno a dos argumentos –considerados en la mayoría de los casos como excluyentes– que intentan explicar la aplicación de estos diagnósticos sobre poblaciones no occidentales y entre inmigrantes de sociedades industrializadas. Las dos hipótesis son citadas con el nombre de *occidentalización* y *choque de culturas*⁸⁵. De forma resumida, podemos decir que en el primer caso los TCA en estas poblaciones se explicarían por la aceptación e incorporación de las normas y valores occidentales en torno al cuerpo, los roles de género, la comida y la dieta, mientras que en el segundo se entenderían como producto de la influencia del estrés aculturativo derivado del proceso de adaptación del sujeto que vive bajo la influencia de dos sistemas culturales distintos, bajo dos mundos, dos realidades. Ambos argumentos tienen su base en los conceptos de *síndrome ligado a la cultura* y *síndrome de cambio cultural*

⁸⁵ Traducidos de la literatura anglosajona –*westernization* y *culture clash*–, reproducimos aquí intencionadamente los términos utilizados por la epidemiología psiquiátrica transcultural sobre los TCA, si bien reconocemos su anacronismo desde las ciencias sociales, asunto que convertimos en debate más adelante en este apartado.

revisados anteriormente en este trabajo. Pero analicemos estos argumentos en profundidad.

El etnocentrismo en la triada Occidente, delgadez y locura

Los estudios transculturales describen una situación en la que los TCA no han hecho más que comenzar a emerger en el ámbito psiquiátrico no occidental con una tendencia a incrementarse durante los próximos años, siguiendo así patrones de incidencia occidentales. La hipótesis central con la que trabaja la psiquiatría biomédica hegemónica es la de explicar estos casos a través del proceso de *occidentalización*, estrechamente ligado al de globalización. Se trata de un argumento basado en las relaciones poder-cultura y en los principios de la economía política, que explica el incremento de los TCA en países no occidentales a partir de los procesos de desarrollo económico que llevan a estas sociedades a adoptar normas y valores occidentales, sobre todo, en torno al ideal de belleza y al rol de las mujeres en una cultura de consumo promovida por los medios de comunicación de masas. Estos estudios también dan cuenta de una reciente identificación de TCA entre inmigrantes a sociedades industrializadas, entendiéndose en estos casos que el proceso de incorporación de valores tiene lugar únicamente en la sociedad receptora.

Entre los varios aspectos que subraya como específicos de la sociedad occidental, la hipótesis de occidentalización enfatiza la adopción del patrón social de belleza del cuerpo delgado como causa estructural y central explicativa de los TCA. Como vimos en páginas anteriores, la preferencia estética por el cuerpo delgado tiene un origen relativamente reciente en las sociedades occidentales y se ha ido construyendo a partir de diversos hechos históricos. La preocupación por la delgadez y la incorporación de un patrón restrictivo de comida por cuestiones de salud y belleza se dan por primera vez entre las mujeres de clase alta de estas sociedades, si bien durante la segunda mitad del siglo XX se extiende a otros estratos sociales.

II. Marco teórico

Basadas sobre estas premisas, la mayor parte de las investigaciones sobre las causas de los TCA se han centrado en torno a la idea de que existe una fuerte asociación entre la marcada valorización de la delgadez en las sociedades occidentales y la aparición de la anorexia y la bulimia nerviosa. Este enfoque sobre la etiología del problema se ha visto corroborado por varios estudios epidemiológicos que han demostrado el incremento de su incidencia coincidiendo con la evolución del patrón de belleza femenino durante el siglo XX orientado hacia un cuerpo cada vez más delgado (GARNER Y GARFINKEL, 1980). La centralidad de esta idea atraviesa su concepción como trastorno mental como bien reflejan dos de los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV para la anorexia nerviosa como son el miedo intenso a ganar peso y la alteración en la percepción del mismo⁸⁶. Ambos criterios, estrechamente relacionados entre sí, se refieren a la lipofobia o miedo a engordar y siguen siendo considerados el núcleo psicopatológico de este trastorno (FAIRBURN Y COOPER, 1993 *op. cit.* LEE, 2001b:41).

Sin embargo, nos parece que estas tesis han conducido a una excesiva simplificación de los orígenes causales de los (mal)estares alimentarios al reducir la explicación de la práctica del ayuno, restricción alimentaria o hartazgo a una mera persecución patológica del ideal estético corporal socialmente impuesto. Son muy pocos los estudios epidemiológicos que han integrado instrumentos teóricos y metodológicos de la antropología y las ciencias sociales en general, por lo que una epidemiología sociocultural de los TCA como aquella que represente un interés por profundizar en los factores de riesgo considerando la biología y el ambiente físico en íntima relación con la cultura y las relaciones políticas y sociales (HARO, 2007), apenas ha sido desarrollada. En este pequeño grupo de estudios que han logrado superar los análisis mayoritarios y etnocentristas obsesionados en el cuerpo para los que el miedo a engordar y la distorsión de la imagen corporal son factores causales universales, se encuentran aquellos interesados en la variabilidad

⁸⁶ Criterios diagnósticos del DSM-IV para la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa incluidos en el Anexo II.

sintomatológica según culturas. Según sus resultados, no resulta tan evidente, y mucho menos universal, la asociación del trastorno alimentario con el síntoma del miedo a engordar. Ha sido LEE (1993), citado anteriormente, quien ha discrepado en mayor medida sobre estas cuestiones basándose en sus estudios sobre pacientes asiáticos. Este psiquiatra destaca la ausencia de miedo a engordar en un número nada despreciable⁸⁷ de pacientes chinos así como entre pacientes occidentales que son comúnmente etiquetados como casos “atípicos” o “no especificados” por el modelo biomédico. Los asiáticos expresan su deseo de no comer en términos, por ejemplo, de malestar gástrico o simplemente de no tener apetito, sin presentar signos de insatisfacción relativa a su imagen corporal. Y Lee no es el único. También desde Hong Kong presentan casos con ausencia de *lipofobia* CHAN Y MA (2003), o desde Japón PIKE Y BOROVY (2004), o desde la India KHANDEWAL, SHARAN Y SAXENA (1995) entre otros muchos. Estos hallazgos recuerda RIEGER *et al.* (2001) se asemejan en su presentación a los primeros casos de anorexia nerviosa recogidos en la historia occidental, en los que la decisión de dejar de comer tenía profundas raíces religiosas o políticas –y no estéticas– y donde no existía el miedo a engordar.

Las diferencias en la patoplastia, las diferentes razones atribuidas por los pacientes al no comer⁸⁸, no se dan únicamente entre países occidentales y no occidentales, sino también dentro del propio mundo occidental. Como Lee, han sido varios los clínicos europeos, americanos y canadienses que han rechazado esta universalidad diagnóstica sin obtener demasiada repercusión. Es el caso de STEIGER (1993), clínico experimentado, quien ha llegado a decir que “cualquiera que haya trabajado con un gran número de pacientes con anorexia sabe que este trastorno no trata uniformemente de un deseo de ser delgado. Más bien, la aparente persecución de la delgadez puede ser explicada en términos idiosincrásicos en cada caso” o la más contundente afirmación de NASSER

⁸⁷ El estudio realizado por LEE *et al.* en 1993 sobre una muestra de 70 pacientes encontró que más de la mitad (58.6%) no presentaban el síntoma de miedo a engordar o lipofobia.

⁸⁸ En este caso la patogenia, forma del síntoma, correspondería al hecho de ayunar, restringir o darse atracones mientras la patoplastia, el contenido, se refiere a las diferentes interpretaciones que se dan, como querer adelgazar, tener miedo a engordar, sentir malestar gástrico o no tener apetito, entre otras.

II. Marco teórico

(2001), clínica y referente en la literatura sobre transculturalidad en TCA, que afirma “como especialistas en trastornos alimentarios todos sabemos muy bien que esta peculiar psicopatología no tiene apenas nada que ver con la comida o con el peso”. Estos y otros investigadores y clínicos (entre ellos DAVIS Y YAGER, 1992) han advertido que una excesiva confianza en el miedo a engordar para confirmar el diagnóstico puede resultar en un fracaso a la hora de reconocer un TCA en otros contextos culturales.

Considerando que las prácticas anoréxicas son altamente valoradas en términos de autocontrol, KATZMAN Y LEE (1997) sugirieron la sustitución de los criterios diagnósticos del DSM de “miedo a engordar” por el “miedo al no control” como clave para entender la naturaleza del síndrome⁸⁹. La necesidad de control sobre el propio cuerpo en este caso se explicaría a partir de la falta de control sobre otros aspectos de la vida como consecuencia de la posición diferencial que las mujeres han ocupado respecto a los hombres en relación a dos cuestiones principales. Por un lado respecto a la construcción de la identidad social y sexual, el rol corporal y la imagen, y por el otro, respecto a las responsabilidades y valores asumidos respecto a la comida, el ayuno y la salud. Esta responsabilidad sobre la comida y la alimentación de los suyos ha permitido a las mujeres utilizar la comida como una forma de control y poder a lo largo de la historia.

A pesar de estas aportaciones, la psiquiatría occidental hegemónica, la biomédica, continua en su empeño de considerar el miedo a engordar como el principal factor causal de los TCA, desechando la implicación de otros aspectos de índole psicosocial como también político, como son la lucha de las mujeres por su propia identidad en las sociedades patriarcales o los conflictos de género dentro del ámbito familiar. Y todo ello en base a lo que considera una falta de *especificidad* en la etiología de estos trastornos (TORO, 2003, 1996). No obstante, y de ser así, creemos que lejos de despreciar estos factores habría que prestarles especial atención en la medida en que esta “falta de especificidad” expresa

⁸⁹ En la literatura castellana, ESTEBAN (2004) habla también del miedo al descontrol ligado al miedo al placer.

precisamente la variedad de significados con denominadores comunes que se esconden tras el hecho de comer mucho, poco o no comer, lo que contribuye a la comprensión de unos comportamientos que han de ser entendidos como síntomas sociales (ISOLETTA, 2003).

Debido a que la especificidad es una cualidad fundamental en la construcción y funcionamiento de los diagnósticos médicos -por estar basados en criterios estadísticos-, desde la psiquiatría transcultural se han propuesto otros modelos que la preservan tras eliminar la lipofobia como síntoma central de estos (mal)estares. Es el caso de RIEGER *et al.* (2001) quienes establecen que la anorexia nerviosa sí posee una característica específica que la distingue de cualquier otra enfermedad y esa es su naturaleza egosintónica. Según estos autores, siendo numerosos y de índole diversa los factores que pueden verse implicados en la aparición de estas aflicciones, en la anorexia la persona siente indiferencia o incluso placer en su búsqueda de delgadez; lejos de percibir la emaciación como algo problemático la anoréxica mantiene una actitud positiva hacia la pérdida de peso.

En este contexto el miedo a engordar sería simplemente la consecuencia de la psicologización del trastorno en aras de la simplificación, una manera más de llegar a este deseo de perder peso, sin que se halle estrechamente relacionado con la persecución de un determinado ideal estético corporal. Se trata de una propuesta innovadora que, sin embargo, presenta algunas deficiencias. KEEL Y KLUMP (2003) han intentado resolverlas. Si fuera egosintónica, afirman, una huelga de hambre también debería recibir el diagnóstico de anorexia. La especificidad existe pero no está tanto en el placer o la indiferencia hacia la pérdida de peso como en un "rechazo a la comida deliberado y a la vez no voluntario que puede acabar en cura o muerte, que se da entre mujeres jóvenes y que se ha presentado en diferentes momentos históricos" (Ibíd, 2003: 755). El rechazo a la comida ha sido utilizado por las mujeres para lograr diversos objetivos: pureza espiritual y/o moral, fama, atracción, delgadez. De ahí que estos autores concluyan que no es la anorexia la que se encuentra delimitada a

II. Marco teórico

una cultura, sino la preocupación por el peso en contextos que idealizan la delgadez.

Como ya apuntan algunos autores como LITTLEWOOD (2004) el ayuno puede constituir la manera más accesible de expresar malestar y llamar la atención del entorno más cercano, particularmente de la familia, en un contexto en el que dejar de comer representa una enfermedad y donde los cuidados y la solidaridad familiar se expresan en un idioma articulado a través de la comensalidad, en donde la comida es preparada y distribuida por mujeres. Desde este punto de vista instrumental, el rechazo a la comida sería un medio para alcanzar un fin, y no meramente el resultado final del miedo a engordar. Así pues, a pesar del incuestionable triunfo del cuerpo delgado en nuestra sociedad occidental y del papel que puede tener en la canalización de malestares a través del cuerpo y de la comida, este hecho no parece jugar un papel fundamental en la etiología de los TCA y, en caso de que lo hiciera, tampoco queda claro que fuese condición suficiente.

Las numerosas investigaciones con muestras multiétnicas que han intentado encontrar una asociación entre el papel de la identificación con las preocupaciones por el peso occidentales y los TCA no dejan de arrojar resultados inconsistentes. La razón de estos resultados contradictorios puede estar relacionada por una parte con problemas metodológicos tales como los sesgos de captación o la cuestionada validez transcultural de los instrumentos utilizados. Además la mayoría de estos instrumentos, tales como el *Eating Attitudes Test* (EAT), *Bulimia Investigation Test Edimburgh* (BITE) y el *Eating Disorders Inventory* (EDI), se centran en evaluar la relación entre imagen corporal y las actitudes hacia la comida, por lo que reconocerían solamente aquellos casos ligados a una insatisfacción corporal con lo que reafirman la tesis etnocéntrica de la centralidad de la lipofobia.

Otra de las razones posibles ha sido raramente considerada. Los resultados contradictorios respecto a la relación entre occidentalización y TCA pueden ser producto de no haber tenido en cuenta el hecho de que la delgadez puede ser también valorada en otros contextos culturales diferentes al occidental. Por

ejemplo RIEGER *et al.* (2001) destacan la alta valoración del cuerpo femenino delgado en la cultura tradicional japonesa así como en otras culturas asiáticas. Para teorizar sobre el impacto del cambio social se debe considerar tanto el sistema anterior como el nuevo, o lo que es lo mismo en el caso de inmigrantes, tanto la sociedad de origen como la de destino, algo que los análisis transculturales obvian con preocupante frecuencia.

La hipótesis de occidentalización ha sido hasta ahora la más común con la que han trabajado los estudios transculturales que, por otra parte, nos han brindado una visión incompleta del fenómeno al no incorporar en sus reflexiones dos variables esenciales: por un lado, el peso de la cultura de origen, y por el otro, la variable género en toda su dimensión, fallando así, sobre todo, al explicar por qué las mujeres constituyen el mayor grupo de riesgo en todos los países estudiados.

El choque de culturas epidemiológico

Existe una segunda hipótesis con la que trabaja la epidemiología transcultural para explicar los TCA entre poblaciones inmigradas. Esta hipótesis es conocida con el nombre de *choque cultural*, un concepto ya obsoleto y en desuso en las ciencias sociales tras los cambios acaecidos durante los últimos años en el mundo y que han marcado la evolución de conceptos como el de cultura. Pero dejemos esta discusión para más adelante.

Volviendo a la epidemiología psiquiátrica, desde hace ya una década han sido varios los investigadores, con un importante peso del feminismo, que han sugerido la experiencia de vivir entre dos sistemas sociales/culturales diferentes como hipótesis explicativa de los TCA, un argumento que aplican a cualquier tipo de población. Estos dos mundos sociales estuvieron en un principio referidos a aquellos que suceden entre generaciones, entre géneros y en el paso de la infancia a la adolescencia, pero en el último tiempo investigadores transculturales han incluido la experiencia de la migración como otro de estos casos (KATZMAN Y LEE, 1997).

II. Marco teórico

En la experiencia de vivir bajo diferentes universos culturales, el de la sociedad de origen y el de la sociedad de acogida, donde pueden surgir tensiones en la medida en que el individuo se ve obligado a responder a referencias que pueden ser contradictorias entre sí, las prácticas de ayuno cobrarían un significado particular: el del logro de un mayor sentido de autodeterminación y de percepción. La tesis sería la siguiente: cuanto menos aculturada esté la persona inmigrante a la nueva sociedad, mayor riesgo correrá de experimentar una situación estresante derivada del choque entre las dos culturas que puede desembocar en un trastorno alimentario (LAKE *et al.*, 2000). Por ello, según este argumento, las mujeres que proceden de familias más tradicionales estarían expuestas a un mayor riesgo. Las tensiones surgidas del proceso de adaptación derivado de esta situación de cambio es conocido en la literatura psiquiátrica/psicológica transcultural como *estrés de aculturación*.

Aunque asentado sobre unos cimientos erróneos –el tratamiento anacrónico de las culturas como entidades estáticas, homogéneas y cerradas- la gran aportación de este enfoque es que, a diferencia de la hipótesis de occidentalización, propone un análisis de los TCA alejado de aquel centrado en el cuerpo y en la presión que ejerce la figura delgada como ideal de belleza social. Ya no es el ideal de delgadez lo que se persigue, o no lo único, pues se reconoce que en muchos casos este ideal puede incluso llegar a ser rechazado por pertenecer a un contexto sociocultural con el que el inmigrante –o cualquier otra persona- no se encuentre identificado⁹⁰. A pesar de que son numerosos los estudios que han propuesto el fenómeno de choque cultural como causa de los trastornos alimentarios, los factores por los cuales este choque de culturas puede influenciar la aparición de patología alimentaria han sido vagamente descritos y estudiados. Se han señalado algunos como los conflictos intrafamiliares ó conflictos internos, el sentimiento de desconexión –de no

⁹⁰ Debemos evitar caer en la falacia de que se trata de un fenómeno específico de las migraciones y reconocer la pluralidad de modelos corporales vigentes en cualquier área del mundo. Este contexto sociocultural del que hablamos también tiene cabida dentro de la población “autóctona” de las llamadas sociedades occidentales desarrolladas donde conviven diferentes subculturas, algunas de las cuales -por ejemplo ciertos contextos rurales- mantienen vigente la asociación entre delgadez y enfermedad o entre –al menos cierta- gordura y lo saludable, e incluso, el atractivo sexual.

identificación-, la baja valoración personal y la falta de autonomía y de control sobre la propia vida.

En lo que concierne a los estudios realizados para poner a prueba esta hipótesis, a pesar de que algunos han encontrado una asociación entre una mayor identificación con la cultura tradicional y los TCA (LAKE *et al.*, 2000; HUMPHREY *et al.*, 2004), los resultados son en general inconsistentes, como ya ocurría en aquellos sobre la influencia de lo que denominan occidentalización. Esta inestabilidad en los resultados puede ser producto de las mismas limitaciones metodológicas apuntadas anteriormente y que en este caso se agravan por la complejidad de significados que esconden estos (mal)estares a los que abre puertas esta nueva visión y la incapacidad de los estudios cuantitativos basados en cuestionarios estandarizados para captar tal realidad.

Según estas dos hipótesis -*occidentalización y choque de culturas*-, mayoritarias en los estudios epidemiológicos transculturales sobre TCA en población inmigrante, la migración se convierte en una experiencia que coloca al sujeto en una posición de alta vulnerabilidad para la aparición de estos (mal)estares, siguiendo así las líneas argumentativas que han sostenido históricamente psiquiatría y psicología y que vinculan migraciones y trastorno mental. En resumen, patologizan la experiencia migratoria sugiriendo que tan malo es adaptarse a las normas de la sociedad occidental como resistirse a ellas y vivir entre dos mundos cuyos ideales son contradictorios y pueden conducir a una continua sensación de frustración individual.

La tesis que defiende el modelo de occidentalización está parcialmente ligada a las teorías críticas basadas en la idea de que el ideal de delgadez es creado por factores externos (condicionantes estructurales tales como la moda, el culto al cuerpo, la desigualdad de género, etcétera) y es incorporado pasivamente por el inmigrante. Este enfoque centrado en la idea de cuerpo presenta importantes deficiencias en cuanto a su no consideración del rol de la *agency* humana ni de los significados sociales del comer y no comer, así como descuida el papel que ocupa la cultura de origen en el universo cultural del inmigrante.

II. Marco teórico

La tesis del choque cultural, en cambio, se aleja de un modelo centrado en el cuerpo, llegando incluso a reconocer la posibilidad de rechazo al ideal corporal, e incorpora un universo de interpretación más extenso desde el que ayudar a la comprensión de los significados de la enfermedad. Las preocupaciones por el cuerpo y por la comida serían la parte visible de una lucha interna por la propia identidad, en la que *agency* y *empowerment* juegan un papel fundamental como subjetividades individuales. Conceptualizada por Foucault, la *agency* entiende que los individuos tienen una capacidad para crear una distancia reflexiva respecto a las imágenes socioculturales, lo cual les permite reinterpretar, reelaborar e incluso puede llevar a una transformación de las prácticas. Bajo este prisma comer mucho, poco o nada puede convertirse tanto en una vía de contestación, como en una fuente de sufrimiento o de placer cuando se obtienen los logros esperados.

Este enfoque transcultural enlaza con las teorías feministas que han llegado a proponer un modelo de trabajo en torno a los TCA en el que las variables sobre las que se asienta la clínica y la epidemiología -dieta, peso y miedo a engordarse- sean sustituidas por otras más flexibles y capaces de captar una realidad más compleja como son experiencias de desconexión, transición y opresión (KATZMAN Y LEE, 1997; MEEHAN Y KATZMAN, 2001)⁹¹.

Tanto los enfoques transculturales como los feministas aportan elementos esenciales para la explicación de la emergencia de prácticas de ayuno, restricción o atracones entre inmigrantes y, por extensión, entre cualquier población independientemente de cual sea su edad, clase social y origen étnico. Mientras que los primeros dan cuenta de una variedad sintomatológica obviada por la práctica mayoría de estudios al respecto y abogan por la necesidad de ampliar las perspectivas sobre las razones que se esconden tras estas prácticas

⁹¹ Basándonos en el trabajo de los autores definimos las experiencias de desconexión –también llamadas por los autores de dislocación- como la falta de identificación, las de transición como los intentos de moverse entre diferentes sistemas culturales, y las de opresión como aquellas en las que prima la privación de libertades. Todas ellas pueden derivarse de cambios de vida personales así como de transformaciones económicas, políticas y/o sociales. Aunque pueden ocurrir en situaciones de migración no son excluyentes de esta pudiendo aludir a los cambios que acontecen, por ejemplo, entre generaciones o clases sociales.

alimentarias marcadamente influenciadas por variables socioculturales, las segundas sitúan esta pluralidad de razones bajo el prisma de la variable género, indispensable para explicar el porqué de la mayor incidencia de estos comportamientos alimentarios entre las mujeres en cualquier parte del mundo donde se han estudiado. Si bien la investigación hasta ahora mayoritaria en TCA ha descuidado el estudio de los significados sociales y culturales del comer mucho, poco o nada, estas corrientes han intentado abordarlas a partir de un análisis de la subjetividad y del contexto sociocultural en las que tienen lugar.

Cultura en un mundo híbrido

Psiquiatría y psicología tienen aún una importante tarea pendiente. Las dos hipótesis aquí desarrolladas y analizadas parten de un error de base reflejado en la utilización de unos términos obsoletos basados en conceptos ya caducos en las ciencias sociales y por tanto urgentemente necesitados de revisión. El concepto de cultura que utilizan ambas disciplinas de la salud mental se convierte en un caso ilustrativo de lo que este concepto representa para una y otra ciencia: mientras la psiquiatría intenta trascender la cultura para entender la enfermedad, la antropología intenta ver en la enfermedad una forma de entender la cultura (MARTÍNEZ, OROBITG Y COMELLES, 2001). La psiquiatría sigue hoy manejando un concepto de cultura anclado en la antropología de décadas atrás, anacrónico en un mundo moderno sometido a la lógica de la globalización económica y cultural, y caracterizado por unas migraciones transnacionales que se desenvuelven en la sociedad informacional (CASTELLS, 1996) y de nuevas tecnologías de la comunicación.

La cultura dejó de ser considerada un elemento estático, impermeable y cerrado para pasar a contemplarse como algo dinámico, híbrido y en constante transformación (APPADURAI, 1991). En el mundo actual asistimos a la desaparición del tipo de cultura territorializada como modelo hegemónico de la dinámica cultural. La cultura ha dejado de estar ligada al Estado-nación dando

II. Marco teórico

lugar a dos tendencias simultáneas, por un lado la creación de una macro-cultura de la globalización y por otro, un regreso a lo micro y a la reafirmación de identidades particulares, fenómeno que conocemos como glocalización (STEINGRESS, 2002). Bajo esta nueva óptica de movimientos migratorios transnacionales, ya no se trata de estudiar al “Otro” en términos de representaciones y prácticas, porque ese “Otro” forma parte del nosotros que es global y local al mismo tiempo.

Si ya explicábamos anteriormente que las prácticas de ayuno, restricción y/o hartazgo solo pueden ser comprendidas en base al contexto social, económico y político en el que se insertan, es en este escenario globalizado económica y culturalmente y generador de nuevos significados e identidades donde hemos de situarlas y estudiarlas. Para los objetivos concretos de este trabajo, estudiar los (mal)estares alimentarios en inmigrantes en España, examinaremos tales contextos o *ethnoscapes*⁹² en los que se entrecruzan elementos culturales referentes al cuerpo, la comida, el género y la salud de la sociedad de origen, de la de destino, y de los nuevos espacios sociales a nivel global, llamados *multiculturales* o de *hibridación transcultural* (STEINGRESS, 2002), generados por la dinámica de los procesos socioeconómicos, tecnológicos y políticos. Globalidad y localidad en una interrelación de nuevos espacios.

Llegados hasta aquí podríamos apuntar la confluencia actual de dos tendencias simultáneas. Por una parte la del aumento de los TCA en las sociedades desarrolladas debido a un proceso constante y progresivo de medicalización que encuentra nuevos perfiles de afectadas -por ejemplo inmigrantes u hombres- así como nuevas etiquetas de TCA, es decir, nuevos comportamientos alimentarios considerados “desviados de la norma”. Por otra parte, el aumento de TCA en sociedades en vías de desarrollo o alejadas culturalmente de Occidente en lo que está representando un nuevo proceso de colonización que exporta la psiquiatría y psicología hegemónicas alrededor del mundo.

⁹² Concepto acuñado por APPADURAI (1991) y que se refiere a la interconexión de los procesos globales y locales que genera formas culturales específicas.

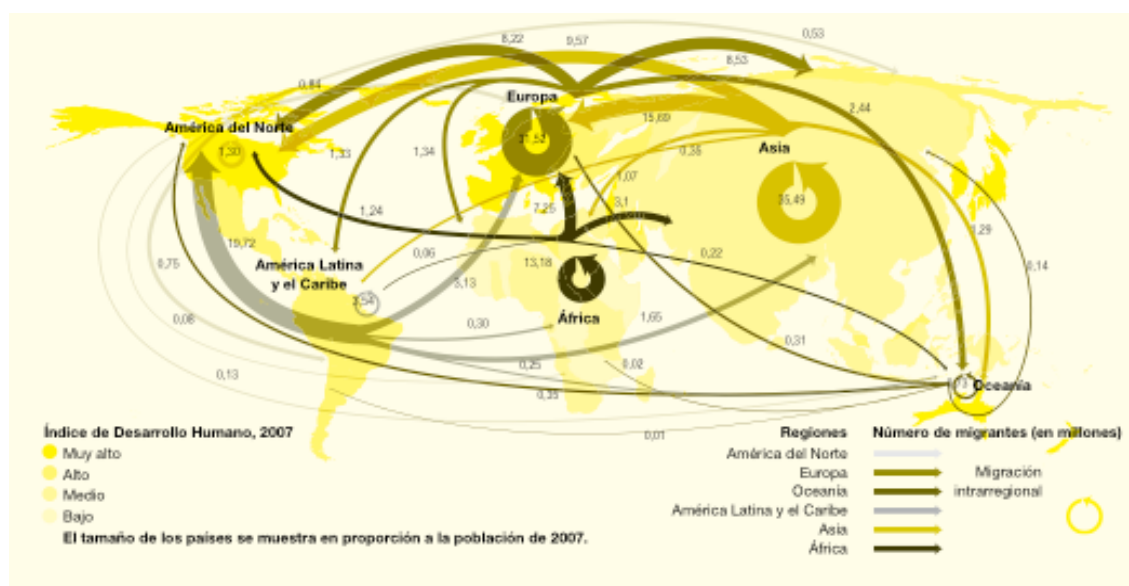
Defendemos que estos (mal)estares pueden haber existido siempre y en cualquier lugar del mundo sin ser diagnosticados por no existir como síndrome en ciertos contextos socioculturales o bien siendo detectados como síntomas y siendo tratados por otros agentes de salud locales como médicos tradicionales. Si el análisis histórico y transcultural confirma su presencia en diferentes sociedades y periodos a partir de la revisión bibliográfica, nuestra etnografía refuerza tal hipótesis. Mediante ella nos proponemos principalmente deconstruir las representaciones de la enfermedad y de las enfermas en una muestra con personas de diferente origen étnico, composición familiar, religión, edad y clase social. Exploraremos los contextos de origen y de destino así como los flujos de información que se establecen entre ambos en el contexto contemporáneo de glocalización para mostrar las limitaciones conceptuales de las hipótesis epidemiológicas contemporáneas recién analizadas. Por otra parte, exploraremos aquellos significados de la enfermedad que, integrando los significados sociales de la salud, del cuerpo y de la comida en cada sociedad y el papel que estos juegan en la socialización de géneros, vayan más allá y nos acerquen a una riqueza interpretativa que mantiene dos constantes: una respecto al género femenino mayoritario de las afectadas y otra, respecto a la ejecución de una acción de rechazo deliberado y a la vez no voluntario de la comida que es utilizada como mecanismo de afrontamiento ante experiencias de desconexión, transición y opresión.

III. CONTEXTOS

CONTEXTOS DE E-MIGRACIÓN

Si bien las migraciones constituyen un fenómeno histórico en sí mismo, la segunda mitad del s.XX ha sido denominada como una era de migración (CASTLES Y MILLES, 1993). La II Guerra Mundial y el colapso del comunismo en la década de los 80 fueron determinantes en el desplazamiento geográfico de grandes masas de población sobre todo en el continente europeo. En África, comenzó en los 70 y se amplificó en el decenio posterior con las políticas de los Programas de Ajuste Estructural (PAE) impulsadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Durante el mismo se intensificaron a escala global las migraciones internacionales, las dictaduras y los conflictos armados que influyeron mayormente en el caso de América Latina. El mapa planetario de movimientos migratorios nos da una idea de la dimensión del fenómeno, de sus localizaciones y de sus especificidades, y nos enseña la tendencia de una migración cuya dirección tiene como origen los países menos desarrollados y como destino los más. En la actualidad, según datos recogidos en el *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2008* (OIM, 2008) se calcula que la cifra de inmigrantes internacionales asciende a más de 200 millones, un 3% de la población mundial.

Gráfico 3. Origen y destino de migrantes internacionales



Fuente: INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO 2009 (PNUD, 2009).

Las migraciones internacionales

Los estudios sobre migraciones internacionales han estado marcados por la *migration theory*, un término acuñado por el historiador ROGER DANIELS en 1990 como respuesta a la necesidad de etiquetar y definir un “marco conceptual generalizado dentro del cual las experiencias de individuos y grupos pueden ser estructuradas, comparadas y contrastadas” (DANIELS, 1990:16 *op.cit.* BRETTEL Y HOLLIFIELD, 2000). Esta etiqueta agrupó una era de estudios inaugurada hacía ya un siglo⁹³ cuya conceptualización y teorización del fenómeno de la migración se basaba en los patrones de las grandes migraciones internacionales históricas: las migraciones del s.XIX de Europa a las Américas, la migración laboral de la postguerra del Mediterráneo al Noreste de Europa y las migraciones de refugiados tras la II Guerra Mundial.

Los estudios clásicos sobre migraciones que se engloban bajo este marco conceptual e histórico se fundamentaban, por lo general, en la asunción

⁹³ Especialmente relevantes son los estudios de RAVENSTEIN (1885, 1889), SJAASTAD (1962), LEE (1966), HARRIS y TODARO (1970) y WHITE y WOODS (1980).

III. Contextos

incuestionable de su causalidad económica, con algunas excepciones que hacían referencia a motivos políticos. La mayoría de investigaciones partían de la premisa de la existencia de un equilibrio en el seno de la teoría de la modernización. Tal equilibrio fue denominado como teorías *push-pull*, y constituyó el enfoque más ampliamente aceptado sobre los orígenes de la migración internacional. Desarrolladas a partir de lo que RAVENSTEIN (1885), demógrafo británico, llamó factores *push* -privaciones económicas, sociales y políticas en las zonas más pobres del mundo- y factores *pull* -ventajas comparativas en las zonas más desarrolladas-, las teorías consideraban la migración como un mecanismo que permitía equilibrar las desigualdades socioeconómicas entre áreas geográficas con distinto nivel de desarrollo mediante la redistribución de los trabajadores hacia lugares de alta productividad. La *migration theory* está fuertemente enraizada en una perspectiva economicista que construye modelos de predicción basados en la consideración de que los individuos actúan mediante una lógica racional de elección individual guiada únicamente por la maximización de los beneficios económicos (FAIST, 1997:249 *op. cit.* BRETTEL Y HOLLIFELD, 2000).

Un enfoque posterior basado en la *teoría de la dependencia* y del sistema mundial intenta superar el individualismo metodológico. Lo hace otorgando un mayor peso a los factores estructurales mediante una visión histórica que contempla las desigualdades inherentes al sistema capitalista global y la internalización de la fuerza de trabajo entendiéndolas como consecuencia de las nuevas estrategias capitalistas de acumulación flexible, internacionalización de la producción y creación de una reserva mundial de mano de obra barata (CASTLES Y KOSACK, 1984). Bajo esta perspectiva los flujos de migración funcionan como polos de atracción entre zonas del planeta menos industrializadas (países periféricos) y las que se encuentran en un estadio más avanzado de industrialización (países centrales). No obstante, también bajo este enfoque, el acento en la interpretación de las causas que originan la migración sigue recayendo sobre factores económicos.

Las limitaciones de estos modelos, vinculados a la economía liberal clásica, no tardaron en aparecer. Sus dos principales asunciones, por un lado la expectativa de que los sectores más desaventajados de las sociedades pobres son más propensos a participar en la migración laboral, y por otro, que los flujos emergen de manera espontánea debido a la existencia de desigualdades a escala global (PORTES y BOROCZ, 1989), se han demostrado desacertadas a la luz de hallazgos estadísticos que han probado como hubo crisis económicas que no supusieron un aumento de los flujos de migración laboral, y como altas tasas de crecimiento poblacional combinadas con tasas bajas de crecimiento económico no inducen necesariamente a migrar (WEINER, 1987 *op. cit.* ZOLBERG, 1989). Esto explica por qué solo algunos países pobres proveen de mano de obra y por qué no todos los ricos la reciben, algo que la *migration theory* jamás pudo explicar. Sus puntos débiles se centraron en su incapacidad para predecir el origen de la migración a dos niveles: individual y colectivo. La teoría se mostraba incapaz de explicar las diferencias entre individuos de un mismo país o región en cuanto a su probabilidad de migrar y entre colectividades (naciones-estado) en cuanto al tamaño y la direccionalidad de los flujos migratorios (PORTES y BOROCZ, 1989).

Científicos sociales de diferentes disciplinas rechazaron la racionalidad universal implícita en las teorías economicistas y resaltaron como causa de sus limitaciones el reduccionismo de considerar el contexto económico como prioritario y aislado de otros, como el sociocultural. Mientras las interpretaciones de corte economicista se centraban principalmente en el fenómeno *emigratorio*, otros científicos sociales -principalmente sociólogos y antropólogos-, se embarcaron en la producción científica de estudios sobre el fenómeno *inmigratorio*. Centrados en los contextos de acogida, se interesaron por procesos de adaptación, relaciones étnicas, características culturales, etc. desarrollando conceptos como los de *integración* y *aculturación*, que se encuentran, por otra parte, bajo revisión en la actualidad.

Poco a poco estos estudios fueron rompiendo con la imagen del inmigrante como una persona pobre, desarraigada, sin estudios, marginal o desesperada,

III. Contextos

en definitiva, inferior a los miembros de la sociedad que lo acoge, aunque seguían trabajando sobre una serie de dicotomías que caracterizaban hasta hace poco los estudios de migración: estudios sobre causas o consecuencias de la migración, migración interna o internacional, legal o ilegal, temporal o permanente, voluntaria o forzada (KING, 2002). Es precisamente en la deconstrucción de estas categorías dicotómicas o *migration dyads* (COHEN, 1995) donde se ubica la *transnational theory* surgida a mediados de los noventa. Las nuevas geografías y tipologías de migración que emergen a partir de la nueva flexibilidad espacio-temporal, las nuevas motivaciones para migrar, las fuerzas globalizadoras y las perspectivas cambiantes sobre el consumo y la realización personal han servido para difuminar las fronteras entre migración y movilidad (KING, 2002). El *transnacionalismo* es según BASCH, GLICK y SZANTON (1994) - primeras autoras en utilizar el término-, el conjunto de procesos por los cuales los inmigrantes forjan y sostienen relaciones sociales multidimensionales que vinculan sus sociedades de origen y las de destino. Las migraciones actuales dejaron de significar un movimiento espacial directo desde un punto de partida a otro de llegada con la creación de campos sociales que cruzan fronteras geográficas, culturales y políticas. Estos campos sociales, facilitados por el incremento del transporte global y las nuevas tecnologías en comunicaciones, permite a los migrantes vivir de forma estable entre dos países, siendo ambos espacios nacionales factores condicionantes y actores relevantes del mismo campo social de acción y pensamiento que orienta su comportamiento (LEVITT Y GLICK, 2004).

Aunque se ha debatido lo novedoso de este transnacionalismo migrante, coincido con los estudiosos que lo reconocen como un fenómeno ya existente: al fin y al cabo las redes y conexiones que los migrantes construyen entre los lugares de origen y destino son tan antiguas como las migraciones mismas. Lo realmente novedoso de este fenómeno en la actualidad es su surgimiento como perspectiva teórica y metodológica.

Especialmente fructífero en el desarrollo de esta perspectiva es el trabajo sobre las redes sociales en la migración. Éstas se establecen en torno a vínculos

previos que se redefinen en el nuevo campo social tales como parentesco, amistad, vecindad, etnicidad, trabajo, etc. y se convierten en excelentes instrumentos metodológicos y/u objetos de observación (SUÁREZ, 2007). No se debe caer en el error de considerar las redes como sinónimo de transnacional, ya que fueron los estudios sobre las mismas los que detectaron la existencia de redes transnacionales en los procesos migratorios. De esta forma se rompió de lleno con la dicotomía mencionada anteriormente en el estudio sobre las causas y consecuencias de la migración, proceso y producto en términos de KING (2002); es decir, el estudio por separado de la emigración (contextos de origen) y la inmigración (contextos de destino). Uno de los supuestos que guía este trabajo es la asunción -modificando ligeramente palabras de HENDRICKS (1978)-, de que para entender plenamente el comportamiento *migrante* es esencial examinar tanto los contextos sociales y culturales de las sociedades de origen y receptoras como el proceso de e-migración e in-migración, y tratar a cada uno no como una unidad discreta sino como elementos constituyentes del campo social.

Enmarcado dentro del llamado transnacionalismo “desde abajo” (PORTES y LANDOLT, 1999), aquel que surge de las prácticas de los migrantes en su vida cotidiana, esta investigación va a tener en cuenta los estudios actuales que utilizan las redes transnacionales como instrumento metodológico. Estos rompen con las perspectivas estructuralistas anteriores, en extremo deterministas y economicistas, para profundizar en las “microestructuras de la migración” (PORTES y BOROCZ, 1998) permitiendo la combinación de ambos niveles de estudio, macro y micro en el estudio de tal fenómeno. Concretamente prestará especial atención a los estudios sobre redes familiares transnacionales. Al tratar (mal)estares, como los alimentarios, con especial incidencia en edades jóvenes, resulta fundamental mantener una mirada cercana al grupo familiar por su papel en la gestión del proceso salud/enfermedad/atención.

Contextos de origen: aspectos políticos, económicos y de género

III. Contextos

Las sociedades de origen de las migrantes protagonistas de este estudio son muy diversas, vienen de áreas rurales y urbanas, de diferentes países, de diferentes continentes. No es nuestra intención aquí describir en detalle los factores estructurales de orden económico-político que enmarcan cada uno de sus contextos geográficos e historias migratorias, pues no forman parte de nuestros objetivos centrales y nos extenderíamos en exceso por su nivel de complejidad y de diversidad. Sin embargo sí que han sido tenidos en cuenta al analizar sus historias personales y sus experiencias de enfermedad.

Describiremos aquí estos contextos, eso sí, de forma general. Si antes apuntamos condicionamientos económicos (mercado laboral precario, falta de recursos, relaciones de dependencia entre países) y políticos (guerras, dictaduras, etc.) que han motivado migraciones a escala mundial y que han servido para conceptualizarlas y teorizarlas, aquí intentaremos brevemente retratar algunas particularidades de las zonas de procedencia de nuestras informantes que están repartidas en tres continentes: América, África y Europa.

Latinoamérica

Hablar de Latinoamérica en su conjunto es complicado, cada país es una realidad, tiene una perspectiva y, más todavía, dentro de cada uno, las diferentes áreas engloban múltiples realidades ya de por sí multiculturales. Sin perder de vista esta premisa, podemos mirar hacia el conjunto de tendencias que les ha unido y que le dotan de un carácter cultural propio. Nos referiremos a esta área indistintamente como América Latina o Latinoamérica, término éste último particular por ser representante de ese proyecto *emic* de definición de la propia identidad cultural conocido como *latinoamericanismo*. Se trata de un discurso único mediante el cual intelectuales latinoamericanos - mayoritariamente inmigrantes en Estados Unidos- buscan definir una identidad propia que libere estas tierras de la dialéctica Occidente-Oriente: Latinoamérica no es ni una ni otra, o es ambas. Como apuntaba el sociólogo brasileño Octavio IANNI (1998), del mismo modo que en la lógica de la globalización se

encuentran simultáneamente occidentalización y orientalización, Latinoamérica es el vestigio de esta dialéctica en el hemisferio americano. Transnacional, diaspórico, postcultural, lo importante del nuevo *latinoamericanismo* emergente es su capacidad de combinar una crítica doble: al orientalismo por un lado, en la medida en que lo latinoamericano mismo se ha orientalizado y del occidentalismo por el otro, en la medida en que Latinoamérica se ha convertido en el chivo expiatorio para la homogeneización de América como Occidente (MENDIETA, 2006). Veamos cuál ha sido el contexto económico, político y social que, con más o menos marcadas diferencias entre países, ha envuelto a esta región.

Marco económico, político y social

En la historia de la política económica latinoamericana del pasado siglo se pueden diferenciar tres momentos. El primero corresponde al periodo de postguerra, a la década de los 50 y 60. Este periodo estuvo marcado por una fuerte desconfianza en el mercado y en el sector privado, mientras la experiencia emergente del mundo comunista y marxista atrajo la atención de esta región. Es la época de la sustitución de importaciones, de incorporación de tecnología, de presencia de voluntarismo estatal, y sobre todo, de una presencia demandante del Estado. Conocido como *modelo cepalino*, en esta etapa se crea la ALALC (Asociación Latinoamericana de Libre Comercio) para aliviar los costes que produce una economía cerrada. También es en estos años cuando se elabora el informe CIDE, dando la oportunidad al país de conocerse mediante una vuelta a las estadísticas, primer censo desde 1908.

El segundo momento llega en la década de los 70 tras la confluencia del agotamiento del anterior modelo y el efecto de los primeros impactos de la globalización en el mundo. Inestabilidad, ineficiencia y aumento desenfrenado de la inflación en una economía cerrada mientras la tendencia mundial era de apertura, van a ser sus principales características. Para agravar la situación llegaría la crisis del petróleo sumiendo a la región en una década especialmente

III. Contextos

difícil como fueron los 80 donde confluyeron grandes problemas como la crisis de las instituciones, el retroceso en materia social y los problemas de renegociación de la deuda.

La salida de este estancamiento marca el comienzo del tercer momento ya en los 90. El gran inspirador ideológico que una vez fue la CEPAL sería sustituido por el Banco Mundial, impulsador de las políticas de transformación estructural de América Latina. Se trata de un retorno a la ortodoxia y a la introducción de políticas neoliberales. Los tres grandes instrumentos de esta reforma son: estabilidad, redimensionamiento del estado y apertura externa. Es una época marcada por las privatizaciones y la creación de nuevos mercados regionales como Mercosur.

A pesar de los avances, las consecuencias negativas de los cambios se han dejado ver pronto en lo económico y en lo social. Latinoamérica cuenta con vulnerabilidades que retienen a muchos de sus países entre los denominados en vías de desarrollo o países de desarrollo humano medio según la clasificación de PNUD (2005, 2009) en el nuevo sistema de globalización financiera internacional. Poco ahorro -y endeudamiento-, poca exportación -y básicamente de materias primas-, y dependencia de recursos externos, hacían que crisis que ocurrían en Rusia o Asia tuvieran aquí su repercusión. La pobreza en estos años no ha hecho más que aumentar especialmente tras la crisis argentina, uruguaya y venezolana, y la desigualdad social, -con bolsas de exclusión marcadas por la variable etnia- no ha disminuido ni en países con planes exitosos como Chile. Y todo ello cuando el gasto social ha aumentado un 58% en la década de los 90 respecto a la década anterior.

Precisamente este periodo de los 90 generó las grandes emigraciones tanto interregionales como exteriores llegando estas últimas a representar en la actualidad una proporción superior al 13% del total mundial (ACNUR, 2006). Factores de "expulsión" de orden político o económico unidos a la demanda de mano de obra en países desarrollados y a la aparición de redes sociales fomentaron unas migraciones internacionales que tuvieron como primer destino Estados Unidos, para diversificarse más tarde y sobre todo después del

2000, hacia Europa –principalmente España-, Japón, Canadá, Australia e Israel. Países como México y Colombia tienen por encima de un millón de población emigrante, otros nueve superan el medio millón y sólo uno no llega a los 100.000. Señalamos en la siguiente tabla los datos referentes a los países de origen de nuestras informantes.

Tabla 5. Emigración en los países que constituyen nuestras unidades de observación en América Latina.

	Población total	Emigrantes (Porcentaje población país)	Emigrantes (Número por mil)
Total América Latina	523463	3,8	21381
Argentina	36784	1,4	507
Bolivia	8428	4,1	346
Brasil	174719	0,4	730
Colombia	42321	3,4	1441
Ecuador	12299	4,8	585
Perú	25939	2,4	634
Uruguay	3337	8,3	278

Fuente: MIGRACIONES INTERNACIONALES, DERECHOS HUMANOS Y DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA Y CARIBE. INFORME ACNUR (2006).

En un territorio donde conviven acuciantes desigualdades sociales dentro de las fronteras nacionales pero también entre estados –piénsese en Argentina o el mismo Brasil, llamado a situarse entre las cinco primeras potencias económicas mundiales en 2050, y en el otro extremo Haití, el país más pobre de todo el Hemisferio Norte- la ineficiencia de las políticas económicas y del gasto social han llevado en buena parte al agudo desencanto de la población con el sistema económico y político. Tras una historia marcada por el círculo vicioso dictadura-democracia-dictadura desde medio siglo atrás hasta hace apenas dos décadas y de forma progresiva, los países latinoamericanos han ido imponiendo la democracia como sistema de gobierno. No obstante, estos avances no han impedido que se repitan las tradicionales revueltas militares – que, a diferencia de tiempos pasados, no culminaron en una toma de poder en

III. Contextos

forma de dictadura- ni que se den revueltas civiles que han provocado el mayor número de rupturas constitucionales. En los últimos años quince presidentes no han acabado su mandato, algunos de los cuales mediante métodos violentos con la intervención de militares y quebrando procedimientos institucionales. Estos procesos inacabados de transición política han puesto de manifiesto la debilidad de las instituciones y de la democracia, desacentuando el distanciamiento entre Estado y sociedad. Este es el contexto en el que ha surgido lo que se ha venido a llamar como nuevo populismo o socialdemocracia criolla. Mayormente de izquierdas -con excepciones derechistas como la de Uribe en Colombia-, y con enfoques más moderados como Bachelet en Chile o más radicales como el gobierno antiliberal y antiamericanista de Chávez en Venezuela, están marcando el comienzo de lo que podríamos considerar como el cuarto y actual momento en la historia de la política económica de esta región con la nacionalización de empresas privadas y el mayor control del estado.

América Latina sobresale en el planeta por la amplitud y profundidad del mestizaje que ha protagonizado y su consecuente diversidad étnica. Académicos como LIZCANO (2005) han realizado estudios recientes en los que tratan de caracterizar la riqueza étnica de la región dividiéndola en diferentes sectores geográficos: el indoeuropeo (México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Ecuador, Perú y Bolivia), el afromestizo (Panamá, Colombia, Venezuela), el afrocriollo (Caribe hispanoamericano -Cuba, República Dominicana y Puerto Rico- y Lusoamérica -Brasil-) y el criollo (Argentina, Uruguay, Chile y Costa Rica). Si atendiéramos a esta clasificación podríamos decir que las procedencias de nuestras informantes estarían distribuidas entre los cuatro grupos de países y representan, a pequeña escala, la diversidad étnica que acabamos aquí de describir. Sin embargo, como veremos más adelante en la etnografía, todas ellas, una vez en España, se definen a sí mismas como latinoamericanas o latinas.

La mujer en América Latina

El contexto de transición de gobiernos autoritarios a gobiernos democráticos que comienza a finales de 1970 y se extiende durante la década de los 80⁹⁴ en Latinoamérica ha sido señalado como el punto de partida de los primeros planes y proyectos políticos que incluyen de forma explícita a las mujeres, tanto a nivel gubernamental como no gubernamental (LEÓN, 1993). No se trata de un hecho casual, ya que la región se encontraba bajo el clima favorable de la protección de Naciones Unidas y la transición coincidió con la reemergencia de los movimientos feministas⁹⁵ y el rápido crecimiento de organizaciones entre las mujeres pobres que vivían en las ciudades de la región (JAQUETTE, 1989). El derecho a voto de las mujeres había sido conquistado entre los años 1929 y 1961, fechas que se refieren al primer -Ecuador- y último -Paraguay- país latinoamericano en hacerlo, si bien la falta de correlación entre los indicadores económicos y educacionales y el derecho a voto se debía en su mayor parte a la extendida creencia de que las mujeres votarían por el *status quo* más que por el cambio y que su voto estaría bajo la influencia de la conservadora Iglesia católica (JAQUETTE, 1989).

Desde los años 60 la participación de las mujeres en el mercado de trabajo venía siendo creciente por razones culturales, económicas y por la mejora de su nivel educativo consecuencia de la ampliación durante este periodo de la educación secundaria y superior a amplios grupos de mujeres. Sin embargo, las segmentaciones sexistas de este mercado laboral hacen de las ocupaciones femeninas las de menor prestigio y remuneración. En una economía capitalista, las mujeres constituyen la mayoría de ese ejército de reserva presentando las mayores tasas de desempleo que se disparan en épocas de crisis económica. Esto va a suceder en la crisis de los 80 y en las subsiguientes, cuando la pobreza

⁹⁴ Sobre transiciones ver O'DONELL, GA., SCHMITTER, PC., WHITEHEAD, L. (1986), *Transitions from authoritarian rule: Prospects for democracy*, The John Hopkins University Press, Baltimore o MALLOY, JM. Y SELIGSON, M. (1987), *Authoritarians and Democrats: Regime transition in Latin America*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.

⁹⁵ La movilización política de la mujer tiene una larga historia en Latinoamérica. Desde las guerras de independencia con España a principios del siglo XIX a las guerras de guerrillas durante los 1960 y 1970, la mujer ha organizado huelgas, participado en manifestaciones y formado parte de partidos políticos incluso antes de haber adquirido el derecho a voto (JAQUETTE, 1989).

III. Contextos

se retrata con cara de mujer. Ante esta feminización de la pobreza, las mujeres van a encontrar una posible salida en la emigración que, junto con otras, va a configurarse como una vía de emancipación en una sociedad patriarcal creando nuevas imágenes sociales sobre las mujeres. No obstante, y a pesar del aumento de la incorporación de las mujeres al trabajo fuera de casa, el modelo familiar tradicional de la mujer destinada a labores domésticas y al cuidado de los hijos y del hombre como cabeza de familia con trabajo fuera de casa, ha sido el predominante en la sociedad latinoamericana aunque se encuentra hoy, como en otros países, bajo un proceso de transformación.

Relaciones de género y transformación de los roles en las mujeres en América Latina

El sistema de relaciones de género en esta región se caracteriza por evidentes permanencias de signo patriarcal y machista que, como BOZON Y HEILBORN (1996 *op. cit.* ROCA, 2008) han afirmado, se relaciona con el paisaje cultural mediterráneo por el acento puesto sobre el valor de la familia y sobre la noción de honor, por la rígida demarcación de los roles de género y el control de la conducta de las mujeres, en conclusión, por constituir un modelo jerárquico en el que lo masculino se identifica con la dominación y la actividad sexual y se opone a lo femenino que representa la sumisión y pasividad sexual (ROCA, 1996; BOURDIEU, 2000).

Entre las clases medias, fenómenos como el aumento de la tasa de actividad, los cambios producidos en la familia con la reducción de la fecundidad y la legalización del divorcio han renovado este cuadro tradicional de las relaciones de género y han difundido una ideología igualitaria defensora de un modelo más simétrico de pareja. La identidad de género de la mujeres -y la de los hombres- lucha por construirse nuevamente, por reconfigurarse ante la condición de vida en doble jornada -trabajo remunerado y trabajo doméstico-, tratando de lidiar con ese nuevo estereotipo conocido como *superwomen* que muestra a unas mujeres viviendo de forma exitosa y sin conflicto entre la carrera profesional y la familia, asumiendo todo tipo de exigencias y velando

por el cuidado de su imagen física y personal (GRACIA, 2002:366). Podríamos decir que este proceso de transición de género es común al que ocurre en España y que solo varía entre los países que forman esta región, y entre esta región y España, en grado e intensidad. En esta variabilidad tiene un gran peso la variable étnica, por lo que marcadas diferencias son esperables entre países como por ejemplo Argentina - con un 85% de población criolla- y Bolivia -con un 55% de la población indígena y un 28% de mestizos- (LIZCANO, 2005).

En unas sociedades con tal diversidad étnica -y a pesar de la heterogeneidad- resulta interesante señalar que algunos países han avanzado más en temas de igualdad de género que en igualdad de etnias. Es el caso de Brasil. Las mujeres indígenas, negras o afrodescendientes tienen en algunos contextos mejor posición que los hombres habiendo buscado activamente una posición autónoma en lo laboral (por mayores necesidades económicas) y sexual (contando con mayores tasas de madres solteras). En otros contextos, desafortunadamente mayoritarios, las mujeres indígenas están sometidas a una triple opresión: la de género, pero también la de clase social y etnia. En estos casos el sometimiento pasa por los abusos de los hombres de su propia comunidad y por la discriminación que sufren fuera de ella.

Ante tal riqueza étnica es esperable que los ideales de belleza corporal sean también diversos. La constitución más gruesa, el mayor IMC, el color de la piel y la estatura de buena parte de las latinas marcan una distancia del ideal Euro-Americano de mujer de figura esbelta y piel blanca. Muchas de ellas defienden y aceptan diferentes modelos culturales sobre el cuerpo, ofreciendo incluso resistencias ante el proceso homogeneizador que lleva a cabo la globalización y que convierte al cuerpo emaciado en único símbolo de salud y, sobre todo, de belleza. Sin embargo, la influencia de los medios de comunicación y de los discursos médicos sobre el cuerpo y el peso ha sido probada entre poblaciones urbanas de esta gran región de norte a sur, a la vez que comienza a detectarse entre población rural, incluso en aquellas consideradas como aisladas e inmunes a esta difusión de valores. Es el caso de las mujeres indígenas de varias comunidades de Sierra Juárez, en el estado mexicano de Oaxaca. Se trata de

III. Contextos

mujeres con doble o triple jornada dividida entre el cuidado del hogar, la elaboración de productos artesanos y su posterior venta, que viven principalmente en casas de tierra, lámina o cemento y donde algunas poseen radio o televisión. Entre ellas se ha llegado a detectar recientemente hasta un 50% de anhelo por la delgadez corporal, e incluso un caso en el que una mujer practicaba el vómito y la diarrea para bajar de peso (PÉREZ-GIL Y ROMERO, 2008). En este caso parece haber sido el discurso médico nutricional el que ha llevado a las mujeres hacia la incorporación de la idea del cuerpo delgado como deseable.

Europa del Este: Rumanía

Tras la II Guerra Mundial y un corto periodo de alianza con la Alemania nazi, las tropas soviéticas entran en Rumanía en 1944 situando al país bajo la esfera de influencia de la Unión Soviética. Si con el mandato del líder comunista Georghe Georghiu-Dej (1958-1965) se inició un periodo de cierta independencia y resurgimiento del sentimiento nacionalista, fue con Ceaucescu (1967-1989) como presidente de la República Comunista de Rumanía y su política independiente cuando el país se acercó más a Occidente. Ceaucescu desafió a la Unión Soviética al promover la disolución del Pacto de Varsovia y criticar las intervenciones soviéticas en Checoslovaquia y Afganistán. Sin embargo, este acercamiento, que tiene lugar durante la primera etapa de su gobierno, se va ir deshaciendo a medida se fue acercando al modelo coreano de culto a su persona. No obstante, su posición independiente en las relaciones internacionales le valieron la participación en los Juegos Olímpicos de 1984 en Los Ángeles, y no por casualidad, fue el primer país del bloque del Este en tener relaciones oficiales con la Comunidad Europea.

Durante el gobierno de Ceaucescu Rumanía disfrutó de un período de pleno empleo que es interrumpido en los años 80 durante el intento del presidente de acabar con la deuda externa mediante la aplicación de una política de racionamiento que sumerge al país en un caos, levanta fuertes revueltas

anticomunistas y finaliza con la ejecución del dirigente y su esposa en 1989. Tras la caída del muro, el país inaugura un periodo democrático pasando a formar parte el 1 de enero de 2007 de la Unión Europea, después de 17 años de la instauración de la democracia en el país.

Una población que había conocido el pleno empleo tanto como unas condiciones pésimas de vida durante el gobierno de Ceaucescu pusieron toda su esperanza de recuperación en la apertura hacia una nueva economía y modelo político. Sin embargo, en esta parte oriental de Europa los efectos negativos de la globalización adquirieron dimensiones inusitadas. La instauración del capitalismo lejos de ser paulatina constituyó un salto brusco del socialismo al capitalismo salvaje. Según Naciones Unidas “Las cifras muestran que son los cambios más rápidos jamás registrados. Esto es dramático y ha acarreado un costo humano elevado” (PNUD, 1999: 39). Según LLIBERT FERRI (2006), la repentina tercermundialización causó en los primeros años de transición la muerte de diez millones de personas en el territorio de la antigua URSS, mayoritariamente hombres jóvenes, datos que confirma un informe de Naciones Unidas (1999) que atribuye estas muertes por alcoholismo, violencia y enfermedades a las pésimas condiciones de vida que trajo la transición hacia el capitalismo neoliberal.

Entre 1990 y 2002, el PIB por habitante de los países de Europa del Este disminuyó un 10% mientras que aumentó en un 27% en países de nivel comparable (PNUD, 2004), lo que representa una pérdida efectiva de casi 40%. Rumanía ha conocido -más que otros países postcomunistas- una profunda y prolongada crisis que se manifiesta en la drástica reducción de la producción y el empleo, la inflación galopante y el aumento de las desigualdades sociales (VIRUELA, 2006). Se perdieron dos millones y medio de puestos de trabajo en tan sólo una década -afectando principalmente a la industria siderúrgica-, y según organismos oficiales a finales de los 90 el porcentaje de pobres oscilaba entre un tercio y la mitad de la población.

A pesar de que en los últimos años se han logrado importantes éxitos económicos como la reducción de la inflación y un crecimiento económico por

III. Contextos

varios años consecutivos, éstos no han tenido su reflejo sobre la mejora de las condiciones de vida de la población. Aún hoy obtener el sustento diario es un grave problema para muchos ciudadanos que se apoyan en la solidaridad familiar, en los ingresos que proporciona la economía sumergida o se refugian en el sector agrícola, en zonas rurales, donde la posibilidad de supervivencia es mayor (BOIA, 2003; SANDU, 2005).

En una economía basada principalmente en el sector agrícola y de servicios, según BOIA (2003) el nivel de instrucción y formación de la sociedad es muy superior al de sus condiciones materiales de vida. La migración está tan extendida en zonas rurales como urbanas, entre el campesinado y profesionales cualificados que han perdido sus trabajos o los abandonan con el objetivo de conseguir fuera de Rumanía una mejor calidad de vida (VIRUELA, 2006).

Respecto a su composición étnica, según resultados del censo de 2002 (INSTITUTUL NATIONAL DE STATISTICA, Rumanía, 2002) la población de 21,698.181 millones de habitantes está compuesta por rumanos (89.5%), húngaros (6.6%), gitanos (2.5%), alemanes (0.3%), ucranianos (0,3%) además de búlgaros, croatas, serbios, rusos y turcos. El 86.7% profesan la religión cristiana ortodoxa (iglesia rumana). Minoritarias aunque con cierto peso son la católica (4.7%) y la protestante (3.2%).

Las mujeres en la transición del comunismo al capitalismo

En los inicios del siglo XX, al igual que en los países occidentales, las mujeres del Este estaban supeditadas a un modo de vida patriarcal en el que no participaban en la vida cultural ni política, considerándose la casa como su entorno natural. Tras la revolución bolchevique en Rusia y la II Guerra Mundial en el resto del Este de Europa, la necesidad de incrementar la fuerza de trabajo para desarrollar una industria pesada así como la defensa del estado y el sector público llevó a una masiva incorporación de las mujeres al mercado laboral. La sociedad se encargó de crear toda una infraestructura económica –guarderías, escuelas, un complejo sistema de bajas, concesiones y permisos- dirigida a

animar a las mujeres a trabajar fuera de casa. Lo que las feministas en Occidente habían estado luchando por tanto tiempo se convirtió en una realidad casi del día a la noche en el Este de Europa (YOUNG, 1996 op. cit. CATINA Y JOJA, 2001). Clara Zetkin subrayaba la afinidad entre los proyectos feminista y socialista. La mujer trabajadora socialista era madre, esposa, activista política, y lo que equivale a esta última, profesional, ya que contribuía con su fuerza de trabajo al proyecto nacional. El estrés derivado de su doble rol -madre y trabajadora- no era desconocido para ellas aunque por otra parte no existían agudas diferencias en los roles sociales que se demandaban para cada uno de los géneros, mujeres y hombres compartían las mismas responsabilidades, y la ideología del partido restó importancia a las viejas nociones de feminidad. Con pequeñas variaciones entre los países, la mujer era un ser libre, podía tener hijos incluso fuera del matrimonio, tenía derecho a abortar, a divorciarse y podía denunciar casos de violencia doméstica (ROCA, 2008). Esto fue así para cuatro generaciones en la Unión Soviética y dos generaciones en el Este de Europa.

La imagen simbólica de esta nueva mujer va a ser la de una mujer robusta con cara entusiasta, levantada y firme. Bajo el realismo socialista⁹⁶ se la representaba como una estudiante de éxito, académica universitaria, campesina colectivista o trabajadora cualificada en una planta industrial (CATINA Y JOJA, 2001). Su físico y belleza sensual fue redefinida por la ética comunista en forma de sobria simplicidad. Varias investigaciones comparativas (CATINA *et al.*, 1996; CATINA *et al.*, 1997; VON WIETERSHEIM & PECOVÁ, 1998 op. cit. CATINA Y JOJA, 2001) entre estudiantes de Europa del Oeste -alemanas- y del Este -checas, rumanas y búlgaras- sobre el papel del atractivo femenino resultaron en la definición de atractivo basada exclusivamente en la apariencia física por parte de las alemanas, mientras el otro grupo lo describió en términos de atributos sobre la inteligencia social y mental sin ni siquiera mencionar razones estéticas.

Tras 1989, uno de los efectos colaterales más dramáticos de la liberalización económica fue el desempleo. Rápidamente la presencia de las mujeres en la fuerza laboral se volvió indeseable. El recorte en el gasto social acabó con toda

⁹⁶ Corriente artística surgida en la década de 1930 en la Unión Soviética.

la infraestructura que sustentaba su vida laboral. En este contexto económico, las percepciones sociales y las expectativas sobre el rol de las mujeres cambiaron inevitablemente reduciendo nuevamente su entorno al del hogar. Una re-patriarcalización de la sociedad que llevó a la anulación de los derechos económicos y sociales adquiridos, y convirtió la violencia doméstica en un gran problema de las sociedades en transición según hablan las estadísticas. El estatus social y económico de las mujeres en Europa oriental ha empeorado por estas y otras razones (ĐURIĆ KUZMANOVIĆ y DOKMANOVIĆ, 2004):

- La quiebra de las empresas estatales (se despide mayoritariamente a las mujeres)
- El hecho de que las mujeres sean más propensas que los hombres a aceptar malas condiciones de trabajo (la economía informal)
- Las mujeres están excluidas del proceso de privatización: son muy pocas las que son propietarias de empresas (suelen ser empleadas)
- Las mujeres poseen menos terrenos e inmuebles que los hombres
- El aumento de pobreza afecta a las mujeres siendo especialmente invisibles las más vulnerables como las madres solteras, mujeres de las zonas rurales, ancianas, amas de casa.
- Las mujeres están a menudo excluidas de lugares de toma de decisiones (la disminución del número de mujeres en el Parlamento y en otras instituciones del Gobierno).
- La discriminación y la violencia hacia las mujeres crecen. Aunque *de jure* existe igualdad de género, *de facto* las leyes no se cumplen.
- Los políticos y los medios de comunicación muestran escasa consciencia sobre la problemática de género.

Si definimos *transición* en términos de SAMPSON (1995) como la percepción que tienen las personas de lo que el mundo ofrece y cual es el lugar que ocupan en él, podemos decir que las mujeres del Este europeo se encontraron atrapadas en su búsqueda entre ambivalentes modelos de género. Los nuevos modelos occidentales, especialmente de Estados Unidos, igualaban feminidad con atractivo físico. Este momento es considerado como la “re-entrada del cuerpo”

en la definición de género. El atractivo físico visto como un vehículo para la movilidad social tuvo sus repercusiones. Por una parte, despertó en algunas mujeres la necesidad de invertir en sus cuerpos para moldearlos en busca de una nueva identidad acorde con la nueva realidad económica en la que vivían (SVENDSEN, 1996). Pero otras mujeres ofrecieron una resistencia pasiva llevándolas incluso en algunos casos a retirarse de la *arena* pública. Hoy, la población joven se socializa entre el sistema de género impuesto en la sociedad y que sigue los ideales occidentales, y los valores de rol que las mujeres mayores de su familia le transmiten de la etapa comunista y de la transición.

África: Marruecos y Angola

La pobreza no es exclusiva del mundo en desarrollo pero si hemos de situarla en un continente nadie dudaría en mencionar África. África es el continente más pobre y con un mayor número de países en conflicto del planeta. Contrariamente a nuestro imaginario, esta situación es relativamente reciente: mientras que en 1980 Asia concentraba el 64% de la pobreza mundial - repartiéndose África y América Latina el restante 36%-, en 1995 Asia y África se repartían a partes prácticamente iguales el 90% de la pobreza mundial (PNUD, 1990). Desde entonces, la lista de países que caen bajo el indicador de índice de desarrollo humano (IDH) bajo, esto es, menor a 0,5, ha estado compuesta básicamente o totalmente por países africanos (PNUD, 1990, 2005, 2009).

Angola, país subsahariano y antigua colonia portuguesa, ha estado sumida en una larga guerra civil desde su independencia en 1975 hasta el año 2002, provocando, sobre una población de aproximadamente trece millones de habitantes, un millón de muertos o mutilados, unos cuatro millones de desplazados internos y otros tantos que lograron cruzar sus fronteras. Veintisiete años de guerra civil entre dos grupos político-militares: el Movimiento Popular para la Liberación de Angola (MPLA) apoyado por Cuba y la Unión Soviética, y la Unión Nacional para la Independencia Total de Angola (UNITA) apoyado por Sudáfrica y Estados Unidos. Aunque en 1991 se

III. Contextos

ratifica un acuerdo de paz entre ambos, se promulga la nueva Constitución de la República de Angola y se convocan elecciones, la UNITA vuelve a la lucha armada desatando de nuevo la guerra civil en 1993. Ésta continua hasta la muerte del líder de UNITA Jonash Savimbi en 2002 cuando se acuerda de nuevo un alto al fuego. En 2008 se celebran las segundas elecciones de la historia del país saliendo como ganador el MPLA.

A principios de los 90 cuando nuestra informante y su familia va a emigrar, Angola, junto a Mozambique, ocupaban los dos puestos más altos en mortalidad infantil (172/1000 niños nacidos) (PNUD, 1990). Un país con recursos minerales como petróleo y diamantes, ha tenido una industrialización casi nula producto de la larga historia de guerra. La mayoría de la población se ha dedicado a la agricultura y ganadería de subsistencia mientras que las oligarquías nativas ostentan la producción de cacao, café, maíz y algodón. A pesar de que los últimos años, producto sobre todo de la situación de paz, ha experimentado un auge económico⁹⁷, seguimos hablando de un país subtropical expuesto a epidemias de enfermedades contagiosas que lastran su desarrollo, de un territorio plagado de minas antipersona y de una sociedad donde los derechos humanos son sistemáticamente vulnerados. Según un informe de HUMAN RIGHTS WATCH de 2007 tras el fin de la guerra civil el gobierno ha desalojado por la fuerza a miles de residentes de la capital, Luanda, dejándoles sin hogar.

Hay seis grupos étnicos bien definidos: ovimbundu, kimbundu, bakongo, tucokwe, vangangela, vanyaneka. Umbundu es la lengua más utilizada, el portugués es lengua oficial y también predominante. Además de credos tradicionales, la mayoría de la población angoleña es cristiana, repartida entre católicos y protestantes.

Marruecos es uno de los cuatro países norteafricanos que pertenece al Magreb. Consigue su independencia de Francia y España en 1956 cuando se instaura como monarquía constitucional y con derecho divino, proclamándose rey

⁹⁷ Su Índice de Desarrollo Humano (IDH) ha pasado del puesto 160 al 143 de un total de 177 países evaluados en el informe en 4 años (PNUD, 2005,2009).

Hassan II, poco amigo de la democracia. El gobierno marroquí ha estado marcado principalmente por el malestar político. A principios de los 80 se dan fuertes revueltas por la subida de precios que acabarían con muertos en las calles. A partir de 1985 la situación se haría crítica y las huelgas y manifestaciones se sucederían tras el aumento del paro, la depreciación de su moneda, la fuga de capitales y los recortes en las subvenciones. Con la muerte de Hassan II y la subida al trono de su hijo Mohamed VI se abrieron en la sociedad expectativas de cambio. El rey tiene un gran peso político y religioso (poder temporal y espiritual), reina y gobierna (CARMONA, 2007). Marruecos se inspira en un Islam conservador pero al mismo tiempo se halla en un contexto de descomposición de los valores culturales tradicionales. La globalización impulsa hacia el progreso y la libertad pero persiste un régimen dictatorial con pocas políticas sociales.

Ciertamente y según datos de la FAO algunos indicadores de salud han mejorado en el país en la segunda mitad del siglo XX por las mejoras en alimentación y en condiciones sanitarias. La esperanza de vida ha aumentado dos años hasta llegar a los 67,5 en una década, y, la mortalidad infantil ha pasado de 85/1000 en 1990 a 43/1000 en 2003. Sus recursos naturales más preciados -fosfato y petróleo- no han contribuido más que a alimentar conflictos. Sin embargo perdura la crisis económica -y el desequilibrio social- en un país que afronta una fuerte deuda externa y depende de una agricultura que padece sequía. El sector agrario constituye de un 12 a un 20% del PIB con variaciones dependiendo de factores pluviométricos.

Los cambios se desarrollan con extremada lentitud, lo que en algunas personas provoca incomodidad y un fuerte deseo de escapar de esa situación y de encontrar un futuro mejor. Facilitada por su cercanía geográfica a Europa, la migración es una estrategia de movilidad social muy practicada por la población marroquí. Además, a partir de los años 80 Francia y España promueven políticas de reagrupación familiar que llevan a ciudadanos a abandonar el país para reunirse con sus familiares en el exterior.

III. Contextos

Con una población de más de treinta millones de habitantes, la mayoría son árabes o bereberes aunque también existe una minoría sefardí y de europeos. La religión islámica es la predominante (98%), fundamentalmente sunníes, y muy minoritaria es la judía, cristiana y otros cultos.

Las mujeres en el África subsahariana

La escasa información registrada en la literatura sobre la condición de las mujeres angoleñas no ayuda a despejar ciertas dudas, aunque representa un dato en sí mismo. En el caso de Mozambique encontramos algo más pero, aunque tomaremos algunos datos como referencia debido a su historia común de colonización portuguesa, hemos de tener en cuenta que las realidades de ambos países contienen importantes diferencias. Según QUEIROZ (2007) los derechos de las mujeres estipulados en las constituciones de Angola y Mozambique son idénticos pero las diferencias son notorias en perjuicio de Angola donde la situación de las mujeres es la última de las preocupaciones del gobierno⁹⁸. DE CARVALHO (2007) afirma “la legislación es un instrumento a favor de la igualdad de géneros pero en el caso de Angola la mujer debe exigir la aplicación práctica de la ley”. Ha sido ampliamente documentado que el cambio socioeconómico y la ruptura de instituciones sociales en el África Subsahariana han dejado a las mujeres en una situación de desventaja y vulnerabilidad con cada vez más cargas y responsabilidades (BOSERUP, 1980). La mayor vulnerabilidad de las mujeres en lo social y en lo económico está servida en concreto en un país que se sitúa al límite de todas las pobrezas. La brecha que se abre entre la mujer rural y la urbana sigue creciendo dejando a la mujer en el campo viviendo “bajo el yugo de las tradiciones, costumbres y ciertos ritos que violan sus derechos, encerrada en un mundo que no le permite cambios” (DE CARVALHO, 2007). Aunque existe una franja de mujeres que están

⁹⁸ Mozambique en cambio es uno de los 15 países del mundo con mayor representación femenina en el parlamento (más de un 35%). En los últimos años, diversas organizaciones, grupos de intelectuales, juristas y sociólogos han realizado un excelente trabajo en el campo de la igualdad de géneros (QUEIROZ, 2007). Una de las razones apuntada por GRASSI (op cit en QUEIROZ, 2007) es el hecho que Angola acabó la guerra civil diez años más tarde que Mozambique por lo que éste le lleva una década de, lo que podría considerarse, ventaja.

obteniendo el acceso a la educación y al empleo, aún constituyen una parte muy minoritaria de la población.

Existe una amplia literatura gris surgida en su mayor parte de proyectos dirigidos a combatir el VIH en otros países del África Subsahariana -como Mozambique, Sudáfrica o Tanzania- que analizan aspectos de sexualidad y género (ARTHUR Y OSORIO, 2002; GONZÁLEZ, 2009). Según estos estudios la fertilidad en África sigue siendo un aspecto importante de la valoración femenina. Encuestas llevadas a cabo entre jóvenes muchachas de áreas rurales y urbanas de Mozambique revelan que sus expectativas se basan en conseguir un buen marido y tener hijos (TAIMO, 1994 *op. cit.* GONZÁLEZ, 2009).

El cambio socioeconómico en zonas rurales y urbanas del África Subsahariana ha desestabilizado unas identidades de género que se encuentran en periodo de reestructuración. Por una parte, las mujeres intentan ganar una libertad sexual y de acción que se traduce, por ejemplo, en el comienzo del cambio de actitud constatado entre jóvenes que utilizan servicios de planificación familiar y expresan su deseo de disminuir el número de hijos que quieren tener (BARDALEZ, 1997). Por otra parte, la pérdida de poder del hombre ha resultado en una falta de valor y autoestima. Con el desempleo y la incapacidad de cumplir con las expectativas y roles sociales, los problemas de identidad y autoestima masculinas cristalizan en sus relaciones con el sexo opuesto. Relaciones sexuales con múltiples parejas y un comportamiento sexual agresivo, parece que han llegado a ser esenciales para reforzar la masculinidad y la autoestima.

La poligamia, practicada en Mozambique tanto como en Angola, es aceptada por las mujeres debido a su dependencia económica, cultural y social (ARTHUR Y OSORIO, 2002). Las mujeres son generalmente casadas mediante negociación -muchas veces en matrimonios prematuros que obligan al abandono escolar-, y no son excepciones los episodios de abusos sexuales -perpetrados por colegas, profesores o padres (por indicación del curandero), utilizándolas para la prostitución en zonas de frontera- o de violencia sexual sea en la forma de

III. Contextos

insultos y acusaciones o como obligación a mantener prácticas sexuales sin protección (GONZÁLEZ, 2009).

Existe la creencia en la sociedad mozambiqueña de que el cuerpo de la mujer es sucio y por ello puede albergar más enfermedades que el del hombre. En varios países del África Subsahariana se culpabiliza a las mujeres por ser vector de transmisión de la enfermedad del VIH⁹⁹. La vagina, como orificio interno, oscuro y húmedo, ha sido metafóricamente representada como una incubadora natural para los gérmenes del VIH (LECLERC-MADLALA, 1999, 2001).

Las mujeres en el Islam Marroquí

La cultura arabobereber, musulmana y norteafricana del reino Alauí es patriarcal. El modelo tradicional de género sigue vigente hoy en día, son ellas las que se quedan en casa con la familia, las que sufren mayores tasas de paro. Las mujeres marroquíes tienen un acceso muy limitado respecto a los hombres al mercado laboral y a la educación formal, si bien éste último es cada vez mayor. Las mujeres son controladas y vigiladas para salvaguardar el honor familiar: la custodia de la propia virginidad hasta el matrimonio, y en él, la fidelidad conyugal de la mujer es obligatoria. A los hombres por el contrario se les anima a ser “viriles” lo cual se demuestra con una extensa actividad sexual y con una amplia gama de compañeras sexuales (CARMONA, 2007). La religión musulmana, base de la sociedad marroquí, se centra en la distinción entre los antónimos: *halal* (lo permitido) y *haram* (lo no permitido). La mala acción se paga con el rechazo social por lo que la actuación ilícita debe ser sigilosa y ocultada.

La llegada de Mohamed VI al poder ha supuesto sin embargo un gran adelanto en materia de igualdad de género y derechos humanos para las mujeres. Su reforma del Código de Familia y del Estatuto Personal ha acabado -al menos legalmente- sólo en fechas tan recientes como el año 2004 con la poligamia, el tutelaje del padre o hermano mayor sobre las mujeres no casadas, ha

⁹⁹ Zaire (SCHOEPF, 1992); Uganda (OBBO, 1993, 1995); Mozambique (GONZÁLEZ, 2009).

aumentado la edad mínima para contraer matrimonio de los 15 a los 18 años, y ha otorgado a las mujeres el derecho a solicitar, en las mismas condiciones que el hombre, el divorcio y la custodia sobre los hijos, para lo cual se establecen juzgados de familia.

Respecto al cuerpo, las mujeres marroquíes tienen una concepción derivada de una cultura con marcados matices religiosos que ha convertido al cuerpo femenino en un bien a salvaguardar y ocultar en contraposición a su uso, como ocurre en otras culturas, como objeto de exhibición conllevando un marcado carácter sexual (GRACIA *et al.*, 2005). En la concepción musulmana al cuerpo se le presta una atención constante debiendo ser cuidado mediante una higiene alimentaria y una limpieza externa que obtienen el significado de purificación. Esto es así para ambos sexos pero a las mujeres se les atribuye la belleza corporal y se les impone la necesidad de esconderla pues de lo contrario provocarían *fitna*, es decir, el caos derivado de la seducción sexual, un caos que es concebido como peligroso ya que sitúa a la mujer como sujeto agente y al hombre como sujeto paciente (CARMONA, 2007). Este ocultamiento del cuerpo se refleja en un vestido tradicional que oculta sus atributos sexuales, lo que podría llevarnos a pensar que sus formas, tamaños y pesos no estén sometidos a la misma vigilancia que en otros países que rinden culto a un determinado canon estético corporal. De hecho, las mujeres marroquíes resaltan todavía la asociación entre delgadez y enfermedad y como Fátima MERNISSI describe en su libro *El harén en Occidente* la delgadez se asocia a una vida cargada de problemas y preocupaciones mientras que “estar rellenita es señal de que la mujer ha logrado controlar su destino” (MERNISSI, 2001: 46).

CONTEXTO DE IN-MIGRACIÓN

España, un país tradicionalmente emisor de migrantes que durante los siglos XIX y XX tenía como metas míticas América y algunos países de Europa como Alemania o Francia, y como menos míticas, áreas de desarrollo industrial o de servicios de la propia Península, se transforma durante las últimas décadas de

III. Contextos

nuestro tiempo en un país receptor de población inmigrante, o como bien refiere SANTAMARÍA (2002) ha pasado de ser “país de emigración a un país de inmigración”. Pero ha sido la velocidad y la magnitud de este proceso de cambio lo que lo hace único entre el resto de los países de Europa donde las migraciones interestatales estuvieron ligadas a los procesos de descolonización y las dobles nacionalidades operan ya con una larga trayectoria. En nuestro país, en menos de una década, la proporción de inmigrantes en algunas Comunidades Autónomas ha superado magnitudes de países con pasado poscolonial sin que los institutos de demografía, que contaban con un estancamiento demográfico, lo hubieran previsto ni las autoridades estatales y autonómicas respondieran con agilidad a tal desafío, sobre todo, en provisión de servicios sanitarios y educativos (COMELLES Y BERNAL, 2007).

España: Marco político y económico

Las razones por las que España se convierte en un polo de atracción de inmigrantes tienen que ver con un contexto económico-político internacional y local que llevaron a este país a un progreso sin precedentes. La imagen de España como un país pobre, “atrasado” y de emigrantes ha ido cambiando de forma constante y también acelerada durante las últimas décadas del pasado siglo. El fin de la dictadura franquista, con casi 4 décadas de duración, y la transición a un sistema de gobierno democrático inauguraron una etapa de cambio que permitió un desarrollo económico y social que, aún con sus variaciones, ha transformado la imagen de este país.

Gráfico 4. Mapa de España por Comunidades Autónomas



Si atendemos al contexto político, con las primeras elecciones democráticas en 1977, se han dado cuatro periodos de alternancia política. De 1977 a 1982 gobierna la Unión de Centro Democrático (UCD), redactándose en 1978 la Constitución Española que lleva a una transformación profunda de estructuras políticas y marcos legales. Desde entonces el gobierno ha estado en manos de una bicefalia entre los dos partidos políticos mayoritarios en la escena nacional, el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) en la izquierda, y el Partido Popular (PP) en la derecha. De 1982 a 1996 gobierna el PSOE, pasando ese año a ser elegido el PP que permanecerá en el poder durante los siguientes 8 años. En el año 2004 el PSOE vuelve a ganar las elecciones, siendo reelegido para la presente legislatura en el 2008.

En cuanto a la economía, tras el periodo recesivo (1975-1984) que siguió al fin de la dictadura y que estaba relacionado con la crisis internacional del modelo de acumulación vigente, siguieron dos etapas de expansión interrumpidas por un corto periodo recesivo a principios de los años 90. En la primera etapa de expansión (1985-1991) tiene mucho que ver la apertura exterior y el ingreso de

España en la Comunidad Económica Europea, mientras que la segunda (1994-2007) se caracteriza por un fuerte componente especulativo en el que el patrimonio inmobiliario y los activos financieros son revalorizados muy por encima de la economía productiva, incrementándose el PIB durante este periodo en un 70%. La desigualdad patrimonial entre ricos y pobres se amplió en los años de mayor crecimiento especulativo (2002-05) un 23% (COLECTIVO IOE, 2008b), situación claramente desfavorable al comienzo del nuevo periodo recesivo en el que aún nos encontramos. En 2008 España sufre la mayor caída del PIB coincidiendo con la crisis financiera internacional.

En cuanto a la composición del mercado laboral, desde el fin de la dictadura los sectores agrícola e industrial han ido disminuyendo progresivamente a favor del sector servicios y de construcción, ambos especialmente sensibles a los cambios en los ciclos económicos. Algunas de las características del mercado laboral son las altas tasas de empleo temporal y el importante volumen de empleo sumergido que ha llegado a situarse en un 23% del PIB (VELLISCA, 2003). Las tasas de desempleo, como es de esperar, han sufrido grandes variaciones acordes con los momentos de bonanza y crisis económica.

Tabla 6. El paro en España (1975-2009)

	1975	1984	1990	1994	2005	2008	2009
Tasa de Desempleo	4.66	20.14	16.18	24.08	9.16	11.34	18.01

Fuente: INE, Encuesta de Población Activa, varios años.

El orden económico neoliberal está unido a una fuerte tendencia a la precarización de los mercados de trabajo y, para competir en él, la lucha contra la inflación, el déficit público y el endeudamiento de las administraciones públicas han mantenido a este país en la cola de los estados de bienestar europeos. De las tendencias de privatización de los servicios públicos de los Estados, en España sólo se han salvado educación y sanidad, si bien se está llevando a cabo un proceso de dualización que permite a las personas con mayores ingresos optar por prestaciones privadas de estos servicios.

España como país de Inmigración

Marco legal de la inmigración

Es a partir de los años 80 que España elabora por primera vez unas leyes de extranjería y asilo político. Hasta entonces regían la entrada de inmigrantes al país un amplio conjunto de leyes y decretos faltos de cohesión, que incluían unos privilegios específicos para aquellos que procedían de las excolonias y que respondían a una política de compensación basada en responsabilidades históricas (FORO PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS INMIGRANTES, 1997). Por ejemplo, muchos de los exiliados por la dictadura militar instaurada en Argentina en el año 1976 vinieron a vivir a España si bien su situación legal no contaba con el estatuto de refugiado y, por tanto, con el beneficio de los derechos sociales que de tal estatuto se derivan y que se daban en otros países de Europa. Es el caso de Marcelo, uno de los informantes.

Sobre las políticas de asilo, en 1978, culminando el periodo de transición, España acepta la Convención de Ginebra y en 1994 se convierte en miembro del Comité Ejecutivo del Alto Comisionado. Con tres leyes de Asilo¹⁰⁰ en 25 años, la primera aprobada en 1984, la segunda en 1994, y la tercera a punto de ser aprobada por el Senado, lo cierto es que España nunca ha destacado por ser un país de acogida de refugiados: en lo teórico, por lo restrictivo de sus leyes, pero sobre todo en la práctica, por la vulneración de los procesos administrativos mediante los que se opta a la petición de asilo, denunciados por Amnistía Internacional en repetidas ocasiones¹⁰¹. Otro dato, desde que entró en vigor la primera ley de asilo, el porcentaje anual de solicitudes aprobadas nunca ha superado el 10% de las peticiones (www.unhcr.org).

¹⁰⁰ Ley 5/1984 reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, Ley 9/1994, y la tercera que está en trámites de aprobación y que reforzará las garantías del proceso de petición de asilo.

¹⁰¹ AMNISTÍA INTERNACIONAL (2001). *Asylum in Spain: an obstacle course*.

III. Contextos

En el mismo periodo se han elaborado tres leyes de extranjería. La primera de ellas en 1985, bajo el gobierno socialista y se redacta como respuesta a peticiones europeas que buscaban prevenir al país de convertirse en objeto de una avalancha de inmigración por su posición de puerto de entrada, un paso previo a la entrada de España en la Comunidad Europea,. El resultado fue una ley¹⁰² que sobredimensionaba el problema al aplicar una óptica europea más que española, cuando la población extranjera apenas representaba el 0.6% de la población total (SUBIRATS Y BADOSA, 2002). Las consecuencias fueron el establecimiento de una bolsa de población irregular que marcaría una constante en la política migratoria de este país, una cadena de tres eslabones que se suceden constantemente: regulación, irregularidad, regularización (SUBIRATS Y BADOSA, 2002). La L.O. 4/2000 fue la cristalización de los esfuerzos que comenzados años antes intentaban mitigar los efectos de tan estricta y excluyente legislación cuando la realidad era una inmigración que crecía a una velocidad de un 10% anual desbordando previsiones de organismos oficiales y agentes sociales. Esta segunda ley, una de las más progresistas de Europa, se aprobó con la oposición del Partido Popular que, al obtener la mayoría absoluta en las elecciones de ese mismo año, la reformuló de manera nuevamente restrictiva. La nueva Ley 8/2000 criminaliza y margina al inmigrante irregular cuya cifra se estima que sobrepasaba con creces los 100.000 en el país ese año, al calcularse en base a las solicitudes de regularización denegadas. En esa misma legislatura la ley sufre dos modificaciones, ambas en el año 2003, Ley Orgánica 11/2003 y 14/2003, y en el año 2004, con la vuelta al gobierno del Partido Socialista, se aprueba un reglamento que intenta reorientar la citada ley y abre un nuevo proceso de regularización. Con este ya sería el quinto contando el de 1991, 1994, 2000 y 2001. El Partido Socialista fue reelegido en la candidatura del 2008, sin embargo la crisis financiera internacional con sus repercusiones dentro de nuestras fronteras obligaron al gobierno a plantear nuevas fórmulas que previnieran la creación de bolsas de pobreza y marginación entre los inmigrantes que comenzaban a perder sus trabajos. Una de las medidas fue la

¹⁰² Ley Orgánica 7/1985 sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España.

puesta en marcha a finales de 2008 de un programa de retorno asistido específico para la situación de crisis que facilita el retorno a trabajadores extranjeros en paro con derecho a prestación por desempleo¹⁰³.

Composición de la población inmigrante en España

En la composición de los extranjeros en España los *refugiados* políticos nunca han tenido un peso relevante. Esto nos diferencia de países norte europeos que aún hoy utilizan la palabra “*refugee*” o “*asylum seeker*” como sinónimo de inmigrante en el país (BERNAL, 2003). Hasta la mitad de los 90 España era un “trampolín” donde solicitantes de asilo mayoritariamente procedentes de Irán, Irak y países del Este de Europa residían temporalmente mientras sus casos eran procesados para su reasentamiento definitivo en otros países.

Otro perfil de la inmigración en España es la de los *jubilados* europeos. Se trata de un tipo de inmigración surgido a finales de los años 80, especialmente tras la entrada en la Unión Europea, y que se va a ir afianzando con el paso de los años. Procedentes en su mayoría de clases medias y medias altas, las condiciones económicas, niveles culturales y planes migratorios de esta población que busca un lugar donde disfrutar de unas largas e indefinidas vacaciones, apenas ha suscitado debate político¹⁰⁴.

Este debate va a surgir con la llegada del *proletariado inmigrante* que es básicamente la población a la que nos referimos cuando hablamos del fenómeno de la inmigración en España, sobre todo, por su magnitud. Sus inicios se sitúan en los años 70 cuando las consecuencias de la crisis económica internacional hizo que los países del norte de Europa restringieran la entrada a una inmigración que cambió sus destinos por los países del sur. Estos flujos van a continuar hasta acelerarse especialmente a finales de la década de los 90 y

¹⁰³ A marzo de 2009 las solicitudes presentadas eran solamente 3699, habiéndose resuelto favorablemente el 62% (SECRETARÍA DE ESTADO DE INMIGRACIÓN Y EMIGRACIÓN, 2009).

¹⁰⁴ La provisión de servicios de salud a esta población envejecida ha sido objeto de debate en Comunidades Autónomas de especial concentración como la Comunidad Valenciana. Para un análisis en profundidad ver HURTADO, I. (2010), *More to Life. Envejecimiento y cuidados en la migración internacional de retiro a la Costa Blanca (Alicante)*, Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili.

III. Contextos

principios del nuevo siglo. Así desde 1996 hasta finales de 2008 el número de residentes inmigrantes se ha multiplicado por ocho, llegando a los 4.473.499 millones de personas, lo que representa un 9,5% de la población total de España (ANUARIO ESTADÍSTICO DE INMIGRACIÓN, 1996, 2008). Su distribución en el territorio nacional es desigual, concentrándose en el arco Mediterráneo, en Madrid y en las comunidades insulares.

En cuanto a las nacionalidades de los recién llegados, se pueden distinguir diferentes tendencias. En los años 90, la nacionalidad más numerosa era la marroquí, seguida por nacionalidades comunitarias -a la cabeza de las cuales estaba Reino Unido-, que terminaban conformando más del 50% de los inmigrantes. Aunque seguida muy de cerca por africanos e iberoamericanos, la inmigración comunitaria va a ser la principal hasta 2003 cuando es superada por la masiva llegada de latinoamericanos. Las principales nacionalidades latinoamericanas han sido Ecuador y Colombia. Esta inmigración sigue en crecimiento si bien en el año 2006 cede su primer puesto de nuevo a la comunitaria, esta vez por una circunstancia que tiene que ver con la entrada de Rumanía y Bulgaria en la Unión Europea el 1 de enero de 2007. Según el Anuario Estadístico de Inmigración en sólo un año, la población rumana y búlgara se triplica y dobla respectivamente, si bien esta cifra no es real ya que si se consultan datos del padrón (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, 2006, 2007) se constata que la mayoría de esa población residía ya en España y estos datos hacen alusión a su regularización con la entrada en la UE-27. Las principales nacionalidades en 2007 son Marruecos, Rumanía y Ecuador.

La cifra de residentes extranjeros para el año 2007 del *Padrón Municipal* supera en más de medio millón la del *Anuario Estadístico de Inmigración*, lo que nos da una estimación de la elevada población en situación irregular. Para empadronarse no es necesario tener permiso de residencia, y a la vez es imprescindible para el acceso a servicios como los sanitarios. En 2005, tras un periodo extraordinario de normalización, un 34% de los extranjeros empadronados no tenían permiso de residencia, porcentaje que desde el año 2000 nunca ha sido inferior a esa cifra.

Siéndonos posible caracterizar solamente la población legal, podemos decir que la composición por edad de los extranjeros en España nos habla de una población en edad laboral y reproductiva, teniendo el mayor peso representativo la franja que comprende entre los 20 y los 39 años. Los menores de 16 años representan el 12.66% y los mayores de 65 sólo el 3.99% (ANUARIO ESTADÍSTICO DE INMIGRACIÓN, 2007). La proporción de mujeres inmigrantes en España supera ligeramente la de hombres -54.35% y 45.65% respectivamente- algo que contrasta con la imagen tradicional del inmigrante económico como varón, una imagen por otra parte producto de un predominio androcéntrico de las ciencias hasta la pasada década de los 70 que posicionaba a las mujeres en un ámbito marginal, infiriéndole un papel inactivo y pasivo, traducido en el contexto de la migración en su posición como seguidora del hombre, auténtico protagonista de la idea de cambio y desarrollo dentro de la unidad familiar (ROCA, 2008). Si miramos por continentes la proporción entre géneros puede llegar a ser muy desigual. Mientras que en el caso de Asia y Europa -incluidos los nuevos países del Este- los extranjeros varones superan ligeramente a las mujeres, en el caso de África, podemos decir a que se trata de una inmigración predominantemente masculina siendo varones al menos las dos terceras partes de los extranjeros africanos en una proporción que se ha ido manteniendo estable con el paso de los años. El caso contrario lo representa la inmigración latinoamericana que en el año 1999 invertía las proporciones de la africana con un 65.55% de mujeres y, a pesar que la relación se ha ido equilibrando, las mujeres siguen siendo mayoría con un 53.65% (ANUARIO ESTADÍSTICO DE INMIGRACIÓN, 2007). Las mujeres de procedencia iberoamericana representaban en el año 2007 casi el 40% del total de mujeres extranjeras en España.

El elevado número de mujeres latinoamericanas puede explicarse por su masiva inserción en el ámbito de los servicios doméstico-familiares que ha aumentado considerablemente en la medida que las españolas han ido desplazando estas funciones. Esto se sitúa en el contexto de lo que se ha venido a denominar como "crisis del cuidado informal", una crisis derivada de importantes cambios sociodemográficos y económicos (RODRÍGUEZ Y MONTSERRAT, 2001) y que

III. Contextos

genera otros tantos. El trabajo de estas inmigrantes ha facilitado la promoción laboral de la población nativa, permitiendo a las mujeres españolas incorporarse masivamente al mercado laboral remunerado y facilitando la conciliación de la vida laboral y familiar.

La *Encuesta de Población Activa*, fuente por excelencia para estudiar el mercado de trabajo en España, tiene aún una cobertura muy deficiente para la población de origen extranjero por lo que no se pueden realizar análisis sin incurrir en grandes márgenes de error. Podemos decir, en líneas generales, que los flujos de inmigrantes en España han sido absorbidos por una demanda en un primer momento aparentemente insaciable de mano de obra de baja calificación destinada a las economías sumergidas, a la agricultura, a la hostelería, a los servicios personales y familiares, a la prostitución, al turismo y a la construcción, todos ellos beneficiados por las desregulaciones del mercado laboral y por la ineficacia de los sistemas de inspección. Sectores sin embargo muy vulnerables ante la crisis económica que está haciendo aumentar el paro entre población tanto autóctona como inmigrante.

Percepción de la inmigración entre la sociedad española

Durante el transcurso de esta década de llegada masiva de extranjeros, la inmigración ha ido perfilándose en la percepción de los españoles como uno de los principales problemas del país. En el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de septiembre de 2006, la inmigración llegó a representar con un 59.2% el principal problema seguido por el paro. Si bien el paro siempre ha sido una de las mayores preocupaciones de los ciudadanos, en los últimos años debido a la crisis financiera y su repercusión en nuestro país, la percepción como problema de éste y de otros de índole económica se ha agudizado aunque la inmigración se mantiene entre los tres principales (CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS, 2009).

El crecimiento de la alarma social tiene relación con la visibilidad mediática y

política del fenómeno que, en su parte menos publicitada ha traído, entre otras cosas, un crecimiento económico y un superávit en la caja de los seguros sociales. Respecto a la producción científica, la inmigración se ha convertido durante estos años en el tema de “moda” dando como resultado un amplio conjunto de investigaciones y trabajos académicos que conforman la masa crítica.

Transformación de los roles de las mujeres en el contexto español

La II República (1931-1936) representó un período relevante por los avances que se dieron en términos de políticas de igualdad entre géneros y de conquista de derechos por parte de las mujeres. Es en 1931 que las mujeres obtienen el derecho a voto y a postular a cargos públicos. Sin embargo este lustro no supuso más que un breve paréntesis en un siglo que estuvo marcado por un sistema de géneros de signo católico-tradicional, basado en una estricta segregación de géneros -recayendo la responsabilidad del ámbito reproductivo, doméstico y privado sobre las mujeres y el productivo, extradoméstico y público sobre los hombres-, y una incuestionable preeminencia hegemónica de una familia nuclear de carácter patriarcal que sitúa al padre como única autoridad (ROCA, 1996). Este sistema no empezó a cambiar hasta los años 60 con el despegue económico y de una forma más acelerada con el fin de la dictadura, siguiendo un patrón marcado por otros países capitalistas más avanzados. La generalización del acceso de mujeres a niveles superiores de enseñanza, su incorporación al mercado laboral, su mayor distanciamiento de las tareas domésticas y su mayor control sobre la reproducción llevaría a la creciente difuminación de las fronteras entre ambos roles de género, y a la posibilidad real de emancipación y autonomía por parte de éstas. Con un avance continuo, es en esta transformación radical del sistema de género tradicional donde nos encontramos, un periodo de transición que afecta a ambos géneros por igual, y que se ha venido a denominar como “crisis de la masculinidad” haciendo referencia al proceso de resistencia o de reubicación de los hombres ante dicha

III. Contextos

transformación que tiene una especial repercusión en la unidad más común de convivencia, la familia nuclear (GUTIÉRREZ, 2002). Algunos indicadores dan cuenta de este avance en materia de conquista del espacio público, de formación y de ocupación profesional¹⁰⁵ que le ha valido a España el puesto 11 de un total de 182 países en el índice de Potenciación de Género publicado en el Informe de Desarrollo Humano (PNUD, 2009). Pero a pesar de este dato junto a otros precedentes también de estudios de base estadística (INSTITUTO DE LA MUJER, 2001) que apuntan en los últimos años hacia una mayor equiparación entre hombres y mujeres respecto a su implicación en la realización de ciertos tipos de tareas domésticas, la realidad es que el mayor peso de éstas sigue recayendo sobre las mujeres. Algunas estimaciones hablan de hasta un 75% de la carga de trabajo doméstico no remunerado. Sobre ellas recae la responsabilidad principal sobre la alimentación y aunque es cierto que los hombres ayudan o colaboran, no participan ni administran tareas (GRACIA *et al.*, 2005). Por otra parte, sus salarios son un 30.1% más bajos respecto a los hombres y en pensiones reciben sólo la mitad que ellos (COLECTIVO IOÉ, 2006). El peso de la nueva figura idealizada de *superwoman* y la lucha de las mujeres por reconstruir su identidad en un contexto social con nuevas ventajas y desventajas opera en la sociedad española al igual que lo hace en muchas otras.

PATRIARCADO, INDUSTRIALIZACIÓN Y GLOBALIZACIÓN. ALGUNAS NOTAS COMPARATIVAS

Si bien patriarcado y capitalismo no pueden ser tratados como conceptos equivalentes, el sistema patriarcal tiene en lo económico su base fundamental. La subordinación de las mujeres a los hombres tiene una clara base material: la explotación a la que están sometidas a través del trabajo doméstico (IZQUIERDO, 1998). La globalización capitalista ha supuesto un impacto profundo aunque contradictorio en la vida de las mujeres y en las posibilidades de responder a la

¹⁰⁵ En el periodo 1994-2005 la Tasa de Actividad en mujeres ha aumentado en 9 puntos (37.4%-46.4%) mientras que lo ha hecho en solo 3 para los hombres (65.4%-68.8%), quienes, por otro lado, les superan con gran distancia. La tasa de mujeres de 16 y más años analfabetas según la EPA ha disminuido en el mismo periodo un 30% y las mujeres adultas con estudios superiores han aumentado más que los hombres aunque no se ha llegado aún al punto de equilibrio (COLECTIVO IOE, 2006).

dominación masculina tanto en el centro como en la periferia del sistema capitalista mundial, tanto en países postindustrializados como postcomunistas.

Las mujeres sufren un proceso de empobrecimiento generalizable a nivel mundial bajo el nuevo orden económico internacional. En el proceso de transformación del sistema internacional de producción está realizándose un reajuste estructural que pretende principalmente aumentar la competitividad de las empresas mediante unas medidas, detalladas en el siguiente cuadro (cuadro 6), con efectos desiguales sobre hombres y mujeres.

Cuadro 6

La reducción del gasto público lo que implica la disminución o desaparición del estado de bienestar y reducción de fondos para políticas sociales

La reducción de los costos laborales por la vía de la disminución de las cargas sociales como costo para las empresas

El abandono de las políticas de pleno empleo y disminución del derecho a subsidio de desocupación

El aumento del riesgo de pérdida de empleo, de las prestaciones de seguridad social y mayor inestabilidad laboral en todo tipo de ocupaciones

La conversión de los sistemas de seguridad social basados en el reparto solidario en sistemas basados en el individuo con el consiguiente aumento de la vulnerabilidad personal

Fuente: TODARO, R (2000). Aspectos de género de la globalización y la pobreza. Commission on the Status of Women (ECOSOC).

III. Contextos

La reducción del gasto público conlleva la intensificación de la carga de trabajo doméstico que soportan las mujeres para compensar el recorte en servicios sociales. Su presencia física en el ámbito doméstico pone límites a su acceso a capacitación, formación e información, y la lleva a aceptar los trabajos de peor calidad, los únicos que le permiten horarios adecuados para combinar ambas esferas de trabajo, la doméstica y la extradoméstica. Por otra parte los efectos negativos de la privatización de los sistemas de seguridad social recaen mayormente sobre las mujeres. Por ejemplo, la reproducción humana como bien social pasa a representar un costo que debe ser asumido por el sexo femenino quien, por otro lado, recibe las pensiones de jubilación más bajas en base a su mayor esperanza de vida (TODARO, 2000).

Las mujeres y los niños/as, más que los hombres, son las víctimas de esta reestructuración del capitalismo global al que todos, incluidos gobiernos autodenominados comunistas como el de la República Popular China, han de someterse. La inseguridad económica, el empobrecimiento, la exposición a productos tóxicos, la migración forzosa, el incremento de horas de trabajo tanto asalariado como no, son algunos de los indicadores de la carga de las mujeres.

Esta situación se agrava especialmente en los países en vías de desarrollo o en aquellos más pobres, que tienden a contar con un gobierno de dominación masculina cuyas políticas refuerzan el patriarcado tradicional y sus funciones de control social mientras que la transformación capitalista de las economías locales priva a las mujeres de la protección y la seguridad que les daba, por otra parte, el sistema patriarcal (BRENNER, 2003).

Pero no todo es negativo. Un orden económico neoliberal nunca daría cabida explícitamente a la igualdad de género y sin embargo, dado que el capitalismo ofrece más espacio para la autodeterminación y la autoorganización de las personas de lo que lo hizo en su día el feudalismo, este nuevo orden permite a las mujeres un mayor margen de maniobra para participar en la vida pública y competir con los hombres por poder y espacio. No se puede negar el aumento del acceso de las mujeres a la educación y al mercado laboral si bien, a pesar de estos cambios significativos en las sociedades industrializadas, persisten las

desigualdades en relación a su estatus social y político –por ejemplo en la implicación de hombres y mujeres en el trabajo de cuidados- que preserva la dominación masculina bajo una nueva forma.

Las diferencias y semejanzas (algunos indicadores de género se muestran en la Tabla 7) entre los países que configuran nuestras unidades de estudio y entre éstos y España tienen que ver con una variable temporal que determina el estadio en el que se encuentran en los procesos de transformación de los sistemas de género.

Tabla 7. Indicadores de género de nuestras unidades de observación

(IDRG / IPG)

	Esperanza de vida al nacer (2007)	Esperanza de vida al nacer (2007)	Tasa de alfabetización (% , 15 años o mayores)	Tasa de alfabetización (% , 15 años o mayores)	Índice de Potenciación de Género (Sobre 182 países) ¹⁰⁶	Índice de Desarrollo Humano (Sobre 182 países)
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres		
Argentina	79.0	71.5	97.7	97.6	24	49
Bolivia	67.5	63.3	86.0	96.0	78	113
Brasil	75.9	68.6	90.2	89.8	82	75
Colombia	76.5	69.1	92.8	92.4	80	77
Ecuador	78.0	72.1	89.7	92.3	41	80
Perú	75.8	70.4	84.6	94.9	36	78
Uruguay	79.8	72.6	98.2	97.4	63	50
Angola	48.5	44.6	54.2	82.9	-	113
Marruecos	73.3	68.8	43.2	68.7	104	130
Rumanía	76.1	69.0	96.9	98.3	77	63
España	84	77.5	97.3	98.6	11	15

Fuente: PNUD 2009. Elaboración propia.

Estos procesos se vienen dando desde el pasado siglo en el marco de sociedades de carácter patriarcal confrontadas a procesos más o menos intensos de industrialización que dieron lugar a sistemas de género que, bajo diferentes combinaciones, supusieron en todos los casos el otorgamiento de las responsabilidades reproductivas a las mujeres junto con los valores de cuidado

¹⁰⁶ El Índice de Potenciación de Género se calcula en base a los indicadores: participación política y económica de la mujer y poder de decisión en ambas esferas, y control de los recursos económicos.

III. Contextos

y subordinación a los hombres, mientras que a éstos se les encomendó el ejercicio de una dominación masculina de orden simbólico y/o físico –abuso sexual, maltrato, alcoholismo, infidelidad, irresponsabilidad paterna, etc.-. Todas estas sociedades mantienen, en diferentes grados, un sistema político que históricamente ha estado regido por los hombres y en el que las mujeres han ocupado un estatus social y político inferior. En las últimas décadas se han producido avances significativos en el caso de algunos de estos países, como ha sido la promoción de políticas de igualdad de género y de avances en los derechos de las mujeres. Sin embargo, no han sido suficientes para superar esta relación desigual.

El caso español ha protagonizado un espectacular avance que lo ha situado en el puesto 11 del índice de Potenciación de Género en el informe de Desarrollo Humano confeccionado por Naciones Unidas. Este progreso tiene que ver con el carácter precursor y avanzado de sus políticas de género en los últimos años (leyes de divorcio, matrimonio entre homosexuales, técnicas de reproducción asistida y violencia de género entre otras) que ha sido posible -y que además explica en gran medida su posición avanzada respecto a las otras sociedades que estudiamos-, por su anterior transición de un régimen totalitario a uno democrático y por su integración en el seno de la Unión Europea (ROCA, 2006). Este marco europeo le va a servir de modelo de desarrollo de políticas de género a la vez que va a garantizar una estabilidad política y un desarrollo social y económico que lo convierte en un país atractivo para la migración.

IV. ETNOGRAFÍA¹⁰⁷

PARTE I: CONTEXTOS DE LA VIDA COTIDIANA

En esta primera parte de la etnografía vamos a retratar los contextos socioculturales, políticos y económicos así como las subjetividades en las que aparecen, se desarrollan y mantienen en el tiempo unas prácticas alimentarias y corporales que se alejan de la norma dietética y saludable establecida, que se dan entre mujeres y hombres inmigrantes en España, y que han acabado, por diversas razones, etiquetándose como patológicas. Con un interés en analizar cómo se produce el anclaje entre ambos -contextos y subjetividades- articularemos las experiencias con la comida y con el cuerpo en el ámbito de la vida cotidiana así como en el contexto histórico y social, descrito en el anterior capítulo, en el que éstas aparecen y toman sentido. Para ello partimos de un análisis a dos niveles. Por un lado, examinaremos cuáles son las condiciones materiales de vida; por otro, analizaremos cómo se desarrollan en tal marco dos ámbitos particulares de relaciones interpersonales como son la vida familiar y la

¹⁰⁷ Para conocer en mayor detalle las características de cada inmigrante y facilitar la lectura de esta parte etnográfica se incluye una biografía de cada uno de los casos en el capítulo VI y un cuadro en el Anexo III.

vida social¹⁰⁸ (espacio formativo, laboral, lúdico...), comprendiendo en ellos las formas de socialización de personas sometidas a procesos específicos de cambio tanto personal como social y cultural derivados de una experiencia migratoria transnacional. Prestaremos especial atención por una parte a aquellas experiencias de desconexión, transición y opresión que las informantes han destacado en relación con sus (mal)estares o que han relacionado con el origen y/o mantenimiento de sus prácticas alimentarias y corporales excesivas -lo que para KLEINMAN son parte de los *modelos explicativos* de la enfermedad-, y por otra, al papel que ocupa la socialización en la transmisión de valores y prácticas sociales en cuanto a cuerpo, alimentación, género y salud en un contexto de migración. En este análisis, como hemos hecho a lo largo de todo el trabajo, seguimos centrando la atención en las dos sociedades de referencia, la de origen y la de destino.

Condiciones materiales de vida: cambios y permanencias

Las informantes y sus familias tienen diferentes orígenes étnicos y pertenecen a distintas clases sociales, con un peso relevante de clases bajas. Este escenario pone de manifiesto la inexactitud y la confusión a la que conduce el retratar las enfermedades alimentarias como propias de adolescentes de clases acomodadas que contribuye a la invisibilización de los efectos de la desigualdad social en la salud.

Tres variables fundamentales para retratar las condiciones materiales en que viven los inmigrantes en España son la vivienda, el trabajo y “los papeles”, tres factores que nos dan idea de la marginación, la exclusión y la pobreza existente

¹⁰⁸ La decisión metodológica de explorar y analizar por un lado el ámbito familiar y por otro el social no corresponde a una asunción dicotómica. Los espacios sociales son porosos y están en continua interrelación, no se puede entender uno sin el otro ni tiene sentido un análisis que los lleve al aislamiento. Se organiza aquí el análisis en dos partes secuenciales, atendiendo a las características específicas de cada ámbito sin que ello suponga en ningún caso un divorcio entre ellos sino en todo caso una unión, una complementación.

en buena parte de esta población. Las malas condiciones de vivienda, la inestabilidad y precariedad laboral, y la situación de ilegalidad los relegan a los estratos más bajos de la sociedad. A pesar de la negativa influencia que ejercen sobre su estado de salud general, y de salud mental en particular, estas condiciones son obviadas mayoritariamente por un sector médico cada vez más interesado en los aspectos biológicos y menos en los políticos y socioeconómicos sobre los que alega falta de poder o competencia para actuar.

Los estudios sobre migraciones y (mal)estares alimentarios se han centrado mayoritariamente en la evaluación de aspectos culturales sobre la imagen corporal, la alimentación o, en menor medida, las relaciones familiares, descuidando el impacto de factores de orden socioeconómico y/o político como son las precarias condiciones materiales que acompañan en ocasiones la experiencia migratoria, así como las experiencias de marginación derivadas del estatus de ilegalidad. THOMPSON ha afirmado que la pobreza “es otra injusticia que puede hacer a las mujeres vulnerables a desarrollar un problema alimentario” (1994:84) al convertirse en una fuente de estresores en la vida cotidiana, donde por ejemplo, un atracón de comida se vuelve una vía de placer rápido y accesible. Por otra parte, las experiencias derivadas de la situación de ilegalidad entre población inmigrante han sido relacionadas con la aparición de síntomas depresivos, de estrés postraumático, y con intentos y/o ideación de suicidio (SILOVE *et al.*, 1998, 2007). Por los efectos de estas condiciones estructurales sobre la salud de las poblaciones nos interesa retratar en ellas a nuestra muestra.

Un informe que estudió las modalidades de vivienda de los inmigrantes no comunitarios en España en 2005 dio con los siguientes datos: un 77.6% viven en régimen de alquiler -compartido o independiente-, un 12.9% cuentan con una vivienda propia -frente al 84% de los autóctonos- un 5% viven en la casa o empresa del empleador y el 4.5% restante en situaciones muy variadas, mayoritariamente de carácter provisional (COLECTIVO IOÉ, 2005). El mayor tiempo de estancia en el país y el mayor grado de reunificación/formación familiar se relacionan positivamente con la posibilidad de acceder a la compra

de una casa así como de obtener una vivienda de alquiler independiente. Esta fotografía se acerca mucho a la situación de vivienda de las informantes que conforman mi muestra. Los comienzos fueron más difíciles y muchos de los miembros de la familia primeros en migrar –en aquellos casos que nos referimos a grupos familiares- compartieron vivienda, en ocasiones en condiciones precarias como fue el caso del padre y hermanos de Isabel¹⁰⁹ quienes *“mal, muy mal, porque al principio cuando llegaron no conocían a nadie y bueno primero alquilaron y no podían dormir, y dormían en un sofá y tenían que pagar por dormir en el sofá”*. La mayoría, sin embargo, cuando llegan solos, son recibidos en casas de familiares más o menos cercanos que actúan como un primer soporte, o en el caso de las mujeres es común que su primera vivienda sea aquella donde trabajan como internas, como las madres de Karima¹¹⁰ o Ángela¹¹¹. En el momento de la entrevista¹¹² las familias de cuatro de las veintiuna informantes han comprado casa mientras el resto vive de alquiler; un porcentaje, el de vivienda en propiedad, ligeramente más alto que el mencionado en el informe. Diecisiete son los hogares formados únicamente por miembros de una misma familia, dos los casos en que la familia subarrienda una de las habitaciones de la vivienda para ayudarse económicamente, un caso en que la informante vive sola y un caso en que comparte casa con una amiga tras una reciente separación sentimental. En todos los casos se trata de familias nucleares excepto en cuatro de ellos, tres de los cuales son madres solteras o separadas. Pocas son las informantes que cuentan con una habitación propia, la mayoría tienen que compartir con hermanos, hermanas o madre, como hasta ahora Jessica¹¹³ que vivía en *“una habitación superpequeña para las dos y no entraba mucha luz, yo tenía que forzar mucho la vista, tres años estudiando así”*. En otras casas, para acoger a los siete miembros de la familia hasta el salón –cuyo

¹⁰⁹ Bolivia, 15.

¹¹⁰ Marruecos, 19.

¹¹¹ Colombia, 17.

¹¹² Las entrevistas a inmigrantes se realizaron entre febrero de 2005 y enero de 2007, antes que comenzara la crisis económica mundial que afectó a la economía real y virtual en 2008.

¹¹³ Colombia, 16.

mobiliario está compuesto únicamente por una cama que se utiliza como sofá-sirve de dormitorio. La movilidad de vivienda también va reduciéndose a medida que el tiempo transcurre y se consigue un trabajo algo más estable.

Trabajo y “papeles” son sinónimo para la mayoría de ciudadanos inmigrantes. Del estatus legal depende el acceso y las condiciones en las que se puede ejercer el trabajo. La irregularidad con la que muchos inmigrantes llegan a España y a otros países es una característica estructural de los procesos migratorios globales. Todas las informantes estaban regularizadas salvo Isabel, quien apenas llevaba diez meses en España cuando se realizó la entrevista a finales de septiembre de 2006. Dice que pasan miedo por lo que oyen por la tele y por los rumores que corren entre la comunidad inmigrante, *“porque pensamos capaz nos puedan sacar del país aunque trabajemos mucho”*. Los trámites para conseguir papeles no tuvieron para todas el mismo nivel de dificultad. El año de llegada es una variable que puede jugar a favor cuanto más alejado del presente. Marcelo¹¹⁴ y Gisela¹¹⁵, los primeros en llegar en los años 70 y 80 del pasado siglo no tuvieron problemas para conseguirlos. Entonces, las autorizaciones de residencia y trabajo se podían conseguir sin gran dificultad. España no se había convertido todavía en receptor de un número relevante de inmigrantes sino que aún era un país “trampolín” hacia otros países de Europa mucho más atractivos en cuanto a las condiciones materiales de vida que podían ofrecer por su desarrollado Estado de bienestar. Por otra parte, ser latinoamericano siempre fue una ventaja, concretamente para aquellos procedentes de los países del Cono Sur.

Este panorama cambia durante los primeros años del nuevo siglo, en el grosso de lo que se han venido a denominar oleadas migratorias. En este periodo de mayor competencia, muchos inmigrantes han corrido peor suerte. En los casos en que fue más costoso, la vivencia de tales limitaciones como situaciones estresantes dependió de su situación más o menos vulnerable en cuanto a la

¹¹⁴ Argentina, 54.

¹¹⁵ Brasil, 47.

disponibilidad y necesidad de recursos. Marcelo¹¹⁶ estuvo sin papeles durante tres años en su segunda etapa en España pero el mayor fastidio que recuerda era no poder viajar con su mujer por el resto de Europa cuando tenían dinero y tiempo para hacerlo. Nunca lo vivió como una situación estresante, tenía la percepción de que el riesgo de detención tenía matices racistas: “*era más con los moros*”. Sin embargo la gran mayoría vive la situación de irregularidad como experiencia de discriminación y opresión. Las adolescentes han escuchado a sus padres quejarse por ser víctimas de discriminación y explotación laboral, porque les pagan menos a pesar de trabajar largas jornadas y por sentirse engañados. A Claudia¹¹⁷ le ha sido denegada la autorización de trabajo cuando ya había sido seleccionada para un puesto que anhelaba como dependienta en una tienda de regalos. El trabajo le iba a proporcionar la libertad de tener un sueldo y la experiencia de sentirse útil. Por la noche, en casa, se sintió mal y volvió a autolesionarse como ya había hecho otras veces.

Entre las emancipadas, el impedimento para poder trabajar y el miedo a la deportación son los principales problemas si bien con diferentes niveles de intensidad. Mientras que para algunas, como Soledad¹¹⁸, estar unos meses sin papeles solo representó un fastidio en lo laboral ya que únicamente le permitió hacer alguna que otra faena de limpieza, para otras se trata de un periodo de su vida marcado por altos niveles de miedo y estrés que acabaron afectando a su salud y concretamente a sus problemas con la alimentación. Vicky¹¹⁹, diagnosticada de anorexia en su país, venía restringiendo su dieta y provocándose vómitos desde hacía ya seis años cuando llega por primera vez a España. Se había casado con su novio de ascendencia española meses antes de llegar para facilitar el trámite de los permisos de residencia y trabajo. Venían a trabajar y a montarse una vida en Europa cuando estalló en Argentina una de sus peores crisis económicas. Al llegar, aceptan la oferta de unos amigos que les

¹¹⁶ Argentina, 54.

¹¹⁷ Colombia, 18.

¹¹⁸ Perú, 39.

¹¹⁹ Argentina, 27.

prestan un piso en Ibiza donde pueden empezar a trabajar haciendo la temporada de verano. Pero la falta de legalidad fue *“terrible, lo peor que viví en España”*. Dificultad para encontrar trabajo, miedo a la deportación, se convirtieron para ella en sinónimo de una sociedad que la rechazaba. *“Yo tenía mis papeles en trámite, pero bueno, las cosas que hice fue increíble porque estuve dos meses sin papeles y quería trabajar, [...] tiraba currículums por todos lados y todo el mundo que no, que no, que no, yo decía que estoy en trámites, y el rechazo era fatal, sentirte como un inmigrante que no servías para nada y aparte yo no venía ni a robar, ni quería que me regalasen nada, yo venía a trabajar y para mí yo lo llevaba fatal. [...] esos meses que no tenía visado trabajé vendiendo ganchillo, y hacía carteras y tenía una compañera de piso que hacía colgantes e íbamos por la calle vendiendo hasta que un día me paró la policía y dije no más, que tengo los papeles en trámite y a ver si me pegan una patada del país”*. Durante ese periodo llegaba a vomitar hasta siete veces al día.

Gabriela¹²⁰ lleva más de media vida comiendo de forma apremiante y se define a sí misma como comedora compulsiva. Llegó con su marido y dos hijos huyendo de una crisis económica que llevó al país a unos niveles de inseguridad civil que dificultaban la realización de una vida sin sobresaltos. Tras varios robos en su casa y temiendo por la seguridad de unos hijos que tenían que pasar tiempo solos por las obligaciones laborales de ambos padres, decidieron malvenderlo todo y probar mejor suerte en España. Al llegar contaron con el apoyo de su hermano en cuya casa pudieron alojarse durante un tiempo, pero las necesidades económicas de la familia unidas a su situación de ilegalidad crearon situaciones especialmente tensas *“Muy mal, es que no duermes, porque además enseguida empezó a conducir mi marido, enseguida empezó a trabajar en el polígono, mi hermano le dejó su coche, él ya se había comprado otro y claro conduces, una vez nos chocaron, él me llevaba a limpiar y aquello de que no te pase nada, claro si tú no tienes problemas con la ley nadie te va a molestar, como tú estás trabajando, pero vives con la angustia permanente y ves un policía... En el choque que fue por atrás dije se acabó, me sentí morir, y no pasó nada, era la culpa de ella y*

¹²⁰ Uruguay, 43.

IV. Etnografía

rellenamos papeles y punto, pero si hubiera habido un policía cerca por allí nos hubiera pedido los datos". Afortunadamente al poco tiempo, su marido primero y ella después consiguieron regularizar su situación, pero en el periodo de espera de los papeles y la incertidumbre que conlleva "vivimos la angustia de que una vez comenzados los trámites en su trabajo lo mandaron para casa, y dijeron bueno ahora ya estamos expuestos, ya metimos tus papeles en el gobierno civil y no te podemos tener aquí porque vendrá una inspección y tú hasta que no los consigas no puedes estar trabajando, y se tiró meses sin trabajar. A todo esto seguíamos viviendo en casa de mi hermano, pero bueno fue horrible. Teniendo papeles pudimos alquilar un piso porque lo pasamos muy mal, vivir en casa de otro". En el cambio de país, Gabriela engorda 30 kilos.

Una vez obtenido el estatus de legalidad a nadie le faltó trabajo. Sin papeles trabajaron los padres de las adolescentes mayormente en la construcción y las madres en el servicio doméstico como también hicieron algunas de las informantes más mayores en espera de poder dedicarse a sus profesiones, como cocinera Gabriela, como trabajadora social Soledad. Gabriela trabaja en la cocina de un restaurante jornadas eternas. Soledad, mientras espera la homologación de su título, ha hecho un curso en geriatría y se dedica al área de los cuidados. Alterna dos trabajos con horarios muy intensos y variables, el cuidado de una anciana durante el día y el trabajo en una residencia geriátrica durante tres noches a la semana, hay días que se acuesta a las siete de la tarde y otros a las once de la mañana. Cecilia¹²¹ y Vicky¹²² son dependientas, Vicky en dos comercios diferentes donde trabaja siete días a la semana para poder enviar dinero a su madre. Ambas quieren estudiar pero el tiempo no les da. Marcelo sigue intentando un negocio de comercio exterior, y Gisela¹²³, una excepción por su formación y tiempo en el país, mantiene su puesto de profesora en una institución pública. Los padres inmigrantes de las adolescentes se reparten mayoritariamente entre el trabajo en el sector de la construcción (cinco

¹²¹ Argentina, 29.

¹²² Argentina, 27.

¹²³ Brasil, 47.

hombres) y en servicios (tres hombres y doce mujeres, ocho de las cuales están empleadas en el área de cuidados). Solamente dos mujeres no cuentan con un trabajo remunerado.

Si estos son los indicadores de las condiciones materiales en el país de acogida tan importante resulta conocer cuáles son sus impresiones, sus vivencias sobre las mismas. La mayoría de ellos buscaban en el viaje una mejora de sus condiciones materiales de existencia que se veía impedida -o al menos en gran medida dificultada- en sus países de origen por factores estructurales que repasamos en el anterior capítulo de este trabajo. Las emancipadas se sienten en ganancia a pesar de las dificultades y los obstáculos que atraviesan, están contentas de lo que han conseguido y contemplan su situación como exitosa en lo laboral, con expectativas de mejoría. Soledad, quien por sus estudios académicos y experiencia laboral ha sufrido una movilidad social descendente se muestra positiva sobre su futuro. Gabriela, si bien ha logrado recuperar un estatus similar, el cambio de país les ha aportado a ella y a su familia la tranquilidad de vivir con una seguridad pública que era especialmente frágil en Uruguay y la esperanza de una vida con mayores posibilidades, sobre todo para sus hijos, en destino. Las jóvenes creen que aquí pueden disfrutar de una vida mejor, con mayores oportunidades, adoptando así el discurso que les inculcan sus padres. Unos padres cuya situación laboral en el país de origen no dista demasiado en su composición de la que tienen en España. Dedicados en sus países a los mismos sectores de trabajo -dieciocho lo hacían en servicios, dos en la construcción-, la diferencia fundamental la constituyen las nuevas condiciones de tales trabajos siendo ahora, a medida que crece el tiempo de su estancia en el país, cada vez más estables y con mejores salarios. En origen, a excepción de dos casos en que no contaban con un trabajo remunerado, el resto de las mujeres se veían forzadas a realizar trabajos esporádicos y temporales, aportando así un extra sueldo al hogar o el sueldo único si eran mujeres solas o si se quedaban solas tras la emigración del marido. Casos de pobreza en origen con carencia de alimentos en casa dejan de darse una vez en España.

IV. Etnografía

Para la mayoría la migración surge como una estrategia entre clases trabajadoras o clases medias empobrecidas para mejorar las condiciones de vida de sus familias. Pero también puede responder a exilios por razones políticas o inquietudes personales más allá de las meramente económicas. Sin embargo, las ganancias sobre las condiciones materiales pueden llegar a tener un coste alto en relación a otras áreas de la vida como iremos viendo.

Familias transnacionales: Familias locales, Familias globales

La migración trae consigo múltiples cambios y desafíos para un grupo familiar. Comenzando por los períodos de separación a los que tienen que enfrentarse sus miembros, siguiendo por las recomposiciones familiares que tienen lugar en destino, y por cómo, desde los varios territorios, las identidades familiares resisten tales distancias geográficas y temporales cuando ya no pertenecen a un único territorio sino que se forman a través de conexiones y flujos que atraviesan fronteras nacionales. Entonces se construye lo que se ha venido a denominar como la “etnicidad de una cultura transnacional” (GAILLY, 2010), es decir, cómo a través del contacto con la sociedad de origen y la sociedad receptora desarrollan un sentido de pertenencia étnica en un país extranjero.

Las familias transnacionales han sido definidas como aquellas cuyos miembros viven repartidos en naciones distintas pero se mantiene la unidad emocional suficiente como para que se reconozcan entre ellos como tal (BRYCESON Y VUROELA, 2002). Y donde, añadiríamos nosotros, se dan constantes movimientos espaciales y emocionales que tienen su repercusión tanto a nivel individual como en el grupo familiar.

Respecto a las familias de las inmigrantes el impacto de factores culturales y económicos les hace en algunos casos acercarse a los modelos de familia contemporánea de las sociedades industrializadas que incluyen la reducción del grupo doméstico a la familia nuclear, el aumento de separaciones y familias monoparentales, la inserción laboral de las mujeres y su impacto en la

organización de la familia (WILLIAMS *et al.*, 2005), entre otros cambios, y en otros distar, por ejemplo, por sus prioritarias dependencias económicas y por sus estructuras más tradicionales de familia extensa.

Veamos cómo se han desarrollado y como han vivido las inmigrantes unas historias familiares atravesadas por la migración.

Separaciones

Mientras algunos autores han resaltado el papel revitalizador de los lazos de solidaridad que trae consigo la migración, la mayoría han destacado su carácter erosionador por su responsabilidad en la “ruptura” de familias (GARCÍA, 2004) creando así una imagen culpabilizadora de la persona que migra. Aunque este argumento ha sido sometido a fuertes críticas, sigue estando presente en varios sectores de la sociedad, entre ellos los profesionales sanitarios, quienes comparten la idea que la migración promueve la desestructuración familiar, causa a su vez de patologías mentales y sociales (MEÑACA, 2007). Uno de los profesionales dedicado a la investigación y tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria entrevistado, reproducía esta misma idea que explica haber extraído de su trabajo clínico:

“Si algo encuentro son dificultades en las crianzas de estos niños adolescentes que muchos han pasado mucho tiempo solos durante su infancia o al cuidado de otras figuras de la figura primaria de apego como la madre, etc. Ha habido como varias figuras en su crianza, ausencias, aquí hasta se podría catalogar de negligencias, entonces en la medida en que eso tenga que ver con la aparición de la psicopatología en general, no solo alimentaria [...]yo tendría eso en cuenta”¹²⁴

No obstante la culpabilización de aquel que migra y que para ello debe separarse de su familia cuando lo que persigue es precisamente una mejora de las condiciones de vida para ésta, y en especial para sus hijos, debería hacerse, con especial cautela. Estas asunciones sobre la red familiar como grupo sostén son dominantes en el ámbito terapéutico y consideran que toda relación social tiene un efecto positivo, contribuyendo básicamente a la reducción de

¹²⁴ HP1-PSP: Psiquiatra

IV. Etnografía

padecimientos mentales. Sin embargo, el campo de las relaciones sociales es mucho más complejo y no todas ellas, incluyendo las familiares, tienen por qué ser sanas (MENÉNDEZ, 2008).

La mayoría de las adolescentes inmigrantes cuyas familias decidieron migrar a España se han visto abocadas a vivir experiencias tales como las separaciones de miembros de su familia y, mientras permanecían en su lugar de origen, a cambiar de cuidadores, en algunos casos, hasta en varias ocasiones (Tabla 8). Muchas llegan para reunirse con padres y madres, hermanos y hermanas que habían partido tiempo atrás, mientras ellas se quedaban a cargo de otros miembros de la familia en sus lugares de origen a la espera de un reencuentro incierto en cuanto a cuándo y dónde, e incluso con quién. Para algunas la comprensión sobre la decisión de cambio y la nueva situación familiar que siempre se propone como temporal les sirve para aceptar el tiempo de separación; sin embargo para otras esta nueva situación, en la que no se les suele hacer partícipes en la toma de decisión, es vivida como una forma de rechazo, de abandono, de exclusión.

Tabla 8. Sustitución de cuidadores durante separación por migración

	Familiares separación	Tiempo de separación	Cuidadores en origen
Helena	Padre Madre	1 año 6 meses	Abuelos paternos Abuelos maternos Madre
Isabel	Padre y 2 hermanos mayores	1 año	Madre
Ester	Padre	1 año	Madre
Jessica	Madre	3 meses	Tíos
Julieth	Padre Madre	2 años 8 meses	Prima
Paula	Ambos padres y único hermano	11 años	Abuela y tía paternas
Nicoleta	Padrastro y madre	4 años	Abuelos maternos
Ángela	Madre	2 años	Padre
Carolina	Madre Padre	1 año y medio 6 meses	Abuelos maternos
Nieves	Madre	1 año	Hermana mayor
Claudia	Madre	1 año	Abuelos paternos y padrastro
Karima	Madre	6 años	Abuelos y tíos maternos
Marcia*	-	-	-
Rosa*	-	-	-
Tara*	-	-	-

* Marcia y Rosa emigraron a la vez que toda la familia nuclear; Tara fue adoptada por una familia española cuando contaba un año de edad.

Para Paula¹²⁵ los supuestos meses de separación se convierten en casi toda una vida. Es la única de la familia nuclear en quedarse atrás. Sus padres emigraron de Perú por razones políticas cuando ella tenía solo 2 años. Se llevaron con ellos a su hermano menor mientras ella quedó a cargo de sus abuelos y tía materna en su ciudad natal. Las promesas de reunirla con ellos en España se repiten en varias ocasiones, la última, cuando tenía 10 años “*me operaron, tuve una operación más o menos grave, tenía peritonitis, entonces mi madre volvió a verme porque claro, vino con mi hermano, y yo como que pensaba que ella me decía no, que no me iré hasta que nos vayamos juntas y tal. Se volvió a ir, y yo me quedé otra vez. [...] Tenía ganas de venir, porque a mi madre además la veía antes como una especie de modelo a seguir, pero no vale la pena seguirla. No sé, la veía como un modelo, y bueno me dio pena no*

¹²⁵ Perú, 16.

IV. Etnografía

poder venir pero bueno en fin como que lo olvidé y digo ya, no hay problema, me puedo esperar". A los 13 años su madre le comunica con pocos meses de antelación que le está preparando los papeles, Paula está contenta, por fin va a conseguir reunirse con sus padres, pero su llegada no es tan feliz como la que había imaginado durante toda su niñez porque "se habían separado hacia muchísimo tiempo y a mí no me habían dicho nada pues para no hacerme daño, como la mayoría de cosas que hacen ellos. Bueno, es su opinión, la mía no". En esta situación inesperada comienza a conocer a unos padres con los que apenas había convivido. Se instala en casa de su madre, una auxiliar de enfermería quien costea, con ayuda económica del padre -pintor artístico-, el alquiler de una casa donde viven con su hermano y recientemente con una tía que ha venido de Perú. Ni su padre ni su madre se ajustan a los modelos que había idealizado en la distancia. Cuestiona a su madre por tantas promesas incumplidas de traerla a España, mientras descubre a un padre prepotente y agresivo "fui tratándolo, ví que era un hombre demasiado bestia para hablar con la gente, trata muy mal a todos, él es superior a todos los demás. Yo la verdad que con un hombre como mi padre no estaría en mi vida."

Sus sentimientos de exclusión en la familia, de que no cuentan con ella, se reafirman cuando durante ese primer año su madre le da tardíamente la noticia de la muerte de una abuela que había ejercido de cuidadora principal durante la mayor parte de su vida. "Llamé a mi tía, le dije que ya me había enterado, que en buenas horas pero que no se preocupara, que siguiera adelante, que pronto ella estaría aquí, para tranquilizarla un poco y como que me lo guardé. Y bueno mi problema con la comida seguía ahí, seguía ahí". Se lo guarda dice Paula, se refiere inevitablemente a las palabras porque esos sentimientos de exclusión y abandono ya tienen otro lenguaje en el que expresarse, el lenguaje de la comida. "Es que mis padres me obligan a no fiarme de ellos, no es que yo no me fíe [...] lo que pasa es que lo que sí me he sentido es abandonada por mi familia, a mí me parece que el problema no es el venir aquí es el que no he tenido a la familia que yo quería, que me hacían pensar que tenía pero que no".

A Ángela¹²⁶ le ocurre algo parecido, también se siente engañada y, en cierto modo, abandonada. En Colombia, a su padre lo despiden del trabajo, compra un taxi y prueba a ganarse la vida de nuevo. Su madre comienza a trabajar fuera de casa. No funciona, la hermana mayor va a la universidad en una ciudad cercana y no les llega para cubrir gastos. Se plantean entonces que su madre venga a España a trabajar *“Entonces decidimos, bueno decidieron, que mi mamá se iba venir y que iba a ahorrar y que iba a estar un tiempo y que luego se iba a volver, y que iba a estar enviando dinero [...] y yo me tragaba el cuento de que ella iba a volver y todo”*. Ocurre cuando ella tiene 10 años, su madre marcha, su hermana comienza su primer año de universidad fuera de casa y se queda viviendo en la casa familiar con su padre. Extraña mucho a su madre, aunque a la vez intenta sacar provecho de esa nueva situación: por una parte quiere probarse que es capaz de desenvolverse por ella misma y cuidar de su padre, asumiendo el rol de mujer en el que se ha socializado, por otra parte *“mi papá siempre ha sido como muy... como más cerrado y más callado, [...] es mucho más reservado. Y eso también me ayudó mucho para conocer a mi papá porque yo siempre lo tenía ahí como mi papá y ya, y ya de vivir sola con él pues me gustó (la idea), voy a descubrir a ver el papá que tengo pero”* no encontró al papá que esperaba, una persona fuerte, estable, que la protegiera. Las comidas comienzan a desestructurarse, es ella misma la única responsable sobre su propia alimentación y no representa entonces una prioridad: prefiere dedicar su tiempo a estar con las amigas u ociosa, que a cocinar o comer. Mientras, su padre pasa la mayor parte del tiempo fuera de casa donde regresa ebrio al final del día. Ángela relata un episodio que siempre ha callado y no ha contado ni a su psiquiatra –con quien se visita en consulta externa– por vergüenza. Recuerda aquella noche en la que preocupada esperaba a su papá viendo la tele cuando éste llegó borracho y con la cara empañada en sangre. Lo lavó y lo acostó *“Al otro día no le quise preguntar nada pero desde ese día me quedé así como muy ajena a mi papá, me defraudó”*. Su madre nunca regresó a Colombia así que reunió a toda la familia con ella tras dos años de separación *“yo no decía nada porque yo me tragaba el cuento de que ella iba a volver y todo,*

¹²⁶ Colombia, 17.

IV. Etnografía

entonces bueno mi papá dijo que se quería venir y arreglaron el viaje y obviamente yo me tenía que venir con él porque no me podía quedar ahí perdida". Como la mamá trabajaba en el servicio doméstico de interna cuando llegó el resto de la familia alquilaron un piso vacío, sólo tenía las camas para dormir, estuvieron meses sin televisor recuerda. Ángela se aburría, no lograba hacer amigos en el colegio, su padre ya consiguió trabajo en la construcción, su hermana aún no se había reunido con ellos, estaba sola en casa, echaba de menos su vida en Colombia, se aburría, se sentía sola. Una despensa llena como la que nunca antes había conocido y con nuevos alimentos se convirtió en un pasatiempos atractivo. También la vuelta a las comidas elaboradas de una madre que se esmeraba en recuperar el tiempo perdido cocinando los platos que más le gustaban jugaron su papel en el aumento de peso. Ángela subió unos kilos y enseguida llegaron los comentarios de la familia *'Uy Ana como estás de gorda'* o *'Uy, como has subido de peso'*. No es que se sintiera gorda pero sí notó el cambio porque siempre había sido flaquita. Decidió hacer dieta para cuidarse, al fin y al cabo por la migración su vida había cambiado ese último tiempo, estaba más sedentaria, comía más...

Pero las separaciones son más complejas si cabe y ni ocurren en una sola etapa, ni se limitan al distanciamiento de los miembros de la familia nuclear. Las separaciones son como mínimo "dobles" en el sentido de que en primer lugar, conllevan la separación de padres y hermanos -que puede suceder en una o varias etapas- y en un segundo lugar, para dar paso a la reagrupación, la separación de los cuidadores y de la tierra. En algunos casos, una vez en destino, las cosas no son como habían imaginado, sus expectativas no se corresponden con la familia que encuentran ni con la sociedad que les acoge. Karima¹²⁷ regresa cada año a su pueblo, tiene recuerdos fantásticos de aquella época y sigue añorando su familia allá, su tierra. Por eso entre sus proyectos futuros se encuentra el de regresar a Marruecos a trabajar tras licenciarse en España. La particularidad y el estigma que comporta ser madre soltera en el Marruecos rural de los años 80 llevó a su madre a emigrar a España cuando ella

¹²⁷ Marruecos, 19.

sólo tenía 3 años. Hija única, Karima se quedó en aquel entonces viviendo en casa de sus abuelos y tíos maternos. La distancia geográfica en este caso jugaba con ventaja y su madre pudo bajar a visitarla en varias ocasiones, sin embargo seguía siendo una experiencia difícil en tan corta edad *“Yo me acuerdo de la primera vez que se bajó mi madre me asusté. Claro yo crecí, pero pensé ¿esta es mi madre? Y me asusté tanto que me encerré en la cocina durante dos días, sí, mi abuelo convenciéndome que esta es tu madre, y mi abuela y mis tíos y yo que no, que no. O sea yo me acuerdo de mi madre que era una adolescente, una niña con pelo largo negro, era un poco oscurita de cara, cuando volvió era un poco más blanca, tenía el pelo cortado, ya no veías a esa mujer que era triste o siempre pensativa, ya veías otra mujer, fuerte. Y luego cuando salí la empecé a mirar de arriba abajo, y aunque me abrazara ella y lloraba yo decía esta no es mi madre, esta no huele a mi madre, pero al final me convencí de que era mi madre”*. Cuando con 9 años su madre la trajo, Karima ya veía en sus abuelos la figura de sus padres, y marchar le costó mucho.

Su madre siempre ha trabajado en el servicio doméstico, al principio de interna en una casa donde se hospedó y vivió con Karima durante un tiempo. Más tarde alquilaron una casa propia donde subalquilan una de las habitaciones para ayudarse a pagar la renta. Con su madre, una vez aquí, ha tenido una relación de altibajos constantes. Costó entablar esa relación madre hija desde la nostalgia de otra casa, de otro lugar, de otros cuidadores. Desde pequeña le gustó comer y fue una niña gordita, así la llamaban las profesoras de su escuela en Marruecos, un apelativo que ella admitía porque sentía que venía desde el cariño, y porque era aún una niña. Después, ya no fue lo mismo. Se siente sola en una casa donde su madre nunca llega del trabajo y en una escuela donde es objeto de motes y acosos verbales y físicos por su peso. Decide hacer algo al respecto. Comenzó por la dieta, siguió por restringir, continuó por vomitar, a fin de cuentas luchar por un peso que le estaba haciendo la vida muy difícil.

Nicoleta¹²⁸ estuvo 4 años en Rumanía separada de sus padres. Vivió con sus hermanos mayores en casa de sus abuelos maternos mientras su madre y padrastro se asentaban en España, país al que emigran por las precarias

¹²⁸ Rumanía, 16.

IV. Etnografía

condiciones económicas en las que vivían. Entre sus 8 y 12 años de edad, su madre fue una vez a visitarla pero hablaban mucho por teléfono y le enviaban siempre dinero y regalos. Ambos consiguen trabajar, su padrastro como fontanero y su madre de camarera en un restaurante. Cuando deciden traérsela, le ilusionó la idea, se encontraba bien en el pueblo y con sus abuelos pero hacía tiempo que no veía a sus padres y los echaba de menos. Viene a España junto a su hermano mayor mientras el pequeño se queda acabando sus estudios universitarios. La relación con su madre comenzó mal, se peleaban constantemente. Con su padrastro no estableció vínculo afectivo, éste lo sigue buscando con su padre biológico que, sin embargo, la rechaza. Hace dos años mueren sus abuelos –con quienes se había criado- en un accidente doméstico y su hermano mayor regresa a Rumanía mientras ella se queda en España y no puede acudir al funeral. Es el momento que Nicoleta recuerda como su inicio en la pérdida de peso. El duelo por la muerte unido a la soledad que siente se intensifican por el rechazo que en el colegio percibe por parte de los autóctonos, no debido a su peso sino por ser rumana. Discriminación étnica y no corporal, nadie se metió con su imagen, con su cuerpo. Nunca fue de mucho comer, siempre tuvo una figura estilizada, es alta y delgada. Dejó de comer por pereza, por abandono, por tristeza, todo le daba igual.

Helena¹²⁹ era alta y de constitución delgada en el momento de la entrevista, como su madre, nunca se ha visto ni la han visto gorda. A sus doce años, aún no había menstruado. Dejó de comer por tristeza. Su padre trabajaba como enfermero en Ecuador cuando se quedó sin empleo y vino a España para ganar algo de dinero y regresar cuanto antes con su familia. La madre, hasta entonces ama de casa, busca un trabajo como auxiliar de cocina, quiere hacerse con el dinero para venir a visitar a su marido a España. No puede soportar el hecho de tener a su familia separada. Helena junto a su madre y hermanos combinaban temporadas entre la casa de los abuelos paternos y maternos. Es entonces cuando la preadolescente pierde el apetito, dice que se entristece de echar tanto de menos a su padre. En lo que iba a ser solamente una visita, finalmente se

¹²⁹ Ecuador, 12.

quedan a vivir en España si bien su madre tiene que regresar a Ecuador por un tiempo y Helena se instala de nuevo en esa tristeza que considera la causa de su (mal)estar, de su falta de ganas de comer.

Y mientras que en las adolescentes el deseo que prevalece es el de unirse a la familia de la que aún son dependientes, las emancipadas nos muestran otra perspectiva ya que sus historias contienen la búsqueda intencionada de una separación de la misma como estrategia de superación de problemas y que es parte del objetivo de su migración. No podemos pensar en toda relación social y familiar como deseable y proveedora de salud o preventiva de problemas de salud. En ocasiones la casa familiar, o las relaciones entre los miembros de la familia se convierten en fuente de malestares individuales de tal intensidad que la distancia física surge como una estrategia de supervivencia. Entre las emancipadas los problemas con la alimentación habían comenzado años previos a la migración, apareciendo, en sus discursos, ligados a unas relaciones familiares problemáticas que van a provocar su voluntad de poner distancia en cuanto tienen la ocasión.

A Marcelo¹³⁰ y a Cecilia¹³¹ les tocó sufrir las consecuencias de la dictadura militar desde diferentes generaciones, a él como joven activista y a ella como hija de uno de ellos. Cecilia era niña cuando secuestraron a su padre y lo torturaron para devolverlo meses después a una vida a la que fue incapaz de volverse a enganchar. Ella llegó de Argentina hace dos años. Vino sola para dejar atrás una crisis económica que le hace perder sus ahorros, pero sobre todo, por sus ganas de construir una vida en Europa, una vida propia, alejada de cualquier interferencia familiar. Cecilia entiende que gran parte de sus problemas tienen que ver con sus relaciones con la familia. *“Nací en una pareja que tenía muchos problemas”*, sus padres construyen una familia tras dejar otras atrás con hijos con los que apenas van a mantener relación. Cuando comienza el

¹³⁰ Argentina, 54.

¹³¹ Argentina, 29.

llamado Proceso de Reorganización Nacional¹³² *“mi papá desapareció en la época de los militares y los militares lo vuelven a dejar en mi casa pero mi papá quedó mal de la cabeza. Algunas veces dejó entrever que lo hubieran violado, otras veces que no, no sé, son traumas y cosas y no sabemos. [...] Y en ese tiempo que estuvo secuestrado quedó muy mal y tomaba muchas pastillas para dormir, para calmarse, [...] con intentos de suicidio, [...] yo empezaba a ver que las cosas no andaban bien, que mi papá estaba muy alterado, que tenía problemas con el alcohol”*. La familia acaba fragmentándose, *“mi madre lo abandona primero, yo ya me había ido a vivir sola, mi mamá lo abandona porque se da cuenta de que mi papá es una persona peligrosa y que le amenaza con matarla, es livianita mi vida, la amenaza con unos cuchillos. Entonces mi mamá se fue de casa y al mes ya no estaba en esa casa y ya no supimos nada de él.”* Hasta el día de hoy.

Cecilia marcha a vivir fuera de casa con 18 años porque *“si no, me iba a morir allá adentro”*. Recuerda una relación especial con la comida desde pequeña, *“he tenido muchos trastornos así de comer hasta llenarme porque he tenido un vacío que no podía llenarlo con nada, trataba de comerme todo”*. En un par de ocasiones durante el bachillerato, aumentos de peso la hacen encerrarse en su habitación por periodos de hasta seis meses llevándola a engordar aún más, por los atracones que se suceden y por el sedentarismo. *“En realidad no sé bien por qué me encerré, porque el mundo no era lo que me hacía mal, lo que me hacía mal era mi casa, y me encerré en mi casa pero era como que me encerré en mi casa pero dentro de mi casa entonces era como una burbuja metida allá dentro, mi casa no podía entrar aquí dentro, estaban alrededor, yo me sentía así”*. En casa se daba una ausencia de normas, de referencias que ella reclamaba, comenzando por la comida, *“por ejemplo, mi padre compraba, sabes lo que son facturas, facturas en Argentina son croissant, compraba 36 pastas para cuatro personas y lo ponía encima de la mesa para el desayuno”*. *“Mis padres, pobres, nunca supieron como actuar en ninguna circunstancia, no sabían como actuar, nunca supieron manejar ninguna situación. Yo*

¹³² Nombre con el que se autodenominó la dictadura militar que gobernó de facto Argentina entre 1976 y 1983.

estoy gordita desde chiquita y mis padres como si nada, no me enseñaban o no me educaban, mis padres no me los habían puesto (límites con la comida) ni de chiquita ni de mediana, me los puse yo misma.” Pero irse a vivir a una casa independiente en Argentina no fue suficiente, la distancia física desde España le ha aliviado la carga familiar y los problemas emocionales que le acarreaban por eso dice que *“venir a España también me hace tener menos problemas con la alimentación. Los problemas siempre estuvieron vinculados con la casa familiar”*. En situación de legalidad, encontró un trabajo que le permite pagar la vivienda en la que vive sola tras una ruptura sentimental.

Marcelo podía haber sido su padre, por edad y porque se vio sometido a la persecución política tras el golpe militar de 1973. Nacido en una familia de clase media residente en un barrio obrero de la capital, en el primogénito se depositaron expectativas desde el momento en que abrió por primera vez sus ojos al mundo *“por ser el primero y por tener los ojos azules, porque en Argentina los ojos azules se valoran mucho, son un símbolo de estatus”*. Pero el médico con el que ambos padres siempre soñaron que se convirtiera no salió nunca de aquel joven que, queriendo comerse el mundo, se involucró en la militancia de izquierdas durante el peronismo mientras alternaba diferentes trabajos que no le motivaban *“estaba en la militancia, que también era casi obligatoria, y saber de política también era lo mismo, conocías a una chica y si no militás o no habías leído a Marx eras un analfabeto”*. Hasta que llegó el golpe. Sus mejores amigos desaparecidos, su novia embarazada, la probabilidad de escapar a España con la familia de ésta, Marcelo había comenzado a beber como lo hiciera ya su padre. La relación con la familia *“fue malísima, con mi hermano fue medio decente pero con mi madre fue terrible, ella fue muy absorbente, lo viví mal. Es más el otro día mi actual mujer me llamó mientras que yo estaba en Argentina y mi madre cogió el teléfono y le dijo ‘habla la madre de Marcelo’, ella no es ella, es la madre de Marcelo, me dijo mi mujer espero que tu hermano no estuviera por ahí porque si no se iba a sentir muy mal. Ella siempre fue muy absorbente conmigo, yo iba para médico, sí, yo creo que me presionaron tanto que eso fue lo que falló, en la adolescencia estaba muy perturbado”*. Así que acabó huyendo mediante una estrategia que a pesar de ser más común entre las

IV. Etnografía

mujeres no es exclusiva de un único género *“yo lo que quería era irme de casa, me fui a los 21 cuando me casé, me casé porque quería irme de casa”*. La familia que formó no funcionó y eso le trajo más abajo, dejó el alcohol por el tabaco mientras los atracones de comida se convertían en su mejor aliado para gestionar malestares, hasta el día de hoy. Ha alternado diferentes trabajos, entre ellos durante años se dedicó al negocio de la restauración. Ahora se dedica al comercio exterior, ha comenzado una nueva relación sentimental y lo económico no es un problema en casa.

Gisela¹³³ buscó desde joven la distancia de una familia en la que *“siempre me sentí al margen, siempre distinta y realmente hasta hoy lo soy.”* Creció en un hogar que, respondiendo a las exigencias de movilidad del trabajo de su padre, tuvo que cambiar de lugar de residencia en varias ocasiones haciendo de su infancia y juventud un periplo entre zonas rurales y urbanas de Brasil. Al contrario que Cecilia, quien echaba de menos por parte de sus padres el establecimiento de normas -límites, referencias- que guiaran su comportamiento, Gisela recuerda a unos padres muy severos y una casa colmada de reglas que establecían marcadas diferencias entre los géneros *“De hombre y mujer bueno claramente, los chicos unos privilegios y la mujer está ahí, todo el tema de ayudar en casa y tal, el mejor trozo del pavo para los chicos, esto siempre. Me cabreaba un montón y discutía pero eso era incuestionable.”* Pero más allá de esa discriminación de género, sus sentimientos de soledad se iban reforzando ya que *“con mis hermanas también me sentía muy distinta. Mis hermanas eran dentro de lo que querían mis padres, estudiosas, ordenadas, se vestían normal, yo ya pues no me vestía como la mayoría de la gente, me gustaba mucho andar con zapatos, digamos que no me conformaba mucho con la norma y digamos que desde temprano ya se fue marcando la diferencia de comportamiento.”*

Define a su padre como una persona muy rígida que le propinaba alguna que otra bofetada, sobre todo cuando se trataba de temas referentes al estudio, pero la relación con él no fue conflictiva porque a la vez se mostraba cercano *“era un ser superrígido, pero conmigo tenía una relación..., mandaba mucho pero era cariñoso*

¹³³ Brasil, 47.

conmigo, yo creo que por esto mi madre tenía un poco de celos porque era realmente muy cariñoso conmigo, pero muy rígido". Conflictiva fue sobre todo la relación con su madre, quien la hizo sentir presionada a la vez que rechazada y excluida, sobre todo por su manera de vestir y por su peso, por lo que la llevó a un psicólogo *"porque quería una hija delgada"*. *"La relación fue bastante difícil porque yo le acusaba de que no me daba atención, de que no me hacía caso, de que pasaba de mí, entonces ella se sentía culpable y entonces venía y me compraba algo, siempre quería que vistiera de una manera tal."* Gisela recuerda calmar sus malestares comiendo dulces desde que era una niña, allí encontraba el placer y el alejamiento de los problemas. Cuando es adulta decide alejarse también geográficamente *"yo quería ir a un lugar donde empezar de cero, donde nadie me conociera, yo llegué aquí a Barcelona y, a ver, a buscar un hotel, no conocía a nadie, pero después mirando yo creo que quería esto, estaba tan marcada, había gente toda mi vida diciéndome lo que yo tenía que hacer"*. Tras finalizar una relación con una pareja catalana nace su hijo con el que vive en una casa de alquiler. Madre soltera, Gisela decide quedarse en España tras conseguir un trabajo fijo en el sector de la enseñanza.

Gabriela¹³⁴ pasó una infancia feliz en el Uruguay rural. Vivía en una casa de campo junto a sus hermanos mayores, sus padres entonces se ganaban la vida haciendo comercio con la gente del campo. Como a Gisela, siempre le gustó comer, desde pequeña, y recuerda aquel almacén al que tenía acceso libre y donde pasaba una y otra vez a coger galletas o lo que se le antojara. Pero en seguida sus padres le llamaron la atención *"era una cosa agobiante, porque ellos se preocupaban porque mis hermanos además no eran gordos y veían que yo comía excesivamente, y es verdad yo comía excesivamente"*. Siempre fue gordita, pero eso tampoco supuso un problema hasta que llegó la adolescencia. Su peso no le robó vida social, salía con los amigos, tenía novios, le gustaba cantar en espectáculos y hasta formaba parte del equipo de voleibol del colegio. Pero los constantes comentarios de sus padres, en concreto de su madre, hacia su cuerpo y su forma de comer la hicieron acomplejarse, *"mi madre siempre me estaba machacando, cuando era chiquita, pero claro entonces yo pasaba. Me empezó a importar*

¹³⁴ Uruguay, 43.

IV. Etnografía

cuando empecé a sentirme una mujercita. Me llevaba a dietistas, sí, yo comía a escondidas, era una cosa agobiante, porque ellos se preocupaban porque mis hermanos además no eran gordos y veían que yo comía excesivamente, y es verdad, yo comía excesivamente". Esa presión que ejercían sus padres sobre su cuerpo derivaba de una preocupación por su salud ya que ocurría en un contexto social en el que el modelo estético de delgadez no era aún tan popular, *"estamos hablando de una época que no es la de ahora, esta delgadez de ahora no era lo que se llevaba en aquella época tampoco"* pero contaba con 13 o 14 años cuando comenzó la lucha por estar delgada que aún lleva entre manos. Es en ese momento cuando lo que hasta entonces había significado comer mucho o ser golosa se convierte en "darse atracones". La diferencia es clara según Gabriela, los atracones son la consecuencia de la dieta, de la restricción, lo aguantas durante un tiempo pero luego, explotas.

Con sus padres ha mantenido una relación muy estrecha. Aunque tuvo la oportunidad de marchar a Montevideo y estudiar una carrera universitaria, va a abandonar los estudios para trabajar junto a sus padres en un restaurante pequeño. Le gustaba cocinar, el trato con el público, era buena en su trabajo. Varios han sido los negocios familiares de hostelería en los que ha estado al frente, lugar de trabajo que concentró gran parte de su vida y de su relación con el mundo y con la comida. Allí, trabajaba codo con codo con un padre que tenía problemas con el alcohol y allí también, conoció a sus dos maridos. Con su padre *"era una persona muy difícil de convivir, pero trabajar con él no era difícil, teníamos muy buena relación, claro yo aguantaba muchas cosas, y precisamente eso, el problema del alcohol a mi se me hizo carne, yo no soportaba verlo tomar, no soportaba porque ya había padecido eso con mi ex y yo tenía una sensibilidad muy especial al respecto, lo veía con la primera copa y ya me ponía histérica"*. La relación con su primer marido, de quien tuvo dos hijos, fue una tortura que reflejaba en sus prácticas alimentarias y corporales *"Con William era un desastre, me iba 20 kilos para arriba y 20 para abajo"*. Los problemas de bebida de éste los llevaban a menudo a atravesar problemas económicos. Han sido varias las veces durante su vida que Gabriela ha fluctuado peso hacia arriba o hacia abajo de la balanza,

ocasiones siempre ligadas a alteraciones emocionales, por su relación de pareja, por la relación con su padre, por las condiciones de estrés de su trabajo, y la última, por el cambio que le va a suponer la migración. Una migración que entre otras causas es motivada por la búsqueda de un alejamiento de su padre *“pero había un respeto, lo que él decía iba a misa, y soportamos su alcoholismo y sus borracheras porque no tienes cara para decirle mira papa yo no te aguanto borracho, el venirnos para aquí fue también salirnos un poco de todo eso porque ya me tenía..., lo de él se iba acentuando cada vez más y era difícil de aguantar y bueno mi madre pobrecita soportando, y yo viví angustias durante años de decir qué voy a hacer con mi padre”*.

Vicky¹³⁵ tiene recuerdos de una infancia familiar divertida y tranquila junto a sus padres y su hermana menor en Buenos Aires. Con un padre empresario y una madre ama de casa, sin dificultades económicas se crió en una institución judía progresista. Su vida social era rica, tenía amigos y juntos organizaban actividades deportivas y culturales, también viajaban. No le interesaban las discotecas ni perder la cabeza por el qué me pongo y por unas copas. Disfrutaba más quedando con amigos para tomar té, escuchar a cantautores latinoamericanos y discutir sobre la situación sociopolítica del mundo. De pequeña siempre le gustó comer, hasta que el placer se acabó, en torno a los 12 años. Le vino la menstruación y el cambio hormonal le hizo engordar. Los primeros comentarios sobre su peso llegan de la mano de un médico traumatólogo quien le recomienda que baje un par de kilos y el intento se convierte en pesadilla. Primero porque debido a un problema de tiroides, que no le detectan hasta 4 años más tarde, intenta hacer mil dietas sin conseguir ningún cambio en su peso, segundo porque a ese aviso médico se sumó el comienzo de una constante vigilancia sobre su cuerpo y alimentación por parte de su padre *“Lo que también pasaba en mi casa era que mi padre, que no es obeso pero estaba subido de peso, con mi padre siempre competíamos con el tema del adelgazar, como a mi me costaba mucho y a él también era, eh estas gordita, dejá de comer tanto me decía mi papá, siempre tenía algo que decirme con respecto a mi peso y a mi alimentación, cosa que yo decía ja, ja, ja, pero me estaba enfermando la cabeza. Entonces*

¹³⁵ Argentina, 27.

como que siempre competíamos, yo decía voy a empezar la dieta 'y yo también' decía mi papá, a ver quien baja primero, no sé, mucha competencia, una cosa muy enferma pero que no terminaba de darme cuenta yo de que era tan enfermo". Cuando comienza a tratarse de tiroides las dietas hacen su efecto por primera vez, baja 12 kilos de golpe, así que cuando intenta dejarla tras varios meses siente que sin referencias le da miedo comer, por eso, comienza a restringir. Pero un acontecimiento importante en su vida estaba aún por suceder. Marcha de vacaciones a Europa con unos amigos pero la noticia de la separación de sus padres a su vuelta "*ahí me cambió la vida porque mis padres deciden separarse, cosa que no estaba en mi mente porque mis padres son una pareja sin conflictos, no te digo unida porque nunca los ví unidos, pero sin conflictos, porque no me imaginé nunca que se iban a separar, nunca, nunca, fue como el principio de una etapa muy nueva y muy mala, muy mala, ahí fue como estar arriba del todo y el declive total de toda mi vida, porque yo tengo como una manera de ser donde me preocupo siempre mucho por el otro, la familia para mí tiene una importancia muy grande, la unión y todo eso, entonces la desestructura de tener padres separados no me podía entrar en la cabeza y además hubo mucho sufrimiento de por medio".* La separación, como en muchos otros casos, fue muy conflictiva. Su padre, con quien Vicky siempre había mantenido una relación muy estrecha, no se marchó de casa hasta pasado un año para acabar viviendo con la mejor amiga de su madre, "*como que se me cayó un ídolo*". Ella se quedó a cargo de una madre que no había trabajado nunca fuera de casa y quien se vio desbordada por tal situación de ruptura familiar. Vicky se hace cargo, tomó el rol de su padre, trabajaba fuera para aportar el sueldo y gestionaba la casa familiar que pronto acabarían perdiendo. Su madre comenzó una vida desconocida para ella, comenzó a beber, una relación sentimental con otra persona y, a veces, cuando llegaba tras el trabajo encontraba la casa llena de gente que no conocía. Recuerda el primer día que ocurrió, llegaba a casa angustiada por un trabajo que no le gustaba y buscando el apoyo de su madre, pero al llegar solo vio un puñado de caras desconocidas y la indiferencia de su madre. Vomitó por primera vez "*y ya de ahí no paré, porque sentí como que aquí encontré como un espacio mío, propio, donde nadie se metía, donde nadie me decía nada, era, era MI lugar,*

era MI espacio, MI mundo, y ahí nadie tenía participación, como muy raro, pero yo lo sentía así, yo lo sentía así”.

Vicky busca en la migración el alejamiento de unas relaciones familiares que le resultan demasiado dolorosas y sobre las que se siente impotente de gestionar. Además, vivir en Europa formaba parte de la realización de un proyecto personal que siempre le atrajo. Desde aquí trabaja para vivir y mandar dinero a su madre, al otro lado del charco.

Odiosas comparaciones

Factores culturales y socioeconómicos moldean los modos de crianza que tienen las familias en cualquier lugar del mundo. Los recursos disponibles, ya sean materiales o de otra índole, y las creencias y valores respecto a la educación y cuidado de los hijos se combinan para dar lugar a diferentes maneras de gestionar la dinámica familiar. La migración puede, en ocasiones, poner en relación estas diferencias. Ester¹³⁶ cuenta *“en principio iba a venir solo mi hermana que era más mayor y mi madre y a nosotros nos iba a dejar con nuestra abuelita pero es que luego mi madre lloraba cada noche, no podía, sufría, aunque se hacía la dura delante mía y me decía que no le pasaba nada, que no extrañaba a mi padre, me decía tienes que ser fuerte, y por las esquinas la veía llorando, entonces yo también me ponía triste y al final cuando me dijeron una semana antes que nos íbamos a ir todos me puse muy contenta”*. Alquilan un piso en un barrio de clase obrera en Barcelona. Su padre, albañil en Ecuador, ha cambiado varias veces de trabajo pero siempre en el sector de la construcción; su madre, que no había hecho más que trabajos esporádicos en el servicio doméstico en su país, acude ahora a su jornada diaria como portera en un edificio. Aunque ya llevan aquí varios años, las nostalgias están siempre presentes. Sus padres *“están muy dolidos porque yo les veo, sobre todo ellos que son los que más tiempo han estado en Ecuador, echan de menos a sus padres, a su familia, es que toda la familia esta allá, lo que ellos decidieron era darnos un futuro mejor para nosotros, como que ellos pasaron en la infancia hambre, falta de*

¹³⁶ Ecuador, 15.

IV. Etnografía

alimentos, de ropa, de cosas materiales y claro, lo que ellos más buscaban era darnos esas cosas materiales". El precio de venir a España y vivir en la ciudad ha sido el de alejarse de unas tierras y de una familia extensa añoradas "de pequeña iba por el campo, por los árboles, por la carretera sin coches, jugaba con las plantas, con mis tíos que tenían más o menos mi misma edad, éramos todos de ese lugar, parecía toda una clase entera ahí, siempre mucha gente, en el pueblo todo el mundo se conocía, era muy bonito ir al colegio. Me llevaba bien con mi abuela, con mis tíos, éramos como una gran familia, éramos 15 o 20 y lo añoro porque aquí somos más poca familia y no estamos juntos, añoro las fiestas, nos quedábamos en casa de alguien y montábamos una fiesta superenorme, además que allí teníamos espacios grandes, y después para venir aquí pues hubo que pasar de una casa grande a un piso".

Ester venía sintiéndose diferente entre sus hermanos y la menos querida de entre los tres hijos desde pequeña. Siempre le gustó comer y utilizaba la comida como una fuente de evasión y de diversión. Cuando llegó a España la convivencia con las familias de sus amigas españolas la hace cuestionarse ciertas reglas que imponen sus padres en casa. Unas relativas a los roles de género, otras a los cuidados y la educación de los hijos. Respecto a los roles de género en casa, existe una clara división sexual del trabajo con la que se resiste a identificar y por la que le valen descalificativos respecto a su feminidad *"la idea de que las mujeres somos más de la casa, de limpiar los platos, siempre me comparaban con mi hermano diciendo que él hacía más cosas que son de mujeres, que yo parecía un marimacho, que solo iba por la calle, que no hacía nada en casa."* Cuando comienza a pasar tiempo en casas de amigas españolas llega el cuestionamiento de valores de género que van más allá de las responsabilidades sobre las tareas domésticas *"me acuerdo que comencé a compararme con las demás familias y al comparar las culturas comencé a cuestionar mi cultura pensando que sí es machista. Allá a una mujer le pegan y no dice nada, o sea tú vas y pones una denuncia y allá la policía no hace nada, y aquí pegan a una mujer y aunque tampoco hacen mucho, se movilizan. Allá es lo normal"*. Los modelos de género en cada sociedad alcanzan diferentes niveles de desarrollo *"comencé a quererme integrar con la cultura de aquí, a compararme con las familias españolas, a criticar a mi familia pensando que si esto lo*

hacían mal, que si tal cosa no la deberían de hacer, luego comencé a encerrarme en mí. Porque yo comparo las dos culturas, yo comparo la cultura española con la cultura de Ecuador y no sé, recordando cómo me trataron cuando era pequeña siento que me descuidaban. Me fijo mucho en cómo crían aquí a los niños pequeños, cómo los protegen y yo veo que a mí no me han protegido así entonces es porque me han descuidado o no me han querido mucho. Yo tenía dudas, por ejemplo yo pensaba, por qué si yo hago algo mal mi madre me tiene que pegar una torta y a otro niño le dicen “no facis això, no ho facis”¹³⁷, me daba rabia que al niño no le dieran la torta y a mí sí me la dieran, o cuando piden un juguete que sus padres dicen va que te lo compro pero si le digo yo a mi madre ella dice no, eso es lo que me daba rabia.” Sin embargo, el razonamiento de Ester sobre sus atracones, restricciones y vómitos “yo creo que esto fue más por cambio de culturas”, es un discurso que intuimos en gran medida adoptado de su terapeuta y que enmascara, al fin y al cabo, lo que más tiene que ver con una variable como es la clase social. Si Ester procediera de la clase alta ecuatoriana muy probablemente no habría experimentado algunas de tales diferencias que la hacían sentir inferior. Paradójicamente, y siendo un hecho que concordaría con esta hipótesis, Ester, en un momento de su vida, entra a formar parte de una banda latina –hecho que relataremos más adelante-, pasando así a identificarse con unos valores y unos referentes ante los que precisamente protestaba y quería resistir al referirse al funcionamiento familiar, pero que sin embargo le otorgan un fuerte sentido de identidad personal que la hacen sentir menos vulnerable ante la discriminación étnica y/o de clase. Ester lucha cuando es confrontada con demandas culturalmente ambivalentes, en parte asociadas con entornos de diferente nivel socioeconómico, y el mecanismo de defensa que utiliza lo van a constituir determinadas prácticas con la comida y con su cuerpo.

¹³⁷ Traducción del catalán “No hagas eso, no lo hagas”.

Modelos de Género

Contrariamente a las asunciones derivadas de teorías y estudios sobre TCA que centran en la relación madre-hija el origen causal del conflicto, hemos encontrado en los relatos de vida un papel especialmente relevante de la figura del padre -bien sea a través de su presencia como también de su ausencia- en cuanto ocupan un lugar destacado en los relatos sobre malestares. Comenzando por ser los primeros cuestionadores -junto con madres y otros miembros de la familia- de la corporalidad de su hija, *“yo antes consideraba que estaba más o menos gorda vaya, y mi padre se metía mucho conmigo”*¹³⁸, *“mi padre siempre tenía algo que decirme y a mis amigas también y siempre decía estas gordita, tenés que bajar de peso, y siempre mi papá tenía algo que decir con el peso en mi casa, y a mí eso me empezó a entrar, a entrar”*¹³⁹. Y no sólo en lo referente al peso, la afiliación a nuevas religiones pentecostales lleva a las familias a incluir una nueva normativización en los hábitos que incluye entre otros aspectos la imagen corporal de la mujer *“ahí no se pueden poner ni vaqueros, ni pendientes, ni nada, ni maquillaje ni nada”*¹⁴⁰ además *“mi padre decía ¡que estás gorda!”*. A Isabel le gustaría llevar pendientes pero *“es que no tengo agujerito, es que tampoco le gusta a mi papá, por eso, por la religión”*, y pintarse lo hace *“pero cuando no está mi papá, a él no le gusta que lo haga, cuando nos habla (a ella y a su madre) nos dice no hay que pintarse”*. La conversión Pentecostal en países de América Latina está asociada a la curación de enfermedades o a la superación de la adicción al alcohol. Según VALLVERDÚ (2009) la religión sustituye a la medicina como campo terapéutico, y las nuevas pautas domésticas están dirigidas hacia una atenuación de las actitudes machistas dentro de la familia, sin romper con la tradición patriarcal. Puede que esta atenuación se de en algunas esferas, mientras en otras como la del control

¹³⁸ Paula, Perú, 16.

¹³⁹ Vicky, Argentina, 27.

¹⁴⁰ Carolina, Ecuador, 17.

de la imagen o apariencia de las mujeres se refuerza bajo la justificación del precepto religioso y sigue mostrando a ésta en una clara posición de subordinación.

Además de ejercer un control sobre los cuerpos de sus hijas, los padres están implicados en experiencias que han sido particularmente relevantes en sus vidas y que ellas han asociado a sus (mal)estares. Padres ausentes, padres que abandonan, que rechazan, que maltratan a sus esposas, a sus hijas; muchas de estas mujeres se sintieron defraudadas por alguien que constituía todo un referente en sus vidas.

Violencia(S) de género

La familia es una de las principales instituciones transmisoras de valores y prácticas sociales respecto a los roles de género, el cuerpo y la comida, con capacidad para cristalizar, a través de las relaciones establecidas entre sus miembros, factores estructurales de la sociedad industrial y patriarcal que condicionan los modelos de género. Los abusos de poder por razones de género dentro de la familia alcanzan su máxima expresión en los casos de maltrato físico y de abuso sexual.

Carolina¹⁴¹ sigue conviviendo con toda una vida de maltratos psicológicos y físicos que su padre ha ejercido contra su mujer y sus hijas. Nació en un pueblo de Ecuador un año después que su hermana; no cumplir las expectativas del padre le hacen ganarse su rechazo nada más llegar al mundo *“a mí me odia de verdad porque cuando nació mi hermana y luego nació yo dije que quería que fuera hombre y como nació hija, no me fue ni a visitar ni nada, nada, nada. Él se quedó por ahí unos meses y cuando yo ya tenía un año y medio ahí vino, no me quería ni ver porque decía que era mujer”*. No parece casual que Carolina practique judo y juegue al fútbol, hasta trabaja ocasionalmente de árbitro. Ese rechazo lo volvió a sentir años después cuando una separación de los padres separa también a las dos hermanas. *“Y luego me separé yo también de mi hermana, que mi madre me llevó a*

¹⁴¹ Ecuador, 17.

IV. Etnografía

Quito que es la capital, y ellos se fueron a un pueblo de la sierra, y dijo mi padre yo me llevo a ella y tú te llevas a esta (ella) y pasamos meses sin ver a mi hermana, y después de unos meses mi padre llamó y dijo Blanca volvamos que la niña está aquí triste no quiere ni comer ni nada, que extraña a la otra. Y mi madre dice pues vale vente aquí a Quito y nos vemos. Luego él se fue y mi hermana quedó con nosotras llorando, yo sí me acuerdo de aquel momento, yo era pequeñita tenía 4 o 5 años y nada, nos abrazamos y nos besamos y todo, no sé cuántos pero fueron muchos meses, y nos dimos la mano para que no nos vuelvan a separar” cuenta Carolina mientras retiene las lágrimas. Su padre volvió pasado un tiempo a la casa familiar, pero ellas no se separaron de nuevo hasta que su madre decidió venir a España para mejorar la situación económica de la familia. Al año siguiente vino su padre y seis meses después los tres hijos, ya que poco antes de partir para España la mamá dio a luz al único hijo varón. Estar separada de su padre para Carolina suponía hasta un alivio pero de su madre, a pesar de entender las razones “nosotras llorando todos los días, lo pasamos fatal, lo hemos pasado fatal, nos llamaba todos los días, y mi madre cómo están, y le decíamos mamá la necesitamos”.

Su padre trabaja en la construcción mientras su madre ha alternado trabajos en el servicio doméstico y de cajera en un establecimiento. Viven juntos en un piso de dos habitaciones, las hermanas comparten y también la madre con el hermano pequeño. Su padre duerme en el sofá, “ellos ya están divorciados y todo, solamente están ahí porque quieren mantener... no pueden uno solo pagar el piso”. Pero la violencia de género en casa siempre ha sido una constante. “Como a veces se daban en Ecuador, yo y mi hermana nos metíamos y decíamos ya paren, paren, y llorando las dos, luego ellos ya se daban cuenta y mi madre le decía ya déjame en paz y le decía vale y el otro se iba y nosotras nos quedábamos con mi madre ahí llorando. Y a veces intentábamos hacer eso, para que no se peleen y eso, pero a veces se encerraban en la habitación y se encerraban con pestillo y empezaban a discutir y nosotras ahí golpeando paren, paren, pero nada. Luego mi abuelita nos llevaba por ahí a comer. (Sobre su padre) No le gusta opinar ni nada porque siempre, cada vez que opina, dice tonterías o no hace bien las cosas, o lo que quiere es pegar y ya está, siempre a la violencia”. En España la situación conflictiva en casa ha continuado, incluso

empeorado por el peso del tiempo, *“siempre estoy sufriendo y en casa igual, hay muchas discusiones, mi padre y mi madre siempre están discutiendo 'que se larguen ya, que no los quiero ver', nos dice, y eso jode un montón, 'que les odio', siempre está con sus palabrotas ahí 'gilipollas' y en su idioma (indígena), palabras así raras y mi hermana y yo nos vamos de casa porque estamos hasta las narices ya”*. Como a otras, a Carolina siempre le ha gustado comer. Su peso no se convirtió en una molestia hasta que llegaron los comentarios de su padre y de algunos compañeros de clase en España, compañeros respecto a quienes se siente diferente y discriminada. Además dice, en España los cuerpos son más delgados. Comienza a dejar de comer porque *“creo que me acumuló todo, la gente me hablaba y yo me sentía sin amigos, sola, encima quería tener un chico y nada, y ya decía joder que fea”*.

Para Isabel¹⁴² y su familia no se trata de la primera migración. Cuando tenía dos años dejaron su casa en el campo en Bolivia para probar mejor suerte en Buenos Aires. Entre otras herencias culturales tiene la de, si bien no hablar, entender el quechua, única lengua utilizada por sus abuelos y frecuentemente entre sus padres. Pero en la Argentina del “corralito” pocos se salvaron y como no podía ser de otra manera, sectores marginales de la sociedad, como los inmigrantes proletarios, se vieron afectados de inmediato por lo que algunos emprendieron una segunda migración. Isabel recuerda bien cada uno de los momentos que en su familia han pasado apuros *“sí pasamos necesidad, de no tener plata para comer cuando estaba en crisis (Argentina) y también antes cuando mi papá llegó a Buenos Aires y no tenía plata para comprarse nada y tenían que pedir agua para mi hermano el más chiquitito, para dar leche, agua caliente.”* Única mujer entre cinco hermanos, con menos de 14 años *“yo le decía mami quiero trabajar de cualquier cosa, y una vez empecé a trabajar en casa de una señora que la ayudaba a limpiar su casa, y me pagaba y el dinero se lo daba a mi mamá.”* Su padre con sus dos hermanos mayores son los primeros en llegar cuando las esperanzas de salir de la crisis se van minando. Ahora trabajan como albañiles mientras su madre cuida del hogar. Han

¹⁴² Bolivia, 15.

IV. Etnografía

alquilado un piso pequeño y muy humilde en un barrio de las afueras de Madrid.

Isabel se presenta como una chica tímida en la entrevista, sin embargo, durante su transcurso, en el que es interrumpida en dos ocasiones por llamadas de amigas que atiende en una habitación contigua, puedo darme cuenta de que a pesar de poder serlo en parte, son otros los factores que hacen de Isabel una informante extremadamente cauta en sus respuestas cuando está conmigo. Muy probablemente tiene que ver el hecho de que ha abandonado recientemente el tratamiento por anorexia en el hospital de día donde la intentan recuperar telefoneando a su domicilio y de donde cree que yo provengo por más que le explique que no formo parte del personal de ese hospital y que mi trabajo está ligado a la universidad. No obstante, progresivamente va sintiéndose más cómoda y comprensiva y podemos profundizar en el origen de sus (mal)estares. Al principio le cuesta hablar de las cosas que le importan, que la hacen sufrir, por ello seguramente utiliza el condicional a la vez que el miedo a quien representa la máxima autoridad en casa, su padre, parece conducirlo a despersonalizar al agresor y a bajar su tono de voz drásticamente para contar *“a veces mis papás se peleaban y discutían y a veces quería pegar a mi mamá”*. Con el paso de la entrevista esa utilización de un tiempo pasado y ocasional no coincide con la realidad ya que los maltratos físicos en casa siguen ocurriendo y su impotencia le causa tanto dolor como los hechos, *“Cuando le estaba pegando a mi mamá yo le decía por favor no le pegues más y no, no me hacían caso, no me hacía caso mi papá”*. Tiene miedo porque si intenta hacer algo más *“a mi también me van a pegar”*. Recuerda un viaje a ver a la familia en Bolivia en el que le dijeron por primera vez que estaba gorda. Comenzó entonces a restringir comida. En el viaje de vuelta, a los vómitos que siempre le habían producido los viajes en colectivo les encontró un sentido, *“cuando llegué me dijeron estás más delgada, en Argentina, y entonces yo pensé que era porque había vomitado y seguí haciéndolo”*. Para Isabel las prácticas alimentarias y corporales que la han llevado en varias ocasiones a ingresar en hospitales tienen que ver con *“todas las cosas que me*

decían que era muy gorda, en todas partes me decían, y segundo por problemas familiares”.

En otras ocasiones los golpes o las palizas van acompañados de otro tipo de maltrato psíquico y físico. Según THOMPSON (2004) numerosos estudios estiman entre uno y dos tercios las mujeres con problemas de alimentación que han sufrido abusos sexuales, una relación a la que se presta atención a partir de los años 80 cuando el feminismo confronta impedimentos políticos y teóricos para investigar en esta línea ofuscada, en parte, por el dominio de un psicoanálisis que rechaza la relevancia de este tipo de abuso en los problemas de salud mental de las mujeres. El incesto, va a ser el más difícil de destapar por ocurrir en la privacidad, aislamiento y secreto de la familia. En términos muy resumidos, este ofuscamiento se debió por una parte a la identificación que Freud hizo de las memorias de abuso sexual de sus pacientes como fantasías delirantes, y por otra, porque la centralidad en la relación madre e hija viene a omitir el papel del padre de forma general en la familia y concretamente, en su participación en la crianza de los hijos. Por ejemplo, olvidan el hecho de que puede estar implicado en la insatisfacción de su hija con su cuerpo cuando hemos visto que muchos de los comentarios sobre la imagen corporal que despiertan la preocupación y el malestar de las mujeres proceden de sus padres, y cuando la mayoría de casos de incesto son ejecutados por varones.

El abuso sexual puede alterar la relación que una mujer tiene con su cuerpo causando cambios en la percepción de su imagen corporal, creando confusión sobre sensaciones corporales, baja autoestima, dificultades en identificar o conocer los propios sentimientos o desconfianza (THOMPSON, 2004). Hacer dieta, darse atracones o vomitar pueden considerarse en este contexto como formas de responder ante estas alteraciones. Pueden hacer dieta para recuperar el control sobre un cuerpo que durante los abusos pierden por completo; pueden vomitar para deshacerse de sus cuerpos, unos cuerpos que ya no quieren, que odian como consecuencia del abuso; pueden darse atracones para aliviar sentimientos dolorosos, para disipar el enfado, para afrontar sentimientos de inutilidad, de odio a una misma.

No es un tema fácil del que hablar. Es común esconderlo, no llegar a expresarlo hasta pasados años, no hacerlo nunca. Varias pueden ser las razones, el intento de proteger a la madre o a los padres de la experiencia dolorosa, llegar a pensar que una ha sido una la culpable, sentirse avergonzada, miedo a no ser creída, el hecho de que la persona que comete los abusos sea un miembro respetado en la comunidad, miedo a que los abusos sigan y se empeore su situación a través de amenazas... De las veinte mujeres que han participado en el estudio, tres han relatado sus experiencias como víctimas de abusos sexuales relacionando estos hechos con sus (mal)estares alimentarios y corporales. De una cuarta sabemos que confesó haber sufrido abusos por parte de un tío de la familia, hecho que relató únicamente en una de las consultas con su psicóloga¹⁴³. Se trata en todo caso de un porcentaje considerablemente menor que el mencionado anteriormente respecto a otros estudios. De sus historias extraemos que todas las figuras de agresor han sido cuidadores, en dos casos de la propia familia, en uno de la escuela.

La infancia de Julieth¹⁴⁴ transcurre junto a sus dos hermanas menores y movida entre varias casas. Los problemas de su padre con el alcohol y sus relaciones con otras mujeres provocan varias separaciones e inestabilidad en los ingresos que hacen que la familia tenga que depender de los abuelos, mudándose en varias ocasiones a casa de éstos. Aunque no llegaron a pasar hambre viven en un entorno empobrecido “*Y allí en la escuela como eran tan pobres pues siempre dan coladas en jarro y siempre llevan galletas en bolsitas [...] ¿la colada? Es una bebida, y la preparan las madres de familia para darles a sus hijos a la hora del recreo porque no tienen nada que comer. Y hay una cosa que siempre me acuerdo, vivíamos en esa casa y mi mamá se puso de acuerdo con la vecina de enfrente, entonces ella y mi mamá y todos los hijos fuimos a un lugar caminando, yo era pequeña, iba jugando y no sabía donde iba, y vi un montón de basura así en un lugar muy lejano y yo le dije mamá, y la señora se puso a coger basura, a buscar cosas, y solo cogían los peluches que están así dañados, rotos, pues los cogían, y mi mamá también, y yo no quería, y mi mamá pues los cogió*

¹⁴³ La entrevista con esta psicóloga forma parte de las entrevistas a profesionales de esta investigación.

¹⁴⁴ Ecuador, 16.

pero fuimos a la casa, y mi mamá los lavó bien y los cosió. Y nos dijo ya tienen ustedes sus juguetes”.

A pesar de las carencias materiales tiene lindos recuerdos de una infancia en la que formaba una parte esencial la convivencia frecuente con la familia extensa, echa en falta *“cuando eran vacaciones o fines de semana mi abuelita nos llevaba a la finca pero no como aquí, en Ecuador es decir que vamos a una montaña y tienes que andar mucho hasta llegar al final donde hay una casa de caña y donde hay puros cafetales, y algún río. Me lo pasaba bien por ahí, con toda la familia, primos y todo, y nos poníamos a recoger café, y mi abuelita nos enseñaba muchas cosas, a subir a caballos y eso, y también a ordeñar vacas”.* Pero hay otros episodios de su infancia que tampoco puede olvidar como el haber sido objeto de abusos sexuales por parte de familiares. Llegado un momento lo dijo a sus padres pero aún hoy parte de la familia sigue sin creer en sus palabras haciéndola sentir responsable de una fragmentación familiar.

“Cuando estábamos viviendo en Santa Rosa en donde mi abuelita, vivíamos en un cuarto que nos dejó, y cuando mi mamá se iba a trabajar nos dejaba con mi tía y como mi tía tenía un señor que era nuevo, ese viejo no me gustaba para nada porque cuando yo jugaba fuera me llamaba, pero eso era..., no estaba ni en primaria, estaba en jardín, quedaba cerquita de mi abuelita y yo me acuerdo que él me llamaba así y no me gustaba, y como yo una vez estaba sentada esperando a mi mamá afuera, no sé, una vez me cogió del brazo y me quería meter al cuarto el viejo y me acariciaba y todo eso y yo no sabía que hacer, tendría unos cinco años, me acordaba sólo de eso. Y una vez, también durmiendo en la casa de mi abuelita yo estaba dormida, y cuando al momento de sentarme me encuentro a ese viejo aquí acariciándome y todo eso, estaba con falda porque me había quedado dormida haciendo los deberes, y yo es que me quedé asustada, yo corrí y no sabía que hacer. Y yo no quería que mi tía se fuera, porque si se iba ese viejo me iba a hacer algo, tenía miedo, porque me cogía del brazo y me quería meter a la fuerza y me escapé. Y luego otra vez me dijo que si digo que le he hecho algo me dijo que me iba a hacer algo, que me iba a violar. Y lloraba todas las noches porque me sentía fatal y yo le dije a mi mamá un día no me dejes ahí pero no les conté nada. Y ya un día nos fuimos a vivir a Machala y luego volvimos a los dos años y seguía ahí, tenía todavía

IV. Etnografía

miedo, le veía a ese viejo y tenía más cuidado yo, si estaba muy cerca pues me alejaba". Entonces los abusos comenzaron de nuevo por parte de otro tío de la familia. "Y una vez fuimos a la finca y un hermano de mi papá estaba por ahí en una esquina y yo iba con mis primas que son de nuestra edad, íbamos a hablar, a jugar y todo eso, y yo veía que me quedaba mirando mucho, mucho, mucho, mucho, y no me gustaba como me miraba. Y una vez cuando fuimos a la finca y era así de madrugada, todos estábamos acostados así en la parte trasera del coche, era como un cajón de madera muy grande y toda la familia ahí acostada y durmiendo, y mi mamá estaba a mi lado y mi hermana estaba también y mi papá estaba ahí sentado en la esquina y estaba mi tío, y yo no sabía que él me iba a hacer nada, y entonces estaba así dormida cuando sentí que me metían la mano por aquí (entre las piernas) tocando ya, y yo pensé, pensé en mis sueños que mi mamá me estaba lavando, porque desde pequeña mi mamá me lavaba para no hacerme daño o meterme el jabón o algo de eso y entonces dije mami, mami, y entonces le vi a él, y así me quedé y sacó la mano rápidamente y mi papá se levanto en ese momento y no se dio cuenta de nada. Yo llorando en ese momento y mi mamá se despertó y me preguntaba que te pasó, una pesadilla, y yo le decía no mamá... Entonces no, pero después le dije. Antes de que se viniera mi papá pues yo le dije que cuando estaba borracho, yo le dije tú no sabes que me hacen daño y le dije todo, todo lo que yo sentía, y le dije encima vas a beber con ese que no merece ser mi tío porque me hizo mucho daño, dos tíos me hicieron daño. Mi papá cortó la amistad con mi tío, dejaron de hablarse, y hubo un problemón en la familia que no se lo creían y algunas tías le decían a mi papá por qué le crees, tu hija es una mentirosa, metiendo en problemas a tu tío y a tu hermano".

Su padre fue el primero en emigrar. Lo hizo cuando un familiar que vivía en España le habló de "que aquí se hacía más dinero". Cuando llevaba más de un año aquí ya vivía con otra mujer y no enviaba ayuda económica a casa. Su madre decidió venirse con los ahorros que había conseguido trabajando en una cocina mientras su marido estaba ausente. Quería recuperarlo. A Julieth le explicó el porqué de su partida y le preguntó con qué familiar prefería quedarse, la pequeña tuvo ocasión de decidir quedarse con una prima con la que siempre mantuvo una estrecha relación. Ocho meses después, casi de un día para otro,

su madre reúne aquí a Julieth y su hermana mayor, la más pequeña viajará meses después con un familiar. Se establecen en una ciudad pequeña cercana a Madrid, alquilan un piso bonito dice Julieth, y su madre les compra ropa. Pero otras condiciones no cambian, los maltratos físicos de su padre hacia su mujer y sus hijas siguen dándose, desde su infancia en Ecuador, *“Pero ya en esa casa siempre mi papá ha bebido, y ha hecho muchas cosas, le ha pegado a mi mamá y mi hermana se ha metido y yo también hasta he sido capaz de tener un cuchillo en mi mano y decirle que me mate sino soltaba a mi mamá y la soltó. Eso ocurrió cuando ya teníamos la casa allí en Santa Rosa, y además a veces nos dejaba de puertas afuera, y nosotros durmiendo con el frío de la noche porque mi papá se enfadaba, borracho, y teníamos que salir huyendo de allí. Y los vecinos que son padrinos de mi hermana, ellos son muy buenas personas y nos ayudaban, o la defendían a mi mamá también”*. Estas situaciones siguen ocurriendo en los momentos más recientes y más difíciles cuando Julieth pasaba los peores momentos tras serle diagnosticada una anorexia nerviosa *“Y ya cuando me ingresaron no me dijeron nada a mí, no me dijeron que mi papá había vuelto a beber, que había tenido una recaída y que le había pegado a mi mamá, y mi mamá se había ido de la casa con mis hermanas, eso me lo contó mi hermana después cuando yo estaba bien”*.

Los abusos sexuales y otros traumas infantiles han sido relacionados con altas tasas de prácticas autolesivas en pacientes con diagnóstico de TCA independientemente de su origen étnico (DONH *et al.*, 2002). Claudia¹⁴⁵ acude a la entrevista con las muñecas vendadas, el día anterior se autolesionó tras ser despedida como dependienta por no contar con una autorización de trabajo. Las autolesiones suelen practicarse como una forma de combatir conflictos interpersonales y angustia mental (NASSER Y DiNICOLA, 2001), *“no me gusta el físico, lo detesto y quisiera arrancarlo y como tirarlo y cambiarme la cara, el pelo, todo. Entonces me hago daño y como que me tranquilizo, como que ya he castigado una parte de mi cuerpo, como cuando comes demasiado”*. Estas prácticas de inflingirse dolor también han sido interpretadas como la expresión del cambio cultural u otras experiencias de desconexión (BHUGRA, 2004). El año que pasó en Colombia

¹⁴⁵ Colombia, 18.

IV. Etnografía

separada de su madre fue para ella especialmente duro. Claudia es hija única, las discusiones entre sus padres ocupan sus primeros recuerdos. En una de ellas, cuando tenía 7 años, llega su primera gran decepción, su madre le confiesa quien era realmente su padre *“Mi madre se había peleado con mi padre, entonces siempre tenía la manía de salir de casa y decir me voy, y me llevaba con ella, y pues bajando una cuesta miró para allá y le pregunté algo y ella me dijo ese señor no es tu padre, es tu padrastro, tu padre está muerto. Yo en ese momento no le creí pero después sí”*. No sabe como habría sido su vida de vivir con su padre biológico pero a menudo le hace pensar que quizá hubiera sido diferente, exenta de continuas humillaciones de las que, como Carolina o Julieth, no se podía ni podía defender a su madre. A los maltratos físicos que su padrastro sometía a su madre se une el hecho de que abusa de ella sexualmente y aunque pide ayuda a su madre *“Teníamos problemillas en casa, peleas entre mi padre y mi madre, mi padre le pegaba, y en un momento así muy especial, o mejor dicho terrorífico, una vez que me quedé sola con mi padre que había bebido un poco, fue a los 7 años también, pues jugando empezó a meterme mano y así hasta que nos mudamos a Pereira otra vez y allí siguió hasta que se lo dije a mi madre, habló con él, estuvo sin hablarme tres días, luego empezó a hablarme como si nada hubiera pasado. Luego mi madre se vino para aquí para España y yo me quedé con él. Él seguía intentando meterme mano pero yo me escapaba”*. La vergüenza y la autoinculpación llegan apoyadas por las creencias y expresiones de una sociedad que sitúa a la mujer en el lugar poco privilegiado de ser considerada fuente y causa de conflicto *“me sentía humillada porque allí en Colombia lo típico, me empecé a desarrollar, antes que las chicas normales, y me empezaron a decir ‘eso es porque te dejas meter mano de tu padre’, y entonces me sentí un poco rechazada y humillada y no me quedaba más que volcarme en los estudios y ya está”*.

Las necesidades económicas en el hogar provocaron la migración de su madre. Su padre trabajaba en la construcción pero se quedó sin trabajo. Pasó un año hasta que ambos pudieron venir a reunirse con ella, fue en ese tiempo, cuando Claudia contaba con 12 años, cuando comenzó a vigilar de cerca su peso. *“Bueno allí en Colombia cuando me quedé con mi padre estuve con la familia de él, mi*

abuela era la única que me quería, el resto nadie me quería ahí en esa casa, y pues sufrí un poco de humillaciones y maltrato, no físico pero sí psicológico, y ahí creo que empezó un poco la guerra contra la comida sabes.” Las humillaciones tenían que ver con una comida a la que se le negaba el acceso “Pues que se sentasen en el comedor toda la familia y que si había carne pa todos le echaban más a mi prima que tenía la misma edad que yo y a mí me dejaran sin nada, o que me dejaran ir al colegio sin comer, o que me regañaran porque comprara algo para comer”. Convivía con más primas de su edad, una de ellas se puso a dieta y todos bromeaban con que Claudia acabaría siendo la más gorda. La guerra de la que acaba de hablar estaba más bien abierta en otros frentes, Claudia encontró en la autolesión un modo de inscribir en el cuerpo una expresión de protesta, de resistencia, mientras en la gestión de su alimentación halló el camino de lograr una victoria, mediante el sometimiento a las normas estéticas su consecución la harían sentirse valorada. Los medios de comunicación son una pieza clave en la difusión y globalización de ideales corporales que a Claudia la hacen sentir fea y gorda así como de prácticas alimentarias y corporales alejadas de aquellas que dicta la norma dietética y saludable “llegó un día en el que oí en la radio que la comida se podía vomitar si te metías los dedos hasta la campanilla y empecé a hacerlo. A gusto, a gusto, no sé, ese día me sentí a gusto”. Las razones que atribuye a esos vómitos a los que siguieron restricciones drásticas, atracones, autolesiones y la práctica continuada de ejercicio para bajar peso son “Muchas cosas, no sé, lo de mi padre, el ver que mi padre continuamente pegaba a mi madre, el ver como humillaban a mi madre y a mí, y tal vez la imagen de la tele, la típica imagen de la tele que sacan niñas a las que te quieres parecer”.

Los abusos que creyó un día poder detener seguían ocurriendo y, además, tenía que seguir combatiendo por una credibilidad que le era sistemáticamente puesta en duda “Y ya en el 2004 creo que fue (ya en España), como ya estaba peor, porque el 24 de diciembre salimos mis padres y yo a celebrar que era nochebuena, nos emborrachamos todos, mi padre aprovechó pa meterme mano, algo que me dejó muy mal y cuando llegamos a casa, entonces me levanté yo enfadada, empecé a tirarle cosas, el día siguiente dijo que él no había hecho nada. Y pues luego a los meses yo estaba en un

IV. Etnografía

hospital de día, y me salí de la habitación porque le pedí que admitiera delante de mi madre que sí que lo había hecho, y dijo que sí. Y mi madre, que yo pensé que me había creído durante tanto tiempo, mi madre en ese momento se quedó como ¿qué? Y yo le dije pero si te lo llevo diciendo desde los nueve años!”.

Son cada vez más los casos que salen a la luz pública sobre abusos sexuales a menores por parte de agresores que actúan desde instituciones encargadas de proteger, cuidar y educar a los pequeños. Marcia¹⁴⁶ va a ser una de esas pequeñas “Yo estaba en una especie de guardería al lado de casa y allí había un señor, el esposo de la directora o lo que fuera y sus hijos, pero sus hijos se dedicaron a coger a los niños y pasarlo un ratillo bien y yo fui una de esas niñas, pero una niña que no pasó por los hermanos pero sí por el padre. Yo quería repetir la comida, era muy delgadita pero comía mucho, y era la ansiedad, esas cosas que se van notando ya de pequeña que dicen que algo no va bien. Entonces yo quería repetir y me decía vente aquí un momento, y me encerraba con él en el baño y me metía los dos dedos. Llegaba siempre a casa mal y nadie entendía que me pasaba, me pasaban pomadita, me lavaban y yo con un miedo, yo no podía decirle eso a nadie. Pero bueno eso fue un episodio que me generó problemas a lo largo del tiempo”. Marcia se refiere a que hubieron otros que le marcaron, como la muerte de su padre.

Las razones que motivan a su familia a migrar distan de las del resto de sus iguales. No son puras razones económicas como el hecho de perder un trabajo, de necesitar de un salario que sufrague los gastos domésticos básicos. Tampoco son los deseos de descubrir, de aventurarse en un nuevo contexto que puede traer múltiples recompensas, dando por descontado las dificultades. El atractivo principal en este caso va a ser la posibilidad de acceder a una sanidad que dista en demasía de aquella a la que pueden acceder en su país. La familia de Marcia dejó Brasil en busca de una mejor atención médica para el trastorno psiquiátrico que sufría su padre, español de origen, “*imagínate muchos años buscando clínicas, ingresando, vendiendo casas, ahogado para un lado y para otro para encontrar algo, pero la solución no era esa, porque allí no podemos buscar una clínica de*

¹⁴⁶ Brasil, 19.

salud mental, de psiquiatría pública para que ingreses, estás pidiendo que maten a mi padre!”.

Brasil, país recientemente invitado por la Organización Mundial de la Salud¹⁴⁷ a formar parte de una comisión que defina una estrategia para mejorar el acceso a tratamientos en salud mental en el resto del mundo -lugar que se ha ganado por su eficiencia en la reforma psiquiátrica-, sigue contando con hospitales psiquiátricos sobre los que recae la mirada internacional por sus violaciones de derechos humanos (MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL, 2010)¹⁴⁸. La película *Bicho de sete cabezas* narra la dramática historia de Neto en uno de estos hospitales y representa un magnífico documento audiovisual que refleja las desastrosas consecuencias de la institucionalización en tal contexto ¹⁴⁹. Sin embargo una vez en España la familia de Linda no encontró lo que esperaba “*Mi madre buscó los mejores hospitales para ingresar y resultó que fue una gran decepción la psiquiatría aquí*”. Marcia había puesto “*toda mi ilusión en ese avión y en esa ropa con la que vestí a mi padre antes de salir*”, le admiraba y se sentía especialmente unida a él. Éste se va a suicidar a los pocos meses “*yo tenía 12 años, yo sabía pero no podía hacer nada, tenía que dejar ya a ese hombre que se fuera, era mucha tortura, él no se estaba aguantando, ya era demasiado aquello, demasiado, si no se moría yo en aquel momento le hubiera ayudado a matarse, 48 años, tan joven, murió al lado de mi cama, al lado de mi cama, sacando sangre por la boca, después llegó la ambulancia, justo en el momento que me abandonó para mí fue un gran abandono y gran parte de mis problemas. No me importaba un carajo esta vida, no me importaba un carajo nada ni nadie*”. Comenzó entonces una carrera que la ha llevado a 17 ingresos en 7 años, incluidos aquellos debidos a sus intentos de suicidio.

¹⁴⁷ Anunciado por el Ministerio de Salud Brasileño el 13 de julio de 2009.

¹⁴⁸ Según un artículo publicado en la web MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL (2010), organización internacional que aboga por la defensa de los derechos de las personas con trastornos mentales, la Orden de abogados de Brasil ha denunciado que los centros psiquiátricos del país presentan una situación “muy triste” con gente semidesnuda, sucia, sin recibir atención médica y lejos de cualquier programa de reinserción o rehabilitación comunitaria. En un sanatorio de Minas Gerais se encontraron pacientes con señales de malos tratos como cortes, suturas o lesiones en la piel.

¹⁴⁹ *Bicho de Sete Cabezas* (2001). Dirigida por LAÍS BODANZKY. Buriti Films, Gullane Films, Dezenave Sam e Imagens, Fabrica Cinema.

IV. Etnografía

En casa a nadie le gustó cocinar y lo hacía únicamente la persona contratada para hacerse cargo de las labores domésticas. Sin embargo las comidas en el hogar dejaron en un momento dado de ser estructuradas. Los últimos años en Brasil habían sido complicados por el agravamiento de la enfermedad de su padre, lo que les hizo cambiar de residencia en varias ocasiones *“Entonces con tantos cambios de casa y eso nunca he tenido una disciplina, de lunes, martes, miércoles, como rutinario no, yo lo único que no soy es rutinaria”*. Siempre había comido mucho a pesar de ser *“delgadita”*, pero tras la muerte de su padre los atracones que asocia a sentimientos de soledad y tristeza, la hacen engordar por primera vez. Entonces comienzan las dietas y los vómitos, las subidas y bajadas de peso *“una persona cuando está mal, cuando se encuentra gorda, cree que la solución es un comportamiento autodestructivo y déjalo ahí, no tiene nada que ver con comer ni con nada, quieres adelgazar obviamente, pero es un comportamiento en el que te haces daño de una forma o de otra, y entonces yo tomaba vitaminas de plátano y tal para poder sobrevivir. Me quedé una semana encerrada con la habitación superoscura, solo me levantaba para hacer pis y fumaba como diez porros diarios”*.

Ausencias

Las separaciones o divorcios suelen dejar en la mayor parte de los casos a los hijos a cargo de la madre. Jessica, Nieves, Paula, Karima, Soledad, muchas no han convivido con la figura de un padre en casa, o lo han hecho por un espacio de tiempo muy corto en sus vidas antes de que llegara la separación. Otras han contado con un padrastro, como Nicoleta o Claudia. Los sentimientos de abandono se entremezclan con aquellos de ilusión y esperanza sobre cómo hubieran cambiado sus vidas *“Pues una persona que abandona nada más saber que vas a tener una hija pues para que saber de ella, aunque a veces me gustaría saber como hubiera sido mi vida si hubiera estado con él, si hubiera sido diferente”*¹⁵⁰. Por eso es común que intenten averiguar sobre ellos, que les busquen. Karima¹⁵¹ comenzó

¹⁵⁰ Claudia, Colombia, 18.

¹⁵¹ Marruecos, 19.

a preguntar sin llegar a imaginar lo que estaba a punto de descubrir, nunca iba a tener la oportunidad, ni el interés, de conocer a su progenitor. Fue un momento crucial en su vida cuando preguntó por la identidad de su padre para enterarse de que su madre había sido víctima de una violación *“Me enteré en ese año, antes de enfermarme, eso era parte también, es que se me juntó todo, era como una bomba de relojería con las hormonas de la adolescencia, es que llegó un punto que yo le dije mamá es que quiero saber quién es mi padre, a mí me decían que mi madre estaba divorciada, yo tenía el mismo apellido de mis tíos, el mismo de mi madre, digo yo como puede ser mi abuelo y mi padre al mismo tiempo, eso no era normal, y mi madre me contó la historia pero yo me acuerdo que al principio no me lo quería creer de ninguna forma y ahí fue cuando terminé yo de rechazar a mi madre, ahí acabé de rechazarla”*. Nicoleta¹⁵² sí tuvo la oportunidad de encontrarle, y de conocer la historia al detalle: la relación que su madre tuvo con su padre fue breve, en el momento en que bautizaban a Nicoleta éste andaba en otra iglesia casándose con quien hoy sigue siendo su esposa. Pero Nicoleta no le guardó rencor y siempre pensó que podía contar con él, que tenía de su lado a su verdadero padre, por eso ha intentado acercamientos en varias ocasiones para construir esa relación, recibiendo a cambio consecutivos rechazos *“el año pasado estuve en Rumanía y quise hablar con mi padre porque nunca hablamos pero no pude porque él estaba en casa con su mujer y yo quería llevarle a tomar algo para poder hablar fuera pero se quedó ahí en la puerta y me dijo que no. Ahora me quiero cambiar el apellido por el de mi madre”*.

Todas buscan acercarse a esa figura del padre, buscan aprobación, apoyo, amor, liberarse de ese sentimiento de soledad, de abandono, de rechazo que les hace sombra. Jessica¹⁵³ va a tener la ocasión de conocer a su padre el día que cumple quince años y tal evento va a tener un peso incontrolable en su vida *“yo a veces pensaba a lo mejor me siento sola porque no he tenido el amor de mi padre”*. Llegó a España cuando tenía nueve años, sólo tres meses después que su madre. Desde entonces se han mudado en varias ocasiones, compartiendo ambas una misma habitación en casas con diferentes miembros de la familia extensa. Esos

¹⁵² Rumanía, 16.

¹⁵³ Colombia, 16.

continuos movimientos espaciales y emocionales no influyeron negativamente en sus estudios, siempre fue una buena alumna. Cuando se aproximaban sus quince años su madre le prometió obsequiarle con el primer viaje de visita a Colombia desde que habían emigrado. Este viaje era especial porque hacía más de cinco años que no regresaba, porque iban a celebrar la tradicional fiesta de quinceañera¹⁵⁴ que conmemora el paso de niña a mujer, y porque en ella iba a conocer finalmente a su padre. Hacía apenas un par de años habían hablado por teléfono por primera vez *“Yo en Colombia nunca llegué a hablar con él. De repente tenía yo 12 o 13 años y mi padre me fue a buscar donde mi familia hasta que me llamó aquí a España porque buscó contacto con un tío mío y me llamó aquí un día”,* pero nunca se habían visto. El viaje significaba mucho para ella, tenía muchas ilusiones puestas en él y no quería arriesgarlo por nada *“ese verano yo me iba a Colombia y no quería estar estudiando ese verano [...]. Primero de todo fue que noté como que me agobié de tanto estudio, a finales de segundo de la ESO, entonces como que comía e inmediatamente me iba a estudiar y ya no quería comer nada más durante el día nada más que el almuerzo, y ya no quería saber nada más, me encerraba yo en el estudio”.* Dejó de juntarse con su familia en el salón para charlar, dejó de salir con su novio para quien tenía siempre preparada alguna excusa de antemano, dejó de comer y comenzó a adelgazar sin apenas darse cuenta porque no era un objetivo. En casa siempre había comido bien, las comidas las compartía con su madre o algún otro familiar. Pero en los meses que precedieron su visita a Colombia Jessica se entristeció, se puso encima mucha presión, todo dejó de importarle, hasta la comida *“Fue dejadez mía, porque yo como que no tenía ganas de comer, como que ya no... no sé, como que yo misma no me importaba, tenía el ánimo muy bajito y superincomunicada, que no quería saber”.* Finalmente fue a Colombia por un mes y medio, asistió a su fiesta de quinceañera donde conoció a su padre y a su abuela, sin embargo desde entonces no ha vuelto a tener relación con él *“lo llamo a su casa y no me contesta”.*

¹⁵⁴ La fiesta de quinceañera, aún muy popular en países de Latinoamérica, constituye un rito de paso a la edad adulta -del mundo asexual de la infancia al mundo sexual de los adultos como diría VAN GENNEP- que según FINOL (2001) se transforma en nuestros días en un instrumento de defensa de ciertos valores familiares frente a los procesos que promueven una globalización de la cultura y una reducción de la diversidad.

Soledades

Trasladarse a vivir a un nuevo país, sean cuales sean las razones que motiven el cambio, constituye todo un desafío personal que conlleva múltiples interrogantes, entre ellos los relativos a los medios y las formas de vivir en la sociedad de destino. Ese desafío incluye la experiencia de aculturación. Si bien hay concepciones más contemporáneas, éstas siguen ajustándose a la definición clásica de REDFIELD, LINTON Y HERSKOVITS (1936: 149) que refiere al proceso por el cual “dos grupos de individuos con diferentes culturas entran en continuos contactos directos, con cambios subsecuentes en el patrón cultural original de ambos grupos”. Incluyendo entre estos cambios la creación de nuevas identidades culturales. Si bien la antropología contemporánea rechaza cualquier concepción de cultura que la defina como un único y homogéneo conjunto de creencias que se transmite a través de las generaciones y que está ligada y localizada en un territorio delimitado geográficamente, el proceso de aculturación sigue siendo relevante y objeto de estudio cuando se trabaja con una concepción de cultura más madura y compleja, sobre la que se asienta la teoría del transnacionalismo. Como otras situaciones que conllevan un cambio y requieren la adaptación a nuevos sistemas de valores -piénsese por ejemplo en un simple cambio de trabajo-, la migración, por su mayor dimensión de cambio y su efecto en numerosas esferas sociales, requiere de un mayor esfuerzo de adaptación. Pero este nivel de esfuerzo varía considerablemente según las condiciones socioeconómicas así como según el origen cultural más o menos distante de la sociedad receptora. Por ejemplo, el hecho de compartir una lengua común facilita enormemente el proceso de adaptación. Por sus procedencias, sólo algunas de las mujeres entrevistadas no contaban con el castellano como lengua materna. A pesar de ello, Karima¹⁵⁵ no tuvo problema alguno, lleva 10 años en España pero a su llegada ya lo traía aprendido por el

¹⁵⁵ Marruecos, 19.

colegio de monjas –católicas- al que asistía en Marruecos si bien su familia es musulmana. Para Gisela¹⁵⁶ y Marcia¹⁵⁷ que hablan portugués el aprendizaje fue rápido, aunque a Marcia le molestaron especialmente las burlas de sus compañeros de clase por sus errores y por su acento en una edad particularmente vulnerable como la preadolescencia *“Ay mal, sufrí mucho, los niños eran muy malos por mi español. Un día, yo ya estaba en primero de la ESO y teníamos ciencias naturales y estaba hablando un poquito peor que ahora pero sabía leer, y estaba hablando y dije oxigenio, y se tiraron meses con el oxigenio ese, no aguantaba”*. Peor lo ha tenido Nicoleta¹⁵⁸, no sabía nada de español cuando comenzó la escuela en España con 12 años. Apenas había estado ojeando unos diccionarios de español en Rumanía las semanas que siguieron a la noticia de la reunión con sus padres en España. Cuatro años después sigue prefiriendo el rumano, prácticamente todo su círculo social está compuesto por gente de su mismo país. El castellano, le cuesta, *a veces me faltan palabras y me quedo pensando y no las encuentro*.¹⁵⁹

Pero las castellano-parlantes también conviven a diario con diferentes lenguas en casa y fuera de ella, por ejemplo el quechua –o alguna de sus variantes- dentro y castellano fuera, o en los casos que residen en Cataluña, el castellano o quechua dentro y castellano o catalán fuera. Un fenómeno potencialmente enriquecedor que es a veces apreciado y otras vivido como un inconveniente, una fuente de discriminación, de sentimientos de desconexión, de soledad. En los casos de mujeres latinas, el uso común de una misma lengua supone claramente una ventaja en ese proceso de integración a la nueva sociedad. No por ello están exentas de que sus usos de la lengua reflejen sus culturas locales: más allá del acento, sus estructuras, expresiones y vocabularios son transmisores de unas creencias y valores compartidos en su grupo social, un

¹⁵⁶ Brasil, 47.

¹⁵⁷ Brasil, 19.

¹⁵⁸ Rumanía, 16.

¹⁵⁹ Durante nuestras entrevistas esta situación ocurría a menudo. Le hice comprender que podía tomarse el tiempo que necesitara para responder, y fue sintiéndose progresivamente más cómoda y tranquila, pudiendo expresarse cada vez mejor.

grupo que no es el dominante en el nuevo contexto. Por eso, muchas de ellas han llegado a decir que, en un sentido, también han tenido que aprender una lengua nueva *“con los niños al principio no me entendía bien porque hablaban castellano pero diferente. Yo aprendí, mi papá también hablaba ya así”*¹⁶⁰, *“cambian los dibujos, la televisión, y todo el mundo nuevo, eso era superraro y eso, fue un cambio de culturas el ver como hablaban, como se expresaban”*¹⁶¹.

La motivación de la adquisición de una lengua en los casos de migración deriva principalmente de su estatus como símbolo grupal, donde juega un papel principal el deseo de ser aceptado en el nuevo grupo *“los españoles son muy difíciles en este aspecto, tienen mucha desconfianza y más cuando cogen el teléfono y escuchan la voz de un sudamericano”*¹⁶². Otro aspecto igual de relevante lo constituye la motivación instrumental, es decir, el deseo de progresar en algún sentido, para lo que el castellano, y el catalán en Cataluña tal como estudió WOOLARD (1992), constituyen las únicas vías para acceder a sectores económicamente y socialmente restringidos a la vez que dominantes.

En la escuela

Cuando llegan por primera vez al nuevo país, a la nueva ciudad, al nuevo barrio, a la nueva casa, para esas niñas llegan también los primeros sentimientos ambivalentes: por un lado de sosiego -por estar de nuevo junto a los suyos-, de atracción hacia lo nuevo, ese nuevo que lleva tatuado en letras purpurina el eslogan de “primer mundo”, pero también de soledad, por todo lo que dejan atrás, todo lo que aún está por construir aquí. Si llegan en periodo vacacional, las que pueden intentan aliviar su soledad relacionándose con primos de la misma edad que viven en la misma ciudad, emigrantes más tempranos y eslabones anteriores de la cadena que las ha traído hasta aquí. Pero más pronto que tarde, hay que comenzar a construir una propia red social y una nueva identidad, y eso ocurre en la escuela, donde ese contacto con los

¹⁶⁰ Helena, Ecuador, 12.

¹⁶¹ Ester, Ecuador, 15.

¹⁶² Gabriela, Uruguay, 43.

IV. Etnografía

iguales va a tener una repercusión en la percepción sobre su cuerpo y en sus prácticas con él y con la comida.

La experiencia de ser la única en clase pone las cosas un poco más difíciles al estar sola en la búsqueda por la aceptación y la consecuente integración en el grupo. La mayoría llegaron a España en torno al año 2000 como parte de esa primera gran oleada migratoria que puso a este país en alerta por la urgencia de gestión de lo que constituía un nuevo e “imprevisto” fenómeno social. Ellas eran las primeras, las que tenían que romper el hielo. En los colegios públicos todavía se contaban pocos extranjeros, en las clases era difícil que coincidiera más de uno. Rápidamente se irían llenando las aulas, sobre todo las de determinados colegios ubicados en zonas residenciales deterioradas con viviendas más asequibles donde se han ido concentrando comunidades de inmigrantes. Pero los comienzos fueron los comienzos, las dificultades en hacer amigos, en sentirse parte de ese nuevo grupo con el que comenzaban a convivir rozaron a todas por igual y las hicieron enfrentarse a soledades no buscadas ni deseadas.

“Me costó muuuucho. Claro porque yo llegaba y yo intentaba integrarme, estaba bien, la gente conmigo se comportó muy bien, sí, pero era más yo como me sentía, no me sentía cómoda” (Ester, Ecuador, 15)

“Al principio y, bueno todavía, me costó mucho hacer amigos, mucho, bueno fue un cambio de vida total, porque allí tenía muchos amigos, tenía siempre cómo, dónde ir, si me aburría tenía que hacer algo, o sea tenía siempre recursos. Y entonces bueno los primeros meses [...] me aburría muchísimo, llegaba del instituto y ni siquiera tenía todos los libros, si quería leer todo estaba en catalán, no sabía nada de bibliotecas donde estaban ni nada [...] Yo llegué y yo veía a los niños, tan niños, que yo no sabía que hacer. Todavía jugaban encima de las mesas y un montón de cosas que yo en Colombia decía dios mío, donde estoy, me metieron, en una guardería! Igual yo quería hablar de algo y a ellos les parecía eso como qué raro, esta niña de donde salió [...] Me sentía que no encajaba y me aburría muchísimo” (Ángela, Colombia, 17)

“Por ejemplo si tú te fueras ahora a Marruecos te cambiaría todo radicalmente, entonces es difícil, es superdifícil, dejar a tus amigos, tu familia, todo lo tuyo y venir a un sitio desconocido, sin tener a nadie solo a tu madre, entonces es muy difícil relacionarte, encontrar amigos ha costado. Yo me acuerdo que cuando entré al colegio me encontré con hábitos distintos que yo no tenía” (Karima, Marruecos, 18)

“Sí, en el cole porque sí, los compañeros del aula te ayudan pero ya en el recreo como que se les olvida que tú estas, te dejan ahí, no te preguntan ¿tienes con quien irte?,

entonces claro en ese sentido sí que me he sentido sola porque me quedaba en el pasillo del instituto y pensaba huy, estoy solita” (Jessica, Colombia, 16)

Cuesta comprender la situación cuando se la ha vivido previamente desde el otro lado, si bien en diferente contexto. *“En mi escuela cada vez que llegaba alguien nuevo iba todo el mundo ahí a por ella, para hacerla amiga de nosotras, y nos peleábamos por hacernos amigas de ella, no la dejábamos aparte, a nadie la dejábamos aparte. Porque llegaban colombianas y nos hacíamos amigas. Y aquí es muy distinto, ninguno se acerca a preguntarme de dónde soy ni nada, sólo los profesores” dice Jessica¹⁶³. Lamenta que aquella actitud no sea la misma con la que se ha encontrado ahora que es ella la nueva y se siente sola y rechazada. Se trata de algo que Isabel¹⁶⁴, que va ya por su segunda experiencia de migración, trae aprendido *“Pienso que los de este país no me van a poner como una amiga, porque soy de otro país, te miran como diferentes, no como igual”*.*

Experiencias de discriminación

Si bien esas experiencias de soledad y dificultad para integrarse son referidas por todas, en no pocos casos se ven agravadas por formas de discriminación. A pesar de las insuficiencias y las limitaciones de las investigaciones sobre las relaciones entre experiencias de discriminación por razones de etnicidad o *raza* y sus repercusiones sobre la salud, se da una consistencia sustancial en el hecho de que la percepción de discriminación tiende a estar asociada con peores niveles de salud entre un amplio rango de indicadores y entre grupos desfavorecidos en diferentes sociedades (WILLIAMS *et al.*, 2003).

En nuestro estudio los actos discriminatorios se dan en varios frentes, tanto desde los autóctonos hacia los recién llegados, como de éstos hacia los de aquí, e incluso, entre los mismos recién llegados. Todos andan en proceso de creación de una identidad propia, identidad étnica, racial y/o de clase. Los hechos que nos relatan contienen tintes racistas, discriminaciones por rasgos físicos, por

¹⁶³ Colombia, 16.

¹⁶⁴ Bolivia, 15.

IV. Etnografía

etnicidad, también por género, pero donde los factores socioeconómicos tienen un peso igual de relevante. La mayoría de las mujeres de nuestro estudio son hijas de ese proletariado inmigrante que llega en la última década a nuestro país para, en su mayoría, emplearse en el cuidado de nuestras casas o allegados más necesitados, en servir nuestras mesas en múltiples restaurantes, así como en cubrir de ladrillo y asfalto casas o carreteras durante la oleada de especulación inmobiliaria de los últimos años.

Carolina¹⁶⁵ recuerda su primer curso escolar en España, cómo de los acosos verbales y físicos no se libraba nadie de la familia cuando ella y sus hermanos eran apenas los únicos inmigrantes en el colegio *“Y nada y empezamos ahí y no me gustaba, nos empezaban a escupir, y mi hermano pequeño también la pasó fatal, le escupían o le quitaban el cuaderno. Él se queda muy calladito y le empujaban y tal. Bueno he tenido mucha gente así racista que te vayas a tu país y eso. Y tuve unas movidas ahí que hasta vino la policía y todo, porque yo le decía a ver a ti qué te pasa y a ti que más te da y empezamos así a hablar”*, y a pelear. Como también peleó la hermana de Julieth¹⁶⁶ para defenderse de los insultos raciales que recibían ambas en el colegio *“éramos los únicos (inmigrantes). Se me quedaban mirando muy mal algunos chicos, y yo cuando veía que me miraban mal pues yo en el primer momento también me quedaba mirando, [...] algunos chicos se ponían a reír y decían ‘que a mí no me gustan los negros’, lo decían muy mal, por los de otros países y decía ‘yo soy nazi’, había nazis en mi clase”*. Julieth intentó no recurrir a la violencia para defenderse y puso todos sus esfuerzos *“Cuando fui a una excursión, bueno yo fui para poder integrarme, yo misma fui aunque no tenía ganas de ir porque me sentía mal, todos los días de ir y verles las caras digo y todavía estar ahí durmiendo y viendo la cara de todos ellos no tenía ganas. Aunque un profesor me echó ánimos y me dijo vamos, vamos.”* Sin embargo, el constante asiento vacío a su lado en el autobús, y algunos episodios en los que sus compañeros ejercieron abusos de poder para ridiculizarla o culparla de un pequeño robo que no había cometido acabaron por ponerla en desventaja sin que ella pudiera hacer nada. Finalmente estos

¹⁶⁵ Ecuador, 17.

¹⁶⁶ Ecuador, 16.

hechos la trajeron más abajo. A Nicoleta¹⁶⁷ los ataques racistas la llegaron a mantener alejada del instituto durante sus primeros años en España *“estaba muy mal por culpa de los compañeros que eran racistas y me iba del instituto para no estar ahí [...] éramos muchos rumanos y a los españoles no les gusta. Todavía estoy en ese instituto, estuve tres años casi sin estudiar, no podía estudiar.”* Se siente discriminada y atacada como miembro de un grupo étnico, el de inmigrantes rumanos, *“Porque si levantabas la mano para preguntar algo se reían de mí y no sólo a mí me pasa esto, les pasa a muchos”, “Bueno, alguna me empujó, también la empujé yo, y también me decían cosas pero también les decía yo algo”, “una vez estaba con una amiga rumana y vinieron como un grupo de 20 personas para pegarnos y querían cogerme el móvil y el abono y todo eso pero al final se fueron, no lo consiguieron”.* La multiplicación de incidentes de este tipo ha puesto en alerta a la institución educativa, Nicoleta cuenta que el jefe de estudios ha creado una vía para que se puedan denunciar en el centro este tipo de actos violentos y discriminatorios aunque son pocos los que se atreven a utilizarlo. Ella es una de ellas *“Yo a él sí se lo conté (al jefe de estudios) porque hubo un grupo rumano para contarle lo que pasa y todo eso porque había muchos problemas.”*

Determinadas formas de discriminación hacia inmigrantes no parten de la diferenciación entre ciudadanos de uno y otro país sino entre lo que consideran grupos con distinto grado de civilización. Este “cosmopolitismo etnocéntrico” (COLECTIVO OIÉ, 2005a) considera la diversidad de culturas como una estructura jerárquica en la escala modernización-atraso. El desprecio hacia las clases inferiores es un racismo de clase basado en argumentos culturalistas: las culturas consideradas atrasadas, fanáticas o irracionales constituyen una amenaza a la modernidad. Mientras otras formas de racismo se identifican con las clases obreras, este cosmopolitismo lo hace con las clases cultas de cualquier procedencia, embajadores, médicos, empresarios ricos o profesores. *“Y una profesora que es que me tomó manía, yo no sé por qué, pero a mí, a mi hermana, y a los que han llegado hasta ahora, yo no sé por qué, pero nos trata más mal. Me dice ‘muchachita tú no tienes que escribir con lápiz, aquí ya no estás en tu país, estás en*

¹⁶⁷ Rumanía, 16.

nuestro país y en nuestro país no puedes hacer lo que te da la gana', y yo le dije 'yo no lo sabía, perdone si no le gusta que haga eso' y yo cambié y empecé a escribir ya normal. Y otros profesores me trataban muy bien, me preguntaban de dónde soy, y querían conocer más. Y todos, casi la mayoría menos ella, y todos (los compañeros) se reían cuando hablaba mal de mí, es profesora de religión todavía, y cuando da clases decía 'las religiones de aquí son distintas a las de allá y las de allá hacen unas bobadas, y por nosotros que aprendieron el cristianismo allí.' Y me hacía levantarme y me decía 'a ver dime cómo es tu religión', yo hablaba como si fuera normal, igual como aquí hacen. Pues eso a mí me sentó mal porque cuando ya terminaba de hablar me decía 'eso es una chorrada, te estás inventando' y yo le decía 'yo no estoy inventando'""¹⁶⁸.

Cada una a su manera, todas intentan defenderse, hacerse respetar, ganarse un lugar en el nuevo entorno. Soledad (Perú, 39) es andina¹⁶⁹ y convive a diario con una barrera racial y étnica *"En el Metro, te ven y te miran, a veces no se sientan conmigo y yo hago lo contrario, yo me siento con los negros, con los marroquíes, o bueno con los marroquíes no porque son muy malcriados pero con los negros o los que son de mi misma raza"*. Decía BARTH (1969) que el objeto de investigación de los grupos étnicos no era el propio contenido cultural sino la persistencia de límites que distinguen entre miembros y extraños, límites étnicos que canalizan la vida social dando lugar a una organización muy compleja de relaciones sociales y de conducta. Soledad es objeto y a la vez sujeto de mensajes discriminatorios, su edad y el contexto en el que creció moldean sus experiencias en España *"No te creas porque allí en Perú ocurre igual, los indios con las cholitas¹⁷⁰ como yo, así que lo vengo arrastrando de toda la vida. Hay discriminación de todo, de dinero...Allá sobre todo es el color, si eres india y no hablas bien es que eres pobre y ya marginal, allá por eso la gente se esmera en hablar muy bien, en tener un lenguaje adecuado, en tener*

¹⁶⁸ Julieth, Ecuador, 16.

¹⁶⁹ La Comunidad Andina está formada por cuatro países: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Esta Comunidad ha creado el Sistema Andino de Integración, un conjunto de órganos e instituciones que tiene como finalidad permitir una coordinación efectiva para profundizar en la integración subregional andina y promover su proyección externa (www.comunidadandina.org).

maneras para andar, serás bien recibido, según como vayas vestido también te discriminan, o sea que siempre por algún lado...".

Es esencial resaltar, como ha hecho Soledad, el peso que la variable clase social - y no sólo origen étnico- ocupa en los *leit motifs* de los actos de discriminación así como en el proceso de conformación de esa nueva identidad que emerge, en el caso de la migración, tras un proceso de aculturación. A la diferenciación cultural las mujeres encuentran una clara distancia en lo que concierne a recursos disponibles, nace el estigma de ser pobre en un país *de ricos*, y eso las hace sentirse más vulnerables.

"Aquí en el cole cada día iban con ropa distinta y yo pensaba de dónde saco ropa porque allá en Ecuador tenía tres uniformes y ya está, entonces yo fui con ropa normal" (Julieth, Ecuador, 16)

"Cuando me cambiaron de colegio me cogí una depresión porque... estaban las niñas de mi edad y me daban envidia y eso, no sé, me sentía rara en el colegio" (Claudia, Colombia, 18)

"Yo veía que vivían muy bien y eso me daba mucha rabia, y yo decía que yo no he nacido aquí y además que mi país es pobre, me avergonzaba de mi país, yo no entendía, yo era pequeñita y pensaba que me había tocado una mala suerte o algo así, o que con mis padres también me había tocado una mala suerte porque cuando hacía algo mal me daban una cachetada y claro esto aquí a lo mejor tanto como una cachetada no porque protegían más a los niños, y claro yo lo veía todo como muy grande, que los niños vivían muy bien, los perritos, que les cuidaban a los perritos..." (Ester, Ecuador, 15)

En el estudio de las desigualdades en salud ambas variables, clase social y raza/etnicidad, han competido por el primer puesto en cuanto a su valor predictivo e informativo sobre los estados de salud de la población. La variable raza/etnicidad encubre en muchas ocasiones las diferencias por clase social, pero también ocurre a la inversa. Por una parte los inmigrantes y grupos étnicos están socioeconómicamente estratificados con una mayor presencia de estas minorías en las posiciones más desfavorecidas, por otra, hay factores étnicos que crean desigualdades entre personas de un mismo nivel socioeconómico. Como dijera NAVARRO (1989), la cuestión no es raza o clase sino raza y clase, una afirmación a la que nos adherimos para explicar cómo los actos de

¹⁷⁰ Término utilizado en algunos contextos peruanos con rótulo racial, clasista y discriminatorio para referirse a población de sangre mixta o mestiza.

IV. Etnografía

discriminación cuyas experiencias tienen repercusiones para la salud exigen el estudio de los efectos independientes o interactivos de ambas variables.

Más discriminaciones: Competencias desleales

Teorías sobre la aflicción de la migración han intentado explicar la morbilidad psiquiátrica a partir de variables como experiencias de discriminación, altas tasas de morbilidad en origen, predisposición individual, estrés, diagnóstico erróneo, etc. BHUGRA y ARYA (2005) basándose en las teorías sobre la bondad de las redes sociales proponen la “hipótesis de la densidad étnica” según la cual a mayor densidad étnica se da una mayor disponibilidad de soporte social y una menor probabilidad de aparición de una enfermedad mental. La hipótesis da cuenta de las diferentes consecuencias en el cruce de variables entre individuos y sociedades egocéntricas o sociocéntricas. Es en el supuesto de que migrantes procedentes de sociedades colectivistas se asienten en una nueva sociedad egocéntrica cuando este soporte social jugaría su papel más favorecedor. Sin embargo, parece que no siempre es así. Volvemos a MENÉNDEZ (2008) y su tesis sobre la desmitificación de la consideración de cualquier tipo de relaciones sociales como buenas para la salud.

Cuando la integración con los autóctonos a partir de la convivencia diaria en la escuela se produce sin conflicto pueden despertarse celos por parte de otros inmigrantes. A Nieves¹⁷¹ su rápida integración con españoles le sirvió para ganarse el rechazo de sus iguales, otros inmigrantes latinos. Al llegar a España también fue la única extranjera en su clase pero en su caso no se sintió marginada, sino todo lo contrario “*yo me llevaba muy bien con ellos, yo estaba con mis compañeros que había conocido, entonces como que a los otros, los ecuatorianos, colombianos y esto les daba un poco de, decían por qué ella no se viene con nosotros, como que ellos mismos se marginaban, ellos se quedaban en otro lado y yo no, yo iba con españoles. Y no sé, luego ellos mismos empezaron a insultarme, a decirme bobadas, y creía que era porque no iba con ellos, y también era buena estudiante en primer curso,*

¹⁷¹ Ecuador, 17.

ahí también me dieron un premio por buena estudiante en este instituto porque saqué todo ese primer curso sobresaliente en todo, y entonces en 2º que recogí el premio y eso, pues todo el mundo aún peor conmigo. Yo noté algo de envidia, los profesores pues me llevaba muy bien con ellos". Los otros inmigrantes latinos reciben la actitud de Nieves como una traición al grupo *"Insultos, me quedaban mirando mal, pero yo pasaba y pasaba, pero fue cada vez peor y peor hasta el punto que me llegué a pegar con una chica. Yo estaba en mi casa y luego cuando yo veo, es que dos institutos, pero es que así de puros ecuatorianos y eso, apenas salieron del instituto, pues estaban puros latinos de los dos institutos y estaban debajo de mi casa. Que bajas, que bajas, y dale al timbre y dale, y entonces bajé con mi hermana, con un amigo, y estaba mi prima y otra prima más, no a defenderme sino porque todos bajamos a ver que pasaba, no sabíamos nada. Y llegué y dije qué pasa, y me dijeron es que tú andas diciendo y yo les dije yo en eso no me meto, yo ando metida en mi casa y si salgo es con mi novio y empezó a pegarme y no, no me iba a dejar. Y no es que sólo quisiera una pegarme sino que querían caerme todas!".* Por un tema o por otro, de peleas se tuvo que enfrentar a *"muchas, siempre me buscaban, como que les daba odio puede ser por envidia, o por cualquier cosa. Les tengo un pánico!".* Para Nieves, estos acosos a los que se vio sometida durante años la llevaron a *"estaba todo el tiempo triste y pensaba, en realidad soy eso?, a mí me trata bien la gente de aquí, la gente de fuera no me trata bien, y eso me entristecía mucho".* Coincide este periodo con los primeros comentarios que recibe sobre su peso, vienen de parte de su novio. Comienza a verse gorda y decide elaborar su propia dieta: *Special K* acompañados con agua mañana, tarde, y noche. En casa la responsabilidad sobre la comida y el cocinar ha estado siempre repartida entre las mujeres del hogar -su madre, su hermana y ella-. Continuó cumpliendo con su función si bien los extensos horarios laborales de su madre le permitieron escaquearse fácilmente de las comidas en grupo. *"Yo creo que el problema eran las niñas, porque me trataban mal. Yo el único problema que tenía era eso, yo estaba muy triste y no me daban ganas de comer, por la gente que conocía".*

En ocasiones los acosos en la escuela se acompañan de la falta de compañía cuando se llega a casa por unos horarios laborales que, las menos de las veces,

concilian adecuadamente con la vida familiar. Karima¹⁷², como ocurre con otros tantos niños y niñas independientemente de su origen étnico, tuvo que enfrentarse a unos mote que hacían referencia a su imagen. *“Los motes, no los soportaba! Lo que peor me sabía era que me pusieran un mote. A mí me llamaban Godzilla, en esa época habían puesto la película, el tío es superfeo, y me decían Godzilla porque yo era gorda.”* Intentaba defenderse de esos ataques verbales, pero el enfrentamiento con la misma situación a diario la llevaron a abandonar las clases hasta que su madre se enteró. La cambió de colegio pero el acoso continuó, con una Karima ya en edad adolescente, esta vez por parte de un chico también marroquí. *“El chico este marroquí que en cierta forma también se quería vengar de mí, me pegaba y me torturaba de todas las formas posibles, yo nunca se lo decía a mi madre, yo siempre me quedaba callada. Entonces se cambió todo, ni yo misma todavía consigo entender qué me cambió, cambio de la niñez a la adolescencia, cambio de sitio con diferente gente, cultura, muchas cosas, todo se me juntó, me bloqueé a mí misma, me enfermé, me encerré bastante la verdad. Me sentía sola, triste, en ese momento empecé a pelearme con mi madre por una tontería porque mientras estaba estudiando yo el primer año, mi madre trabajaba de interna y vivíamos juntas, luego se buscó una casa, entonces cuando se buscó la casa mi madre trabajaba un montón no la veía, me empecé a encontrar sola, triste, sin nadie, no me soportaba a mí misma, empecé a ir al colegio, a insultarme, que eres una niña gorda, eres muy fea, la tortura infantil. Yo un montón de veces me iba al baño a llorar, hasta que dejé de ir a clase”. La comparación con lo que se ha dejado atrás se hace inevitable *“yo comparaba un montón, yo creo que me equivoqué mucho en eso, comparaba mucho mi vida anterior con la que tenía allí. Yo allí tenía mis amigos, aquí no tenía nada, allí tenía a mis profesores que me querían, aquí tengo a desconocidos, allí nadie me rechazaba, aquí todos, entonces te metes ya como en una burbuja y empiezas ya a cerrarte, y ya empecé a desequilibrarme, no sé, pero automáticamente llegué a un cierto límite que me ponía hasta nerviosa y con ataques de ansiedad y empecé a vomitar. Mi madre no se había dado cuenta y tampoco se lo dije, empecé a reaccionar a la ansiedad pero con vómitos”.**

¹⁷² Marruecos, 19.

Alianzas arriesgadas

El peso de la soledad, sentirse diferente, sentirse rechazada ya sea en la familia y/o con sus iguales las lleva a buscar diferentes alternativas de gestión sobre sus relaciones sociales. Algunas intentan una separación física como sinónimo de protección. La encuentran entre las paredes de su casa, o de su cuarto. Ángela¹⁷³ se sentía tan diferente del resto de niños y niñas de la escuela que prefería no salir con ellos en sus ratos libres y se quedaba en casa viendo la tele, leyendo o llorando, como también hacía Tara¹⁷⁴ quien se define “*solitaria, no necesito ir con gente, no soy como mis hermanos, si no salen se mueren pero yo no*”. Sin embargo los intentos de encontrar a otras personas con quien compartir, con quien deshacerse en parte de esa soledad no cesa. Desde casa pueden intentar hacer amigos por las posibilidades que ofrece Internet; a veces ésta se convierte en prácticamente su única conexión con el mundo “*siempre estaba encerrada en mi habitación, no hablaba con nadie, no tenía amigos, estaba aislada del mundo entero, me sentía muy vacía vale, y entonces los Chat eran las únicas personas con las que hablaba y a lo mejor pensaba yo que me escuchaban.*”¹⁷⁵

Otras construyen redes sociales fuera de casa que, si bien incluyen autóctonos, suelen estar principalmente compuestas por otros inmigrantes, en la mayoría de casos próximos a ellas culturalmente, entre quienes se reducen los sentimientos de diferencia. En ocasiones, incluso parte de las redes sociales estaban construidas previamente a su llegada, ya que las mismas tecnologías de comunicación y de transporte que los trajeron hasta aquí les permitieron un flujo continuo y bidireccional de información y recursos que mantuvo en contacto a familiares y amigos y que contribuyó a re-unirlos en la nueva sociedad (PORTES, 2002). Entre ellos comparten una misma lengua, una misma estética, un mismo hábito de ocio. En el grupo se participa, del grupo se siente

¹⁷³ Colombia, 17.

¹⁷⁴ Perú, 15.

¹⁷⁵ Paula, Perú, 16.

una parte, con el grupo se identifica, puede crear una identidad¹⁷⁶ “Porque me entienden, saben las canciones y esas cosas que escuchamos”. El rey es el reggeton, pero también les gustan las cumbias románticas, la salsa, el merengue, el hip-hop, el pop... Pueden escucharlas en la calle o en locales de ocio que frecuentan otros de su país, como Nicoleta que acude cada sábado a “una discoteca de rumanos en Coslada y ponen música rumana”. Lo que se ha venido a denominar como “resurgimiento del sentimiento tribal” en las sociedades contemporáneas (COSTA Y PÉREZ, 1996) creemos que se trata en realidad de la búsqueda de identidades frágiles, de rasgos que compartir para luchar contra la soledad sin advertir que con ello están expresando su desconcierto y su desazón ante cambios sociales y culturales tan acelerados que les hacen sentirse solos y aislados (GRACIA Y COMELLES, 2007).

El grupo construye su identidad mediante la dialéctica entre el *ellos* y los *otros*, entre el grupo y los de fuera. Cuando esa identidad es construida sobre su posición de marginalidad respecto al resto de la sociedad bien sea por sus orígenes étnicos, ideología política y/o su posición socioeconómica, se forman grupos que actúan como focos de resistencia hacia lo culturalmente dominante con sus contranarrativas y prácticas culturales, a la vez que posibilitan experiencias de *empowerment* y de pertenencia a la comunidad (BROTHERTON Y BARRIOS, 2003). Es el caso de las bandas latinas, nacidas en el contexto de la inmigración del centro y sur de América a los Estados Unidos a mitad del pasado siglo. Sus primeros intentos de auto-organización surgen de la necesidad de luchar contra la discriminación racial, los abusos por parte de la población autóctona y otros grupos étnicos, y contra la brutalidad policial (LITERATURA DE REYES, ORGANIZACIÓN CULTURAL S.T.A.E. NATION ECUADOR 1940, 1992 op cit PORZIO, 2008). No obstante, las *gang* o *pandillas* han estado constantemente asociadas a la práctica de actividades ilícitas o criminales que las han convertido en un serio problema social. Siguiendo el caso neoyorquino en el que una de las bandas más temidas se transforma en un movimiento social

¹⁷⁶ TERRADAS (2004) distingue entre identificación -rasgos externos que permiten clasificaciones sociales-, e identidad -sentimiento, puede expresarse emocionalmente-.

renunciando al uso de la violencia y de la economía sumergida (BROTHERTON Y BARRIOS, 2003), en Barcelona, entre los años 2006 y 2007, las dos bandas latinas mayoritarias, *Latin Kings* (Organització Cultural de Reyes y Reinas Latinos de Catalunya) y *Ñetas*, se constituyeron legalmente en sendas asociaciones culturales^{177,178}. Organizadas mediante configuraciones étnicas, raciales, de clase y de género, en ellas el sentimiento de pertenencia se asienta bajo las bases de un fuerte sentimiento de discriminación y de desigualdad sobre su posición en la sociedad, *"Yo creo que lo que más me gustaba era que me podía comparar con niños y no les tenía rabia porque decía pues a ellos les pasa igual que yo, decían mi mamá no me deja salir, o el otro día me pegó una cachetada porque no se que y no se cuanto, el otro día se pelearon mi tío y no se quién, el otro día se montaron una fiesta y claro con las bebidas y todo, y a mí no me daba rabia porque yo me identificaba y yo es que estaba encantada, decía choca la mano porque a mí esto en mi casa me pasa, pero venía mi amiga y me decía no se qué y yo le decía anda niña pija vete por ahí"* cuenta Ester¹⁷⁹. Ya por entonces había comenzado con sus dietas y restricciones y había bajado drásticamente de peso. Fue cuando entró en la adolescencia *"escuchaba comentarios en mi clase, ya me cambió el cuerpo, empecé a darle importancia a la ropa"* y le empezó a gustar un chico, *"el comentario era este chico solo va con las chicas guays y que le gustan las chicas delgadas que llevan cualquier tipo de ropa, y claro pues yo dije este va a ser mi reto y fue mi reto y lo conseguí"*. Vigilante del peso constantemente cualquier comentario sobre su imagen la derrumba, *"como si me dicen que los pendientes los llevo mal yo es que me caigo, digo ostia los he elegido mal."*

Ester buscaba apoyos en su red social. Al principio salía con españoles pero se sentía muy alejada de ellos, las comparaciones en estilos de vida y posiciones sociales la hicieron sentirse inferior, vulnerable, desubicada. La banda ofrece las

¹⁷⁷ Un proceso, tutelado por el Ayuntamiento de Barcelona, que intentaba alejarles del camino violento por el que transitaban desde su brusca aparición en sociedad en los años 2003 y 2004 por la violación por parte de uno de los Reyes Latinos de una mujer, y el asesinato de un joven colombiano a las puertas de un instituto barcelonés respectivamente. Sin embargo, las bondades de la integración social, que los líderes de ambas bandas expusieron en comparecencias en el Parlament, no sedujeron a todos los pandilleros que siguen protagonizando actos violentos. En Madrid una propuesta del mismo tipo ni siquiera prosperó.

¹⁷⁸ Para un análisis detallado de la historia de estas bandas y su adaptación al contexto español ver PORZIO, L. (2008).

¹⁷⁹ Ecuador, 15.

IV. Etnografía

funciones básicas: económicas, a través de la ayuda mutua; sociales, de relación, protección y afecto; culturales y espirituales ya que provee de una identidad, permite ser “alguien” (ROMANÍ *et al.*, 2009). *“En el cole había gente de los Latin y como esa gente hablaba con ese acento, yo me acercaba y hablaba también con ese acento queriéndome integrar, como no me sentía de aquí quería formar parte de ese grupo y sentirme protegida, quería estar con ellos y que me protegieran, yo también protegerles, como decíamos que todos somos hermanos, que si todos estamos juntos contra los españoles, contra los no se quién, los que sean. Yo iba con esa gente porque no me sentía de aquí de España. Yo buscaba un mundo latino, un mundo igual que yo, por eso me metí en esta banda, porque yo me sentía inadaptada aquí, miedos, tenía miedo al rechazo, me comparaba con la gente de aquí, me rechazaban y antes de que me rechazaran quería sentirme superior, hacía daño a los demás para no sentirme así, para antes de que me hicieran daño pasarme de chula. [...] yo buscaba una familia y para mí eran como mi familia, me acuerdo que en ese momento que empecé a juntarme con ellos eran discusiones de mal en el cole, mal en mi familia, mal con las amigas, solo tenía a una a mi lado”.*

El estudio de ROMANÍ *et al.* (2009) ha puesto de manifiesto que, al menos en el contexto barcelonés, la principal *raison d'être* de las bandas parece tener más que ver con una demanda de aceptación social, de reconocimiento y de inserción, que con un claro proyecto político de resistencia. Éste se sume en una difícil contradicción por el hecho de que el discurso del grupo está cargado de elementos conservadores según los parámetros de la sociedad de acogida: normas diferentes para hombres y mujeres con una subordinación de éstas, defensa de la jerarquía en la toma de decisiones, defensa de la *raza* latina y de los roles familiares tradicionales, lucha contra el aborto... *“Al principio sí porque es como un refugio, pero luego no me gustaba porque todo el mundo era muy machista, muy ‘si quieres entrar en la banda tienes que acostarte con todos’, hubo una pelea con chicas y a mí esto me daba igual de miedo que lo de mi familia”.* Se trata de los rituales de entrada¹⁸⁰, para los chicos una buena paliza por parte de los que van a ser

¹⁸⁰ Son varias las bandas que operan en un mismo territorio. En Barcelona por ejemplo, el Ayuntamiento ha anunciado recientemente que con las nuevas bandas como Mara 18, Mara 13, Black Panthers o los

sus nuevos “hermanos”, para las chicas los favores sexuales “luego ya ellos me obligaban y utilizaban la fuerza también [...] muchas veces yo no quería hacer nada, y no es que me hayan violado ni ninguna de esas cosas, no me apetecía pero tampoco podía decir que no, y me decían ponte así o así y quédate quieta y si no lo hacías decían es que no quieres, me enfado contigo”. Coacciones y más amenazas cuando uno quiere dejar de pertenecer “nunca te sales sin problemas porque siempre te llevas con gente, me acuerdo que una vez casi me quisieron pegar porque yo iba hablando de que, o sea mis amigas me preguntaban tú con quién vas, como se llama tal gente y yo les iba diciendo los nombres y por decirlos una vez me amenazaron, me dijeron como vayas diciendo los nombres te vamos a... no se que de mi familia, me metieron miedo, yo pensaba que me iban a pegar”. Ester, que ahora ya está no pertenece a la banda, reflexiona sobre lo que acabó suponiendo para ella una experiencia de maltrato “a mí me trataron mal psicológicamente, o sea yo me dejaba que me trataran mal pero yo me dejaba porque yo misma no me quería. Ahora muchas veces al recordarlo me da angustia”.

Las Emancipadas

Cuando las de más edad y ya emancipadas se enfrentan a la migración llevan años conviviendo con unas prácticas alimentarias y corporales que las han llevado en algún momento de sus vidas a buscar ayuda. Sus casos muestran la continuidad en el tiempo, la cronicidad, la larga convivencia con unos (mal)estares que se intensifican durante el afrontamiento de situaciones que se viven como conflictivas. Todas comenzaron con tales prácticas en sus países de origen a edades tempranas o rondando la adolescencia, a excepción de Soledad que también comenzó en Perú, pero una vez superada la treintena.

Soledad¹⁸¹ ayuda a romper los estereotipos sobre la edad y las condiciones en las que emergen y se desarrollan las prácticas alimentarias y corporales

Trinitarios, establecidas sobre todo a partir de 2009, no se va a comenzar ningún proceso de conversión en asociaciones culturales por su perfil mucho más delinencial (EL PERIÓDICO DE CATALUNYA, 12 junio 2010).

¹⁸¹ Perú, 39.

“problemáticas” aportándonos una visión más amplia sobre el fenómeno. Creció junto a su hermana y hermano menores y sus padres, un administrativo de una empresa minera y una ama de casa, en la capital peruana. La convivencia familiar con su hermano le enseñó cuáles eran los beneficios de ser *“el único hijo varón de mis padres entonces se llevaba la mejor parte en las propinas, se sentaba delante en el coche y nosotros atrás, siempre él, él, él”*. Tanto ella como sus hermanos pudieron ir a colegios privados, asistir a academias de inglés, fueron los que mejor vestían en el barrio, pero pronto les faltó algo que para Soledad era muy importante, su padre. Sus padres se separaron cuando ella tenía 8 años *“mi madre lo echó de la casa, ella me obligaba a ver los enfrentamientos a mí sobre todo, porque yo era la mayor. Yo lo eché mucho de menos a mi padre, estaba muy confundida, decía dónde se va a ir ahora mi papá”*. Por aquel entonces Soledad encontró refugio en *“La escuela, fue lo que me ayudó porque los problemas ya se veían con mis padres. Yo con mi padre situaciones muy puntuales recuerdo, recuerdo que él era muy cariñoso, muy protector, pero mi madre era la que ponía la cosa más fuerte ahí, de dar golpes, de que si sacabas malas notas pues castigaba, ejercía la autoridad, mi padre era más comprensivo, no le gustaba”*. Fue a colegios religiosos *“era mucho la moral, las costumbres, la virginidad, la familia, el matrimonio, la mujer, que podía esperar, yo lo interioricé mucho, hasta ahora! Eso no se cambia, si te forman de esa manera desde pequeña, y además en tu casa, en los dos sitios”*. Aunque la enviaron a un retiro espiritual de un año para que se convirtiera en monja, ella acaba rechazando la propuesta y se forma como trabajadora social. Consigue un trabajo en el Ayuntamiento, y tiene que desplazarse a menudo a provincias donde se come más pesado. Soledad engorda unos kilos. Ya con 25 años y tras un desengaño amoroso, es cuando por primera vez en su vida se siente gorda. Nadie le hace comentarios, pero se compara con la figura más fina de su hermana. Piensa en adelgazar un poquito y comienza a correr y a sustituir grasas por fibra en su alimentación. ¡Eureka! baja 10 kilos. Entonces sí llegan los comentarios, el adelgazamiento trae recompensas *“todo el mundo qué bien estás, uy que bien, y yo también me veía bien, qué bien la ropa y todo eso, así me conoció mi esposo”*. Soledad mantiene con su esfuerzo ese peso durante unos años, disfrutando de esa

valoración social cuando inesperadamente ocurren tres acontecimientos importantes en su vida: muere su madre, pierde su trabajo y su pareja sentimental rompe la relación. Tiene entonces que dejar su casa y mudarse con su hermana menor, pasando a depender económicamente de ésta. Para ocupar su tiempo y no pensar salió de nuevo a correr pero esta vez por varias horas. Para ahorrar el poco dinero que tenía se le ocurrió dejar de comer *“Una tarde en broma dije no voy a comer, como tenía energía suficiente pues iba.... Al día siguiente dije pues voy a comer una sola vez a ver lo que pasa, para ahorrar porque no tenía mucho dinero”*. Baja más de peso, pero esta vez su compromiso de matrimonio se rompe. Ya no se siente gorda, ya no espera comentarios agradables sobre su figura, ya perdió toda ilusión de vivir, ya se deprimió, y siguió bajando de peso... Soledad decide venirse para España, donde hacía unos años había emigrado su padre, para probar mejor suerte en el terreno laboral y encontrar de nuevo una estabilidad económica y emocional.

La decisión de migrar nace de un deseo de mejorar las condiciones de vida con las que contaban en sus países de origen. Tras el viaje, si bien unas se superan y otras permanecen, algunas dificultades aparecen o se suman: hay que elaborar el “duelo migratorio” -el alejamiento de amigos y familiares, de la tierra donde se ha crecido y de sus gentes, de su lengua y de su cultura-, hay que enfrentarse a dificultades de tipo económico y/o por estatus legal, a experiencias de discriminación, y a todos los cambios que conlleva el proceso de aculturación. Un proceso proclive a exponerlas a situaciones de desconexión, transición y opresión (KATZMAN Y LEE, 1997). Como cuenta Gabriela¹⁸² *“Ya en Uruguay yo había conseguido un poquito de equilibrio pero al llegar aquí, claro, me sentí un poco perdida al respecto, bueno, como todos a los que les falta su grupo, su gente, más todo lo que significó un cambio grande, muy grande, dejar un país, dejar unos padres, bueno, la inestabilidad que tiene venirte sin papeles, toda aquella angustia, toda aquella etapa, de todos modos cuando nosotros vinimos no era tan problemático pero te llevaba unos cuantos meses regularizarte y todo, a los que tenemos problemas de alimentación todo esto nos descanaliza”*.

¹⁸² Uruguay, 43.

IV. Etnografía

El proceso de aculturación y las experiencias de socialización en la nueva sociedad se desarrollan de formas muy diferentes a aquellas que acabamos de describir en las adolescentes. La edad, los proyectos de vida, y las decisiones “voluntarias” –sino las más deseadas- sobre la migración las ponen en situaciones bien diversas respecto a la gestión de sus vidas y las de los suyos en el nuevo contexto. Las prioridades para ellas no son sacar buenas notas y buscar amigos, sino conseguir un techo donde vivir y un trabajo que proporcione una base económica estable sobre la que construir una nueva vida. En un segundo plano queda la construcción de una red social en el nuevo contexto, si bien no por ello carece de importancia. La construcción de una red social de apoyo es un asunto que todas definen como complicado, por las largas jornadas laborales, la atención a la familia –en los casos que corresponde-, y la distancia cultural. Como muchas de las adolescentes, ellas también se encuentran con soledades no deseadas que intentan combatir.

La lengua les acerca, facilita, pero no hace desaparecer otras barreras culturales:

“Te digo que relacionarse con los catalanes no es tan fácil, y bueno, son muy corteses y muy correctos pero no son fáciles para relacionar. Tengo amigos, por ejemplo, tengo amigos de una pareja argentina, luego tengo ahora una amiga que es del País Vasco o de por ahí cerca, luego tengo una amiga catalana pero bueno es amiga pero está ahí, por ejemplo sí podemos quedar a tomar un café pero no es de decirte vente a casa como yo haría en Argentina que sería lo más común, y compartimos el gimnasio y es mi amiga pero... hasta ahí, y entonces es como que me cuesta más. Después una amiga argentina mía se volvió a Buenos Aires hace poco y después otra más que es suiza se volvió, como que a veces tus amigos se van ... como son pocos y te quedas más sola” (Cecilia, Argentina, 29)

“Tengo un par de amigos en Castelldefels que yo les llamo amigos de cierre porque siempre están y son un uruguayo y un catalán medio atípico porque su casa por ejemplo siempre está la puerta abierta, el que va entra, pero bien, bien, a veces me quedaba en la casa de él cuando iba y venía. Y acá pues amigos amigos no tengo, tengo gente conocida, pero claro, yo por ejemplo el martes fuimos a comer con el catalán este que te dije que vino a Argentina y estuvimos saliendo en Argentina pero hay algo, una barrera. La barrera es cultural, tenemos historias diferentes. Tenemos historias y formas de ser diferentes, yo con mi colega catalán me llevo bien, siento afecto, pero la cosa llega hasta ahí y siempre hay un poquito más que con un argentino podría llegar” (Marcelo, Argentina, 54)

Como las adolescentes, al final terminan creando redes mayoritariamente entre personas de su propia nacionalidad u otros extranjeros, pero en general la red

es pobre. Cecilia y Vicky, las veinteañeras, se sienten solas, y entre sus amigos cuentan con algunos argentinos y otros extranjeros que van y vienen de una ciudad, para muchos, de estancia temporal como es Barcelona. Soledad sólo tiene una amiga, y es peruana. Gisela, que lleva aquí más de una década, tiene a sus colegas pero prefiere dedicarse a su trabajo y a su hijo. A Gabriela el trabajo y la familia le consumen todo su tiempo, aunque hace poco ha conocido a su primera amiga, argentina, comedora compulsiva como ella, y no oculta su ilusión *"ellos son los amigos que tenemos ahora, y esto me ha cambiado la vida porque bueno yo ahora la tengo a ella"*.

¿De quién es mi cuerpo?

Hasta ahora hemos visto como experiencias de desconexión, transición y opresión que se derivan de situaciones que pueden estar ligadas o no a la migración, tales como soledades en la familia y en el entorno social, confusión o discriminación por etnia, clase social o género, ocurren de forma simultánea a una socialización en valores sobre la imagen corporal. Mensajes que se convierten en presiones y que llegan de parte de la familia, de los amigos, de los profesores, de los compañeros de trabajo, de las parejas, de los medios de comunicación, de los médicos, etc. Mensajes sobre el peso y no solamente, también sobre la forma de hablar, de vestir, de maquillarse, de moverse, de comunicarse. Hemos visto además cómo muchas de estas presiones vienen desde el género masculino -un hombre que domina, violenta, agrede- pero también del propio género femenino.

Los múltiples y contradictorios mensajes que reciben las mujeres durante su crecimiento nos dan una idea de por qué muchas de ellas llegan a la edad adulta desconfiando de sus apetitos y de sus cuerpos. Lo mismo ocurre para los hombres en unos números que se muestran en aumento si bien siguen distando demasiado de los casos en mujeres. "Estás gorda, estás gorda, estás gorda" es el eco que resuena en la cabeza de muchas de ellas. Lo han oído en la familia, -de

IV. Etnografía

boca de su padre, madre, hermanos, tíos, primos- pero también fuera, en la escuela, -en la voz de amigos, de compañeros de clase, de chicos que les gustan en la calle, o en la tele. En algunos casos las mujeres reconocen que siempre les gustó comer, desde pequeñas, y que estaban rellenitas aunque eso no supuso ningún problema hasta que no llegó la adolescencia, cuando el cuerpo tomó otro valor en relación a los “otros” y por ende para ellas mismas. En otros casos, puede que una ni siquiera fuera muy comiente, ni gorda, pero que un pequeño aumento de peso seguido de comentarios respecto a su cuerpo acaben haciéndole sentir su propio cuerpo como indeseado e indeseable.

Cambios en la migración. La tienda en casa

En muchas ocasiones un aumento de peso que coincida con esa etapa adolescente puede ser un desencadenante de comentarios y de una nueva preocupación. Les ocurrió a varias, estando sus periodos de subidas de peso ligados a la experiencia migratoria. Ésta acarreó cambios ligados a los estilos de vida pasando a hacerlas más sedentarias, a facilitar el acceso a nuevos productos alimenticios, y a volver a contar con unos cuidados familiares después de periodos de separación. Sin embargo, esos cambios a los que se vieron expuestas no son específicos de un tipo de migraciones como las internacionales en las que se centra este trabajo, sino que pueden ocurrir también en otros tipos de migración. Eso sí, tienen en común que el cambio de residencia ha implicado para todas dejar zonas rurales -donde pasan tiempo al aire libre, jugando, corriendo, relacionándose con la familia extensa- para trasladarse a vivir en la ciudad -en el asfalto, con sus limitaciones de espacio y los cambios que implica en la utilización de su tiempo libre y en su socialización-. Pasar a llevar una vida más sedentaria les ha ocurrido a muchas que han dejado su país para establecerse en nuestras ciudades, pero también le ocurrió a Gisela cuando a sus 16 años la familia volvió a cambiar de residencia dentro de Brasil por las exigencias del trabajo de su padre.

“Hubo un cambio cuando volvimos a vivir en Río, después de haber estado en pueblos y así, y aquello me produjo un choque muy grande, el cambio de ir a vivir a una gran

ciudad, yo era niña de subir a los árboles, de ir a pescar y entonces esto fue cuando yo engordo mucho” (Gisela, Brasil, 47)

“Yo estaba acostumbrada a otro tipo (de vida), porque yo estaba más en la calle, saliendo, correteando en la hierba, aquí no sé, es como una ciudad grande, industrial” (Ester, Ecuador, 15)

“Los fines de semana mi abuelita nos llevaba a la finca pero no como aquí, en Ecuador es decir que vamos a una montaña, y tienes que andar mucho hasta llegar al final donde hay una casa de caña y donde hay puros cafetales, y algún río. Allí se puede dormir y vivir y todo, lo único que la gente tiene que bajar a comprar lo que necesite al pueblito que queda andando. Entonces eso es grande, muy grande, aquí cuando alguna vez me han dicho de ir a una finca y he llegado y es apenas un solar y una casa” (Julieth, Ecuador, 16)

Julieth, junto a sus hermanas y sus primos, cada fin de semana montaba a caballo, ordeñaba vacas y recogía café. Nada parecido ha vuelto a hacer desde que llegó a España. Lo que sí encontraron aquí fue la accesibilidad a nuevos productos de alimentación que les ayudaron a distraerse, anesthesiarse, y a engordarse.

“Cuando llegué aquí en España, porque también fue el cambio de comida, se podían comprar más cosas y más buenas, yo podía comprar más variedad y muchas cosas, no solo lo necesario. Y entonces yo cogía y cuando pasaba algo malo decía con esto se me pasan las penas” (Ester, Ecuador, 15)

“Yo, los primeros días que llegue aquí, bien porque era verano, no había cole ni nada y mirábamos la televisión, a ver que canales había y nos poníamos ahí a tomar yogures porque en Ecuador casi no se comen yogures, y todos los días, y bueno a mí me encantaban los yogures, cuando los trajo mi papá dije ah!! Porque allí en Ecuador no son así. Y después de comer comíamos yogur [...] y engordamos, un poquito, a ver, no como obesas sino más gruesitas” (Julieth, Ecuador, 16)

“Allí no es normal tener tantos dulces en la casa entonces me daba como igual pero aquí como tenía en la cocina pues fui un poquito golosa pero ahora ya no, fue como una época” (Ángela, Colombia, 17)

Pero a Ángela, como a otras, se le añadió a esta “nueva” despensa de cocina la vuelta a los cuidados de una madre de la que se ha estado alejada durante años por la migración *“Entonces cuando llegué pues el estar otra vez con mi mamá, que estaba pendiente de ‘le voy a hacer esto que le gusta’ y ‘te voy a comprar no se qué que está muy rico’ entonces bueno normal, subí de peso. Y yo feliz con todo lo que mi mamá me daba, yo me lo comía”.*

La accesibilidad a nuevos productos de alimentación no es única del tipo de migración de la que han sido protagonistas estas mujeres. Otros estudios han confirmado el mismo fenómeno sobre el cambio de hábitos alimentarios en países de América Latina entre poblaciones indígenas que migran a las ciudades para trabajar (BERTRÁN, 2005). Es un hecho que la disponibilidad de alimentos ha aumentado con la globalización y que la cercanía con centros urbanos facilita la adquisición de nuevos sabores en cualquier lugar del mundo. En sus países de origen nuevos productos de alimentación llenan cada vez más y más estanterías, sin embargo, el vivir en zonas rurales o las condiciones económicas precarias pueden haberlos prevenido de acceder a los mismos hasta haber llegado a España. Por eso, estaríamos aquí hablando de unos cambios ligados a la urbanización/migración urbana de las poblaciones más que de un hecho específico de las migraciones internacionales, concretamente de aquellas cuyos flujos se mueven de países periféricos a países centro -utilizando la terminología de la teoría de la dependencia y el capitalismo periférico-, si bien es también característica de las mismas.

¿Qué es el cuerpo?

Ya antes que BRYAN S. TURNER publicara *"The Body and Society"* (1984) Marcel Mauss y Mary Douglas anticipaban la necesidad de incluir la dimensión social en los estudios sobre cuerpo, y reubicarlo dentro de las ciencias sociales dándole un papel preponderante como objeto de estudio. El cuerpo es una metáfora o imagen de una sociedad, una imagen cuya mayor función es la de "expresar la relación del individuo con el grupo" (DOUGLAS, 1978: 389), así las *techniques du corps* (MAUSS, 1973, [1934]) insistían en el papel *social* de unas prácticas que *son hechos sociales* y se inscriben en la cultura. Desde entonces, se ha des-naturalizado el cuerpo para observar en él las inscripciones de la sociedad en la que se inserta. Así como cada sociedad posee su lengua particular también poseería su cuerpo porque éste también está sujeto a una gestión social. El cuerpo es entonces ambos, "social" y "natural", es socialmente mediado e individualmente percibido (TURNER, *Íbid.*: 284). El cuerpo es el

terreno en el que emergemos como sujetos y en el que batallaremos nuestra subjetividad a lo largo de nuestra vida (BAZ, 1999).

En los estudios sobre anorexia ha sido recurrente la atención sobre el cuerpo por la metáfora que representa cuando éste se convierte en síntoma. En todas las culturas el cuerpo está íntimamente ligado a lo social y hombres y mujeres están influidos de manera distinta y específica en cuanto a su cuerpo y apariencia (ESTEBAN, 2004). De acuerdo a ello sostengo que los (mal)estares alimentarios son mejor entendidos como intentos de articular mediante el cuerpo las expectativas contradictorias que recaen sobre las mujeres, por lo que, en el análisis de éstos, ocupa una dimensión fundamental el contexto de los significados corporales. Las percepciones que tenemos sobre nosotros mismos y nuestros cuerpos son construcciones culturales y, por tanto, son históricas. Retomando el concepto de MAUSS (1973, 1934) y renombrándolo como *technology of the self*, FOUCAULT (1988) habla de prácticas corporales con significado cultural que constituyen y transforman el *self* y es, a través de ellas, que el *self* se convierte en una actitud o en una forma de pensar en relación con la sociedad contemporánea.

En las sociedades industrializadas el cuerpo tiende a sucumbir a la lógica mercantilista y se convierte en un elemento central de la vida social, es uno de los espacios privilegiados del consumo y uno de los objetos más frecuentemente mercantilizados: el cuerpo como agente activo (cuerpo-consumidor) y el cuerpo como mercancía sujeta a la lógica de la globalización (cuerpo-consumido) (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2002). Ante este desdoblamiento de su valor en sociedad se convierte en objeto de mensajes contradictorios generadores de tensiones y (mal)estares que afectan mayoritariamente a las mujeres por constituir el *target* principal de estas presiones. Pero, como dice TURNER (1994), es esta hipertrofia de la mercantilización propia del capitalismo tardío la que ha convertido al cuerpo en una especie de espacio personal socialmente sagrado donde cada sujeto es libre de producir sus propias identidades. Se trata de un objeto utilizable, manipulable, amado y odiado. El cuerpo se convierte en un

instrumento para la vida, en vía para alcanzar el éxito en diferentes esferas: social, profesional y/o sexual.

“Yo creo que es el instrumento que utilizamos para hacer y reflejar la parte que llevamos dentro [...] Si no controlas tu físico eres como eres y ya está, pero digo que es como un instrumento que por medio de él tú haces. Un instrumento en el sentido de que sirve de medio para hacer y para moverte, para llevar a cabo todas las cosas que tienes en tu mente, entonces es como un complemento” (Ángela, Colombia, 17)

“El cuerpo es un objeto [...] Me he dado cuenta que tú haciendo un par de cosas ya tienes lo que quieres y no es así, es muy malo, es que no está bien porque utilizas a la gente para lo que tú quieres solo porque a lo mejor te ven de una manera especial y tú te aprovechas, yo me aprovecho al menos de eso y claro, yo creo que es un objeto para conseguir cosas. No me gustaría que lo fuera, sería mejor que la gente se valore por otras cosas y no solo por esto” (Paula, Perú, 16)

Los diferentes significados que otorgan al cuerpo las inmigrantes nos ayudan a entender mejor el porqué de sus prácticas alimentarias y corporales, qué intentan transmitir a través del cuerpo, cuál es la base de la experiencia de este (mal)estar. Algunas se someten a los imperativos sociales sobre el rol femenino si bien muestran a la vez su desencanto como expresan más arriba. El equilibrio, el placer, llegan en la mayoría de ocasiones de mano de esa sensación de control que no existe en otras esferas de la vida. En ese territorio que es el cuerpo, al menos ahí, una puede hacer y deshacer *“Hombre, es mi templo, es lo único que tengo realmente mío”*¹⁸³.

El cuerpo puede serlo todo, pero también puede *“No significa nada y ese es el problema”*¹⁸⁴. Puede representar un objeto de desencanto o mejor, un espacio en el que descargar tensiones, malestares, pero esta vez esa descarga viene desde la pérdida del control, rechazando el cuerpo, negándolo, castigándolo se puede actuar sin límite sobre él, además de dejar de comer, una se puede autolesionar. CASADÓ¹⁸⁵ (2008) en su trabajo sobre los significados de las autolesiones

¹⁸³ Gabriela, Uruguay, 43.

¹⁸⁴ Marcia, Brasil, 19.

¹⁸⁵ Incluyendo en su etnografía a pacientes de TCA que se autolesionan, la autora hace un excelente análisis en el que recupera la interpretación de estas prácticas del modelo médico, que lo considera como un síntoma aislado o una conducta desviada, y lo redefine en modelos explicativos que dan cabida a significados sociales y culturales más amplios.

corporales en jóvenes encontró conexiones entre los procesos de construcción identitaria, represión emocional y la asociación entre emoción y cuerpo y la capacidad reactiva de éste.

Los (mal)estares alimentarios quedan retratados como una necesidad de expresar y comunicar a través de la comida y del cuerpo, y lo que expresan va a tener que ver con los significados que alimentación y cuerpo tienen en cada contexto. En el que estamos analizando, tales prácticas generan una sensación de control derivada del proceso de acción que les permite gestionar tales esferas. Las prácticas de autolesiones o restricción de comida pueden ser interpretadas desde el modelo médico como desviadas o de “descontrol”. Sería imprescindible abordar los significados de querer abandonar el cuerpo, rechazarlo, hacerlo desaparecer, desde unos marcos interpretativos más amplios.

Sugiero que representan dos caras de una misma moneda. Por un lado algunas ejercen el control sobre el cuerpo construyéndolo según su deseo. Utilizando la dieta o la restricción, el vómito, el ejercicio físico, la toma de laxantes o diuréticos, incluso otras estrategias personales para poder modificar partes del cuerpo no aceptadas *“Luego lo que más problemas tenía era con la parte de la barriga, lo que hacía era apretarme con cualquier cosa y dormir así y al día siguiente me despertaba con dolor de barriga pero no me importaba”*¹⁸⁶, *“Sí, hacía abdominales, desordenaba el armario y lo volvía a ordenar, ordenaba toda la casa hasta que me ponía algún plástico, una bolsa de estas negras, para sudar, quemar grasas y así, no paraba todo el rato”*¹⁸⁷.

Pero también, incluso en una misma historia, estos controles se pueden alternar con expresiones de “descontrol”, mayormente reflejadas en la práctica de atracones, autolesiones, y consumo de drogas. El deseo de desaparecer impregna muchas de estas experiencias de enfermedad como iremos viendo más adelante.

¹⁸⁶ Paula, Perú, 17.

¹⁸⁷ Claudia, Colombia, 18.

Modelo(S) de belleza

El denominado “modelo Euro-Americano¹⁸⁸ cultural dominante” sobre el cuerpo, es decir la figura esbelta, de *raza* caucásica y joven, convive aún con otros modelos estéticos que operan en diferentes contextos. No podemos hablar de una única polaridad cultural ni siquiera entre los autóctonos. MORENO (2005), quien ha estudiado las representaciones de la anorexia entre diferentes clases sociales en España, encuentra que en las clases más bajas las fuertes inversiones corporales están básicamente asociadas al deseo de visibilidad en el mercado sentimental y matrimonial, donde una vez conseguida una pareja la preocupación por el peso disminuye drásticamente mientras se mantiene entre las clases más altas por estar su valor positivo unido a un rango de contextos más amplio.

Hay diversidad, pero si tuviéramos que hablar de un modelo corporal local entre las latinas o entre las negras ese sería un cuerpo curvado y con un peso medio por encima del patrón hegemónico. Es lo que va a defender Ana, la protagonista de “*Las mujeres de verdad tienen curvas*”¹⁸⁹, una chicana residente en un suburbio latino de la ciudad de Los Ángeles que se dispone a crear una forma de resistencia identitaria hacia la cultura gringa dominante aceptando un estereotipo de belleza en un contexto donde el que opera –como hegemónico– es otro. Ana ama su cuerpo opulento y convence a sus compañeras de que hagan lo mismo, algo que les permitirá ser diferentes y tener una identidad propia, si bien al precio de la subalternidad (GRACIA Y COMELLES, 2005).

Las andinas que han llegado a España en los albores de su adolescencia relatan cuáles han sido los mensajes sobre el cuerpo en los que se han socializado en sus comunidades de origen, o lo siguen haciendo a través de sus padres, y son iguales a los de Ana: menor preocupación por el peso y reclamo de las curvas como estándar de belleza.

¹⁸⁸ Ver nota al pie 47.

¹⁸⁹ *Real women have curves* (2002). Dirigida por PATRICIA CARDOSO. HBO Films / Newmarket Films

"(Mis padres) Dicen que no, que si alguien es delgado o gordo, que no importa allá, no se preocupan mucho de eso, que da igual. Yo pienso que me lo dicen para que no me preocupe más por el peso y eso. Pero igualmente a veces pienso que es cierto porque mi mamá quiere estar más gorda, está muy flaquita" (Maribel, Bolivia, 15)

"No, es diferente. Allá las chicas no están así, no se las valora más por estar más delgadas, allí están yo creo que normal y tirando a rellenitas, así les gustan... Por el culo, por las tetas" (Ester, Ecuador, 15)

"Yo creo que se valora más que delgada, que la mujer tenga figura, lo que tiene que tener una mujer para ser mujer, sus curvas, sus caderas, sus pechos. Yo creo que sí hay diferencia y es esa, además yo tengo una prima que es modelo y yo he estado con chicas modelos de allí, y aquí las veo todas super delgadas, muy altas, pero allí una chica española no, tiene que tener su cuerpo figuradito con sus caderas, sus pechitos, todo" (Nieves, Ecuador, 17)

"Están más delgadas aquí, se preocupan mucho más aquí [...] Yo creo que de delgadez a una chica así, tampoco gorda, así normalita, que no sé las chicas allí no son tan delgadas como aquí y enseñan, aunque tengan también kilitos lo enseñan, no se tapan y las chicas aunque aquí son delgadas lo tapan, en cambio en Colombia no lo tapan" (Jessica, Colombia, 16)

Una vez en España perciben un contraste entre imágenes corporales, en las formas de los cuerpos, comienzan a interiorizar un nuevo estándar de belleza que les hace sentirse diferentes e inferiores. Es la esencia del estigma que genera un daño en la propia identidad (GOFFMAN, 1963). En este proceso tienen su peso factores socioeconómicos ya que la variedad de ropa y complementos que observan en las autóctonas en general, y que ellas aún no pueden permitirse, las hace sentirse menos bellas, atractivas y en desventaja.

"(Al llegar a España) Pues era muy tímida, y yo antes no lo era, pero no hablaba nada, era tímida, tímida, no ves que era muy raro para mí venir aquí, y como en Ecuador no hay que digamos tanta gente guapa y aquí sí que hay gente guapa y bonita y todo eso. Había chicas bonitas y me sentí más baja que ellos porque mi hermana y yo éramos las únicas ahí de otro país" (Julieth, Ecuador, 16)

"Y luego ya llegué aquí y el gran cambio me encantó muchísimo, el aeropuerto vamos me encantó, con gente ahí altota y los tíos guapos, los azafatos, eso me gustó, porque nos cogieron a las dos y nos llevaron a la sala donde nos estaban esperando y uf, estaban grandotes, altotes, guapísimos, como en las películas! Me daba totalmente igual pero vine aquí y vi a chicas delgadas, mucha gente así guapa y delgada y yo me veía fatal... Yo no sé, pero a lo mejor porque aquí también hay muchas revistas y cosas de esas para adelgazar y todo eso leía yo, y veía a mucha gente así delgada, y en Ecuador no hay revistas ni nada de eso" (Carolina, Ecuador, 17)

Puede que las hubiera también en Ecuador, pero aún no tan populares como en España. Si bien el modelo dominante de delgadez ejerce una presión más

homogénea entre las poblaciones occidentales, también tiene influencia en sus sociedades de origen aunque aún en sectores de población más reducidos. El efecto de la globalización en diferentes esferas como son los mercados de alimentación y adelgazamiento, los medios de comunicación y los flujos migratorios transnacionales, contribuye a la difusión del ideal de cuerpo esbelto. Cuenta Karima¹⁹⁰ que veranea cada año en su pueblo marroquí *“trabajo en campamentos de niños y (tú crees) que una niña de doce años venga a mí y me diga que estoy muy gorda, o sea, me quedé helada. Dice ‘no ves que ahora hay que adelgazarse que sino no te acepta un chico’ ”*. Karima siente que los valores sobre el cuerpo en la sociedad marroquí están cambiando *“Porque la sociedad de Marruecos se está volviendo también hacia unas ciertas estupideces que están viendo por la tele, la mujer tiene que estar muy delgada, están vendiendo pastillas para que la mujer adelgace, hay un telemarketing allí, asaco [...] porque yo creo que la gente que baja de Europa le afecta más a la gente que es su familia, empiezan a ver a la chica de otro peso”*. A la misma vez, el discurso médico está propagando ideas y prácticas alimentarias y corporales que corresponden a la normativa dietética y saludable en comunidades supuestamente alejadas de tales influencias. En este sentido PÉREZ-GIL Y JUÁREZ (2008) han encontrado un porcentaje de hasta un 50% de anhelo de delgadez entre mujeres indígenas en zonas rurales de México que, según las autoras, ha sido inducido por el discurso médico nutricional.

Nos moveríamos entonces en una línea que situaría en un extremo los casos de discontinuidades -aquellos en los que no han estado expuestas a presiones corporales de delgadez en sus sociedades de origen-, y en otro los casos de continuidades -en los que sí lo han estado-. No todas las inmigrantes han experimentado las mismas impresiones de contraste en los cuerpos al llegar a España, sus niveles de exposición al ideal de delgadez han sido diferentes y recorren la línea recién trazada. Por ejemplo, a diferencia de las anteriores, Gisela y Gabriela fueron presionadas por sus madres para perder peso cuando transcurría su adolescencia en áreas rurales de sus países de origen. Vicky y Cecilia se han criado en Buenos Aires, capital de uno de los países de América

¹⁹⁰ Marruecos, 19.

Latina de mayor influencia europea -con casi la totalidad de sus cuarenta millones de habitantes originarios del viejo continente-, un país propenso a obviar su etnicidad multirracial, con un fuerte énfasis en la cultura corporal y con una de las tasas de trastornos de alimentación más altas del mundo. Nicoleta, que procede del Este de Europa, afirma que en su país una mujer guapa es *“pues alta y delgada”*.

El concepto de proteccionismo cultural con el que trabajan las teorías epidemiológicas para explicar la supuesta ausencia de un impacto de las presiones corporales hacia la delgadez, y de prácticas alimentarias y corporales dirigidas a su consecución, ha de ser tomado con cautela y precisado a partir de su operativización según indicadores como niveles de exposición a medios de comunicación, al discurso médico hegemónico, a influencias culturales históricas, niveles de industrialización o clases sociales, entre otros.

En Ecuador las modelos no son más valoradas por ser delgadas sino precisamente por no serlo, sin embargo esto no previno ni a Nieves ni a Carolina ni a Ester de sentirse diferentes, de comenzar dietas, de darse atracones. En algunos casos, tiene que ver con el hecho de que el inicio de estos problemas no estaba ligado a una insatisfacción corporal, un asunto que trataremos en más detalle en el próximo apartado. En otros casos en los que sí existía esta insatisfacción, se hace necesario, si queremos entender por qué las mujeres independientemente de su origen étnico o su clase social desarrollan problemas con la comida, clarificar que es lo que significa exactamente ‘cultura’ dentro ese modelo cultural estético dominante.

Cierto es que el peso puede ser manipulado y controlado, por eso la dieta, la restricción u otras prácticas alimentarias y corporales, aparecen como una estrategia lógica. Cuando familiares animan a sus hijas, nietas, primas o sobrinas a perder peso puede que lo hagan creyendo que al menos sobre el peso uno puede ejercer un control, mientras se sienten impotentes para influir sobre otras fuerzas más complejas. Y es que en el modelo cultural estético dominante, el peso debe ser considerado a la par que otras “fuerzas sociales destructivas” (THOMPSON, 2004). El peso es indiscutiblemente un requisito de belleza pero no

está aislado de otros que llegan también a ser imperativos como son la edad, el color de la piel, la etnia o también, aunque menos estudiada en el ámbito de los (mal)estares alimentarios -a excepción de las orientaciones psicoanalíticas-, la orientación sexual. Si pensamos en la presión mediática, los anuncios de televisión, las revistas de moda, los carteles de publicidad, no sólo son delgadas sino además de *raza* caucásica, jóvenes, altas y heterosexuales. Y estas imágenes, de forma idéntica, se exportan a todo el mundo. En China, donde establecí mi residencia entre los años 2008 y 2010 he convivido a diario con anuncios de moda cuyas y cuyos modelos cumplían todos los requisitos arriba citados mientras la publicidad que adorna la carrocería de los autobuses públicos animan, mediante sonrientes caras asiáticas, a las mujeres autóctonas a acercarse al último hospital de cirugía estética abierto en la ciudad. Campañas de moda que combatan el racismo así como el etnocentrismo del modelo estético dominante -como las del fotógrafo italiano Oliviero TOSCANI para Benetton- quedaron en meras anécdotas dentro de la historia de la publicidad de la moda *mainstream*.

Las mujeres son especialmente vulnerables a la ilusión de que su cuerpo no es solamente maleable sino que debe ser cultivado para alcanzar un determinado peso y forma corporal (RUBIN, FITTS Y BECKER, 2003). Los valores Euro-Americanos⁴⁶ culturalmente dominantes sobre la forma y el tamaño corporal ejercen un dramático impacto sobre otros grupos étnicos. Mientras que la piel blanca no va a proteger a una mujer de ser objeto de discriminación por su peso, sí que lo hará de ataques racistas. El color de la piel o la altura por ejemplo, no son modificables. “*Aquí las figuras son más estilizadas*” reflexiona Soledad¹⁹¹ sobre los cuerpos que vio al llegar a Barcelona.

La investigación de KAW (1998) sobre el uso de la cirugía estética entre asiáticas en Estados Unidos afirma que la incorporación de la imagen corporal dominante las lleva a comenzar a “odiar, mutilar, y revisar partes de sus cuerpos”. El estándar de belleza que intentan alcanzar mediante la cirugía estética está motivado por una ideología racial que infiere características

¹⁹¹ Perú, 39.

intelectuales y de comportamiento negativas a partir de rasgos físicos genéticos. Las operaciones dirigidas a agrandar sus ojos y a aumentar la prominencia de su nariz pretenden eliminar unos rasgos étnicos que proyectan en la nueva sociedad un carácter personal interpretado, según la autora, como adormilado, así como cargado de estupidez y pasividad. Las diferencias “naturales” son dotadas de significado social en el afán de legitimar las relaciones desiguales de poder, dicho de otra manera, el racismo no es sino la “naturalización de la desigualdad social” (STOLCKE, 1999).

Por su parte las mujeres negras han expresado que su piel y rasgos físicos son estigmatizados porque la piel blanca y los rasgos étnicos europeos representan la “norma” o el estándar (FROST, 2005). A Rosa, angoleña y negra, que ha crecido en España y se ha relacionado prácticamente con blancos, también le gustaría poder eliminar una de sus señas de identidad racial *“Delgadas pocas pero incluso si están delgadas es que tienes que tener tu culo! No creo que esté valorado es que todas tienen culo, todas, todas, hay algunas que no tienen y dicen pues tú no pareces negra”*. Comienza por dejar de comer para deshacerse de ese trasero, le molesta que se refieran a ella como *“mírala esa del culo”*, especialmente después de que su ex pareja haya comenzado a salir con otra chica que está más delgada y no tiene ese culo abultado. Las presiones sobre la imagen van incluso más allá de las asociadas a la imagen meramente física. Según RUBIN, FITTS Y BECKER (2003), para las mujeres negras americanas ser invisible y dissociarse de la imagen de esas “chicas negras ruidosas” por su volumen al hablar es un prerrequisito para el éxito académico y profesional, al coste de la desconexión de una misma y de su propia comunidad.

La expresión de aflicción es sintomática de un sentimiento individual de desconexión con el mundo exterior, es una reacción al sentimiento de confusión, desorganización y falta de armonía experimentado por aquellos que no encajan. Coincido con NASSER, BHUGRA Y CHOW (2007) en que este sentimiento de rechazo es común entre minorías étnicas y, añadiría, especialmente en mujeres, siguiendo la tesis de STOLCKE (1999) según la cual las variables género, clase y raza son constituyentes de la desigualdad social. La

IV. Etnografía

desconexión, el rechazo, la opresión, puede llevarles a negociar su malestar a través del lenguaje corporal. En este trabajo se ha tenido en cuenta una amplia visión sobre la socialización de las inmigrantes -familia, escuela, trabajo, amigos, comunidad, medios de comunicación- para poder identificar esas situaciones de racismo y clasismo que, al ejercer una mayor presión sobre su imagen y su identidad, pueden ayudarnos a comprender cómo variables tales como origen étnico, raza, clase social y religión se combinan para dar lugar a situaciones de desigualdad ante las que una mujer decide utilizar la comida y su cuerpo como mecanismos de afrontamiento.

Lipofobia(S)

La centralidad del miedo a engordar que establecen los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios y que inundan nuestras representaciones sobre los mismos, esa obsesión con el adelgazar, esa mirada encerrada en la observación constante del perímetro corporal, afecta ciertamente a muchas mujeres que sufren estos problemas. Sus significados no obstante pueden ser muy diferentes en cada caso, no estando ese miedo a engordar necesariamente o únicamente ligado a la consecución de una imagen corporal guiada por los modelos estéticos culturalmente dominantes. Incluso en ocasiones, puede ni darse ese miedo a engordar.

La delgadez se asocia hoy en día en la sociedad industrializada al autocontrol, al reconocimiento y a la buena salud, mientras que la gordura encarna los valores contrarios de egoísmo, descontrol, debilidad, enfermedad. Una parte considerable de las mujeres inmigrantes en nuestro país proceden de países latinoamericanos que si bien han estado sometidos a una gran influencia cultural estadounidense y europea a través de los medios de comunicación y de los consecuentes lazos derivados de la migración, no excluyen la existencia de diferencias en los sistemas culturales de cada uno de los países aquí representados en lo que concierne al ideal estético corporal y al valor atribuido a éste como hemos podido comprobar anteriormente. En Bolivia, Colombia,

Ecuador y Perú la que se ha venido a referir como “tiranía de la delgadez” (CHERNIN, 1985) no ha obtenido, al menos hasta hoy, la misma popularidad que en países como Brasil, Uruguay o Argentina.

En Argentina el tema del cuerpo, la belleza, todo el tiempo machacándote, machacándote, machacándote, en las revistas, y es como que el valor de la belleza es una cosa... No sé como será en el resto de España pero tú ves la gente aquí¹⁹² por la calle y uno va con las rastas, otro con un aro acá... y vas a la playa y ves de todo, gordas, flacas y no van a dejar de ir. Ve a la playa en Argentina y ten un poquito de celulitis, pobre chica, está tres años con un psicólogo! (Cecilia, Argentina, 29)

En este trabajo constatamos como la aculturación ha influido tanto en aquellas procedentes de esos países latinos donde este modelo de delgadez no es tan prevalente como también en los casos de inmigrantes procedentes de África. A pesar de las diferencias en cuanto a representaciones y prácticas corporales entre el Magreb y el África subsahariana, ambas tienen en común la asociación de la gordura con la fertilidad y con la salud, mientras que la delgadez sigue asociándose a la enfermedad¹⁹³.

Tal aculturación en el modelo dominante de delgadez no tiene la misma repercusión en las inmigrantes provenientes de países del Este de Europa, especialmente entre las jóvenes nacidas ya en la era postcomunista que abrazó una nueva identidad de género dictada por las fuerzas de mercado importadas mayormente de América, y que igualaron feminidad con atractivo físico, convirtiendo a éste en un elemento de movilidad social ascendente (CATINA Y JOJA, 2001).

Lejos de haber perdido la razón, el deseo de estas mujeres de estar delgadas está en consonancia con los valores sociales vigentes en nuestra sociedad. No se trata por tanto de conductas anormales o desviadas sino precisamente de conductas de sometimiento a comportamientos que son generalizados y, lo que es más, altamente valorados. No sería sino por los grandes beneficios sociales – éxito en el mercado sexual, social y profesional- que reporta el hecho de poseer un cuerpo delgado que algunas pueden llegar a pensar en la delgadez como si

¹⁹² La informante se refiere a la ciudad de Barcelona.

¹⁹³ Sobre esta asociación ya se habló en un subapartado del capítulo Contextos (Ver pp. 179).

IV. Etnografía

fuera *“Un nudo en el estómago, algo que te aprieta el alma”*¹⁹⁴. Karima aprendió tras años en tratamiento que ser gorda no era el fin del mundo, por eso después de adelgazar 50 kilos y recibir los elogios de su madre se miró al espejo y se dijo que esa no era ella. Volvió a subir de peso, controladamente, y se siente mejor, a pesar de que la delgadez siga representando ese nudo del que espera llegar a deshacerse algún día...

Llega a ser *“lo más importante”* cuando además se persigue conscientemente esa aceptación de los demás, sea la familia, los amigos, la sociedad, como le sucede a Claudia¹⁹⁵ *“Para mí, (la delgadez) es como la fama, llegar a ser alguien importante, ser aceptada por todos, porque es más fácil aceptar a una persona sana que a una gorda”*. Por eso no importa el precio, la restricción en estos casos se experimenta con placer *“Siento de que voy bajando de peso y me gusta aunque esté más débil. Pasé tres días sin comer en el centro y al final me tuvieron que levantar del suelo porque no podía ni andar”*.

En la cara opuesta, lo que representa estar gorda. Rosa, la angoleña que ya ha aceptado que su cuerpo engorda como lo hace el de su madre porque tienen esa *“constitución”*, no puede evitar pensar que para un gordo *“buscar trabajo les cuesta más, vas por ahí y la gente te va criticando”*. Gabriela¹⁹⁶, que ha tenido oscilaciones de peso de más de 30 kilos en varios momentos de su vida ha experimentado las recompensas y los castigos de los que son objeto ambos cuerpos, delgado y gordo, mediadas, claro está, por sus propias percepciones y estados de ánimo. La última vez le ocurrió cuando ya estaba trabajando en España:

“Yo no tengo mucho contacto con clientes pero sí que bajo y subo a cada rato y con los clientes de todos los días mira vas hablando con uno o con otro, y es que cambia la manera de verte, de hablarte, y mi jefe y mis compañeros lo mismo, de ser una mujer guapa a ser una gorda que... A ver, son muchos kilos... A ver yo pienso que es uno también, te reprimes mucho al estar así, te aíslas mucho también, y al sentirte bien y sentirte guapa, un poquito más atractiva sin olvidar que una tiene la edad que tiene,

¹⁹⁴ Karima, Marruecos, 19.

¹⁹⁵ Claudia, Colombia, 18.

¹⁹⁶ Uruguay, 43.

pero bueno atractiva para los ojos de la gente de tu edad, tú también te brindas y te abres más, actúas de otra manera, te vistes de otra manera, yo veo mucha gente gorda que usa vaqueros apretados pero yo no, yo me emponcho, me oculto muchísimo y claro, yo creo que a veces uno piensa que es la gente y es uno mismo que se abre más, pero si que hay otro trato sí, porque claro el gordo siempre eres un gordo que te comes todo, a una persona que se cuida parece que... [...] A mí la gente gorda no me gusta, así como no me gusto yo no me gusta la gente gorda, yo creo que la gente que no se cuida, que no se quiere a sí misma, no me merece el mismo respeto que otra persona que sí, a ver yo no digo que esté bien lo que yo pienso pero es que no lo puedo... Así como hay gente que es racista y saben que está mal pero que a la persona negra, es una cuestión de piel y tiene un rechazo, que yo eso no lo tengo para nada, tuve una pareja de color, me pasa con los gordos”.

No es la única, y no son las únicas. Marcelo¹⁹⁷ también odia al gordo, aunque ahora lo tiene que controlar dice, porque uno de sus hijos también lo es. Se siente ya cansado ante su impotencia para terminar muchos de los proyectos que se ha propuesto en la vida, se deprime por no poder controlar uno de los más importantes: su peso, *“Mal, me siento muy gordo, muy pesado, voy caminando y me veo reflejado en un escaparate y digo que asco”*. La carne, la grasa, es rechazada, protagonista de las peores pesadillas, el peso despierta *“Tristeza, amargura de todo lo que me ha pasado, culpabilidad, porque de alegría nada”*¹⁹⁸, *“tenía muchísimo miedo a engordar, mi dinero del recreo lo guardaba para hacerme pesar”*¹⁹⁹, *“Rabia, desesperación, ganas de caminar, de correr, y ahora por ejemplo, anoche tenía ganas de salir y correr y correr y correr, y que pudiera gritar un rato”*²⁰⁰.

Sí, quieren ser delgadas, sentir que controlan su cuerpo, que son aceptadas, que el éxito sentimental, sexual, matrimonial, profesional o social no les es vetado por el número de kilos que pesan. Algunas quieren parecerse a sus ídolos, pero sobre todo no parecerse a quienes les han maltratado y arruinado sus infancias y adolescencias. Claudia²⁰¹ tiene miedo a engordar, está delgada pero teme romper la cama cuando se tumba en ella, y sí, le gustaría ser actriz, pero sus temores principales cuando se visualiza gorda son otros. Cuando le pregunto

¹⁹⁷ Argentina, 54.

¹⁹⁸ Carolina, Ecuador, 16.

¹⁹⁹ Julieth, Ecuador, 16.

²⁰⁰ Claudia, Colombia, 18.

²⁰¹ Colombia, 18.

que significa para ella estar gorda responde sin parpadear *“Parecerme a la familia de mi padre, fracaso total”*. Se refiere a la familia de su padrastro, de quien ha sufrido abusos sexuales; aquella familia con la que se vio obligada a convivir durante el tiempo que tardó en reunirse con su madre en España, en una casa donde nunca se sintió querida y sí humillada. Rechaza así la identificación con él y con ellos.

Marcia²⁰² entiende que su búsqueda de delgadez no ha tenido nada que ver con perseguir cierta imagen, *“yo me decía vas a desaparecer como sigas así, perdía muchos kilos [...] era una forma de llamar la atención, de pedir ayuda, yo hoy en día lo entiendo así que era como pedir ayuda porque cuando me veía así era una forma que los demás me decían come, cuídate, me prestaban más atención a mí, entonces eso era por una falta de afecto no, porque de tener tanto tanto a no tener nada”*. La muerte de su padre, la distancia afectiva con su madre, y el nuevo entorno tras la migración se combinaron para hacerla sentir sola, falta de un apoyo, un cariño que intentó reclamar con el grito silencioso de dejar de comer. El tiempo le ha permitido reflexionar *“creía que la solución era esa, era adelgazar y entonces la gente me vería mejor pero era al contrario, cuando estaba más gordita la gente me decía que mona y cuando estaba desnuda me decía uy!, dónde está mi culo, dónde están mis pechos”*.

La conquista del cuerpo delgado no es siempre el objetivo anhelado. Aunque en muchos casos esta delgadez es altamente valorada, en otros puede no satisfacer las expectativas, e incluso conducir a un autorechazo como le pasa a Marcia y les ocurre también a otras. Para Ángela²⁰³ su cuerpo delgado está lejos de llevarla al éxito en el terreno de las relaciones de pareja *“por la edad que tengo mis compañeras son más grandes, están más formadas, entonces ahora ya no es porque me sienta más sino porque me siento menos físicamente, siempre es como 'ay que flaquita que eres', 'que pequeñita', 'que poquita cosa' entonces eso no me gusta nada y además en cuanto a relaciones personales a mí me gustan los chicos mayores que yo y claro parezco menos, entonces no me beneficia en nada”*. Paula²⁰⁴ por su parte recuerda

²⁰² Brasil, 19.

²⁰³ Colombia, 17.

²⁰⁴ Perú, 16.

“Cuando tuve el problema fui mirando páginas de Internet, fotos de chicas que estaban totalmente ya asquerosas y yo no quería ser como ellas, digo no, voy a cambiar totalmente y empecé a comer normal [...] Ya me veía demasiado, o sea ya, en ese momento, me veía en realidad como estaba, se me veían todos los huesos, y yo luego decía, perdona la expresión, pero qué hijos de puta los tíos con los que he estado, cabrón, para estar con una tía que está así y no darse cuenta del problema que tiene, yo digo que es lo que quieren, ¿un saco de huesos?”.

Al menos ellas comenzaron la carrera por la pérdida de peso después de sentirse gordas, tras haber engordado algunos kilos y haber sido objeto de comentarios por ello. Pero hay casos en los que ni siquiera se dan ninguna de esas situaciones. Se trata de mujeres que no han sido gordas, ni se han sentido como tal, ni han sido objeto de comentarios por tener unos kilos de más sino que lo empezaron a ser por todo lo contrario, por tener de menos tras dejar de comer. Tara²⁰⁵ había incorporado las representaciones sociales dominantes sobre los (mal)estares alimentarios para comprobar tras su propia experiencia cuan errados eran *“yo decía mira esta se quiere adelgazar porque está gorda, pero luego cuando lo he vivido pues no, yo nunca me he sentido gorda y sé que no he estado gorda nunca”*. Sin embargo decidió dejar de comer unos días tras una Navidad porque se hartó de tanta comida y sintió su barriga hinchada. Helena²⁰⁶ ni siquiera ha menstruado aún y es de constitución delgada como su madre, quien siempre le ha repetido que para crecer sano tenía que ganar peso, por eso Helena cuando consigue engordar se alegra. Dejó de comer por la tristeza de tener a su familia separada por la migración. La madre de Jessica²⁰⁷ se preocupa cuando siente que su hija está adelgazando y asocia este hecho con una mala salud. Jessica estaba descuidando las comidas encerrada en unos estudios en los que se jugaba el viaje más importante de su vida, en Colombia ese verano celebraba su fiesta de quinceañera y conocería por fin a su padre. Nicoleta²⁰⁸

²⁰⁵ Perú, 15

²⁰⁶ Ecuador, 12.

²⁰⁷ Colombia, 16.

²⁰⁸ Rumanía, 16.

IV. Etnografía

deja de comer porque se deprime y pierde el apetito. La discriminación que sufre en el colegio, la muerte inesperada de los abuelos con los que se había criado durante la emigración de sus padres... prefiere fumar y seguir tumbada en la cama, demasiado costoso el esfuerzo de levantarse para ir a echarse algo a la boca. Siempre ha sido delgada y además se muestra insatisfecha con su delgadez después de un tiempo sin comer *“de aquí para abajo, porque no tengo culo y las piernas no me gustan. No encuentro vaqueros ni faldas que me queden bien. Mi amiga sí que tiene piernas y trasero y le quedan fenomenal las faldas”*.

Todos estos casos apoyan las tesis de LEE *et al.* (1993; 2001a) derivadas de sus hallazgos en pacientes asiáticos y por las que concluían que el “miedo a engordar” no es la *raison d’être* para todas las prácticas alimentarias y corporales dirigidas a bajar de peso ya que muchos de los pacientes que trataron relacionaban su pérdida de peso con la pérdida de apetito, sensación de barriga hinchada, pensamientos de no querer vivir o estado de ánimo deprimido. Es decir, idiomas de enfermedad que encajan mejor que el miedo a engordar en su mundo local de significados. Como él mismo adelantaba, los casos en los que no existe lipofobia difieren de los que expresan miedo a engordar en que los primeros han sido personas con una delgadez premórbida y no han mostrado un comportamiento bulímico, esto es, no han utilizado estrategias de compensación.

En cualquier caso, las historias con ausencia de lipofobia en nuestro estudio han sido diagnosticados como TCA y, a pesar de que estas chicas puedan tener síntomas asociados a otros *trastornos psiquiátricos* –por ejemplo ánimo depresivo o ansiedad-, lo que nos sigue interesando es tratar de comprender por qué utilizan ciertas prácticas alimentarias y corporales para expresarse, para afrontar situaciones que viven como estresantes, difíciles e injustas.

Comida, Mujeres y Migración

En todas las culturas, la comida es un elemento central en el establecimiento de relaciones entre los sexos, en la definición de los géneros y de su sexualidad y, a menudo, las ideas sobre las prácticas alimentarias y el cuerpo reflejan relaciones de poder y subordinación entre hombres y mujeres. Las razones que explican que, por ejemplo, las prácticas de restricción sean más habituales entre mujeres tienen que ver con dos cuestiones principales, por un lado por las responsabilidades asumidas por las mujeres respecto a la alimentación -siendo productoras, proveedoras, nodrizas, servidoras y socializadoras-, y por otro, por su posición diferencial respecto a los hombres en la sociedad (COUNIHAN Y KAPLAN, 1998; GRACIA, 2003). Sus renuncias a comer, como vimos en el segundo capítulo de este trabajo, no son modernas. Al menos en las sociedades occidentales, desde hace ocho siglos algunas mujeres han usado la comida simbólicamente como una forma de control y de poder. Cuando ha escaseado la comida en el grupo doméstico han sido las primeras en hacer restricciones a favor de hombres, niños y ancianos. La relación entre mujeres y comida es una muy estrecha (GRACIA, 2002; GRACIA, 1996).

Comiendo y sintiendo

Muchas comienzan a hacer dieta o a atracarse para aliviar la convivencia con emociones difíciles como la rabia, el enfado, la soledad, la ansiedad o el miedo, derivadas de las experiencias que han vivido. Pueden comenzar con el atracón para después utilizar la restricción como compensación o bien la decisión de restringir puede llevarles a momentos en que una falta de control sobre la abstinencia desemboque en un atracón. Ambas, en la gran mayoría de casos, forman parte de un *continuum* que hace cuanto menos cuestionable su consideración como problemas separados como pretende hacer una biomedicina que establece diferentes etiquetas diagnósticas en función de las prácticas al utilizadas.

IV. Etnografía

El ayuno ha sido una respuesta cultural a determinadas situaciones en determinados contextos. A lo largo de la historia y en diferentes culturas, se han dado situaciones que han favorecido el que ciertas personas hayan dejado de comer más o menos voluntariamente. En realidad, es difícil creer en la "voluntariedad" de este acto, al menos en un sentido arbitrario, ya que siempre suele haber un motivo para ello, ya sea la religión, el dinero, la denuncia, la heroicidad, la solidaridad o el deseo de aceptación social. Cada uno de estos motivos para la restricción ha sido valorado positivamente por sus respectivos contextos sociales (GRACIA, 2003, 2002).

Hacer dieta o ayunar significa para muchas ganar control sobre una vida en otros aspectos ingobernable: no poder evitar que su padre deje de maltratar física y psicológicamente a su madre, o a ella misma a través de abusos sexuales, o que se quiere desentender de ellas; ante una separación de sus familias que han decidido ir a probar un mejor destino en otro lugar del mundo; ante un golpe militar que somete a torturas a sus familiares, que les obliga a huir de su país; ante la pérdida de un ser querido; ante unas condiciones laborales precarias; ante el rechazo del chico que les gusta. Ante tales situaciones no pueden evitar sentirse solas, diferentes, inferiores en un contexto de inmigración en el que se enfrentan a la discriminación por su color de piel, su acento, su cultura, por disponer de menos recursos económicos, por su situación legal. Pero sí pueden, por ejemplo, dejar de comer, por estar perdiendo las ganas de seguir adelante, o bien para adelgazar y, al menos, conseguir un cuerpo cuyo peso sea socialmente valorado.

El anhelo es el de crear un mundo controlable, en el que se cuente con referencias sobre cómo actuar y dónde establecer límites, y cuya consecución traiga una sensación gratificante de control, de poder, una recompensa para muchas cuando aplicado al ámbito de las prácticas alimentarias y corporales: el adelgazamiento. Y todo eso intensificado porque además -y como hemos mencionado ya en varias ocasiones-, se trata de una estrategia no sólo socialmente aceptada sino altamente valorada. Cursos de cocina, visitas a

dietistas, información en revistas, en Internet, los medios están a disposición para crear el plan propio.

“Es bueno porque me puse una pauta y tenía un límite en la comida, porque mis padres no me lo habían puesto ni de chiquita ni de mediana, me lo puse yo misma y eso como que me sirvió en algún punto, más controlada, pero un control porque yo quiero hacerlo, no porque nadie me dice” (Cecilia, Argentina, 29)

“Yo me creo mi propia disciplina alimentaria, lo que hago es, bueno mi terapeuta ella también me da, yo le dije organízame, aunque sea un pan por la mañana y uno por la noche, pero necesito un horario, entonces ella cogió un papel y me apuntó todo eso y qué hice, pues decir estos son los horarios, tengo cinco comidas, pastillas para el estómago y comer despacio, masticar bien, y es lo que he hecho”(Marcia, Brasil, 19)

Sin embargo, la práctica más común para encontrar un rápido alivio hacia los malestares es el atracón. Si la restricción, la dieta, proporciona placer por el manejo del control sobre los propios deseos, una práctica que es además socialmente valorada lo que ayuda a esconder el dolor, el atracón por su parte, como el alcohol, es particular por su carácter inmediato en su efecto de sedar, de calmar la ansiedad, de inducir al sueño. Los atracones sirven para *“Ahogar mis penas, mis frustraciones en la comida, o sea yo cuando me viene un problema enseguida nevera”*²⁰⁹, *“Tapar mi malestar”*²¹⁰, *“De pronto a veces me entran ataques como de ansiedad y me pongo a buscar todo el dulce que pueda”*²¹¹.

La comida, en estos casos, proporciona un sentimiento inmediato e intenso de placer, actúa como un freno, un pequeño descanso en la convivencia con esas emociones incómodas, esos estados de depresión, de ansiedad, de rabia, de desesperación *“Ha significado demasiado, siempre ha sido una forma de buscar placer, y es que como no tienes la vida que te gustaría, y porque tienes un trabajo con unos horarios horribles y yo que sé, y te limita socialmente un montón y te disculpas a la hora de decir bueno joder si lo único que puedo hacer es comer. No puedo ir a bailar, no puedo hacer esto, ni aquello, no me puedo ir de vacaciones, es fin de semana y no me puedo ir*

²⁰⁹ Gisela, Brasil, 47.

²¹⁰ Ester, Ecuador, 15.

²¹¹ Claudia, Colombia, 18.

IV. Etnografía

de puente, porque la hostelería es lo que tiene. Entonces mira, qué es lo que voy a hacer que me dé felicidad y placer, pues comer!"²¹².

Sin embargo, el periodo de placer que proporciona el acto es demasiado corto y pronto se acompaña de sentimientos de culpabilidad por el control perdido, por la sensación de estar llena y por todo lo que esa comida pueda engordar. La comida pasa rápidamente de ser un placer a convertirse en el peor de los castigos. Hay que borrar lo antes posible su paso por el cuerpo, hay que recuperar el control. La forma más inminente de deshacerse de ella es el vómito. El método es muy sugerente, sin embargo, y a pesar de los intentos, algunas no consiguen incorporarlo como práctica. Gabriela y Soledad intentan vomitar después de escucharlo en boca de alguien cercano cuando aún viven en sus países de origen, Julieth también pero ya estaba en España. *"Yo lo hice pero dije yo no me saco la comida como un perro"²¹³, eso a pesar de percibirse como una estrategia efectiva *"Yo siempre digo ojalá y pudiera vomitar, no de forma bulímica pero sí para hacerlo de vez en cuando por decir dios mío qué me metí adentro, sacar esta barbaridad de dentro que me va a matar, pero no soy capaz"²¹⁴. Pero casi todas las que lo hacen por primera vez continúan, unas lo han oído en la radio, lo han visto en una serie de televisión²¹⁵, lo han escuchado en el metro, en la escuela, para otras surgió de forma improvisada, un efecto de las náuseas provocadas por un largo viaje de autobús o cuando la ansiedad ante determinada situación se hacía difícilmente tolerable. Nostalgia de otro país, falta de identificación con los suyos, sentimientos de soledad, de no pertenencia, de discriminación *"ya empecé a desequilibrarme, no sé, pero automáticamente llegué a un cierto límite que me ponía hasta nerviosa y con ataques de ansiedad, empecé a vomitar"²¹⁶, o podía ocurrir frente a la separación conflictiva de unos padres que la dejan a una en una posición complicada *"Muy sola, muy abandonada, nadie me daba importancia, nadie me daba****

²¹² Gabriela, Uruguay, 43.

²¹³ Julieth, Ecuador, 16.

²¹⁴ Gabriela, Uruguay, 43.

²¹⁵ Concretamente es mencionada la serie española "Un paso adelante" dirigida por ECIJA Y POZUELO, (2002).

²¹⁶ Karima, Marruecos, 19.

pelota, y ahí ese día, de tanta angustia que tenía, de tanta bronca que tenía comí y...es como que me ahogué, me ahogué [...] me sentía como muy llena y con mucha mierda dentro entonces me fui al vómito, vomité y hay fue como ah, que bueno, que placer”²¹⁷ o tras un abuso sexual “me entran ataques como de ansiedad y me pongo a buscar todo el dulce que pueda y luego vomitarlo”²¹⁸. Ni siquiera es necesario que previamente se haya comido mucho, puede incluso haber sido muy poco, pero la reacción está muy ligada a esas experiencias vitales “yo no soy de pegarme el atracón, nunca, nunca en mi vida, ni de comer a escondidas, todo lo contrario, yo soy de no comer y lo que comía lo vomitaba, el trastorno mío alimentario tiene que ver con lo emocional”²¹⁹.

Para otras un estado de ánimo deprimido tiene la consecuencia de disminuir el apetito. Entonces ya no hay una búsqueda de control, ni de pérdida de peso, no hay placer, la tristeza es la que gobierna. Marcia acababa de perder a su padre “yo con la muerte de mi padre me deja de apetecer azúcar”²²⁰, Nicoleta a sus dos abuelos “Yo fumaba y no comía casi nada, por las mañanas, antes de comer prefería fumar y no comer [...] yo comía cuando tenía hambre de verdad pero cuando tenía solo un poquito me daba pereza levantarme de la cama”²²¹.

¿Por qué la comida?

El poder anestésico y placentero de darse atracones, de restringir la comida o de vomitar tiene todo su sentido, pero ¿por qué las mujeres sea cual sea su etnicidad, raza, clase social, composición familiar, edad o religión eligen precisamente la comida y no otras estrategias o sustancias tales como el alcohol u otras drogas para obtener estos efectos?

²¹⁷ Vicky, Argentina, 27.

²¹⁸ Claudia, Colombia, 18.

²¹⁹ Vicky, Argentina, 27.

²²⁰ Brasil, 19.

²²¹ Rumanía, 16.

IV. Etnografía

Una de las razones es la facilidad de acceso a la comida. Esto explica el que muchas comenzaran desde muy jóvenes, siendo apenas unas niñas, cuando aún no disponían de dinero ni movilidad ni conocimiento para conseguir otras sustancias. Tener entre los primeros recuerdos de infancia los maltratos físicos, los abusos sexuales, el alcoholismo, la separación inesperada e incomprensible de los seres más queridos... Los sentimientos de soledad, de diferencia, de impotencia comienzan a formar parte de la vida de algunas de ellas, como Gisela²²², cuando cuentan con menos de diez años de edad *“yo a los ocho ya recuerdo, comencé desde muy temprano a buscar consuelo en la comida porque era lo que estaba más cerca, lo más fácil, lo inmediato, cuando yo tenía un problema buscaba consuelo en la comida”*. La comida funciona entonces como un narcótico, proporciona de forma instantánea un momento de placer, y para conseguirlo solo tenían que acercarse a la cocina, o mejor aún, al almacén que quedaba dentro de la parcela de la casa de campo, y, a escondidas, comer. La disponibilidad y accesibilidad de la comida la convirtió en su mejor droga.

Además de la accesibilidad, las mujeres utilizan la comida en lugar de otras sustancias por las características de sus efectos y ello tiene que ver en un aspecto amplio con la socialización de género, como es el hecho de que las mujeres después de darse un atracón –restrinja o vomite– sean aún capaces de atender sus responsabilidades: cuidado de los hijos y del hogar, conducir, comprar, cocinar y estudiar o trabajar fuera de casa. *“El alcohol es el caso de la adicción que más se nota el efecto, entonces la gente no puede trabajar, se ve en los ojos, pero tú a un comedor compulsivo después de un atracón... Yo una vez que fui a trabajar mal y ¡nadie se entera!”* cuenta Gisela²²³. Ella, después de salir del trabajo también puede hacerse cargo de su hijo pequeño, recogerlo de la escuela, hacer con él los deberes, ducharlo, hacer la cena, y eso después de una noche en la que se puede llegar a levantar hasta cinco veces a la nevera, y de un día de constante picoteo en una cultura alimentaria que lo favorece *“soy adicta a las comidas de bares y aquí hay una (gran) cultura del tapeo en España”*. Mientras toda esa comida reconoce

²²² Brasil, 47.

²²³ Brasil, 47.

que afecta a su productividad, estar borracha o de resaca hubiera sido mucho peor, incluso llegando a incapacitarla para tales tareas. Marcelo, el único caso masculino, es representativo de las diferencias en cuanto a la socialización de géneros. Comienza a afrontar el malestar que le producía vivir bajo las presiones de sus padres y de un régimen político que acabó abocándolo al exilio con el alcohol. A los 17 años comenzó a beber en los bares, pero las limitaciones y dificultades que el alcohol imponía en su vida le llevan a dejarlo años después mediante un duro proceso en Alcohólicos Anónimos. Entonces pasa a utilizar la comida como sustituto.

Los efectos del alcohol u otras sustancias hacen que se las consideren más peligrosas –también son más caras-. Muchas saben lo que es crecer con un padre alcohólico. Mientras que Marcelo siguió los pasos de su padre y utilizó la bebida, ninguna de las seis mujeres que convivieron con padres alcohólicos -y algunas también con maridos- han tenido problemas de adicción al alcohol. Eso no quita que algunas, como Marcia o Claudia, lo utilicen como hacen también con el tabaco, el hachís, la marihuana y diferentes fármacos para conseguir un efecto anestésico como el que encuentran en su relación con la comida, ya que entienden ésta también como una relación adictiva *“Los comportamientos adictivos son bastante parecidos, da igual cual sea la droga. El otro día se sorprendió una compañera de que yo fuera comedora compulsiva, porque yo no digo a toda la gente, yo digo bah, que no tienes ninguna adicción, y empecé a tirar y ella después me confesó que no podía dormir sin pastillas desde hace años y va al mercado negro y yo digo anda, y ella toda así muy puestecita y va buscando pastillas y ansiolíticos porque también es muy ansiosa, como loca va cambiando de médicos y tal porque no puede vivir sin pastillas, pero ella no veía, yo le decía tú eres una adicta también, ¿una adicta?, pero es que la gente no, es curioso vas poniendo excusas pero si esto es igual que el que va a medianoche a buscar chocolate o cocaína o una botella, es igual, cambia solo la sustancia con que te colocas”*²²⁴.

Cuando basada en términos de adicción, la comida presenta ventajas como las que hemos mencionado, fácil accesibilidad, bajo precio, efectos menos

²²⁴ Gisela, Brasil, 47.

IV. Etnografía

devastadores y visibles que otras los de sustancias, inmediatez de sus efectos ansiolíticos y de proporcionar placer, pero a la vez cuenta con grandes inconvenientes. En primer lugar, la dependencia incondicional que tenemos de ella, “*es que no puedes pasar de la comida, de la cerveza o del cigarro puedes pasar pero de la comida*” no es posible prescindir. Otra de las desventajas de esta práctica es que su invisibilidad contribuye a mantenerla por largos periodos de tiempo en su función de enmascarar dolor. Lo que podría interpretarse en parte como una cualidad se vuelve en su contra ya que son pocas las personas del entorno capaces de detectar estos problemas y se limita la capacidad de intervención sobre los mismos. Resta mencionar las consecuencias en la salud física que comparten, en su mayoría, todas las prácticas de comer mucho, poco o nada y de vomitar por los efectos de la malnutrición como, entre otros, retraso en el crecimiento, osteopenia, osteoporosis, afectaciones de órganos como el hígado o el corazón por estar bajo alto riesgo de arritmias, o manifestaciones cutáneas cuando existe la práctica regular del vómito (STRUMIA, 2005; MITCHEL Y CROW, 2006; NICOLE, 2008).

Tanto el comer mucho como el no comer o vomitar son prácticas que se llevan a cabo en solitario. Los actos de comer, mucho, poco o nada, más allá de su aspecto nutricional, están imbuidos de significados sociales. Mediante estos actos conseguimos comunicar, constituyen mensajes destinados a otras personas. Recordemos aquí el axioma de WATZLAWICK (1993), “*es imposible no comunicar*”, no existe el no comportamiento, la no comunicación, por eso, mediante nuestros comportamientos alimentarios seguimos comunicando. Compartimos comidas con otros en ocasiones especiales como fiestas y celebraciones, todas revestidas de un valor ritual. Cerramos tratos de negocios, expresamos afecto y amor al compartir una comida con nuestras familias, parejas, colegas o amigos. De igual forma cuando las relaciones sociales no son buenas o están deterioradas, compartir alimento puede llegar a resultar desagradable. Todas estas comidas tienen menos que ver con la necesidad que nuestro organismo tiene de nutrientes que con las prácticas, tradiciones y representaciones simbólicas que articulan las relaciones sociales (GILBERT, 1986).

Los significados pueden ser múltiples y siempre descifrables por la relación dialéctica entre el contexto y las subjetividades de quienes llevan a cabo el acto, que muestran mediante la comida su capacidad de actuar. La utilización de la comida como medio de expresión, como un lenguaje corporal, sustituye en los (mal)estares alimentarios al sonido de unas palabras impronunciables. El sujeto responde, comunica, argumenta, reclama, denuncia mediante su decisión de comer mucho, poco o nada. La restricción puede brindarles placer, por la sensación de control recompensada por los cambios en su cuerpo, por los apoyos de quienes les rodean ensalzando su poder de voluntad y de disciplina. Pero también puede no hacerlo. Como también hemos visto hay casos en que pueden dejar de comer casi sin proponérselo, como un síntoma de abandono, como una lucha perdida contra la tristeza, como una renuncia inconsciente –o consciente- a la vida.

Los significados de las prácticas alimentarias que aquí tratamos pueden ser tan diversos como protestas, abandonos o resistencias frente a situaciones de desigualdad o injusticia social. Las que sufrieron abusos sexuales perdieron la confianza en sus cuidadores. Sus casas, sus dormitorios, sus guarderías, se volvieron lugares no seguros. Las que han vivido con un padre violento y una madre víctima de malos tratos se han dado cuenta de la limitada capacidad de ésta para poder protegerlas y apoyarlas, también dejaron de sentirse seguras en casa. Lo mismo las que se sintieron abandonadas por sus madres, padres o ambos, dejadas atrás por un proyecto que no tomaba en cuenta su opinión, viviendo durante años añorando a los suyos en casas de otros familiares, en algunos casos, casi desconocidos hasta entonces. O las que el divorcio de sus padres las obligó a olvidar lo que significaba tener un hogar. O las que aún se preguntan, con miedo, por qué sus padres las abandonaron al nacer y por qué nadie, nunca, les ha dado una respuesta. Las mismas que se han visto forzadas a romper con una vida para comenzar otra nueva echando de menos a amigos, familiares, comunidades, rituales, olores, comidas, paisajes, a una tierra que las vio crecer. Las que en el proceso de adaptación a su nueva vida en España han

IV. Etnografía

sentido soledades profundas, desconexiones y opresiones por ser objeto de discriminación.

Siguiendo a CRIVILLÉS (2009) cuando habla de la anorexia, extendemos a cualquier padecer alimentario su idea de que estas prácticas alimentarias y corporales encierran una gran paradoja al concernir simultáneamente asuntos tanto de naturaleza opresiva como liberadora. Actúan como una capa protectora que cubre las amenazas reales, aquellas que proceden del mundo exterior, ese mundo que no pueden controlar.

PARTE II. ITINERARIOS ASISTENCIALES: INSTITUCIONES, TERAPIAS ALTERNATIVAS Y ASOCIACIONES.

SID: *What would you do if everything was so fucked up you didn't know what to do?*

CASSIE: *I'd stop eating 'til I'm taken to the hospital*

SKINS²²⁵ (2007)

La diversidad de historias de las mujeres y el hombre inmigrantes de este estudio lleva a una comprensión expansiva sobre la curación. Sus diferentes edades y estadios en la evolución de los (mal)estares alimentarios nos dibujan un mapa variado respecto a los procesos de búsqueda de ayuda para resolver o, cuando menos, intentar calmar los malestares. Mientras algunas dicen haber comenzado a curarse otras se encuentran aún lejos en el proceso. De ser consideradas, sus visiones y experiencias podrían ser, sin duda, útiles en la prevención y tratamientos futuros.

Siguiendo una estructura lineal basada en los *procesos asistenciales*²²⁶ vamos a explorar los caminos que recorren las personas inmigrantes que, en un determinado momento, son reconocidas como asistibles. Los procesos de salud/enfermedad/atención (MENÉNDEZ, 1996) se conocen a través de tales itinerarios terapéuticos contruidos a partir de un complejo de recursos de tipo

²²⁵ Serie británica ganadora de dos premios *British Academy of Film and Television Arts* (BAFTA). Sid (chico) y Cassie (chica) son dos de los adolescentes protagonistas de la primera temporada de la serie.

²²⁶ Este proceso ha sido descrito en la literatura mediante diferentes conceptos como “carrera moral” (*moral career*, GOFFMAN, 1951), “proceso del padecimiento” (*sickness process*, MECHANIC, 1962), conducta en pos de la salud (*help seeking behaviour*, CHRISMAN, 1979), “itinerario terapéutico” (*itineraire thérapeutique*, IGUN, 1979) o “proceso asistencial” (COMELLES *et al.*, 1982). Para un estado de la cuestión ver HARO (2000).

IV. Etnografía

asistencial, intelectual, emocional, social y cultural de los microgrupos implicados en la enfermedad (GRACIA Y COMELLES, 2005). En este capítulo trataremos de explorar este complejo de recursos para los casos de afectadas que provienen de otros países, prestando especial atención a cómo la condición de inmigrante y las representaciones sociales sobre la enfermedad y sus enfermas influyen en tales procesos asistenciales.

Nichos ecológicos de los trastornos alimentarios. TCA en sociedades de origen y destino

“Las formas que toma en el mundo occidental no son las formas que puede tomar en el mundo latinoamericano. Yo creo que cuando se encuentran en el mundo occidental donde existe esta enfermedad es como si encontraran el nicho donde se encuentra esta relación”

HP1-PSPC²²⁷

Estudios sociológicos sobre la experiencia de los TCA han coincidido en dividirla en dos etapas. La primera sería aquella que hemos tratado en la primera parte de nuestra etnografía y que se refiere al comienzo de las prácticas alimentarias de comer mucho, poco o nada junto, o no, con prácticas de compensación o prácticas corporales que pueden modificar el cuerpo; la segunda comenzaría cuando se dan cambios físicos y psicológicos y se entra en contacto con los profesionales médicos. DARMON (2003) las llamó respectivamente etapa de *reclutamiento* y *carrera*. La carrera, que nosotros hemos llamado proceso asistencial, tiene una forma de secuencia temporal en la que se intentan reconstruir las fases por las que puede pasar una persona que es diagnosticada de un TCA. Este modelo secuencial utilizado por DARMON y

²²⁷ HP1-PSPC: Psicólogo.

otros como MORENO (2006), fue definido con anterioridad por GOFFMAN (1961) y BECKER (1985) entre otros.

En la mayoría de los países de procedencia de las inmigrantes el fenómeno de los TCA tal y como lo conocemos en Occidente, con su masiva difusión mediática y su creciente demanda de asistencia sanitaria, apenas emerge. La mayoría de países de Latinoamérica cuentan con pocos datos epidemiológicos sobre TCA más allá de unos cuantos estudios de caso elaborados por los escasos servicios especializados en el tratamiento clínico de estos (mal)estares. En estos contextos, podríamos decir, no se da aún lo que HACKING (2001) llama el *nicho ecológico de una enfermedad mental transitoria*²²⁸ que influye sobre el proceso asistencial al crear una etiqueta diagnóstica para ciertos comportamientos alimentarios que llevan a reconocerlos como enfermedad (mental) así como unos dispositivos dirigidos a su tratamiento.

Los diferentes niveles de asentamiento de este *nicho ecológico* en las distintas sociedades junto con la edad, van a constituir dos de las variables determinantes en el desarrollo de la experiencia de TCA y, dentro de ella, de los procesos asistenciales de los sujetos investigados (Cuadro 7).

²²⁸ El modelo de Hacking se desarrolló en un capítulo anterior de este trabajo (Ver pp. 136).

Cuadro 7. Etapas de *reclutamiento y carrera* –o proceso asistencial- de TCA entre las inmigrantes.

Etapa de reclutamiento y carrera TCA en sociedad de origen	Etapa de reclutamiento en sociedad de origen y carrera de TCA en sociedad de destino	Etapa de reclutamiento y carrera de TCA en sociedad de destino
Vicky Isabel* Cecilia	Ángela Claudia Helena Marcelo Gabriela Soledad Gisela	Ester Nicoleta Karima Carolina Julieth Jessica Marcia Paula Nieves Tara Rosa

* Isabel representa un caso particular al tratarse de su segunda migración. En este caso como sociedad de origen nos referimos a Argentina, su lugar de residencia desde que tenía 2 años.

Karima llevaba viviendo en España varios años con su madre cuando llegó por primera vez a un centro especializado en TCA, pero su contacto con Marruecos, donde va de visita cada año le hace pensar que allí *“sí habrá niñas, pero estarán en sus casas, sus padres no saben porque la gente no tiene idea de qué es la bulimia y qué es la anorexia”*. Cree que las prácticas están presentes pero que aún no han sido conceptualizadas como enfermedad y no son vividas como tales. Quizá esté comenzando a configurarse como tal entre las clases más altas, *“hay médicos*

privados, hay gente que tiene dinero pero la gente que es así de clase media pues no. El médico no te orienta en ese aspecto. Y ahora las chicas están mucho por la dietecita”.

En Perú ocurre algo parecido. Soledad²²⁹ llevaba años restringiendo comida y volcada en la práctica de ejercicio físico diario para perder peso cuando sintió la necesidad de pedir ayuda médica. No sabía donde acudir, *“buscaba ayuda pero decía dónde, en la seguridad social no estaba asegurada, un privado me iba a costar mucho, pero dónde”*. La dificultad en el acceso tiene que ver con los recursos económicos pero también con la ausencia de una etiqueta de enfermedad *“en Perú no hay muchos problemas de anorexia y de bulimia, no es como aquí que es más conocido, allá la gente tiene otros problemas y no te puedes dar el lujo de estar deprimida de nada, allá eso de que te venga la baja por depresión no, te echan!”*. Una vez en España la búsqueda de ayuda fue uno de sus primeros objetivos. La encontró a través de una ONG que cuenta con un servicio especializado en salud mental para inmigrantes. Es entonces cuando escuchó por primera vez la palabra anorexia.

Para otras mujeres de edad más avanzada, la época en la que transcurrieron sus infancias y adolescencias, los setenta, influyó en su desconocimiento de unas etiquetas diagnósticas aún poco populares especialmente en Uruguay y Brasil. Cuando era adolescente, la madre de Gabriela la había llevado a varios médicos para que adelgazara. No oyó hablar de bulimia hasta estar cerca de su treintena, lo hizo a través de la radio y de forma inmediata se sintió identificada. Decidió buscar una ayuda que comenzó encontrando en asociaciones de afectados. A Gisela, de su misma generación y residiendo más al norte, su madre la llevó al psicólogo cuando tenía diecisiete años. Su motivación era la misma que en el caso de Gabriela, quería una hija delgada. El psicólogo le dijo que su problema consistía, simplemente, en ser golosa. Tras visitar varios médicos en Brasil sin que ninguno hiciera un diagnóstico de TCA, fue paradójicamente en una asociación de ayuda mutua a la que acude en España cuando encontró por primera vez un nombre para su aflicción. Fue el de comedora compulsiva, y la

²²⁹ Perú, 39.

identificación con esta etiqueta la viene ayudando desde entonces a gestionar su (mal)estar. En la actualidad estas etiquetas son cada vez más conocidas en estos dos países de América del Sur cuyos datos epidemiológicos sobre TCA confirman un aumento de las personas diagnosticadas durante los últimos años.

Buenos Aires, ciudad de un cosmopolitismo exacerbado, es particular por la rápida difusión de estas etiquetas entre la población desde los años 90 y por ser, después de Japón, el país con mayor incidencia de casos de anorexia y bulimia según la Red Interhospitalaria de Trastornos de la Alimentación (MARTINA, 2006). Cuando se desarrolla el *nicho ecológico*, los itinerarios terapéuticos comienzan de forma más temprana y directa. Cecilia y Vicky, ambas bonaerenses, se identificaron en las etiquetas y sintieron desde jóvenes la necesidad de buscar ayuda médica. Cuando Cecilia tenía 14 años pidió a sus padres que la llevaran a un psicólogo y desde entonces, ha alternado diferentes profesionales de la salud mental y nutricionistas. Vicky hizo lo mismo y comenzó a tratarse con un equipo especializado en TCA con el que estuvo durante años antes de llegar a España en 2002, donde reconoce que *“los médicos son un desastre, la medicina en España un desastre porque los médicos no saben de lo que estás hablando, qué es la bulimia, qué es la anorexia, qué son los trastornos de la alimentación”*.

España elaboró en 1999 el primer protocolo de actuación para TCA dirigido a médicos de atención primaria fruto de su creciente incidencia (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 1999). Aunque posteriormente se han elaborado otros protocolos en diversas comunidades²³⁰, los médicos de familia desconocen a menudo los debates sobre la etiología y evolución de estos (mal)estares, lo que hace depender de los recursos intelectuales de la paciente su llegada a los servicios especializados *“voy al médico de cabecera para que me deriven o para que me digan qué puedo hacer y el médico me dice que yo no tengo ningún problema, que*

²³⁰ Y por parte de diferentes sectores sanitarios. Por ejemplo en Cataluña, en 2005 el COL·LEGI OFICIAL DE METGES de Barcelona editó un Quadern per la Bona Praxi en TCA (TORO *et al.*, 2005) y en 2009 la *Associació d'infermeria familiar y comunitària de Catalunya* (AIFICC) ha editado la Guía Clínica de Atención Primaria para los trastornos de la conducta alimentaria (MARTÍN, GARCÍA Y AIVAR, 2009).

era el tema de alimentación y que me tenía que alimentar bien y nada más, alimentar bien, que no sabía de lo que le hablaba, le hablaba de la anorexia y la bulimia y no tenía ni idea, y empecé a averiguar y me dieron una derivación a un psiquiatra”²³¹. Estimamos, no obstante, que se trata de un hecho cada vez menos frecuente ya que los médicos de atención primaria están cada vez más informados sobre anorexia y bulimia con la difusión de protocolos.

Las inmigrantes cuya adolescencia transcurre en España llegan a los servicios médicos por diferentes vías, pero casi todas tienen en común haber sido llevadas por sus madres cuando detectan bajadas de peso, desmayos y/o un estado de ánimo triste. A excepción de la madre de Tara que es psicóloga y el adelgazamiento le hace contactar directamente con un equipo especializado en TCA, las demás madres desconocen estas etiquetas aunque interpretan el adelgazamiento como un signo de enfermedad y, sin saber cuales pueden ser las causas, acuden a los médicos de primaria. Todas acaban llegando a servicios especializados en TCA si bien la mayoría previo paso por pediatras, endocrinos, ginecólogos o incluso psiquiatras y psicólogos. El proceso, no obstante, no es fácil. Ángela fue derivada a una psicóloga con quien se visitó durante tres meses hasta que dejó de ir porque *“hablaba mucho y me desahogaba pero ella no me decía nada y yo también quería tener respuesta, yo necesitaba que me dijera algo pero es que no me decía nada, me decía 'Uy! chica que difícil' 'Uy! Tú lo has pasado muy mal' y yo me quedaba pensando, ya, eso lo sé, pero dígame algo por favor y entonces nada, no volví”*. Son el bajo peso o la menarquia lo que las conduce hacia unidades especializadas en TCA. Esto nos hace pensar que el número de casos es seguramente mucho mayor cuando, por ejemplo, no se llega a pesos tan bajos y predominan otras prácticas como el atracón, los vómitos o el ejercicio físico excesivo. Son entonces mucho menos visibles y no llegan tan frecuentemente a los servicios médicos, incluso pueden no llegar nunca. En Europa sólo un 36.3% de las personas con algún TCA han buscado alguna vez ayuda médica (PRETI *et al.*, 2009).

²³¹ Vicky, Argentina, 27.

IV. Etnografía

En países donde se ha desarrollado el *nicho ecológico*, como España o Argentina, el conocimiento de la etiqueta de enfermedad marca de forma distintiva un itinerario que las llevará, de forma directa, hacia la atención sanitaria especializada. Las madres de Helena, Julieth y Isabel nunca habían escuchado la palabra *anorexia* hasta que lo hicieron en su entorno cercano. Isabel, nacida en Bolivia, vivía aún en Argentina y llevaba varios ingresos a sus espaldas en hospitales. Su madre la veía vomitar y desmayarse sin saber qué le podía estar ocurriendo. Durante los ingresos le hicieron todo tipo de pruebas, pensaron que podía tener tuberculosis como su hermano pequeño, nunca encontraron una causa y siempre volvía a casa tras el alta dejando de comer de nuevo. Un día su madre, comprando unos medicamentos para su hermano, le contó a la farmacéutica el problema de su hija cuando ésta sugirió que podía estar padeciendo anorexia. La madre de Helena por su parte, se alarmó por la delgadez de su hija una vez en España al escuchar, en una reunión familiar, a algunos hablar de la anorexia. Lo discutían como un nuevo fenómeno. A la madre de Julieth le ocurrió exactamente igual. Conocer la etiqueta de anorexia les sirvió para contactar inmediatamente con servicios especializados en su tratamiento.

En tales países las interpretaciones sociales y culturales de estas prácticas corporales y alimentarias como enfermedad lleva a ejercer un mayor control social sobre las mismas. Por su mayor incidencia en edades adolescentes los programas de prevención en TCA se articulan con el sector educativo²³². Sin embargo, esta vía de llegada ha sido minoritaria entre las inmigrantes y sólo una ha llegado a servicios especializados a partir de ser detectada en la escuela. Los profesores observaron que Rosa estaba perdiendo peso y lo comunicaron a sus padres. Rosa negaba conocer la causa de su adelgazamiento por lo que visitaron al endocrino. Fue durante un ingreso por intento de suicidio cuando el

²³² En Cataluña existe un convenio con el Departament d'Ensenyament encaminado a la educación en hábitos de vida saludables donde se incluyen aspectos de nutrición. En Madrid se ha elaborado una Guía de recursos para el tratamiento de los TCA dirigida a profesores y orientadores que ayude a la detección precoz y la derivación a servicios sanitarios.

personal médico detectó los vómitos y la derivaron a una unidad especializada en TCA.

En otros casos pueden ser personas del entorno cercano quienes descubran unas prácticas que se intentan llevar en secreto. Claudia estaba vomitando cuando su mejor amiga la descubrió obligándola a ir a un médico bajo la premisa de que sólo de esa forma no se lo diría a sus padres.

Acceso de inmigrantes a los servicios especializados en TCA

La creación de dispositivos especializados en el tratamiento de los TCA debe ubicarse en un contexto de globalización donde el mercado médico está embarcado en la producción constante de nuevos productos adaptados a sectores discretos del mercado que no comprenden únicamente la provisión de moléculas y tecnologías diagnósticas y terapéuticas, sino también el área de provisión de servicios. La medicalización de ciertas prácticas alimentarias ha llevado a la creación de nuevas enfermedades y al desarrollo de instituciones específicas como parte de un fenómeno contemporáneo de especialización ligado a un tipo de institución centrado en la terapéutica y con un fuerte componente “moral” (GRACIA Y COMELLES, 2007). Un modelo ajustable según el peso que el sistema público de salud y su capacidad de responder a la permanente creación de enfermedades tiene en los diferentes escenarios.

En España la creación de servicios especializados en TCA es relativamente reciente, se encuentran desigualmente repartidos en el territorio y su tipología es muy variada. Tras algunos debates iniciales sobre la adecuación del establecimiento de unidades específicas en la red pública que argumentaban en su contra una relación coste-beneficio elevada (PEDREIRA, 2001), la emergencia de servicios especializados privados y la expansión de los públicos en los últimos años han demostrado lo erróneo de tal predicción, y el éxito del mercado de nuevas enfermedades. Un mercado focalizado sobre la base de las

IV. Etnografía

disfunciones derivadas de las condiciones sociales de las clases medias autóctonas a las que ahora se añaden nuevos clientes: los inmigrantes.

El acceso de inmigrantes a los servicios especializados de TCA en España se da de forma desigual según las CCAA. Hemos podido comprobar las diferencias en la accesibilidad entre Cataluña y la ciudad de Madrid. En Cataluña, una de las comunidades con mayor concentración de población inmigrante, y donde paradójicamente existe la mayor red del Estado de recursos públicos y privados especializados en TCA, apenas cuentan con clientes extranjeros. Tras contactar con centros privados y diferentes recursos de la red pública -desde atención primaria hasta hospitalaria incluyendo servicios específicos de atención a la salud mental de población inmigrante-, encontramos un total de once casos en un periodo de dieciocho meses (2005-2007) de los cuales dos rechazaron participar en el estudio. Los profesionales afirmaron que la presencia de inmigrantes en sus servicios hasta entonces había sido anecdótica. Una situación que contrasta con Madrid donde un solo hospital, que cuenta con una unidad especializada, ha estado recibiendo pacientes inmigrantes desde el año 2000 en números progresivamente crecientes²³³. Si bien no se trata de contextos comparables atendiendo a la variable dispersión de la oferta en un territorio de más de 30000 km² frente a una megaciudad como Madrid -aunque también hay que decir que al hospital madrileño llegan casos de las CC.AA. colindantes²³⁴-, podemos resaltar algunos datos que nos ayuden a comprender tal diferencia. Parte de este hecho puede explicarse a partir de las diferentes composiciones de la población inmigrada en cada una de las localizaciones. La presencia de población latinoamericana en Madrid ha sido marcadamente mayor que la de Cataluña. En el año 2005 cuando comencé el trabajo de campo, mientras Madrid contaba con un 4.6% de población iberoamericana, Cataluña lo hacía en un 2.8%. La relación inversa se daba en cuanto a población magrebí. Sólo de Marruecos, en el mismo año y sólo en la ciudad de Barcelona, residían

²³³ Los datos de pacientes inmigrantes de este hospital se han expuesto en un capítulo precedente (Ver pp. 113-14).

²³⁴ Algunas de las informantes residen en Castilla-La Mancha y Castilla León.

legalmente 99.196 inmigrantes, casi el doble que en Madrid donde lo hacían 59.157 (MINISTERIO DEL INTERIOR, 2005; INE, 2005). Sin embargo, necesitamos apoyarnos además en otros factores para llegar a una explicación más completa sobre esta variabilidad en la utilización de servicios sanitarios.

El acceso a los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante presenta restricciones por la influencia de unos obstáculos que han sido extensamente estudiados en las investigaciones en migraciones y salud nacionales e internacionales (BERNAL Y COMELLES, 2007; MEÑACA, 2007; BRIGIDI, 2009; MORENO, 2010). En el caso español, las desigualdades de acceso y la saturación asistencial están relacionadas con determinadas condiciones estructurales de los procesos asistenciales de nuestro sistema de salud que se han mostrado inadecuadas para la demanda existente (FERNÁNDEZ-RUFETE Y BECERRA, 2005). Para el caso que nos ocupa, una de las razones que pueden explicar la diferencia entre ambos territorios son los niveles alcanzados en la superación de los obstáculos que dificultan la accesibilidad y que están relacionados con los diferentes planes de salud de estas dos comunidades autónomas²³⁵. Otra razón, que concierne de forma específica al ámbito de los TCA, no tiene tanto que ver con el acceso sino con lo que ocurre una vez dentro del sistema sanitario. Pensamos que la actual baja tasa respecto a la población autóctona de pacientes inmigrantes tratadas por un TCA, como también las diferencias existentes entre territorios están estrechamente relacionadas con aspectos culturales del sector médico como son las representaciones sociales sobre la enfermedad -sobre todo anorexia y bulimia- que dificultan la detección de estas prácticas alimentarias y corporales o bien llevan a un diagnóstico erróneo y a su inadecuada derivación. En su investigación etnográfica en una clínica psiquiátrica para niños y adolescentes en EE.UU. GREMILLION (2003) destaca que las representaciones sociales sobre la anorexia están fundadas en distinciones étnicas y de clase y, por lo tanto, dividen a la población usuaria. Las pacientes procedentes de clases

²³⁵ En un proceso que se inició con la promulgación de la Ley de Sanidad de 1986 y que concluyó en el 2002, España hoy cuenta con un Sistema de Salud descentralizado en el que cada una de las Comunidades Autónomas tiene competencia plena en cuanto a la gestión y organización sanitaria, lo que supone, entre otros, la aplicación de planes de salud diferentes.

IV. Etnografía

trabajadoras o de etnias no caucásicas son más diagnosticadas de *borderline*, por ejemplo, que de un trastorno alimentario.

Estas representaciones sociales operan a nivel global en la sociedad en general y en el sector médico en particular. Al fin y al cabo, los criterios utilizados por el entorno, por los profanos, para “diagnosticar”, provienen de una categorización realizada por un modelo médico hegemónico que se retroalimenta de la cultura y saber popular. Siguiendo la tesis gramsciana de cómo lo hegemónico se populariza decía Dolores JULIANO (1986) que lo que a veces consideramos cultura popular en general, no es sino la interpretación que hace la población de elementos provenientes de la cultura dominante que sería, en este caso, la académica médica. Según PERDIGUERO (1993), las definiciones académicas se construyen y se asumen entre la población de forma aculturada y adaptada a sus necesidades explicativas. La representación social de la paciente de TCA convierte en candidata a las mujeres jóvenes caucásicas, de clase media y sociedades occidentales, y aleja a las demás –a veces también a *los demás*- de tal categorización tal como comenta una psiquiatra²³⁶ “*también es que los médicos de primaria tienen más dificultades con la población de inmigrantes, por ejemplo, para detectar algunos de los síntomas no piensan en ello, como que se piensa que esta población no es susceptible de este tipo de trastornos. Les sorprende a los médicos de primaria cuando les digo que vamos a mandar una niña con anorexia y es peruana*”. Pero no sólo los médicos de primaria, algunos psiquiatras especializados en el tratamiento de TCA entienden la presencia de pacientes inmigrantes únicamente por su pertenencia a determinada clase social, como una de ellas comenta refiriéndose a sus pacientes inmigrantes “*a veces en la forma de vestir ya lo ves porque a veces en los trastornos alimentarios normalmente son familias económicamente de clase media alta, la manera de vestir, los estudios, los trabajos, los cargos de responsabilidad que tienen los padres, la mayoría de ellos estudios universitarios, trabajos de responsabilidad*”²³⁷.

²³⁶ HP1-PSP: Psiquiatra.

²³⁷ HP2-PSP: Psiquiatra.

El Diagnóstico y sus efectos

“Yo pensaba que eran como locas, como locas, taradas así, de esas que no comen y son gilipollas”²³⁸. La mayoría de las adolescentes inmigrantes conocieron la anorexia por la tele, internet o revistas una vez llegaron a España. Fueron incorporando la imagen de la anoréxica como aquella mujer joven extremadamente delgada, que no come apenas nada, muy preocupada por su físico y, en general, poco inteligente. De la bulimia, no habían oído hablar. Cuando fueron diagnosticadas a algunas la etiqueta les cayó como un jarro de agua fría, no comprendían por qué, si al fin y al cabo ellas sólo estaban haciendo una dieta pero seguían comiendo, o no estaban *tan* delgadas, o nunca se habían sentido gordas, o no estaban especialmente preocupadas por su cuerpo o, como en el caso de Gabriela que fue diagnosticada por primera vez cuando rondaba los 40 años, ni siquiera eran lo suficientemente jóvenes *“siempre sentí que eso era cosas de jovencitos, siempre lo canalizaban a los adolescentes y yo pensaba ¿yo qué pinto ahí?”²³⁹*. Se trata de concepciones sobre la enfermedad que las lleva en un principio a rechazar el diagnóstico.

Otra de las razones de esa resistencia es el carácter “mental” de la enfermedad. Cuando se sienten incapaces de controlar impulsos como los atracones, a pesar de reconocer que éstos son una estrategia de huida o de búsqueda, de placer o de castigo, ante determinadas experiencias vividas, algunas comienzan a reflexionar sobre *“el problema está, es mental y está en la cabeza”²⁴⁰*. Para otras la inclusión médica de sus prácticas corporales y alimentarias bajo el ámbito de las patologías mentales va a suponer una desagradable sorpresa que las lleva a sentir miedo, vergüenza y responsabilidad individual. *“Vergüenza, vergüenza porque con todo lo que había leído... Era un problema que ya casi tendía a lo psiquiátrico y yo me decía hasta este límite he llegado, que vergüenza, porque yo no sé,*

²³⁸ Carolina, Ecuador, 17.

²³⁹ Gabriela, Uruguay, 43.

²⁴⁰ Gabriela, Uruguay, 43.

es algo que yo lo veo mal visto, para mí”²⁴¹ dice Soledad. El estigma de la enfermedad mental atraviesa cohortes de edad. Si Soledad con 39 años sentía vergüenza, Ángela con 17 va sentir algo parecido “Ud. donde tiene que ir es a un psiquiatra porque Ud. tiene anorexia nerviosa. Y me lo dijo así de golpe y yo me puse a llorar. Yo pensaba algo raro debo tener porque aquí algo no va bien conmigo pero no me atrevía a pensar que fuera algo tan así, porque yo pensaba que era normal”²⁴². ¿Y no es acaso normal hacer dieta tras encontrar que una ha engordado unos kilos y recibe a menudo comentarios sobre su peso? ¿No es normal perder el apetito cuando determinadas experiencias vitales la hacen a una sentirse sola, triste, confundida, abandonada? ¿O en esa misma situación darse atracones como una fuente de placer inmediato?

Las patologías mentales crean diferencias y estigmatizan al portador y a su familia. Según la clasificación de GOFFMAN (1963) existen tres tipos de estigma de los cuales la enferma de un trastorno de alimentación puede enfrentarse a uno, dos, o –en los casos de inmigrantes- hasta tres. Por un lado experimenta el *estigma por carácter*, aquel que incluye a la enfermedad mental. Se trata de aquel derivado de sus rasgos personales por lo que es rechazada por la sociedad en cuanto su comportamiento es percibido como contrario a las normas culturales establecidas. Estos estigmas son evidentes en la literatura de TCA que afirman un carácter infantil en su manera de pensar, en su falta de independencia, comportamientos obsesivo-compulsivos, ánimo depresivo, prácticas de comer a escondidas, de hacer ejercicio excesivo, etc. (WAY, 1995). Las familias también son estigmatizadas cuando se las define como enfermas y se las califica, por ejemplo, como sobreprotectoras, rígidas o incapaces de resolver conflictos²⁴³. Por otro lado, y sólo en los casos de peso extremo o donde se den otros síntomas físicos visibles²⁴⁴, también se enfrentará al *estigma físico*, el más

²⁴¹ Perú, 39.

²⁴² Colombia, 17.

²⁴³ Las hipótesis etiológicas que envuelven a la familia se expusieron en un capítulo precedente (Ver pp. 118).

²⁴⁴ Por ejemplo, en los casos de bajo peso y asociado con la malnutrición puede darse la caída de cabello, un cambio en el color de la piel, crecimiento de vello corporal, etc.

difundido en los medios de comunicación. Además, en los casos que aquí tratamos, por ser inmigrantes, añadimos el *estigma tribal* que consiste en generalizaciones que se hacen sobre las personas en base a su origen étnico, raza o religión. A los estigmas de experimentar una deformación/alteración física y de estar loca se añade el de ser inmigrante dando lugar a un estigma triple, que convierte a la experiencia de estos trastornos mentales en inmigrantes en un fenómeno singular.

Pero no todo lo “único” acaba aquí. La concepción estigmatizante de los TCA como enfermedades mentales, es decir, su estigma por carácter, cuenta con sus propias peculiaridades (WAY, 1995). CHERNIN afirmaba en 1981 que la chica anoréxica se había convertido en la heroína cultural de la época mientras BRUCH (1988:4) señalaba que la anorexia había adquirido una reputación de moda. Contrariamente a la obesidad, la representación social del TCA, ese deseo de estar delgada y el esfuerzo reflejado en el comer poco o nada y la realización de otras prácticas corporales, eran -y siguen siendo- aspectos socialmente valorados como también lo eran -y son- todas aquellas “enfermas” famosas que hacían pública su experiencia y que permitían una identificación con la fama y el éxito social, profesional y sexual. Por todo esto, los trastornos alimentarios representan un caso particular dentro de ámbito de las patologías mentales en cuanto su carácter estigmatizante ha convivido -siendo en múltiples ocasiones ensombrecido- con aquel *glamouroso*: *“toda enfermedad mental conlleva una estigmatización y ellas no tienen estigma de estar enfermas mentales afortunadamente, pero sí tienen el estigma de que esto no es una enfermedad y, a ver, esto juega totalmente en su contra porque cualquier persona que tenga una enfermedad y venga al hospital tiene al menos el rol y el estatus de estar enfermo, de que tiene un problema de salud pero es que ellas no, ellas tienen manías, la manía de estas niñas que quieren estar delgadas como las modelos”*²⁴⁵.

En los países de procedencia de las inmigrantes donde el nicho de la enfermedad está aún construyéndose, estas etiquetas se conocen menos y se consideran enfermedades epidemiológicamente emergentes. Sin embargo, su

²⁴⁵ HP3-PSE: Enfermera

IV. Etnografía

popularización se encuentra en aumento. El contexto de globalización en el que los medios exportan incesantemente el *modelo normativo dietético y corporal* (GRACIA, 2009) también conlleva la difusión de una “*cultura de la anorexia*” que otorga a estas prácticas un significado de identidad, de estatus. La anorexia ha sido extensamente “publicitada, *glamourizada* y romantizada” (GORDON, 1990), y BRUCH (1988) ya señalaba como no era extraño que algunas chicas comenzaran a probar prácticas de restricción o de no comer después de haber visto una película. En nuestra etnografía hemos visto como algunas han seguido esta evolución, aplicando prácticas de dieta o de compensación tras verlo en la tele o escucharlo en la radio, en algún caso cuando aún vivían en sus países de origen. Ahora no son sólo anoréxicas Calixta Flockhart o Ashlee Simpsom sino también “una cantante de bachatas allí en Ecuador que también es muy flaca y me he enterado que tiene anorexia”²⁴⁶. Esta dimensión en la difusión de información contribuye a la expansión y homogeneización mundial de lo que son consideradas por la medicina hegemónica como prácticas corporales y alimentarias saludables. Paralelamente, la exportación de la Psiquiatría biomédica conduce a una identificación y etiquetamiento como enfermedades de todas aquellas prácticas que se salgan de la norma dietética y saludable establecida.

Pero no todas ofrecen resistencia al diagnóstico o comparten esos mismos sentimientos de reacción. Para alguna la *carrera* en TCA dentro el circuito asistencial se convierte en medio de vida, donde expresan mediante el cuerpo y la comida desacuerdos, protestas, sumisiones y buscan respuestas a sus llamadas de atención, de protección, de cuidados. Marcia, que ha pasado por más de diez ingresos, no se reconoce en ninguna de las etiquetas que ha recibido a lo largo de su vida. Tras la muerte de su padre “Yo te voy a decir la gran verdad, la gran verdad es que mi vida desde los 12 hasta los 15 fue una historia que me creé yo misma, una historia que yo pensé que debería creer, porque yo simplemente quería morir, no me importaba un carajo esta vida, no me importaba un carajo nada ni nadie, entonces yo cogía todo de mi padre, de los comportamientos que él tenía cuando

²⁴⁶ Ecuador, 15.

estaba enfermo y lo hacía, ¡si a mí me diagnosticaron un trastorno bipolar! Porque imitaba, pero imitaba consciente de ello”.

Por último, hay inmigrantes que nunca han sido diagnosticadas de TCA. Son algunas de las más mayores, cuya búsqueda de ayuda se ha concentrado en consultas de psicólogos privados -combinados en ocasiones con nutricionistas- que no han sabido reconocer los síntomas, no supieron como preguntar sobre las dimensiones psicológicas de sus dolencias o han trabajado desde una perspectiva psicodinámica sin la imposición de un diagnóstico. Estos pacientes no se reconocen bajo ninguna etiqueta de trastorno alimentario, y la explicación subjetiva que le dan a sus (mal)estares se distingue de los anteriores casos en una no focalización del problema en la comida ni en el cuerpo sino en experiencias traumáticas vividas. Sin embargo en la evitación del diagnóstico no todo son ventajas, ya que una vez las prácticas alimentarias se convierten en problemáticas una no cuenta con un término que pueda ayudarle a buscar ayuda. Gisela, por ejemplo, va a encontrarlo mediante su participación en una asociación de autoayuda, un tema que retomaremos más adelante, definiéndose a sí misma, a sus 47 años, por primera vez, como comedora compulsiva.

Sintomatología y cultura

La diversidad sintomatológica de los trastornos mentales entre diferentes culturas ha sido uno de los campos clásicos de análisis por parte de la etnopsiquiatría o psiquiatría y psicología transculturales²⁴⁷. En España, los profesionales que han trabajado TCA con pacientes inmigrantes se han encontrado con algunas de estas características diferenciales. Por ejemplo, entre

²⁴⁷ Entre la bibliografía básica destacan entre otros DEVEREUX G (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, París; KLEINMAN, A. (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, University of California Press; LITTLEWOOD R, SIMONE D, (ed.) (2000), *Cultural psychiatry and medical anthropology: an introduction and reader*. Athlon Press, Londres; BHUGRA, D. Y BHUI K. (eds.), *Textbook of Cultural Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge. En la literatura nacional es imprescindible GONZÁLEZ, E. Y COMELLES, J.M. (comp.), *Psiquiatría transcultural*, Asociación Española de Neuropsiquiatría..

población árabe, a pesar del bajo número de casos que llegan a los servicios, una psiquiatra cuenta según su experiencia con pacientes de tal procedencia “no cumplen digamos lo que se entiende por la relevancia en el peso o la distorsión de la imagen corporal, es decir, toda esa parte de sintomatología mental, pero figura toda la parte física y conductual. Digamos que es una forma más psicosomática”²⁴⁸. Como tratamos en capítulos anteriores de esta investigación²⁴⁹, la literatura describe esta misma relación diferencial en cuanto a la patogenia -forma del síntoma- también en los casos de población asiática, si bien ningún paciente asiático ha pasado por los servicios consultados. No obstante, esta diferenciación entre culturas somatizadoras y psicologizadoras representa una visión reduccionista que funciona como obstáculo para comprender las diferencias culturales. Según GAILLY (2010) la distinción entre ambas esconde una discriminación clasista, así la clase de mayor nivel cultural y socioeconómico tendería a psicologizar mientras la somatización sería la manifestación de las culturas más tradicionales, de las clases bajas y del campesinado occidental.

En cuanto a población latina, mayoritaria entre las inmigrantes llegadas a las consultas médicas, los profesionales entrevistados la consideran culturalmente más cercana pero no por ello exenta de diferencias. No encuentran, en general, diferencias en lo que concierne a sintomatología y diagnóstico cuando continúan poniendo el acento en los criterios de peso e imagen corporal, pero sí se plantean cual es el origen causal diferencial con las autóctonas. Los modelos explicativos de estos profesionales sobre las causas de la enfermedad en inmigrantes resaltan aspectos relativos tanto a ideales corporales como a relaciones vinculares.

La basta diversidad étnica de Latinoamérica ha sido apuntada anteriormente en este trabajo. Dejando a un lado la población criolla o de ascendencia europea, sobre la población indígena y/o mestiza los profesionales consideran que la distancia entre el propio cuerpo y los ideales estéticos Euro-Americanos constituyen una amenaza a la hora de padecer trastornos de alimentación, “eran

²⁴⁸ HP1-PSP: Psiquiatra

²⁴⁹ Ver pp. 141.

diferentes en el cuerpo y en la percepción del cuerpo, quiero decir que la distancia que había entre lo que tenían y lo que deseaban era mucho más larga. Ellas tenían el referente estético occidental con un cuerpo... pero ellas eran pequeñas, más cuadradas"²⁵⁰. Desde sus países de origen los profesionales comparten esta hipótesis destacando la influencia de unas relaciones de poder desiguales que proyectan en el inmigrante un sentimiento de inferioridad cultural y corporal, *"hablamos el mismo idioma pero España es diferentísimo, ustedes ya funcionan sin una necesidad tan grande de reconocimiento que se busca mucho en las sociedades latinoamericanas. Cuando llegan allá y ven que ustedes hablan español se ponen horribles porque ellas quieren estar como ustedes de guapas, ustedes tienen mucho más la atención de caminar, que eso aquí como cultura no está, y eso también les ha permitido a ustedes tener mejores cuerpos y ser mucho más activas naturalmente*"²⁵¹.

Por otra parte, aspectos relativos al vínculo, específicamente a los retos a los que éste se expone a través de una historia migratoria constituye, según los profesionales, otra de las diferencias causales *"esas dificultades que ha habido en la crianza y en esas figuras de apego*"²⁵². Una razón que no es ni mucho menos específica de una situación migratoria y que, alejada de la centralidad en el peso y la imagen corporal, contribuye a derribar las fronteras geográficas establecidas por el mapa epidemiológico de estos (mal)estares. *"Yo pienso que puede haber anorexias, si nos fijamos en el vínculo, en cualquier parte del mundo*"²⁵³.

La cuestión de la interculturalidad en los servicios de TCA

El desarrollo de una asistencia sanitaria sensible a la diversidad cultural se está todavía construyendo en nuestro país. Aunque desde el contexto del Estado de Bienestar europeo hemos sido reacios a adoptar el concepto norteamericano de

²⁵⁰ HP4-PSP: Psiquiatra.

²⁵¹ CC2-PSP: Psiquiatra.

²⁵² HP1-PSP: Psiquiatra.

²⁵³ HP1-PS: Psicólogo.

IV. Etnografía

*competencia cultural*²⁵⁴, coincidimos en la necesidad de aplicar ciertas herramientas que nos ayuden a adaptar las funciones de los servicios sanitarios a un nuevo grupo de clientes inmigrantes. Como allí, en España se han implantado servicios de mediación intercultural o de traducción lingüística aunque su presencia es limitada y cuentan con escasa disponibilidad en las unidades especializadas de TCA e, incluso cuando están, su uso es limitado ya que existen demasiados obstáculos para conciliar horarios de los mediadores o traductores con las visitas de pacientes. La falta de recursos acaba afectando un proceso terapéutico en el que el profesional se encuentra claramente constreñido. Así una psiquiatra que trataba una marroquí anoréxica jamás pudo entender por qué, a pesar de haberle recomendado no hacer ejercicio, ésta, acompañada por su madre, venía a cada visita andando desde casa -lo que la llevaba unas dos horas y la sentaba en la consulta empapada en sudor-. Una vez *“en la consulta la niña traducía, había diálogo entre ellos que tú no te enterabas, tenías la sensación de que algo se cocía que tú no te enterabas...”*²⁵⁵.

Con las latinas no se necesita un servicio de traducción lingüística, pero uno de los profesionales confesaba la dificultad de establecer una alianza terapéutica con las pacientes por factores que identificó como culturales. *“Son chicas más cerradas, que es más difícil llegar a ellas creo que porque ellas piensan que no las entiendes, que no eres capaz, quizás también influenciadas por el factor de la migración, porque no son capaces de decir lo mal que lo están pasando u ocultan toda la problemática que pueden tener en la familia, porque ocultan todo lo que en algún momento la propia sociedad donde viven las está, no fastidiando, pero sí de algún modo haciéndolas trabajar más, por lo tanto llegar a ellas es mucho más complicado porque no tienen tanta claridad a la hora de expresar lo que realmente está pasando. Ellas sienten que tú eres un terapeuta del país y por lo tanto no sabes... De chicas ecuatorianas que hemos podido tener que no nos hemos*

²⁵⁴ El concepto de *competencia cultural* nace en Norteamérica con el objetivo de garantizar que todo usuario del sistema de salud reciba un tratamiento efectivo e igualitario de una manera cultural y lingüísticamente apropiada. Para ello se propone, entre otros, que los servicios dispongan de profesionales representantes de las características demográficas de los clientes así como de intérpretes y materiales traducidos, la formación a los profesionales en diversidad cultural y la inclusión en la historia clínica de datos relativos a la raza y etnicidad.

²⁵⁵ HP2-PSP: Psiquiatra.

enterado que su padre era alcohólico o que las pegaba yo creo que era más un código cultural de no decirlo, de educación propia del país de origen que la propia enfermedad. Quizás luego cuando comparan con lo que ven o lo que se dice hay un sentimiento de vergüenza que ya no es cultural pero al principio yo creo que es cultural un poco"²⁵⁶.

La formación de los profesionales sanitarios en diversidad cultural ha sido otra de las estrategias dirigidas a mejorar la atención. Sin embargo, el concepto de cultura que en estas actividades se maneja adquiere una identidad monolítica y reificada y acaba reduciendo la información cultural acerca de los inmigrantes a meros exotismos y estereotipos. Ofrecer en los servicios un menú de profesionales que compartan la misma cultura que su cliente –es el caso de otros países de Europa como Reino Unido- o utilizar en las historias clínicas concepciones categoriales de cultura como “*afroamerican*” o “*spanish*” no hace más que favorecer los *ghettos* y el pensamiento racista (COMELLES Y BERNAL, 2007). El concepto de cultura objetivado niega diferencias en términos de clase, de estratificación social y de estilos de vida y ofrece una perspectiva reduccionista según la cual los grupos étnicos son portadores pasivos de culturas diferentes. Sin embargo las culturas no se corresponden necesariamente con el grupo étnico (BARTH, 1969).

Ha sido esta utilización de “cultura” el principal aspecto en valerse la antipatía del mencionado concepto –y proyecto- de *competencia cultural* entre amplios sectores médicos y entre las ciencias sociosanitarias y sociales, ya que entendemos que si bien es necesario un apoyo lingüístico y una cierta formación en una diversidad cultural específica, la profesionalidad parte de disponer de conocimientos, habilidades sociales y de un aprendizaje de una sensibilidad especial que lleve a interesarse por la atención de *toda* la diversidad cultural y social, es decir, de la de *todos* los ciudadanos. Porque lo cultural está en todo usuario del sistema sanitario sea o no inmigrante (ALLUÉ, 2003) y lo que se tiene que entender es la función universal de la cultura.

²⁵⁶ HP1-PS: Psicólogo.

IV. Etnografía

En la práctica clínica este enfoque quedaría reflejado en lo que DEVEREUX (1970) trabajó y denominó *psicoterapia metacultural* y que definía como un modo de psicoterapia que se fundamenta “no en el contenido de una cultura particular sino en una aprehensión correcta de la naturaleza de la Cultura en tanto que Cultura” (1970:124), es decir, basado en el conocimiento de la cultura *en sí* y de las categorías culturales universales. Los diferentes tipos de intervención clínica cultural, inspirados en el etnopsiquiatra, han sido recogidos por MORO (1998) en el siguiente cuadro.

Cuadro 8. Tipos de Intervención Clínica Cultural



Fuente: MORO, M.R. (1998).

La incorporación de esta atención cultural en los servicios sanitarios de TCA, que no debe ser exclusiva para clientes inmigrantes, es necesaria para hacer un correcto diagnóstico y establecer una sólida alianza terapéutica de la que derivarán el cumplimiento y la continuidad del tratamiento. Y es precisamente

IV. Etnografía

en la creación de esta alianza donde los profesionales españoles se encuentran con mayores obstáculos.

*“Con los pacientes autóctonos lo tenemos más fácil porque nos aliamos con la familia, esa alianza con la familia con los inmigrantes no se da con tanta facilidad, porque nosotros no sabemos cómo hacerla o porque ellos no tienen condiciones para hacer alianzas con nosotros o por las dos cosas a la vez”*²⁵⁷. Si en relación a la sintomatología los profesionales no han encontrado apenas diferencias al comparar con las pacientes autóctonas, donde sí lo han hecho ha sido en aspectos referentes al tratamiento. Todos coinciden en destacar los desafíos que el ámbito familiar de la paciente inmigrante plantea en el desarrollo de un tratamiento que, independientemente de la orientación psicológica, hace de la implicación familiar una parte fundamental del proceso terapéutico.

Pero, ¿por qué falla la alianza? Por una parte tiene que ver con las concepciones que tienen los padres de una enfermedad que no entienden como tal, esto es, por la falta de conciencia de la enfermedad por parte de la familia. La experiencia de los profesionales en el trabajo con pacientes inmigrantes se ha formado mayoritariamente sobre la base de la atención a casos de mujeres latinas: *“pensamos que por hablar castellano iba a ser más fácil y no era nada fácil porque las creencias sobre alimentación, sobre dietas, sobre peso, sobre control de la dieta, sobre el control y el seguimiento del paciente por parte de los padres era muy anárquico porque tenían ideas diferentes sobre el modelo de dieta, sobre el seguimiento de los hijos y el control, y bueno realmente costaba un poco, y eso que eran chicas mayores de 18 años, pero a pesar de todo yo recuerdo que había un cierto problema porque no entendían bien lo que les explicábamos, no entendían el síndrome de TCA, hablarles de presión mediática, de enfermedad cultural, hablarles de todo esto sonaba como muy raro, y sus hijas es que tenían manías tontas y no había que hacerles caso, eso de no comer es una tontería sobre todo ahora que podemos”*²⁵⁸. En los pocos casos de pacientes árabes que han tratado la *“colaboración por parte de los padres era mucho más complicada, es como si no aceptasen lo que es la patología, lo veían como algo más*

²⁵⁷ HP1-PSP: Psiquiatra.

²⁵⁸ PSP: Psiquiatra.

mágico, poco médico, entonces cuando nosotros dábamos instrucciones las seguían muy poco, entre que había una dificultad en el idioma y la cultura era muy diferente era muy difícil de producir cambios, cualquier prescripción nuestra era muy compleja, esto en las dos chicas marroquíes. Muy poca conciencia de enfermedad”²⁵⁹.

Y es que las chicas se han familiarizado con las etiquetas diagnósticas que se aplican sobre sus prácticas alimentarias y corporales mediante los medios de comunicación, pero sus padres desconocen -en muchos casos por completo- etiquetas de enfermedad. Nunca oyeron hablar de ellas en sus países de origen y en la nueva sociedad muchos lo hacen por primera vez en boca de médicos o poco antes de visitarles en conversaciones que surgen en su entorno más cercano y que les llevan a alertarse sobre la causa del adelgazamiento de sus hijas. El desconocimiento y la incomprensión sobre la enfermedad mental, en su aspecto de enfermedad *invisible*, se va a poner de manifiesto cuando comienzan el itinerario asistencial de sus hijas. *“Ellos al principio les costó creérselo, ellos pensaban que no me pasaba nada, es que, claro, cuando les dijeron que esto era una enfermedad, igual que cuando yo vine la primera vez y me dijeron esto es una enfermedad, esto es una enfermedad, y yo me quedé, y mis padres también se quedaron así, cómo que una enfermedad si no había cambiado nada desde que habíamos entrado por la puerta hasta que me dijeron esto, yo no tenía fiebre ni nada de eso, pero claro una enfermedad así que era difícil de ver ante los ojos de los demás porque no mostraba mis sentimientos afuera y no es como cuando tienes fiebre que se ve físicamente”²⁶⁰. Los padres rechazan la categorización de enfermedad y entienden las prácticas de sus hijas como pataletas, berrinches propios de niñas, lo que las hace sentir incomprendidas y atrapadas entre dos discursos, el médico y el familiar, contrapuestos entre sí. *“Con mi padre me decía tú si lo que quieres es morirte pues te mueres yo no me voy a sentir culpable”²⁶¹, “mis padres no entendían nada, me decían que era tonta, me llamaban estúpida y pues me sentí un poco**

²⁵⁹ HP2-PSP: Psiquiatra.

²⁶⁰ Ecuador, 15.

²⁶¹ Perú, 16.

IV. Etnografía

*sola*²⁶², *“La tomó mal, me dice cómo te vas a enfermar con esa pavada, dice que es una tontería eso del no comer”*²⁶³.

De esta situación de falta de aceptación paternal de la enfermedad deriva tanto una demanda débil respecto a lo que los servicios asistenciales pueden ofrecer como un compromiso débil con los tratamientos que proveen, viéndose todo ello agravado por unas condiciones de vida –jornadas laborales, cargas domésticas, etc.–, no óptimas para ofrecer el nivel presencial que requieren algunos centros. El establecimiento de la alianza terapéutica de la que depende el cumplimiento del tratamiento debe de adaptarse según las variables socioculturales que encarna el paciente. En este sentido algunos centros intentan flexibilizar sus normas, *“te pongo un ejemplo, ayer una paciente que no puede tener medicación encima porque tiene conductas de riesgo la madre nos pide que si no podemos envolver la medicación y metérsela a la hija en la mochila para que la hija no la vea porque ella no puede venir a buscarla. Entonces aquí le decimos que no porque Ud. es la que no puede venir a buscar a su hija y si su hija no puede tomarse la medicación es su responsabilidad, nosotros no nos tenemos que esforzar. Pues por ejemplo esto respecto a los inmigrantes sí que somos más flexibles, las diferencias son que no nos piden tanto ni nos delegan tanto pero sí que entendemos que lo pueden necesitar”*²⁶⁴. En cambio, en otros aspectos del tratamiento, como por ejemplo en los comedores, las normas de algunos centros son rígidas. El servicio en el que se visitaba Isabel estaba fallando en establecer una alianza con una paciente que llevaba apenas unos meses en España y quien abandonó parte del tratamiento –sigue medicándose desde casa- a los pocos días de comenzar. Isabel venía derivada de otro servicio *“En el HP6 no era tanto así, te daban un tiempo para comer y si no lo comías no te decían nada, y en el HP1 en el hospital de día era como que me sentía muy..., estaban todo el tiempo ahí y si dejabas una miguita pues te lo hacían comer, si no comes todo a la hora te dan un batido”*.

²⁶² Colombia, 18.

²⁶³ Bolivia, 15.

²⁶⁴ CC1-PS: Psicólogo.

La falta de incorporación de la atención a la diversidad cultural en los servicios generales dio lugar ya en la década de los 90 a la creación de servicios públicos especializados en la atención a la salud mental de los inmigrantes y a la provisión de esta ayuda por parte de organizaciones no gubernamentales (COMELLES Y BERNAL, 2007). Según el informe *Buenas prácticas en salud mental y servicios sociales para inmigrantes, solicitantes de asilo y refugiados* (BERNAL, 2003) los usuarios muestran su preferencia por este tipo de atención. Esta ha sido también la opción de algunas de las inmigrantes emancipadas entrevistadas para las que ha prevalecido la calidad de la atención sobre el problema mental específico. Si bien el establecimiento de estos servicios específicos no es el camino a seguir²⁶⁵, pensamos que su papel es temporal y sirve de apoyo al proceso de integración de la nueva población en el sistema público general que se enfrenta al reto de ajustarse y adaptarse a los nuevos usuarios para poder suministrar una atención más adecuada.

Tratamientos en migración

Anteriores investigaciones (GRACIA Y COMELLES, 2007) han encontrado que en España, en las instituciones especializadas, muchos de los profesionales se sienten cómodos cuando los perfiles de sus pacientes coinciden con unos protocolos diagnósticos que, por otra parte, son elaborados a partir de criterios que apenas cuestionan. Manejándose en su trabajo con prejuicios de género, un profesional llegó a justificar la mayor incidencia de TCA entre mujeres “por su mayor dependencia del “otro” y por la necesidad de la mirada del “otro” para poder verse a sí mismas” (Ibíd, 2007:184).

En esta investigación, sin embargo, nos hemos encontrado con profesionales cuyos modelos explicativos sobre la etiología de la enfermedad comprenden aspectos históricos y sociales amplios sobre la posición subordinada de la mujer

²⁶⁵ Entre las críticas surgidas a estos servicios GAILLY (2010) señala el hecho de que el cliente puede percibir al “experto cultural” no solo como alguien quien en última instancia tiene que resolver su problema sino como aquel que de alguna manera pertenece a su comunidad cultural, lo que crea expectativas demasiado positivas e irreales.

en la estructura social. *“La mujer no deja de ser objeto aún, estamos como en los pañales, aún no hemos nacido a lo que es la verdadera igualdad, hay algún cambio en algunas mujeres, porque aquí no es la mujer, son algunas mujeres, porque yo creo que hay muchas diferencias entre unas y otras, y entonces algunas pues siguen teniendo el mismo papel que hace 400 años, ahora no toca hacerlo de la manera de hace 400 años pero toca la cirugía y el objetivo cual es, pues el ser la parte secundaria de la pareja humana, de alguna manera secundaria en el poder, porque al final se trata del poder”*²⁶⁶. Unos modelos que se comparten con los del otro lado del Atlántico donde, a pesar de las diferencias en lo que concierne a la variable temporal en los estadios de transformación social de los géneros, grandes semejanzas prevalecen *“no es una sociedad igualitaria, es decir, desde el principio nosotros vemos una diferencia muy grande entre hombres y mujeres, es decir una sociedad perfectamente hecha para que el hombre tenga muchos más espacios e inclusive sus distorsiones son mucho más aceptadas, es decir, la mujer tiene que buscar y conquistar espacios nuevos porque los otros los usa el hombre siempre”*²⁶⁷. Los profesionales entienden la enfermedad como la expresión de malestares sociales a través del cuerpo y de la comida, *“como un trastorno emocional que les ayuda a no afrontar los problemas que realmente les angustian, es como una tapadera, es decir mientras esté pensando en mi cuerpo o en que cuando adelgace seré feliz no estoy pensando en que mi padre me pegaba o en que me siento vacía, siento que no soy nada, o en que cuando era pequeña abusaron de mí”*²⁶⁸, unos malestares que les llevan a desarrollar una *“conducta autodestructiva, es decir, con pocas ganas de seguir creciendo, en definitiva de vivir”*²⁶⁹.

Sin embargo, y a pesar del interés de algunos profesionales por teorías etiológicas de la enfermedad de tipo sociocultural que integran una perspectiva histórica, la práctica clínica apenas parece experimentar cambios. Lejos de aplicar enfoques dirigidos al *empowerment* en un tratamiento que trascienda los

²⁶⁶ HP1-PSP: Psiquiatra.

²⁶⁷ CC2-PSP: Psiquiatra.

²⁶⁸ CC1-PSPC: Psicólogo.

²⁶⁹ HP1-PSPC: Psicólogo.

ideales de delgadez para dar relevancia al control personal, la satisfacción en las relaciones y la posición política dentro de la familia y de la sociedad en su conjunto, los profesionales, reconociendo entre las causas aquellas ligadas a experiencias de opresión y las ganas de abandonarse, se encuentran limitados en su capacidad de acción por una práctica biomédica que los encorseta en un modelo que prima los aspectos biológicos –en este caso, principalmente los nutricionales- y transmite una sensación de impotencia para actuar sobre los sociales, *“si me pongo a preguntarme las causas igual se me va el paciente, y además incluso saber la causa no quiere decir que le arregles el problema”*.

Los TCA dejan de ser problemas sociales, políticos y públicos para convertirse en problemas individuales y privados en la consulta médica. Los tratamientos se focalizan sobre la recuperación del peso corporal y los aspectos nutricionales, *“trabajamos más con los factores de mantenimiento que con los factores causales”*. El resultado de no actuar sobre las causas sino sobre los factores de mantenimiento de las prácticas corporales y alimentarias es, al fin y al cabo, el de asegurar la prolongación de una vida en la que, en muchos casos, siguen habitando los mismos malestares. Falsas recuperaciones a las que la medicina denomina casos crónicos, mientras ellas, tras el tratamiento sienten *“pues que no me entendieron porque salí sintiéndome como una esponja llena de agua”*²⁷⁰.

A las inmigrantes se aplican los mismos tratamientos que a las autóctonas, y se quejan, unas y otras, de una medicación que no les ayuda, de falta de psicoterapia, de seguir unas normas estrictas sobre el peso durante el tratamiento cuando se pueden deshacer de ellas fácilmente una vez éste acabe o de que durante sus internamientos acaban aprendiendo nuevas prácticas que no las benefician.

Todas han sido puestas en una medicación basada en antidepresivos y/o ansiolíticos, que, a menudo, no surge de una negociación previa entre profesional y paciente, y con la que sólo la menor parte de ellas siente mejora. Con el desarrollo de la medicina especializada y la tecnología médica la

²⁷⁰ Colombia, 18.

prescripción de fármacos se ha convertido en el método más común de control de la desviación (CONRAD, 1992). La mayoría piden a su psiquiatra abandonar los medicamentos al poco tiempo de empezar debido a los efectos secundarios. Algunas como Isabel o Nicoleta, a pesar de sentirse mal, no lo han comunicado en unas consultas psiquiátricas que reproducen las relaciones sociales de dominación (GREMILLION, 2003) *“si querías decirle algo él te miraba así y tú es que te callas, es que sólo una mirada suya y daba miedo”*²⁷¹ y en un sistema que, por cambio de domicilios -frecuente entre inmigrantes- y por edad lleva a la paciente por un laberinto de derivaciones en el que *“la verdad es que tanto psiquiatra, tanto psiquiatra, porque ahora es de adultos, y la verdad es que me preguntan cosas y digo, sí, no, vale, prefiero estar callada”*²⁷². La mayoría afirma que la medicación las deja dormidas, aturdidas, las incapacita para realizar sus actividades diarias, y alguna se pregunta si no puede estar actuando como tapadera *“a mí me parece que cuando uno está mal lo que hacen es medicarte para tranquilizarte pero si vos estás mal, bancate el dolor, lo que el cuerpo está demandando, porque tienes que escuchar y reconocer, no tapar con pastillas porque al día siguiente vas a aparecer revuelta”*²⁷³.

A pesar de que las instituciones públicas alardean de incluir en sus tratamientos terapia psicológica la realidad es que las pacientes lo echan de menos y, las que pueden, llegan a costearse un psicólogo/a privado mientras están siendo tratadas en hospitales de día o mediante un seguimiento ambulatorio. *“Entonces quiero empezar a hablar con alguien de lo que me está pasando y en el hospital no encuentro esa contención, yo iba al hospital (de día) y una vez por semana a ver a mi psicóloga”*²⁷⁴. Muchos servicios únicamente ofrecen terapias grupales por falta de personal, y cuando el recurso de terapia individual está disponible suele ser muy espaciado en el tiempo y no llega a cubrir las necesidades de ayuda psicológica. Además, la terapia focalizada en la modificación de la percepción

²⁷¹ Marruecos, 19.

²⁷² Colombia, 18.

²⁷³ Argentina, 27.

²⁷⁴ Argentina, 27.

de la imagen corporal y en aspectos nutricionales no les sirve de ayuda *“eso de hacerte entrar en razón de que estás delgada y que estás bien pues a la hora de mirarte al espejo o a un escaparate pues no te vale de nada²⁷⁵”* o *“fue más un trato físico que psicológico, muchas vitaminas y muchos batidos y de lo mental pues casi nada, la psicóloga te preguntaba algo pero nada²⁷⁶”*. De esta manera las motivaciones hacia los tratamientos se convierten en *“llegaba un punto en el que pensaba, vale, come y te comes todo esto durante un tiempo, los mantienes contentos, luego sales y luego vuelves a dejar de comer otra vez, y así era la dinámica, salía y volvía²⁷⁷”*.

El objetivo de los profesionales es implantar un nuevo aprendizaje o socialización en la norma dietética que entiende las funciones de la comida estrictamente en base a criterios de salud. Pacientes como Soledad o Vicky valoran este aprendizaje nutricional tras haberse perdido en años de restricciones y atracones *“para poder estructurarme, para saber qué son las porciones, para saber el peso al que tengo que llegar”*, pero incluso en estos casos pueden acabar buscando la ayuda de un nutricionista particular. Y es que los comedores en los hospitales de día o unidades de ingreso tienden a regirse a partir de normas estrictas cuyos niveles de cumplimiento se retribuyen con castigos y recompensas. GRACIA (2009) señala que en España a esta rigidez en las normas hay que añadir el énfasis en las funciones biológicas de la comida para cuestionar un modelo de tratamiento cuando, por otra parte, la tasa de casos clínicos con anorexias severas, y por tanto efectos graves de la malnutrición, son minoría (RUIZ, 2002).

De las inmigrantes no existen quejas respecto a una gastronomía a la que se han ido adaptando desde sus casas donde alternan comidas tradicionales de sus lugares de origen con platos autóctonos. Sin embargo, tener que comerse absolutamente todo lo que les traen en bandeja -incluidos unos cuantos granos de arroz secos que la cocinera derramó fuera del plato al servir la paella- junto con -según el centro- la poca flexibilidad para cambiar elementos de la dieta,

²⁷⁵ Colombia, 18.

²⁷⁶ Perú, 15.

²⁷⁷ Colombia, 18.

contribuye a seguir convirtiendo la comida en una actividad estresante y rechazada cuando se dejan aparte sus componentes culturales y lúdicos. El acto de comer encarna muchos y variados componentes: placer, emoción, sociabilidad, conveniencia, salud, etc. *“Sí, cambiaría bastantes cosas. Yo por ejemplo cuando estaba enferma, pero muy enferma ya, yo desayunaba muy bien, tostadas, leche, fruta, pero luego lo que no hacía era no comer ni cenar y aquí me costó acostumbrarme porque para el desayuno no ponían nada en comparación con lo que yo tomaba y en cambio la comida era muy grande y encima merendaban y yo nunca he merendado, entonces bueno pues esto que es un cambio tan radical, y tener que comer cosas que yo no comía ni cuando estaba bien, yo cuando estaba bien no merendaba y cenaba poca cosa, no cenaba primero, segundo y postre, entonces me molestó bastante que intentasen hacer algo conmigo que nunca había hecho”²⁷⁸.*

Las limitaciones de los tratamientos se hacen patentes cuando de las nueve que han pasado por ingresos en unidades hospitalarias, cinco lo han hecho en más de una ocasión. Unos ingresos en los que *“uno aprende a cortarse, aprende a cómo esconder más la comida y eso, cada uno aprende cosas”²⁷⁹* y que se rigen por estrictas medidas de vigilancia y castigos de encierro cuando se transgrede alguna norma *“con su camarita en una habitación que nos castigaban, que cabrones, nos dejaban como un corcho verde y un pijama solo la parte de arriba entonces era como a ver que vas a hacer sin ningún objeto. Sí, sin cama, allí te meten si te pillan con cigarro, cuatro paredes, no tienes nada. Tú crees que una persona así va a curarse? Perdona es que me causa mucha rabia”²⁸⁰*. En detrimento de la comprensión y la atención de aquellas personas que padecen la enfermedad, vigilar y castigar se convierten en ejes centrales del funcionamiento de la institución justificados en nombre de un prejuicio consensuado que atribuye a determinadas prácticas alimentarias y corporales un peligro de muerte. Y todo ello cuando el riesgo de muerte es *relativamente* bajo rondando para la anorexia el 5% y para la bulimia el 6.2% (STEINHAUSEN, 2002; SIGNORINI *et al.*, 2007).

²⁷⁸ Perú, 15.

²⁷⁹ Angola, 16.

²⁸⁰ Brasil, 19.

El modelo biomédico, por el que optó una psiquiatría que fue así elevada al rango de especialidad médica en las sociedades occidentales, nace con la aspiración de alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica mediante la depuración en la clínica y el laboratorio de cuantas variables sean accesorias a estos tres actos (COMELLES, 2004). A pesar de la reconocida relevancia de los factores sociales y culturales en la explicación causal de los TCA, incluso entre algunos profesionales sanitarios, éstos acaban no siendo tenidos en cuenta en una terapéutica que los considera como prescindibles e incluso estériles. Uno de los psiquiatras veteranos en el tratamiento de los TCA nos contaba tras finalizar la entrevista y con la grabadora ya apagada cuán necesario es salirse del modelo médico para llegar a una comprensión sobre estos (mal)estares. Resulta cuanto menos paradójico cómo se pretenden tratar unas aflicciones de tales características etiológicas a partir de una práctica médica moderna que ha perdido la habilidad -y el interés- de integrar el peso de variables sociales y culturales en sus tratamientos.

Terapias alternativas

Tras más de media vida haciendo un recorrido entre el comer poco, mucho o nada y con recurrentes fluctuaciones de peso Gabriela reflexiona a sus 43 años, *“no siento yo que me haya cambiado nada el ir a la psiquiatra, ya te dije que yo fui por una medicación que no me sirvió nada, y yo siento que la desespero, pobre mujer porque me pregunta como estás, digo igual, y joder ella ve que no me puede ayudar, yo le digo estoy bien 4 o 5 días pero luego cojo 4 o 5 días atracones sin parar, arranco bien el día y a la noche me cojo un atracón”*²⁸¹.

Cuando se sienten los límites de la biomedicina ante unas aflicciones que se mantienen en el tiempo, algunas buscan métodos alternativos de ayuda. Lo que se han venido a denominar como CAM -siglas anglosajonas utilizadas para

²⁸¹ Uruguay, 43.

referirse a medicinas complementarias y alternativas- que incluyen homeopatía, acupuntura, naturismo, terapias manipulativas y un largo etcétera, están experimentando en los últimos lustros un auge creciente en aquellas sociedades donde la medicina científica occidental se encuentra más desarrollada, concentrándose su uso entre las clases medias y altas (PERDIGUERO, 2009). En Europa, casi un 7% de las personas con algún TCA ha buscado ayuda en las CAM (PRETI *et al.*, 2009). Marcelo probó la homeopatía como método para perder peso, *“Yo no he visitado muchos médicos, yo hacía terapia en Argentina con una psicóloga para hacer una terapia psicoanalítica, no era por la comida pero formaba parte como todo, después fui a ver a un homeópata para adelgazar”*, pero no le funcionó y abandonó a las pocas semanas. Marcia se ha tratado con flores de Bach y ahora quiere comenzar sesiones de acupuntura después de haber leído el *best seller* *“Curación emocional”* del médico francés David Servan-Schreiber.

Por otra parte, cuando estaban en sus países de origen, dos de las inmigrantes hicieron uso de las medicinas *folk*. En el caso de Soledad fue antes de pasar por un servicio médico occidental. Cuando comenzó a tomar conciencia de que su relación con la comida y con su cuerpo era problemática aún estaba en Perú, donde acudió a una *“serie de organizaciones de brujos”* que no mitigaron su (mal)estar. Karima ya había pasado por su primer ingreso en una unidad de TCA en España cuando el psiquiatra que la trataba recomienda a su madre que la lleve a Marruecos por un tiempo ya que necesitaba ver a su familia y volver a su ciudad natal. En los dos meses que pasaron allí, su madre recurrió a una medicina tradicional que Karima, tras diez años en España donde aspira a ser estudiante de medicina, menosprecia *“allí como en Marruecos creía mucho la gente en las cosas de los curanderos antiguos, lo de agua que sana, las hierbas y eso, mi madre la pobre, creo que por tanto dolor que tenía que no sabía como hacer, se lo creía, me mezclaba la medicación con esas tonterías”*.

Mientras las inmigrantes que se encuentran en fases tempranas consideran la curación como la obtención de cierto peso -en parte debido a la absorción e incorporación del discurso psiquiátrico biomédico con el que han estado en contacto-, aquellas en fases más avanzadas cuentan con una concepción distinta

y más amplia fruto de una dilatada convivencia en el tiempo con las prácticas, lo que les ha permitido examinar y reflexionar sobre el significado de sus problemas: por qué se desarrollaron, cómo han ido evolucionando y qué función juegan en sus vidas. No conciben la curación como la total desaparición de las prácticas -aunque lo anhelan-, pero sí como el desarrollo de unos métodos personales de gestión, de control de las mismas en sus vidas. Con una larga historia de búsqueda de ayuda en el sector médico, han ido perdiendo paulatinamente la confianza en unos tratamientos que han acabado mostrándose como limitados, incompletos e ineficientes. La biomedicina pasa a segundo plano cuando comienza la búsqueda de métodos alternativos de ayuda, *“yo ya fui a quinientos mil médicos en mi vida respecto a esto, yo ahora voy al médico, hago mis análisis para saber si estoy bien y tal pero los médicos no entienden de esto”*²⁸².

Entendiendo el padecer alimentario como una lucha por el control y la autonomía de la propia identidad, un proceso holístico de curación es aquel que busca la unión entre mente, cuerpo y espíritu. Las terapias que descomponen la triada y se centran en lo biológico y psicológico, descuidan una parte que las pacientes a medida que pasa el tiempo echan de menos: la espiritual. Para Vicky han pasado ya 10 años desde que se visitó por primera vez con un profesional sanitario y durante esta década ha pasado por consultas de médicos generales, psiquiatras, psicólogas y nutricionistas, públicos y privados. Sus vómitos y restricciones persisten. Después de unos meses en un hospital de día se plantea ahora abandonarlo porque *“yo estoy como en un proceso nuevo mucho más espiritual, voy a empezar yoga, otras cosas, nada que ver, entonces como que el hospital tampoco tiene nada que ver con esas líneas”*. Vicky siente que ya aprendió todo lo que los servicios médicos tenían que ofrecerle; ahora debe dar otro paso adelante que forma parte de las estrategias creativas e innovadoras que cada una encuentra para convivir con sus (mal)estares.

²⁸² Brasil, 47.

IV. Etnografía

Asociaciones de ayuda mutua

Pero no es solamente el abandono del hospital de día y el comienzo de la práctica de yoga lo que conforma la nueva etapa de Vicky en el cuidado de su cuerpo y su alimentación. Recientemente ha comenzado a participar en una asociación de ayuda mutua. *“Es lo mejor que me pasó, lo mejor en el último tiempo, es increíble el lugar ese, estoy supercontenta porque me ayudó un montón, no se habla de la comida, son chicas que tienen problemas con la alimentación de todo tipo pero se habla de los problemas que tiene cada uno, de las preocupaciones, de lo que te incomoda, de lo que te inquieta, de lo que sea pero no de la comida de si vomitaste y cuánto vomitaste, y es maravilloso, el grupo es genial, las chicas son geniales, aparte la línea que tiene es la línea espiritual, trabajar con el cuerpo, qué es lo que el cuerpo te demanda, lo que necesita, qué es lo que reconoce, qué es lo que el cuerpo quiere o no, qué es el deseo, que se escuche al cuerpo”*. La línea propuesta por esta asociación nunca la encontró antes en ningún servicio médico.

El arte tiene la habilidad de hacer tangibles experiencias personales y reconectar mente, cuerpo y espíritu, sin embargo los servicios sanitarios no integran esta dimensión, o sólo lo hacen en teoría (CRIVILLÉS, 2009). Si encontramos un servicio público que contaba en sus planes de tratamiento con la inclusión de actividades artísticas –por ejemplo clases de música o pintura- éstas corrían a cargo de un voluntariado que lo hacía tan poco estable como eficiente. GRACIA *et al.* (2005) encontramos un único centro especializado en la atención a TCA en España que trabaja con una perspectiva más extensiva en los tratamientos, *“además del tratamiento psiquiátrico y del médico hay terapias de grupo y actividades como yoga, teatro, para que no estén todo el día haciendo terapia y les ayude a conectar con el cuerpo”*. Sin embargo se trata de una clínica privada cuyos altos costes reducen su accesibilidad a las clases más altas. Ninguna de las nuestras protagonistas podría costárselo.

Pero Vicky no es la única, para Gisela y Gabriela las asociaciones de ayuda mutua o autoayuda van a jugar un papel fundamental cuando no encuentran en el sector médico el apoyo o la comprensión que esperan sobre sus

(mal)estares. A este distanciamiento contribuyen otros factores como son la edad -sentirse fuera de lugar entre personas mucho más jóvenes-, la lengua utilizada -Gabriela se siente incómoda en unas terapias grupales conducidas en catalán- o los horarios -difícilmente conciliables con la vida laboral-. Los servicios médicos especializados en el tratamiento de TCA se configuran como dirigidos a personas jóvenes dejando de servir como ayuda a partir de ciertas edades. Esta es una de las causas de que la participación en las asociaciones sea más predominante en estadios de la enfermedad y edades más avanzadas.

El asociacionismo de las TCA en España, desarrollado sobre todo durante los últimos 15 años, se ubica en el contexto del individualismo creciente y la falta de formas de soporte social que han llevado a los ciudadanos a gestionar por sí mismos los problemas de salud. Según CANALS (2003) las asociaciones de TCA podrían entrar en dos categorías: grupos de personas afectadas por enfermedades crónicas o de larga duración o grupos de personas con adicciones. Pertenerían a la primera categoría las asociaciones en las que participan Vicky -Asociación contra la anorexia y la bulimia (ACAB)- y Gabriela -Asociación de Lucha contra la obesidad (ALCO)-. Con propuestas claramente diferenciadas -la primera más enfocada a ofrecer a los pacientes y a sus redes de soporte capacidad negociadora ante las instituciones y la segunda con una finalidad más directa de naturaleza terapéutica-, ambas cuentan con la presencia de profesionales sanitarios que actúan en calidad de expertos dando conferencias y monitorizando diversas actividades. Algunos de estos grupos, como ALCO, tienen una presencia internacional y un soporte en Internet que permite a sus afiliados mantener contacto, acceder a bibliografía recomendada y estar al tanto de las actividades. Para Gabriela, que comenzó a formar parte de la asociación cuando aún vivía en Uruguay y debido a sus inconvenientes horarios laborales en la cocina de un restaurante una vez en España, el medio electrónico le sirvió para dar continuidad al soporte que venía utilizando desde años atrás, *“me ayudó muchísimo estando cada día ahí con el ordenador y hablando con gente que éramos un montón, se formó un grupo que estábamos dispersados por todo el*

IV. Etnografía

mundo de gente de ALCO, argentinos, uruguayos casi todos, se ha adherido algún español también y mira y esto me ayudó, me perdí mis 30 kilos”.

Gisela lleva año y medio asistiendo a las reuniones de la Asociación de Comedores Compulsivos Anónimos (ACCA), otra asociación internacional, donde comparte mesa en las reuniones con otros miembros entre las que se encuentra otra inmigrante colombiana de 62 años. Con un programa de doce pasos copiado del modelo de Alcohólicos Anónimos, esta asociación, que entiende la relación con la comida como una adicción, se incluiría en la segunda categoría de la clasificación de asociaciones mencionada por CANALS (2002). A diferencia de las anteriores, no cuenta con la presencia de profesionales médicos y son únicamente afectados los que conforman la misma. Si el pluralismo asistencial que representan estas asociaciones de ayuda mutua -y en especial ACCA que excluye la presencia de profesionales- parece poner en duda la hegemonía del modelo médico al aceptar la existencia de un campo de decisión y de cuidado informal, la realidad es que son plenamente funcionales con aquella. *“En OA no hay médicos, no podemos dar pautas porque no somos médicos ni profesionales, nosotros somos una comunidad de ayuda mutua, gente que pasa por este problema pero yo no te puedo decir tienes que bajar 20 kilos porque no somos médicos, entonces se aconseja que la gente para estos temas se busque un médico o un profesional. Porque visiones médicas, de psicólogos, hay un montón pero OA esto lo tiene como superclaro, cada uno que se busque si cree que necesita psicólogo o cura o porque sino sería un lío”.* No resisten los diagnósticos médicos, sino que incluso los utilizan con fines funcionales al englobar a todos los asociados bajo una única etiqueta *“los bulímicos vomitan, los anoréxicos también son, lo que pasa es que tienen un control, pero los anoréxicos también son de atracones, pero luego hay diferencias, estamos todos bajo el lema del comedor compulsivo. Luego hay detalles porque hay gente que come compulsivamente y luego se pasa cinco horas en un gimnasio, eso se llama vigorexia, luego hay detalles así pero el problema es el mismo, el síndrome del comer compulsivamente”.*

Algunas de las críticas que ha recibido este programa han sido su orientación cristiana y masculina cuando la mayoría de las reuniones son asistidas por

mujeres. Esto se debe a que mucha de la literatura que ofrece y los pasos hacia la recuperación fueron tomados de Alcohólicos Anónimos, una asociación fundada por hombres (THOMPSON, 2004). Por otra parte, el precepto de prohibir comer alimentos que contienen una carga emocional, como era el caso de comer arroz y frijoles para una inmigrante latina, fue causa de su abandono de la asociación según la citada investigación de Thompson. Para esta mujer inmigrante tal comida cargada de significado cultural no representaba una debilidad sino un hábito sano y consideraba que podía comer estos alimentos sin tener que atracarse.

A pesar de las limitaciones que ofrecen cada uno de los programas, para todas prevalece la opción de tomar aquellas partes que les sirven e ignorar el resto. Al fin y al cabo el verdadero poder de las asociaciones de afectados se encuentra en el contacto con los iguales, *“yo le explico a la psiquiatra de la URTA, que es una mujer normalita, delgada, y cuando yo le explico que tengo esas compulsiones de ansiedad incontrolables dice pero es que tienes que aguantar, digo es que tú no sabes lo que es, no tienes ni idea, ni puta idea, por eso es que en ALCO te encuentras con gente como tú que sí que te entienden, te pueden dar, mira yo pruebo a hacer eso, yo pruebo a hacer aquello y claro, con una psiquiatra que no tenga este trastorno es difícil que entienda”*.

V. CONCLUSIONES

La escasez de estudios realizados sobre TCA en situaciones de migración, ya sea desde las C.C. Biomédicas o las C.C. Sociales, indica que el interés por esta temática es muy incipiente. Nuestro análisis etnográfico de los (mal)estares alimentarios en población inmigrante ha pretendido contribuir, a través de una aproximación histórica y transcultural, a deconstruir las representaciones sociales elaboradas sobre los denominados trastornos de la conducta alimentaria. El enfoque feminista, por un lado, y las hipótesis manejadas desde la etnopsiquiatría, por otro, nos han servido para cuestionar la visión hegemónica en tanto que patologías derivadas de una trivialización de las sociedades modernas y propias de mujeres obsesionadas por su estética. Además, nos han permitido matizar el perfil que se ha ido construyendo de las personas que padecen TCA en tanto que mujeres caucásicas jóvenes que viven en sociedades industrializadas y que pertenecen a una clase social media-alta.

Por una parte, la revisión de la literatura ha sido imprescindible para constatar la existencia de estos (mal)estares en diferentes periodos y entre diferentes culturas interpretándose siempre en base al contexto sociocultural que las envolvía y que las construye como enfermedad mental en un momento específico de la historia de Occidente. Como fenómeno relativamente reciente y

propio de un escenario global -y glocal- donde la psiquiatría biomédica hegemónica se extiende al resto del mundo, hemos observado como los TCA se diagnostican en lugares tan alejados geográfica y culturalmente de Occidente como Harare (Zimbabwe) o Shenzhen (China) y entre inmigrantes de las sociedades industrializadas poniendo en cuestión su categorización como *trastornos delimitados por la cultura*.

En los estudios epidemiológicos transculturales encontramos el lienzo sobre el que la psiquiatría dibuja y busca su “enferma ideal” y desde allí tomamos las herramientas y trabajamos en su deconstrucción mediante un análisis crítico. La mayoría de tales estudios barajan dos hipótesis en la explicación de los TCA, occidentalización y choque de culturas, ambas reduccionistas y limitadas principalmente por una conceptualización anacrónica del término “cultura” que evidencia la falta de diálogo entre C.C. Médicas y C.C. Sociales. Las primeras manejan la noción de cultura de un modo reduccionista, entendiéndola como un simple conjunto de hábitos más o menos saludables que conforman los estilos de vida. Se trata, normalmente, de una visión monolítica de la cultura que apenas tiene en cuenta que ciertos fenómenos, y especialmente los relacionados con la salud de las poblaciones, sólo pueden explicarse mediante la comprensión de procesos sociales de amplio y largo alcance. En la actualidad, estos procesos han de insertarse en un mundo donde la cultura ha dejado de estar ligada al territorio y donde lo global y lo local se interrelacionan en la creación de nuevos espacios sociales que crean nuevas identidades y significados relacionados con el cuerpo, la comida, la salud y el género. La cultura de la delgadez no pertenece a determinados territorios ni sociedades, y, además, tampoco es un factor fundamental en la etiología de estos (mal)estares.

La aproximación etnográfica nos ha permitido contextualizar el modelo biomédico que progresivamente ha ido conceptualizando los TCA y mostrar que se trata de un enfoque limitado para comprender ciertas prácticas alimentarias y corporales. El estudio realizado con personas inmigrantes de diferentes edades, orígenes étnicos, clases sociales, composiciones familiares y religiones da cuenta de la diversidad y complejidad de las experiencias que

V. Conclusiones

pueden expresarse a través de un (mal)estar alimentario. La aparente persecución de la delgadez y el miedo a engordar, síntomas centrales de un diagnóstico psiquiátrico basado en criterios etnocéntricos, pueden ser explicados en términos singulares para cada caso de TCA. Nuestro análisis no considera insignificante la cultura de la delgadez -la *lipofobia*- ni banaliza los efectos de la mercantilización del cuerpo. Al contrario, hemos querido articular estos factores en un contexto donde confluyen otros condicionantes macro y microestructurales. Para algunas mujeres, la búsqueda de la delgadez tiene poco que ver con sus (mal)estares alimentarios, pero incluso, para las que sí manifiestan esforzarse por conseguir un cuerpo que coincida con el patrón hegemónico de belleza, también atribuyen a otras experiencias vividas de forma conflictiva los comienzos de sus problemas. Entre nuestras informantes, éstas han estado relacionadas principalmente con transiciones, desconexiones/dislocaciones y opresiones que han tenido que ver con la vivencia bajo regímenes políticos autoritarios, condiciones materiales de pobreza o precariedad, separaciones, ausencias, pérdidas o determinados modelos familiares, discriminaciones por razones de género, etnia o clase y violencias de género, entre otras. La migración ha supuesto una estrategia de superación ante estas situaciones pero también les ha enfrentado a nuevos desafíos.

Los enfoques feministas nos han servido para considerar los roles de la cultura y el género como factores primarios -y no secundarios- en la explicación y comprensión de estos padecimientos. Hemos visto que en diferentes periodos históricos y culturas la prevalencia de los (mal)estares alimentarios ha sido y sigue siendo mayoritaria en mujeres. Nuestra etnografía lo ha vuelto a confirmar al encontrar solamente el caso de un hombre entre veinte mujeres. A pesar de que el porcentaje de hombres afectados puede estar infrarrepresentado por los métodos utilizados en la detección y diagnóstico de los casos, las razones de esta feminización de los TCA, independientemente del origen étnico, hay que buscarlas en la posición que ocupan las mujeres en la estructura social y en los valores que se han desarrollado respecto al cuerpo, la comida y la

salud según los roles asignados dentro del sistema género en cada contexto. A pesar de las transformaciones ocurridas en la distribución de poder entre hombres y mujeres en las diferentes sociedades referidas, persisten relaciones de desigualdad que mantienen a las mujeres relegadas en un estatus político, social y económico inferior. Por otra parte, estos mismos cambios que nosotros analizamos en un contexto particular como es el de la migración, tienen efectos paradójicos ya que a la vez que las empoderan en ciertos sentidos las colocan en una situación de mayor vulnerabilidad en otros.

En este contexto, la alimentación y el moldeamiento del cuerpo aparecen como estrategias de gestión de otros malestares, es decir, que los (mal)estares alimentarios tendrían que ser entendidos como un aspecto de la *agency* para combatir lo que se consideran injusticias y no como reacciones pasivas ante una cultura consumista donde el cuerpo ha sucumbido a la lógica mercantilista.

El hecho de que unas mujeres desarrollen un (mal)estar alimentario y otras no sólo puede ser explicado a partir de la interacción entre las experiencias individuales y la articulación de variables específicas que moldean las subjetividades. La migración en sí misma puede o no ser un factor determinante y/o precipitante para desarrollar un (mal)estar alimentario. Sólo lo será en la medida en que, a través de las experiencias a las que expone y las variables que operan en tal contexto, da lugar a la creación de ciertas subjetividades. Respecto a las variables, el origen étnico no es tan relevante en cuanto poder explicativo como lo son el género, la clase social y ciertos estados emocionales que conducen a una diversidad de malestares que acaban siendo gestionados a través de la comida y del cuerpo.

Los tratamientos que se ofrecen desde el modelo biomédico, e incluso desde algunas asociaciones de autoayuda, tienden a individualizar el problema al reducir los elementos de justicia social y acceso a recursos mientras priman ciertos aspectos psicológicos –por ejemplo fragilidad o inestabilidad emocional– como agentes de la enfermedad. Por ello, muchas mujeres de las que llevan una larga *carrera* en la experiencia del (mal)estar alimentario, después de haber visitado diferentes profesionales sanitarios y haberse recorrido toda la red

V. Conclusiones

asistencial, aprenden a autogestionarse sus “males” o siguen buscando ayuda en otros espacios fuera de este modelo.

La sustitución de la triada en la que la biomedicina centra los fundamentos de estos (mal)estares y en base a la cual elabora los protocolos de actuación -dieta, peso y miedo a engordar- por la de experiencias de transición, desconexión y opresión se hace indispensable para captar mejor el origen y la dimensión de estos padecimientos y lograr así una mayor comprensión que, a su vez, permita revisar acciones de prevención y tratamientos que hasta la fecha han mostrado ser, cuando menos, poco eficaces. Esperamos que los resultados de este estudio etnográfico estimulen la creación de puentes teóricos y metodológicos entre las diversas disciplinas que, hoy por hoy, explican y tratan los TCA.

VI. NOTAS BIOGRÁFICAS²⁸³

Ángela es colombiana, tiene 17 años y creció en una ciudad junto a su hermana mayor en una familia católica de clase media baja. Por falta de trabajo en su país su madre vino a España en un principio temporalmente. Quería mantener a su familia desde aquí, incluida su hija mayor que ya iba a la universidad. Aunque Ángela vivió pensando que su madre iba a volver pronto, finalmente fue el resto de la familia quienes, tras dos años de separación, se reunieron con ella en España hace ahora cuatro años. Nunca fue de mucho comer y siempre delgadita, pero la desestructuración en las comidas que experimentó mientras vivió sola con su padre, el engordar unos kilos al llegar y los comentarios sobre su peso por parte de algunos familiares la pusieron en alerta y comenzó a restringir. Atribuye estos problemas a su soledad, le cuesta hacer amigos, y a una tristeza que la hace llorar a diario. Se lleva bien con su cuerpo pero siente una insatisfacción por su delgadez y sus formas poco desarrolladas que considera tienen poco atractivo para los chicos mayores que a ella le gustan. Tras dos entradas en el sistema sanitario público mediante el médico de cabecera y tras haberse visitado con una psicóloga durante un tiempo, una

²⁸³ Todos los nombres utilizados son pseudónimos y algunos datos han sido cambiados o dejados intencionadamente vagos para proteger el anonimato de las protagonistas.

VI. Notas biográficas

ginecóloga le comunicó que tenía anorexia y la derivó a servicios especializados en TCA. Actualmente está en tratamiento ambulatorio.

Carolina tiene 17 años y viene de Ecuador. Allí se crió entre el pueblo y la ciudad en una familia de clase baja junto a su hermana y su hermano. Sus padres son miembros de la Iglesia Evangélica Apostólica del Nombre de Jesús. Su madre fue la primera en emigrar para mejorar la economía familiar; año y medio después sus hijos se reunieron con ella. De eso hace ya cuatro años. A Carolina siempre le gustó comer y su peso no fue un problema hasta sus 13 años, cuando llegó a España. Cuando comenzó la adolescencia, los comentarios de su padre y de sus compañeros en el colegio la hicieron ponerse a dieta; restringiendo y con ejercicio llegó a los 38 kilos. Carolina atribuye sus problemas con la comida en parte al cambio de país -aquí ha sufrido discriminación, ha visto “cuerpos” diferentes-, en parte a problemas familiares -presenciar continuas discusiones y malos tratos en casa donde se siente impotente para ayudar a su madre-. Su cuerpo le da asco. Alarmada por la pérdida de peso, su madre la llevó al médico de cabecera quien la derivó a un servicio especializado en TCA donde estuvo ingresada y diagnosticada de anorexia nerviosa. Actualmente ha abandonado el tratamiento y está comenzando a darse atracones y a vomitar.

Cecilia es una mujer argentina de 29 años que se crió en la capital del país en una familia católica de clase media con su madre, padre y hermana. Lleva viviendo en España dos años y medio, vino para alejarse un poco de su familia, para probar un tiempo fuera. Cecilia atribuye el inicio de su relación particular con la comida y su fluctuación de peso (47-72kilos) a unas problemáticas relaciones familiares que la hacen sentir muy falta de afecto. Su padre fue víctima de torturas durante la dictadura quedando afectado de problemas de salud mental, los malos tratos que éste ejerce sobre su madre, la pérdida de un

hermanastro que apareció en su vida cuando era una adolescente para morir pocos años más tarde. Su cuerpo es su medio para comunicarse. Cecilia pidió a sus padres ayuda profesional por primera vez cuando tenía 14 años. Desde entonces combina visitas a psicólogos y nutricionistas. En Argentina siente que existe una mayor presión sobre la estética corporal. Por aquí, dice, anda más relajada, pero sigue haciendo atracones y está en tratamiento ambulatorio. Tiene un diagnóstico de bulimia.

Claudia tiene 18 años, se cría como hija única entre dos ciudades colombianas en una familia de clase baja miembros de la Iglesia Ministerial de Dios. Cuando tenía 12 años su madre emigró a España para trabajar. Ella quedó viviendo con su padrastro, quien ha abusado de ella sexualmente desde los 9 años, y con la familia de éste, que la rechazó y la maltrató psicológicamente. Una de sus primas estaba más gorda y se puso a dieta, ella no podía quedarse atrás y así comenzó a vomitar todo lo que comía. Un año después ambos se reunieron con su madre en España. Se siente “rara” entre sus compañeras de escuela, menospreciada por los profesores. Algunos comentarios sobre su peso la hicieron perder el control. Restricciones, vómitos, ejercicio físico excesivo en casa, autolesiones, intentos de suicidio. Claudia siente que los malos tratos y los abusos a los que su padre somete a ella y a su madre junto con la presión que ejercen los medios de comunicación para tener un cuerpo esbelto la han traído hasta aquí. Odia su cuerpo. Fue una amiga cercana quien le concertó una cita médica y la obligó a ir. Desde hace cuatro años ha hecho varios ingresos en hospitales públicos con unidades especializadas en TCA. Los tratamientos, dice, no sirven para nada. Claudia sigue en tratamiento, medicándose y en la carrera por los 39 kilos.

Ester es ecuatoriana y tiene 15 años. Se crió en un pueblo de la provincia de Quito en una familia católica de clase media baja junto a sus padres, hermana y

VI. Notas biográficas

hermano. Fue su padre el primero en emigrar a España para encontrar trabajo y darle un mejor futuro a su familia. Hace siete años el resto se reunieron con él. Ester recuerda siempre haber calmado con la comida sus malestares y haber estado gordita. Comenzó a restringir comida a raíz de que un médico al que acudió por su asma le recomendara adelgazar, y por los comentarios de sus compañeros de escuela. Bajó de 94 a 41 kilos en un solo año. Para Ester este problema -que le daba vergüenza reconocer por asociarlo a chicas delgadas cuando ella no lo estaba- tiene que ver con tapar otros malestares como la falta de atención de su familia, el sentirse diferente y rechazada en una nueva sociedad, el maltrato psicológico y sexual que ha sufrido. Cree que el cambio cultural ha tenido que ver en la aparición de la enfermedad. Cuando bajó tanto de peso la pediatra la derivó a servicios especializados en TCA donde la diagnosticaron de anorexia nerviosa. Atiende un hospital de día hace cinco meses, se medica, hace psicoterapia y está mejorando.

Gabriela es uruguaya y tiene 43 años. Creció en el seno de una familia católica de clase media formada por padre, madre, dos hermanas y un hermano. Se cría en el campo aunque acaba viviendo en Montevideo donde estudia y se casa. Viene a España con su marido e hijos hace cinco años. Gabriela siempre comió mucho, pero sus atracones empezaron cuando intentó restringir. Ocurrió durante su adolescencia cuando su madre la presionaba para que adelgazara. Desde entonces, este ha sido el mecanismo que ha utilizado para sobrellevar los momentos más difíciles: la adicción al alcohol de su padre -y jefe- y su marido, las crisis económicas que afectaban los ingresos familiares, la migración, etc. Gabriela se está reconciliando con un cuerpo que ha oscilado entre los 60 y los 93 kilos varias veces en su vida. Toma por primera vez conciencia de que tiene un problema con la comida cuando ya habiendo tenido a sus hijos, vivía aún en Uruguay. Allí contactó con una asociación de ayuda mutua en la que sigue participando. En España ha buscado ayuda entre profesionales de la salud

mental privados y públicos recibiendo el diagnóstico de comedora compulsiva, pero ha dejado de visitarse porque siente que no la entienden.

Gisela es una brasileña de 47 años que creció en una familia católica de clase media junto a su padre, madre, tres hermanas y dos hermanos si bien sus creencias religiosas en este momento de su vida entrecruzan elementos del cristianismo, del budismo y de religiones afro-brasileñas. Durante su infancia y adolescencia, su familia cambió en varias ocasiones el lugar de residencia, algo que dejó en Gisela un sentimiento de desarraigo e inseguridad. Cansada de las normas y del control familiar, emigró a España hace 17 años buscando un lugar donde empezar de cero, donde no hubiera nadie que le dijera que tenía que hacer. Explica su forma de comer mucho a partir del hecho de que la comida siempre le ha proporcionado placer, ha supuesto un medio para calmar sus malestares: sentirse diferente dentro y fuera de la familia, ser objeto de comentarios sobre su peso e imagen. No le gusta su cuerpo. Fue su madre quien la llevó por primera vez a un psicólogo cuando era una adolescente porque quería una hija delgada. Gisela ha pasado por muchos profesionales médicos, sobre todo nutricionistas y endocrinos, hasta que ha dejado de confiar en ellos. Ahora participa en un grupo de ayuda mutua. No ha tenido diagnóstico médico pero desde que entró en la asociación se considera una comedora compulsiva.

Heydee tiene 12 años y vino de una de las ciudades más pobladas de Ecuador, hace cuatro con su madre y sus hermanos para reunirse con su padre. Educada en una familia católica de clase media baja, Heydee reza cada noche. Cuando su padre emigró a España años atrás, ella lo echó tanto de menos que su tristeza le robó el apetito. Dejó de comer en Ecuador y adelgazó, algo que continuó haciendo cuando, al reunirse todos en España, fue su madre quien tuvo que regresar a Ecuador por un tiempo. Según Heydee, sus problemas con la comida tienen que ver con la tristeza que le provoca la añoranza de sus padres. No se

VI. Notas biográficas

gusta delgada porque su mamá siempre le dice que para crecer sana tiene que comer. Cuando engorda se siente feliz. Su madre escucha por primera vez sobre la anorexia en una conversación con otros familiares cuando están en España y la lleva al médico. Pronto la derivan a un servicio especializado en TCA donde la diagnostican de anorexia nerviosa. Hoy Heydee ya no se visita, ha vuelto a comer y se encuentra mejor.

Isabel es boliviana y tiene 15 años. Creció en el seno de una familia evangelista de clase baja junto a cuatro hermanos que hacen de ella la única hija. La familia realiza ahora su segunda migración, la primera fue a Argentina cuando Isabel tenía solo dos años. A España llegaron en primer lugar su padre y hermanos mayores, y hace diez meses el resto de la familia. Todos están en situación de ilegalidad. Isabel comenzó a restringir comida a los 13 años cuando en unas vacaciones a Bolivia algunos familiares le dicen que está gorda. El rechazo a comer la lleva a estar hasta cinco días seguidos sin comer, y cuando comienza a hacerlo, a vomitar. Ha llegado a pesar 25 kilos sintiéndose gorda. No cree que esto represente problema alguno en su vida sino fuera por la debilidad y los desmayos que sufre. Isabel atribuye su relación con la comida y con su cuerpo a los comentarios de sus familiares y al malestar que le provoca la tensión e impotencia con la que presencia discusiones y malos tratos de su padre hacia su madre en casa. Preocupada por los desmayos de su hija, su madre buscó ayuda en Argentina sin saber que le ocurría ni conocer qué era la anorexia. Tras la realización de pruebas médicas obtuvo este diagnóstico. Ha tenido varios ingresos en Argentina y en España. Actualmente está en tratamiento farmacológico y ha dejado de asistir al hospital de día porque no le gustan las normas.

Jessica tiene 16 años y creció en una gran ciudad de Colombia como hija única junto a su madre, tíos y primos, una familia católica de clase media baja. A su

madre, la trajo una tía que ya vivía en España para trabajar y que pudiera darle un mejor futuro a su hija. Tres meses después llegó Jessica, de eso hace ya seis años. En este tiempo han tenido que cambiar varias veces de residencia y escuela, por limitaciones económicas. El padre de Jessica tiene otra familia, ella lo conoció por primera vez el año pasado cuando volvió a Colombia para su fiesta de cumpleaños. Por esa razón sobre todo, el viaje era importante y meses antes comenzó a tener ansiedad, tenía que sacar el curso para poder marchar a su país en verano. Centrada en los estudios descuidó la comida y bajó de peso con rapidez llegando a los 41 kilos sin percatarse. Jessica atribuye sus problemas con la comida a la tristeza, la soledad, la presión que sintió en aquellos momentos. Nunca se ha sentido gorda, ni siquiera el estar delgada ha sido un objetivo, no representa para ella un ideal corporal. Preocupada por su bajo peso su madre la llevó a un endocrino y pasados unos meses la derivaron a un servicio público especializado en TCA para tratarle de anorexia nerviosa. Actualmente está recuperada y no se visita más.

Julieth tiene 16 años y se crió en una pequeña ciudad de Ecuador en el seno de una familia evangelista de clase baja junto a sus padres y dos hermanas menores. Por problemas económicos y separaciones temporales de los padres, cambiaron de residencia en varias ocasiones y fueron acogidos durante algunos periodos en casa de los abuelos paternos. En aquel tiempo sufrió abusos sexuales por parte de dos familiares. Su padre vino a España a buscar trabajo y le siguió un año más tarde su madre para traer poco después a sus tres hijas. Al llegar no hizo amigos, le costó por la discriminación que ella y su hermana sufrieron en el colegio por parte de estudiantes y de una profesora. Continúa sintiéndose impotente de ayudar a su madre cuando su padre la maltrata físicamente. Julieth comenzó a restringir comida con la idea de que si adelgazaba podría ser aceptada al igualarse a esos cuerpos esbeltos que ve en el colegio. Bajó 10 kilos hasta quedarse en 37 en poco tiempo. Su madre, alarmada por su delgadez y tras escuchar por boca de un familiar que existía una

VI. Notas biográficas

enfermedad llamada anorexia que relacionó inmediatamente con su hija, la llevó al médico de cabecera. De allí la derivaron a una psicóloga y ésta a servicios públicos especializados en TCA donde le diagnosticaron anorexia nerviosa. Después de un ingreso Julieth volvió a comer. Ha dejado de visitarse aunque se ve un poco gorda y quiere adelgazar...

Karima es una chica marroquí de 19 años. Su madre emigró a España cuando ella tenía tres dejándola a cargo de abuelos y tíos, una familia musulmana de clase media. Su madre se vio obligada a emigrar del pueblo por el estigma que suponía ser madre soltera -y habiendo sido objeto de abuso sexual-. Aquí siempre ha trabajado en el servicio doméstico, pudiendo traer a Karima cuando tenía 9 años. A Karima siempre le gustó comer, fue gordita pero nunca la habían insultado por ello. Los cambios de escuela no la libraron de comentarios sobre su peso. Sintiendo rechazada por los otros niños, con su madre trabajando fuera de casa todo el día y añorando su pueblo, sus amigos, su familia, se sintió sola y comenzó a vomitar sin ni siquiera proponérselo. Dice que sus vómitos respondían a ataques de ansiedad. Más tarde se los provocó para compensar los atracones que seguían a cualquier intento de dieta. Para ella, la delgadez significa un nudo en el estómago. Por problemas de conducta, la jefa de su madre le recomendó un psiquiatra privado al que Karima ha asistido semanalmente por años. Un intento de suicidio la llevó a un hospital y de allí la derivaron a una unidad especializada en TCA ingresando con diagnóstico de bulimia. Pero es en un hospital de día para jóvenes con problemas de conducta donde Karima ha encontrado una mejora de sus (mal)estares.

Marcelo es un bonaerense de 54 años. Creció en una familia católica de clase media junto a su padre, madre y hermano en uno de los barrios obreros de la ciudad. Llegó a España en 1977 huyendo de la dictadura. En 1984 regresó a

Argentina pero volvió a emigrar a España pocos años más tarde por temas laborales asentándose de forma indefinida. Atribuye su relación problemática con la comida al control de su ansiedad, como lo ha hecho también mediante el alcohol y el tabaco. La ansiedad provocada por un exilio forzado de su país después de vivir la desaparición y los casos de tortura de algunos de sus amigos; la ansiedad generada por no haberse acercado a las expectativas de unos padres de los que necesitó poner distancia. Fue entonces, en su juventud, cuando comenzó a beber. Dejó la bebida ya en España para pasar a fumar tres paquetes de tabaco al día y darse atracones. Su cuerpo le da asco cuando se mira reflejado en los escaparates que encuentra a su paso. Marcelo ha hecho terapia psicoanalítica en Argentina y sigue haciendo en España. No tiene diagnóstico.

Marcia tiene 19 años, creció en Río de Janeiro en una familia atea de clase media compuesta por sus padres y su hermano mayor. Su padre, máximo referente en su vida, fue diagnosticado con una enfermedad mental que lo incapacitó para el mundo laboral. Cuando Marcia tenía 12 años la familia decidió venderlo todo y venir a España en busca de unos cuidados médicos a los que no podían acceder en Brasil. El acceso a ciertos medicamentos y cuidados no cambiaron la situación y al poco tiempo, su padre se quitó la vida. Desde entonces Marcia se castiga con la comida, con drogas, con fármacos. Su cuerpo no significa nada dice, así lo puede maltratar sin cuidado. Larga historia de ingresos médicos por intentos de suicidio y en unidades especializadas en TCA de hospitales públicos. Los tratamientos, según ella, han sido poco útiles. Actualmente se visita semanalmente con un psicoterapeuta privado.

Nicoleta es rumana y tiene 16 años. Creció en una familia católica ortodoxa de clase media baja junto a dos hermanos mayores. Cuando tenía 8 años quedó viviendo con sus abuelos en el pueblo mientras su madre y padrastro vinieron a

VI. Notas biográficas

España a buscar trabajo por las precarias condiciones económicas en las que vivían en Rumanía. Pasados cuatro años consiguieron reunirla con ellos. Al llegar, entró en un instituto donde se sintió discriminada por los otros estudiantes. La vida social de Nicoleta está prácticamente compuesta de amigos rumanos. Mientras está en España sus abuelos mueren en un accidente doméstico. Nunca fue de mucho comer, pero a partir de entonces empezó a fumar y a evitar algunas comidas por pereza, dejadez, tristeza. Bajó de peso y los profesores alertaron a sus padres. No sabían de qué se trataba pero por recomendación la llevaron a una unidad especializada en TCA. Nicoleta siguió bajando de peso y la ingresaron con 46 kilos y diagnóstico de anorexia nerviosa. Se alegra a medida que va engordando porque no le gusta su cuerpo tan delgado, la ropa no le queda como le agrada. Actualmente asiste al programa de seguimiento ambulatorio.

Nieves es una chica de 17 años que se crió en Ecuador en una familia católica de clase media baja junto a dos hermanos y dos hermanas. Tras la separación de sus padres todos marchan del pueblo para vivir con la madre en la ciudad. Ésta se gana la vida haciendo diferentes trabajos, entre ellos un puesto de comida de calle. Nieves llega a España hace seis años siguiendo a su madre y hermanos mayores que ya llevaban un año aquí. Es su hermana mayor quien la crió, por eso con su madre la relación es distante, han pasado mucho tiempo separadas. No ha estado gorda pero comenzó a sentirse tras los comentarios de su expareja en una época en que tuvo problemas con bandas de chicas latinas. Siente que su problema se originó en la discriminación de la que fue objeto por parte de sus iguales. La tristeza le quitó el apetito y aprovechó para hacer dieta. Llegó a los 43 kilos viéndose aún gorda. Su madre, no reconociendo a una hija a la que le gusta comer, la llevó al médico de cabecera. Éste la derivó a un servicio especializado en TCA donde estuvo ingresada en varias ocasiones con diagnóstico de anorexia nerviosa. Actualmente está fuera de tratamiento y recuperada.

Paula es peruana y tiene 16 años. Se crió con sus abuelos y tíos en una ciudad de Perú recibiendo una educación católica y viviendo de las remesas que enviaba el resto de la familia desde Europa. Sus padres emigraron cuando ella tenía apenas tres años llevándose a su hermano menor y prometiéndole un reencuentro que no se produjo hasta hace tres años, cuando Paula ya ha cumplido los trece. Vino feliz para encontrarse que la familia que siempre imaginó tener no existía. Sus padres le ocultaron su separación y se convirtieron en unos extraños que distaban demasiado de los que ella creía conocer. No tiene amigos, se siente sola. Los comentarios de su padre sobre su peso la hicieron ponerse a dieta y bajó en un año de 65 a 46 kilos. Según Paula el origen de sus malestares se encuentra en el sentimiento de exclusión de su familia. Su madre, preocupada por su bajada de peso y desmayos la llevó al médico. Ella accedió, sentía que necesitaba ayuda. Rápidamente la derivan a un servicio público especializado en TCA donde desde hace 10 meses se encuentra en tratamiento ambulatorio por anorexia nerviosa. Ya ha engordado más de 10 kilos, está cambiando sus restricciones por atracones.

Rosa tiene 16 años y es angoleña. Su familia emigró a España cuando ella tenía dos años y aquí creció junto a sus tres hermanos en un ambiente católico de clase media. Siempre se sintió diferente dentro de su familia, diferente también de los otros niños a los que intentaba ganarse siempre con su sonrisa. Los comentarios de éstos sobre su cuerpo –especialmente su culo- y una ruptura sentimental en la que su pareja comenzó a salir con una chica delgada, alejada de su constitución de negra, la animaron a adelgazar. Comenzó vomitando tras verlo en una famosa serie de televisión, siguió restringiendo y llegó a los 39 kilos. Los profesores en su escuela advirtieron sus frecuentes idas al baño y su bajada de peso y contactaron con sus padres. La ingresaron en una unidad especializada en TCA y fue diagnosticada de anorexia nerviosa. A pesar de

VI. Notas biográficas

aprender durante el internamiento nuevos trucos para seguir adelgazando, ahora se encuentra mejor y ha vuelto a comer.

Soledad es una mujer peruana de 39 años criada en una familia católica de clase media alta en la capital, Lima. Tiene un hermano y una hermana. A diferencia de las demás inmigrantes, la relación particular de Soledad con la comida no comenzaron en su adolescencia sino más tarde. Pasados los 30 años, tras regresar de realizar un trabajo en provincias donde ganó algo de peso, hizo su primera dieta tras la que recibió comentarios positivos sobre su cuerpo. Pero los problemas llegaron años más tarde, cuando pierde su trabajo en Perú. Soledad, que había sido hasta entonces económicamente independiente, tuvo que marchar a vivir con su hermana al tiempo que sufrió la pérdida de su madre y se enfrentó al final de una relación sentimental. Dejó de comer y comenzó a correr varias horas al día, hasta bajar a los 43 kilos. Con estudios universitarios, llegó a España hace cuatro años sintiéndose “extraditada” de su país por no poder conseguir un puesto de trabajo. En Perú sintió que necesitaba ayuda médica pero no supo donde acudir. Allí, cuenta, no se conocen estos problemas. En España fue lo primero que hizo. Ha estado en tratamiento en un centro de asistencia para extranjeros, donde la han diagnosticado de anorexia y bulimia. Hoy está ganando peso y se encuentra mucho mejor.

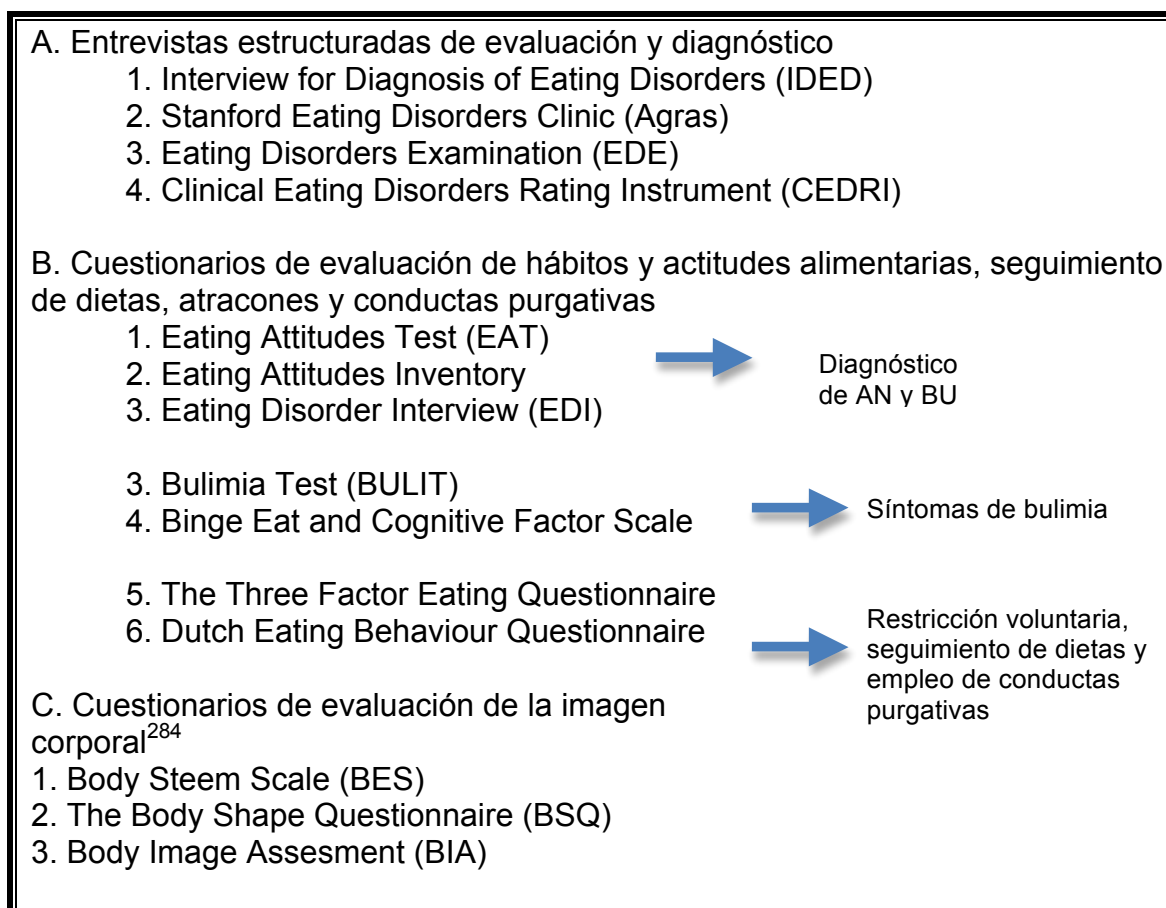
Tara nació en Perú y tiene 15 años. Llegó a España con tan solo un año de edad adoptada por una familia española de clase media y criándose junto a su hermana y hermano -éste último también peruano-. No tiene amigos y se siente sola, diferente, dentro de la familia, de la escuela. Tara nunca ha tenido sobrepeso y tampoco se ha sentido gorda. No ha tenido conflictos con su cuerpo. Se deprimió y tras sentirse muy llena después de una semana de festividad en la que comió mucho quiso darse un descanso. Al principio restringió comida, poco a poco dejó de comer hasta llegar a los 36 kilos. Su

madre, profesional de la salud mental detectó sus prácticas alimentarias y la puso en manos de un equipo especializado en TCA del sistema sanitario público. Tara estuvo ingresada durante casi dos meses con el diagnóstico de anorexia nerviosa. Ha recuperado algo de peso pero sigue en tratamiento, no cree que esté enferma.

Vicky es argentina, tiene 27 años y creció en Buenos Aires en una familia de clase media alta junto a su padre, madre y hermana. Su madre es judía y Vicky ha recibido parte de su educación en un centro judío. Llegó a España hace 4 años, Barcelona había quedado en su imaginario como la ciudad de sus sueños tras un viaje a Europa, pero también lo hizo para escapar de una relación familiar que la asfixiaba. Consiguiendo legalizar su situación en España unos meses después de su llegada, Vicky cuenta que el comienzo de sus problemas con la comida se dio cuando, en su adolescencia, varios médicos le recomendaron adelgazar para mejorar ciertas condiciones de salud. Entonces se enganchó a las dietas. Además, recuerda que el ambiente en casa era “enfermo” porque su padre le decía que estaba gorda y juntos hacían competiciones para adelgazar. Después de las dietas llegó la restricción, y tras el trauma que vivió por la separación de sus padres llegaron los vómitos. Su peso ha oscilado desde los 45 a los 62 kilos. Para Vicky el cuerpo tiene que ver con lo que socialmente es agradable. Comienza a ir a psicólogos y nutricionistas en Argentina y ha estado tratada por equipos especializados en TCA tanto en España como en su país de origen. Actualmente está dejando de ir al hospital de día, se visita con una psicóloga privada y participa en una asociación de ayuda mutua. Tiene un diagnóstico de anorexia nerviosa.

VII. ANEXOS

ANEXO I. TEST PSICOLÓGICOS ESTANDARIZADOS APLICADOS PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)



Fuente: Elaboración propia a partir de BAILLÈS, E. (Dir.) (2009), *Manual de preparación para la prueba PIR. Volumen I: Psicología clínica, evaluación y diagnóstico, evaluación y diagnóstico infantil*, Ibacs formació.

* En el manual de psicología consultado para la elaboración del cuadro mostrado los TCA se definen como trastornos multicausados por factores genéticos, biológicos, psicológicos y relacionados con la percepción de la imagen corporal. Los factores sociales o culturales no son ni siquiera mencionados.

²⁸⁴ La psicología entiende la imagen corporal como la representación mental y/o actitud que se tiene respecto a la apariencia física del cuerpo y la silueta que cuenta con dos dimensiones: perceptiva y cognitiva/afectiva.

ANEXO II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TCA

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Fuente: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (4ª ed.), Washington DC.

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Fuente: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (4ª ed.), Washington DC.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. **Trastorno por atracón:** se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (ver criterios sugeridos).

Fuente: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (4ª ed.), Washington DC.

Criterios de investigación para el trastorno por atracón

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

(1) ingesta, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares

(2) sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo)

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) ingesta mucho más rápida de lo normal

(2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno

(3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre

(4) comer a solas para esconder su voracidad (5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Fuente: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (4ª ed.), Washington DC.

Nota: El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, excepto en lo que hace referencia a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia del DSM-IV, que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la CIE-10, por su parte, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

ANEXO III.

TABLA DE CÓDIGOS UTILIZADOS

Centros de asistencia en TCA	
HP1-6	Hospital de la red de asistencia pública Madrid
HP2-3-4-5	Hospital de la red de asistencia pública de Barcelona
CC1-2	Clínica privada para la asistencia en TCA
Tipo de profesional	
PSP	Profesional sanitario Psiquiatra
PSPC	Profesional sanitario Psicólogo/a
PSE	Profesional sanitario Enfermera

CUADRO DE INFORMANTES

Inmigrantes	Procedencia	Edad
Ángela	Colombia	17
Carolina	Ecuador	17
Cecilia	Argentina	29
Claudia	Colombia	18
Ester	Ecuador	15
Gabriela	Uruguay	43
Gisela	Brasil	47
Heydee	Ecuador	12
Isabel	Bolivia	15
Jessica	Colombia	16
Julieth	Ecuador	16
Karima	Marruecos	19
Marcelo	Argentina	54
Marcia	Brasil	19
Nicoleta	Rumana	16
Nieves	Ecuador	17
Paula	Perú	16
Rosa	Angola	16
Soledad	Perú	39
Tara	Perú	15
Vicky	Argentina	27

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Abou-Saleh, MT., Youmis, Y. y Karim, L. (1998). "Anorexia nervosa in an Arab culture". *International Journal of Eating Disorders*, 30: 259-268.
- Aleu, MJ. (2001). "Ni de aquí ni de allá". En Lasala M. y Ferrer N. (comps.) *Identidad y Extrañeza: lo Extranjero*. Barcelona: Apertura Estudio e Investigación en Psicoanálisis/Invenció psicoanalítica.
- Allué, M. (1996). *Perder la piel*. Barcelona: Seix Barral.
- Allué, X. (2003). "La competencia cultural de los médicos de Asistencia Primaria". *XV Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria*. Peñíscola, 22 y 23 de mayo de 2003.
- Almenara, CA. (2006). *Análisis histórico crítico de la anorexia y la bulimia nerviosas*, Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). [Online] Disponible en www.universia.es
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2006). www.unhcr.org
- Appadurai, A. (1991). *Modernity at large. Cultural dimensions of globalization*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4ª ed.) Washington DC.
- Andrade, L. (1995). *Aproximación a un modelo estructural de los factores etiopatogénicos de la anorexia nerviosa*. Tesis de maestría, Universidad Simón Bolívar, Venezuela.
- Ángel, LA., Vázquez, R., Chavarro K., Martínez LM. y García J. (2001). "Prevalencia de TCA en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre julio de 1994 y diciembre de 1995". *Acta Médica de Colombia*, 22(3): 111-119.

VIII. Bibliografía

- Arthur, M. y Osorio, C. (2002). *Revisión de la literatura: Saúde Sexual e Reprodutiva, DTS, HIV/SIDA*. Mozambique: FNUAP
- Atxotegui, J. (2000). "Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial". En Perdiguero, E. y Comelles, JM. (eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Atxotegui, J. (2002). *Depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Balanzó, X., Faixedas MT. y Guayta R. (2003). *Els immigrants i la seva salut. Quaderns de la bona praxis 16*. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- Ballot NS., Delaney NE., Erskine PJ., Langridger PJ., Smit K., van Niekerk MS, Winters ZE. y Wright NC. (1981). Anorexia nervosa: A prevalence study. *South African Medical Journal*, 59:992-993.
- Barth, F. (1969). *Ethnic groups and boundaries: the social organization of culture difference*. Boston: Little Brown.
- Barriguete, MJA. (2003). "Culturas distintas. Modelo intercultural para la observación de conductas, prevención y tratamiento de los trastornos de alimentación". En: Rojo, L. (ed.) *Anorexia nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*. Madrid: Ariel.
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1984 [1951]). *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Baz, M. (1999). "El cuerpo en la encrucijada". En: Carrizosa (comp.) *Cuerpo: significaciones e imaginarios*. México: UAM-X, CSH, Dpto. de Educación y Comunicación.
- Becker, HS. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris: Métailié.
- Bell, R. (1987). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bello N. y Dibella C. (1996). *Anorexia y bulimia nerviosa*. Tesis de grado, Universidad Católica Andrés Bello, Venezuela.
- Bennett, D., Sharpe, M., Freeman, C. y Carson, A. (2004). "Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana". *British Journal of Psychiatry*, 185: 312-7.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bernal M. (2003). "Good practices in mental health and social care provision for refugees and asylum seekers. Report on Spain". En Watters, C. y Ingleby, D. *Good practice in mental health and social care for asylum seekers and refugees. Final Report*. [Online] Disponible en www.ercomer.org.
- Bernal, M. y Comelles, J.M. (2004). "Los trastornos mentales y los nuevos retos sociales: la inmigración". *Monografías de Psiquiatría*, N°3 Año XVI: 46-51.

- Basch, L., Glick, N. y Szanton C. (2003, [1994]). *Nations unbound. Transnational projects, postcolonial predicaments and deterritorialized nation-states*. London: Routledge.
- Bertrán, M. (2005). *Cambio alimentario e identidad de los indígenas mexicanos*. México: UNAM, Programa Universitario México Nación Multicultural, Publicaciones y fomento editorial.
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Bhadrinath, BR. (1990). "Anorexia nervosa in adolescents of Asian extraction". *British Journal of Psychiatry*, 156:565-68.
- Bhugra, D. (2004). "Migration, distress and cultural identity". *British Medical Bulletin*, 69(1): 129-141.
- Bhugra, D., Mastrogianni, A., Maharajh H., y Harvey, S. (2003). "Prevalence of Bulimic Behaviours and Eating Attitudes in Schoolgirls from Trinidad and Barbados". *Transcultural Psychiatry*, 40(3): 409-428.
- Bhugra, D. y Arya, P. (2005). "Ethnic density, cultural congruity and mental illness in migrants". *International Review of Psychiatry*, 17(2): 133-137.
- Bijl, RV., Ravelli, A. y van Zessen, G. (1998). "Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and incidence study (NEMESIS)". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 587-95.
- Binitie, A., Osaghae y Akenzua, OA. (2000), "A case report of anorexia nervosa". *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 29(2): 175-7.
- Boia, L. (2003). *La Roumanie. Un pays à la frontière de l'Europe*. Paris: Les Belles Letres.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and The Body*. San Francisco: University of California Press.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Los criterios sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brenner, J. (2003). "Transnational feminism and the struggle for global justice". *New Politics*, 9(2): 78-87.
- Brettel, C. y Hollifield, J. (eds.) (2000). *Migration theory: talking across disciplines*. London: Routledge.
- Brigidi, S. (2010). *Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova*. Tesis doctoral, Universitat Rovira y Virgili, Tarragona.
- Brotherton, D. y Barrios, L. (2004). *The Almighty Latin King and Queen Nation. Street politics and the transformation of a New York City gang*. Columbia University Press.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge and Kegan Paul.

VIII. Bibliografía

- Bruch, H. (1978). *The golden Cage: The Enigma of Anorexia Nerviosa*. New York: Vintage.
- Bruch, (1988). *Conversations with anorexics*. New York: Basic Books.
- Brumberg, J.J. (2000). *Fasting Girls: The emergence of Anorexia Nervosa as a Moderns Disease*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bryceson, D. y Vuorela, U. (2002). *The transnational family new European frontiers and global networks*. Oxford: University Press.
- Buchan T. y Gregory LD. (1984). "Anorexia nervosa in Black Zimbabwean". *British Journal of Psychiatry*, 145: 326-30.
- Bulik, C., Sullivan P., Wade T., y Kendler K. (2000). "Twin studies of eating disorders: a review". *International Journal of eating disorders*, 27, :1-20.
- Bulik, C. (2001). "Eating disorders: integrating nature and nurture through the study of twins". En: Nasser, M., Katzman, M. y Gordon, RA. (eds.) (2001). *Eating disorders and cultures in transition*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Bushnell, JA., Wells, JE., Hornblow, AR., Oakley-Browne, MA. y Joyce, P. (1990). "Prevalence of three bulimia syndromes in the general population". *Psychological Medicine*, 20: 671-80.
- Bynum, CW. (1987). *Holy Feast and Holy Fast: The Religious significance of Food to Medieval Women*. University of California Press.
- Cachelin FM., Phinney JS., Schug, RA. y Striegel-Moore, R. (2006). "Acculturation and eating disorders in a Mexican American community sample". *Psychology of Women Quarterly*, 30: 340-47.
- Cachelin, FM., Rebeck, R, Veisel, C. y Striegel-Moore RH. (2001). "Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women". *International Journal of Eating Disorders*, 30 (3): 269-278.
- Cahill, S. (1993). *Transcendence and divine passion: the queen mother of the west in Medieval China*. Stanford University Press.
- Carmona, S. (2007). *Ellas salen, nosotras salimos. De la situación de la mujer marroquí y su sexualidad a la prostitución en las calles de Casablanca*. Barcelona: Icaria.
- Canals, J. (2003). "Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: Reciprocidades, identidades y dependencias". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(1): 71-81.
- Casadó, L. (2008). "Cuando de la herida emana lo que de la boca es silenciado: símbolos y significados de las prácticas autolesivas entre los jóvenes". En Romaní, O., Larrea, C. y Fernandez, J. (coords.) *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de la teoría a las prácticas académicas y profesionales*. Volumen 2, San Sebastián.
- Castel, F., Castel, R. y Lovell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona: Anagrama.

- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.
- Castell, M. (1996). *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. Madrid: Alianza.
- Castles, S., y Kosack, G. (1984). *Trabajadores inmigrantes y estructura de clases en Europa Occidental*. México: FCE.
- Castles, S. y Milles, MJ. (1993). *The age of migration: international population movements in the modern world*. London: Macmillan.
- Catina, J., Boyadjieva, S. y Bergner, M. (1996). "Social context, gender identity and eating disorders in West and East of Europe: preliminary results of a comparative study". *European Review on Eating Disorders*, 4, 150-7.
- Catina, J. (2001). "Emerging markets, submerging women". En: Nasser, M., Katzman, M. y Gordon, R.A. (eds.) (2001). *Eating disorders and cultures in transition*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Ceinos, P. (2006). *Historia breve de China*. Madrid: Silex Ediciones.
- Chan, Z. y Ma, J. (2003). "Anorexic Body: A Qualitative Study", *Forum: Qualitative Social Research (On-line Journal)*, 4(1). [Online] Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-03/1-03chanma-e.htm>
- Chen, H. y Jackson, T. (2008). "Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China". *European Eating Disorders Review*, 16(5): 375-85.
- Chernin, K. (1981). *The obsession: Reflections of the tyranny of slenderness*. New York: Harper & Row.
- Chernin, K. (1985). *The hungry self: Women, Eating and Identity*. New York: Harper & Row.
- Chun *et al.* (1992). "The prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among Freshman medical college students in China". *International Journal of Eating Disorders*, 12: 209-14.
- Cohen, R. (ed.). 1995. *The Cambridge Survey of World Migration*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Colectivo IOÉ (2005a). "Ciudadanos o intrusos: la opinion pública española ante los inmigrantes". *Papeles de economía española*, 104:194-209.
- Colectivo IOÉ (2005b). *Inmigración y vivienda en España*. Madrid: Observatorio Permanente de la Inmigración.
- Colectivo IOÉ (2008a). *Inmigrantes, nuevos ciudadanos*. Madrid: FUNCAS.
- Colectivo IOÉ (2008b). "Barómetro social de España: nuevos indicadores sobre la evolución del país". *Papeles de economía española*, 101:165-85.
- Collazos, F. (2004). "La salud mental desde el dispositivo hospitalario". Ponencia del *Workshop internacional. Migraciones, interculturalidad y salud. IV Coloquio de la red latina de antropología médica (REDAM)*, Murcia.

VIII. Bibliografía

- Comelles, Josep M, L Mascarella, F Bardají y X Allué (2000). "Some health care experiences of foreign migrants in Spain". En P Vulpiani, JM Comelles y E van Dongen (eds) *Health for all, all in Health. European experiences on health care for migrants*. Perugia: Cidis/ Alisei.
- Comelles, JM. y Bernal, M. (2007). "El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España". *Humanitas, Humanidades Médicas, Tema del mes on-line* 13:1-17.
- Comelles, JM. y Bernal, M. (2008). *Salud mental, diversidad y cultura*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Comelles, JM., Allué, X., Bernal, M., Fernández-Rufete, J. y Mascarella, L. (comps.) (2010a). *Migraciones y salud*. Tarragona: Publicacions URV.
- Comelles, JM. (2010b). "The beast in me. The evolution of mad bodies in contemporary Europe". Ponencia en el VI Congress Medical Anthropology at Home, 7-9 Mayo, París.
- Contreras, J. y Gracia, M. (2005). *Alimentación y Cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Conrad, P. (1992). "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- Cordella, P. (2006). "Program of eating disorders in Chilean adolescents and young adults: six months outcome". *Revista Médica de Chile*, 134(8): 973-80.
- Costa, P. y Pérez, JM. (1996). *Tribus urbanas*. Barcelona: Paidós.
- Counihan, C.M. (1999). *The anthropology of food and body. Gender, meaning and power*. London: Routledge.
- Counihan, CM. y Kaplan, SL. (1998). *Food and Gender. Identity and Power*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Coveney, J. (1999). "The government of the table: Nutrition Expertise and the Social Organisation of Family Food Habits". En Germov, J. y Williams, L. (eds.) *A sociology of food and nutrition. The social appetite*. Oxford: Oxford University Press.
- Crago, M., Shisslack, CM. y Estes, LS. (1996). "Eating disturbances among American minority groups: a review". *International Journal of Eating Disorders*, 19(3): 239-48.
- Crisp, AH. (1977). "The differential diagnosis of anorexia nervosa". *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 70(10): 686-90.
- Crivillés i Graus, MC. (2009). "Fictional Images of anorexia and culture-bounds and bodily-gendered disorders", Ponencia en IX Coloquio de la REDAM *Alimentación, Cultura y Salud*, Tarragona.
- Davis, C. y Yager, J. (1992). "Transcultural aspects of eating disorders". *Culture, medicine and Psychiatry*, 16(3): 377-94.
- Darmon, M. (2003). *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. Paris: Éditions

- La Découverte.
- de Carvalho, A. (2007). *Africa21, Revista Digital*.
- de Castro, Josué (1951). *Geopolitics of hunger*. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil.
- de Garine, I. (1995). "Sociocultural aspects of the Male Fattening Sessions among the Massa of Northern Cameroon". En De Garine, I. y Pollock, NJ. (eds). *Social aspects of obesity*. Amsterdam: Gordon and Breach Publishers.
- de Queiroz, M. (2007). "Angola-Mozambique: mujeres, la desigualdad tiene fronteras". *Gloobal Hoy 9*, IPS Noticias.
- Denzin N. y Lincoln YS. (2005). *The sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman, A. (1995). *World Mental Health. Problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford university Press.
- Devereaux, G. (1955). *Basic problems in Ethnopsychiatry*. Chicago: University of Chicago Press.
- Devereaux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- Di Nicola, VF. (1990). "Anorexia multiforme: self-starvation in historical and cultural context. Part I: Self-starvation as a historical chameleon". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27: 165-196.
- Di Nicola, VF. (1990). "Anorexia multiforme: self-starvation in historical and cultural context. Part II: Anorexia nervosa as a culture-reactive syndrome". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27: 245-286.
- Di Nicola, VF. y Nasser, M. (2001). "Changing bodies, changing cultures: An intercultural dialogue on the body as the final frontier", en Nasser, M., Katzman, M. y Gordon, RA. (eds.) (2001). *Eating disorders and cultures in transition*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Dolan, B., Lacey JH. y Evans, C. (1990). "Eating behaviour and attitudes to weight and shape in British women from three ethnic groups". *British Journal of Psychiatry*, 157:523-8.
- Douglas, M. (1978). *Símbolos naturales*. Madrid: Alienza.
- Đuric Kuzmanovic, T. y Dokmanovic, M. (2004). "The enlarged EU and its agenda for a wider Europe: What considerations for gender equality? EU neighbouring countries: the Western Balkans", *WIDE, Women in Development Europe*. [Online] Disponible en: <http://www.wide-network.org/index.jsp?id=365>.
- Eapen, V., Mabrouk, AA. y Bin-Othman, S. (2006). "Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates". *Eating Behaviors*, 7(1): 53-60.

VIII. Bibliografía

- Eddy, KT., Hennessy, M. y Thompson-Brenner, H. (2007). "Eating pathology in East African women: the role of media exposure and globalization". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3): 196-202.
- Emmons, L. (1992). "Dieting and purging behaviour in black and white high school students". *Journal of the American Dietetic Association*, 92(3): 306-12.
- Eskildsen, S. (1998). *Ascetism in early Taoist religion*. New York: State University of New York Press.
- Espeitx, E. (2002). "El hambre autoinducido. Lugar de encuentro entre lo biológico, lo psicológico, social y cultural". Ponencia en el IX Congrés d'Antropologia FAAEE, Barcelona.
- Esteban, M.L. (2004), *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- Fahy TA., Robinson PH, Russell FM. y Sheinman B. (1988). "Anorexia nervosa following torture in a young African woman". *British Journal of Psychiatry*, 153: 385-387.
- Fairbun, CG. y Beglin, SJ. (1990). "Studies of the epidemiology of bulimia nervosa". *American Psychiatry*, 147: 401-408.
- Falk, ME. (2004). "La apertura de China y Japón en el siglo XIX". *México y la Cuenca del Pacífico*, 7(21): 18-29.
- Famuyiwa, OO. (1988). "Anorexia nervosa in two Nigerians". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(5): 550-54.
- Favaro, A., Ferrara, S. y Santonastaso, P. (2003). "The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample". *Psychosomatic Medicine*, 65(4): 701-8.
- Featherstone, M., Hepworth, M. y Turner, BS. (eds.) (1991). *The body. Social Process and Cultural Theory*. London: Sage Publications.
- Fernández, F. y Turón, V. (1998). *Trastornos del comportamiento alimentario: Manual para Tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Fernández-Rufete, J. y Rico, JI. (2005). "Los dominios simbólicos de la inmigración. La dialéctica entre las demandas de atención sociosanitaria y la estructura de dispositivos asistenciales en el caso de los inmigrantes ecuatorianos en la Región de Murcia." En Fernández-Rufete, J. y García, M. (eds.) *Movimientos Migratorios Contemporáneos*. Murcia: Quaderna.
- Ferri, Ll. (2006). *Memòria del fred: cròniques d'una transició*. Barcelona: Empúries.
- Finol, JE. (2001). "De niña a mujer... el rito de pasaje en la sociedad contemporánea", *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 17. Universidad Nacional de Jujuy, Argentina.
- Ford, KA., Dolan, BM. y Evans, C. (1990). "Cultural factors in the eating disorders: a study of body shape preferences". *Journal of Psychosomatic Research*, 34(5): 501-7.

- Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (1997). *Informe sobre la inmigración y el asilo en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité, tome 1: La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1988). "Technologies of the self". En: Martin, LH., Gutman, H. y Hutton, PH. (eds.) *Technologies of the self*. Amherst: University of Massachusetts Press.
- Frost, L. (2005). "Theorizing the young women in the body". *Body & Society*, 11(1): 63-85.
- Furnham, A. y Adam-Saib, S. (2001). "Abnormal eating attitudes and behaviours and perceived parental control: a study of white british and british-asian school girls". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(9): 462-70.
- Gailly, A. (2009). "La atención sensible a la cultura". En Comelles, JM., Allué, X., Bernal, M., Fernández-Rufete, J. y Mascarella, L. (comps.) (2010). *Migraciones y salud*. Tarragona: Publicacions URV.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A.R. y Muñoz, P.E. (2004). "Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid". [Online] Disponible en: www.psiquiatria.com, 8 (2).
- García, I. (2004). "Procesos migratorios y dinámicas familiares". *VI Congreso Vasco de Sociología*, febrero de 2004, Bilbao.
- García Canclini, N. (1990). *Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo.
- García-Campayo, J. y Sanz Carrillo, C. (2002). "Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío". *Medicina Clínica*, 118: 187-91.
- Gard, M. y Freeman, C. (1996). "The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status". *International Journal of Eating Disorders*, 20: 1-12.
- Garfinkel, PE. y Garner, DM. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garfinkel, PE., Lin, E., Goering, P et al. (1995). "Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison subgroups". *American Journal of Psychiatry*, 152: 1052-8.
- Garfinkel, PE., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, DS. y Kennedy, S. (1996). "Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample". *British Journal of Psychiatry*, 168: 500-6.
- Garner, DM. y Garfinkel, PE. (1980). "Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa". *Psychological Medicine*, 10(4): 647-56.

VIII. Bibliografía

- Gentile, K. (2007). "It doesn't happen here: eating disorders in an ethnically diverse sample of economically disadvantaged urban college students". *Eating disorders*, 15(5): 405-25."
- Germov, J. y Williams, L. (eds.) (1999). *A sociology of food and nutrition. The social appetite*, Oxford University Press
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the late Modern Age*. Stanford University Press.
- Goffman, E. (1970 [1961]). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- González, MJ. (2009). *Tengo miedo de decir a mi marido que tengo xipongwana*. Tesis doctoral, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.
- González, M. y Marrodán, M.D. (2003). *Crecimiento y dieta: hábitos de los jóvenes españoles*. Madrid: SM, DL.
- Gooldin, S. (2003). "Fasting women, living skeletons and hunger artists: Spectacles of body and miracles at the turn of a century". *Body & society*, 9(2): 27-53.
- Gordon, RA. (2000). *Anorexia y bulimina. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Ariel.
- Gotman, A. (1999). "Géographies familiales, migrations et générations". En Bonvalet, C. y Grafmeyer, Y. (eds.). *La famille et ses proches: L'aménagement des territoires*. Paris: PUF/INED.
- Gracia, M. (1996). *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.
- Gracia, M. (2002). "Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: La construcción social de la anorexia nerviosa". En Gracia (ed.). *Somos lo que comemos*. Barcelona: Ariel.
- Gracia, M. (2003). "Menjar molt, menjar poc, no menjar: raons culturals per a l'anorexia nervosa". En Isoletta (coord.). *L'anorèxia com a símptoma social*. Barcelona: Edicions Experiencia.
- Gracia, M. (2005). "Género, dieting y salud: un análisis transcultural de los trastornos alimentarios entre mujeres". Madrid: Instituto de la Mujer.
- Gracia, M. (2009). "Learning to eat: The establishment of dietetic normality on eating disorders". *Food, culture and society. An International Journal of Multidisciplinary Research*, 12 (2): 191-215.
- Gracia, M. (2010a). "Fat bodies, thin bodies: Cultural, biomedical and market discourses on obesity". *Appetite*. Disponible on-line.
- Gracia, M. (2010b). "Joves grassos, pobres joves! Discriminació i resistència a l'entorn de l'obesitat". [En prensa] Observatori Català de la Joventut.

- Gracia, M. y Comelles, JM. (eds.) (2007). *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género*. Barcelona: Icaria.
- Graell, M. (2005). "Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes inmigrantes". *Ponencia en el V Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA)*, Zaragoza.
- Gremillion, H. (2005). "The cultural politics of body size". *The Annual Review of Anthropology*, 34, : 13-32.
- Gremillion, H. (2003). *Feeding anorexia. Gender and power at a treatment center*. Durham: Duke University Press.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria (2009). *Guía de práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Consumo, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guías de práctica Clínica del SNS: AATRM Núm 2006/05-01.
- Gunewardene, A., Huon, G. F. y Zheng, R. (2001). "Exposure to westernization and dieting: A cross-cultural study". *International Journal of Eating Disorders*, 29: 289-293.
- Gutiérrez, M. (2002) "Triangular Público, Doméstico y Privado, o ¿cómo negociar en pareja?" *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 99: 61-85.
- Habermas, T. (2005). "On the uses of history in psychiatry: Diagnostic Implications for Anorexia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders*, 38:167-182.
- Hacking, I. (2001). *La construcción social de qué?*. Barcelona: Paidós.
- Halmi, K. (1994). "Princess Margaret of Hungary 1242-1271". *American Journal of Psychiatry*, 151(8): 1216.
- Haro, JA. (2007). "Etnicidad, raza y salud: apuntes sobre una relación controvertida desde la óptica de una epidemiología sociocultural". *Seminario Permanente de Antropología Médica*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Hay, PJ., Mond, J., Buttner, P. y Darby, A. (2008). "Eating disorder behaviours are increasing; findings from two sequential community surveys in South Australia". *PLoS ONE*, 3(2):e1541. [Online] Disponible en: www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0001541
- Hepworth, J. (1999). *The social constructions of anorexia nervosa*. Gran Bretaña: Sage Publications.
- Hoek, HV. y van Hoeken, D. (2003). "Review of prevalence and incidence of eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 34(4): 383-96.
- Hoek, HV. (2006). "Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders". *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4): 389-94.

VIII. Bibliografía

- Hölling, y Schlack, R. (2007). "Eating disorder in children and adolescents. First result of the German Health Interview and Examination Survey for children and adolescents". *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsforschung*, 50(5-6):794-9.
- Hsu, LK. (1996). "Epidemiology of the eating disorder". *Psychiatric Clinics of North America*, 19: 681-700.
- Hudson, JL., Hiripi, E., Pope Jr HG. y Kessler, RC. (2007). "The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Biological Psychiatry*, 61: 348-58.
- Human Rights Watch (2007). "Angola: miles de desalojos forzados tras el auge de posguerra". [Online] Disponible en: www.hrw.org.
- Humphrey, TA. y Ricciardelli, LA. (2004). "The development of eating pathology in Chinese-Australian women: Acculturation versus Culture Clash". *International Journal of Eating Disorders*, 35: 579-588.
- Ianni, O. (1998). *La Sociedad Global*. México: Siglo XXI.
- Ingleby, D. (ed.) (2004). *Critical psychiatry: the politics of mental health*. London: Free Association Books.
- Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es
- Institutul National de Statistica, (2002). www.recensamant.ro, Rumanía.
- International Office for Migration. www.iom.int
- Isoletta, S. (coord.) (2003). *L'anorèxia com a símptoma social*. Barcelona: Ediciones Experiencia.
- Iyer, DS. y Haslam, N. (2003). "Body image and eating disturbance among south Asian-American women: the role of racial teasing". *International Journal of Eating Disorders*, 34(1): 142-7.
- Izquierdo, MJ. (1998). *El malestar en la desigualdad*. Madrid: Cátedra.
- Izquierdo, A., López de Lera, D. y Martínez, R. (2002). "Los preferidos del siglo XXI: la inmigración latinoamericana en España". En García FJ. y Muriel C. (eds.). *La inmigración en España: contextos y alternativas*. III Congreso sobre la inmigración de España. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales.
- Jackson, RT., Rashed, M. y Saad-Eldin, R. (2003). "Rural and urban differences in weight, body image, and dieting behaviour among adolescence Egyptian schoolgirls". *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 54(1): 1-11.
- Jackson, T. y Chen, H. (2008). "Predicting changes in eating disorder symptoms among adolescents in China: an 18-month prospective study". *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4): 874-85.
- Jaggar, A. (1984). "Human biology in feminist theory: sexual equality reconsidered". En Gould C. (eds.) *Beyond domination*. New Jersey: Rowman and Allenhend.

- Janout, V. y Janoutová, G. (2004). "Eating disorders risk group in Czech Republic: cross-sectional epidemiologic pilot study". *Biomedical papers of the Medical Faculty of the Universiti Palacky*, 148(2): 189-93.
- Jaquette, JS. (Ed.) (1989). *The women's movement in Latin America. Feminism and the Transition to Democracy*. Boston: Unwin Hyman.
- Jarné, FR. (2005). "TCA en población inmigrante magrebí". Ponencia en el V Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA), Zaragoza.
- Joja, O. y Vasilescu, PI. (1998). Body dissatisfaction and self-esteem
- Jones, DJ., Fox MM., Babigian, HM. y Hutton, HE. (1980). "Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960-1976". *Psychosomatic Medicine*, 42(6): 551-8.
- Juliano, MD. (1986). "Cultura popular". *Cuadernos A de Antropología*, 6.
- Karan, PP. (2004). *The non-western world: environment, development and human rights*. New York: Routledge.
- Katzman, M. y Lee, S. (1997). "Beyond body image: The integration of Feminist and Transcultural Theories in the Understanding of Self-Starvation". *International Journal of Eating Disorders*, 22: 385-394.
- Kaw, E. (1998). "Medicalization of Racial Features: Asian-American Women and Plastic Surgery". En Weitz R. (ed.) *The Politics of Women's Bodies: Sexuality, Appearance and Behaviour*. Oxford: Oxford University Press.
- Kayano M., Yoshiuchi, K., Al-Adawi, S., Viernes, N. Dorvio, AS., Kumano, H., Kuboki, T. y Akabayashi, A. (2008). "Eating attitudes and body dissatisfaction in adolescents: cross-cultural study". *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1): 17-25.
- Keel, P. y Klump, K. (2003). "Are eating disorders culture-bound Syndromes? Implications for conceptualizing their etiology". *Psychological Bulletin*, 129 (5): 747-769.
- Kendler, KS., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. y Eaves, L. (1991). "The genetic epidemiology of bulimia nervosa". *American Journal of Psychiatry*, 148: 1627-37.
- Khandelwal, S. K., Sharan, P., y Saxena, S. (1995). "Eating disorders: An Indian perspective". *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 132-146.
- King, MB y Bhugra, D. (1989). "Eating disorders: lessons from a cross-cultural study". *Psychological Medicine*, 19(4): 955-8.
- King, R. (2002). "Towards a New Map of European Migration". *International Journal of Population Geography*, 8: 89-106.
- Kinzl, JF., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B. y Biebl, W. (1999). "Binge Eating disorder in males: a population-based investigation". *Eating and Weight Disorders*, 4: 169-74.

VIII. Bibliografía

- Klawe, J.J., Szady-Grad, M., Drzewiecka, B. y Tafil-KLawe, M. (2003). "Eating disorder among students of the Medical University in Bydgoszcz". *Przegląd lekarski*, 6: 40-2.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Knibielher, Y. y Fouquet, C. (1983). *La femme et les medecins*. París, Hachette.
- Kovács, T. (2007). "Prevalence of eating disorders in the cultural context of the Romanian majority and the Hungarian minority in Romania". *Psychiatr Hung*, 22(5): 390-6.
- Lake, A.J., Staiger, P.K. y Glowinsky, H. (2000). "Effect of western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape". *International Journal of Eating Disorders*, 27: 83-89.
- Latzer, Y., Vander, S. y Gilat, I. (2008). "Socio-demographic characteristics of eating disorder patients in an outpatient clinic: a descriptive epidemiological study". *European Eating Disorders Review*, 16(2): 139-46.
- Latzer, Y., Witztum, E. y Stein, D. (2008). "Eating disorders and disordered eating in Israel: an updated review". *European Eating Disorders Review*, 16(5): 361-74.
- Le Grange, D., Tibbs, J. y Selibowitz, J. (1995). "Eating attitudes, body shape, and self-disclosure in a community sample of adolescent girls and boys". *Eating disorders*, 3: 253-264.
- Le Grange, D., Telch, C.F. y Tibbs, J. (1998). "Eating attitudes and behaviours in 1.435 South African Caucasian and non-Caucasian college students". *American Journal of Psychiatry*, 155: 250-254.
- Le Grange, D., Louw, J, Breen, A. y Katzman, M.A. (2004), "The meaning of self-starvation in impoverished Black adolescents in South Africa". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(4): 439-61.
- Leclerc-Madlala, S. (2002). "On the virgin cleansing myth: gendered bodies, AIDS and ethnomedicine". *African Journal of Aids Research*, 1(2):87-95.
- Lee, H.Y., Lee, E.L., Pathy, P. y Chan, E.H. (2005). "Anorexia nervosa in Singapore: an eight year retrospective study". *Singapore Medical Journal*, 46(6): 275-81.
- Lee, S. (1993). "How abnormal is the desire for slimness: A survey of eating attitudes and behaviour among Chinese undergraduates in Hong Kong". *Psychological Medicine*, 23(2): 437-51.
- Lee, S., Ho, T.P. y Hsu, L.K.G. (1993). "Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong". *Psychological Medicine*, 23: 999-1017.
- Lee, S., Lee, A.M. y Leung, T. (1998). "Cross-cultural validity of the Eating Disorder Inventory: a study of Chinese patients with eating disorder in Hong Kong". *International Journal of Eating Disorders*, 23(2): 177-88.

- Lee, S. y Lee, A. (2000). "Disordered eating in three communities of China: A comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen, and Rural Hunan". *International Journal of Eating Disorders*, 27: 317-327.
- Lee, S., Lee, A.M., Ngai, E., Lee, D.T.S. y Wing, Y.K. (2001a). "Rationales of food refusal among Chinese patients with anorexia nervosa in Hong Kong". *International Journal of Eating Disorders*, 29: 224-229.
- Lee, S. (2001b). "Fat phobia in anorexia nervosa: whose obsession is it?" en Nasser M., Katzman M. y Gordon R.A. (eds), *Eating disorders and cultures in transition*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Leighton, K.M., y Millar, H.R. (1985). "Anorexia Nervosa in Glasgow". *Journal of Psychiatric Research*, 19: 167-170.
- Levitt, P. y Schiller, NG. (2004). "Transnational perspectives on migration: Conceptualizing Simultaneity". *International Migration Review*, 38(145): 595-629.
- Lin Yutang (2008; [1935]). *My country and my people*. Beijing: Foreign Language Teaching and Research Press.
- Littlewood, R. (2004). "Commentary: globalization, culture, body image and eating disorders". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28: 597-602.
- Lizcano, F. (2005). "Composición étnica de las tres áreas culturales del continente Americano al comienzo del siglo XXI". *Convergencia*, 38: 185-232.
- Lobo, A. (2005). "Los trastornos del comportamiento alimentario como paradigma de enfermedad psicosomática". Ponencia en el V Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA), Zaragoza.
- Lucas, AR., Beard, CM., O'Fallon WM. y Kurland LT. (1991). "50-years trends in incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A population based-study". *American Journal of Psychiatry*, 148: 917-22.
- Lukács-Márton R., Vásárhelyi E. y Szabó P. (2008). "Entrapped by the beauty industry: eating and body attitudes of those working in the beauty industry". *Psychiatria Hungarica*, 23(6): 455-63.
- Lupton, D. (1999). *Food, the body and the self*. London: Sage Publications.
- Lurbe I Puerto, K. (2005). *La enajenación de los otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y París*, Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona.
- MacSween, M. (1993). *Anorexic bodies: Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*. London: Routledge.
- Mammen, P., Russell, S. y Russell, PS. (2007). "Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbidity among children and adolescents". *Indian Pediatrics*, 44(5): 357-9.
- Mancilla-Díaz, JM., Perezbolde, VC., Franco, K., Vázquez, AR., López, Y. y Ocampo, MT. (2004). "Prevalence of eating disorders in México". *Featuring*

VIII. Bibliografía

- abstracts from the International conference on Eating Disorders, International Journal of Eating Disorders*, 35(4):489, abstract 262.
- Mancilla JM. y Gómez G. (eds.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: El Manual Moderno.
- Mareh, RD. y Willard, SG. (1996). "Anorexia nervosa in an African-American female of a lower socioeconomic background". *European Eating Disorders Review*, 4(2):95-99.
- Martín, R., García, R. y Aivar, M. (2009). *Guía clínica de atención primaria para trastornos de la conducta alimentaria*. Associació d'Infermeria Familiar y Comunitària de Catalunya.
- Martina, M. (2006). "Comportamientos alimentarios en adolescentes y jóvenes argentinos: factores de riesgo". En Mancilla JM. y Gómez G. (eds.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: El Manual Moderno.
- Martínez, A., Menéndez, D., Sánchez, M.J., Seoane, M. y Suárez, P. (2000). "Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria". *Atención Primaria*, 25 (5): 313-319.
- Martínez-Hernández, A. (2000a). "Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura". En Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- Martínez-Hernández, A. (2000b). *What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding*. Amsterdam: Harwood academic publishers.
- Martínez-Hernández, A. (2002). "El cuerpo imaginado de la modernidad". *Debats*, 8-17.
- Martínez-Hernández, A. (2006). "Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural". *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11): 2269-80.
- Martínez-Hernández, A. (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Rubí: Anthopos.
- Martínez-Hernández, A., Orobitg, G. y Comelles, J.M. (2000). "Antropología y Psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad". En González, E. y Comelles, J.M. (comp.). *Psiquiatría transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Martorell, MA., Comelles, JM. y Bernal, M. (eds.) (2009). *Antropología y enfermería. Campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés, II*. Tarragona: Publicacions URV.
- Maurer, D. y Sobal, J. (eds) (1995). *Eating agendas. Food and nutrition as social problems*. New York: Walter de Gruyter.
- Mauss, M. (1973 [1934]). "Techniques of the body". *Economy and Society*, 2(1): 70-88.

- McClelland, L. y Crisp, A. (2001). "Anorexia nervosa and social class". *International Journal of Eating Disorders*, 29: 150-6.
- Meehan, OL. y Katzman, MA. (2001). "Argentina: The social body at risk". En Nasser, M., Katzman, M. y Gordon, RA. (eds). *Eating disorders and cultures in transition*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Mendhekar, DN., Arora, K., Lohia, D., Aggarwal, A. y Jiloha, RC. (2009). "Anorexia nervosa: an Indian perspective". *The National Medical journal of India*, 22(4): 181-2.
- Mendieta, E. (2006). "Ni Orientalismo ni Occidentalismo. Edward W. Said y el Latinoamericanismo". *Tabula Rasa*, 5:67-83.
- Menéndez, E. (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En Basaglia, F. et al. (eds.). *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de salud*. México: Editorial Nueva Imagen.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.
- Menéndez, E. y Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.
- Menéndez, E. (2008). "Los otros y nosotros: La parte negada de la cultura". En Comelles, JM. y Bernal, M. (eds.). *Salud mental, diversidad y cultura*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Mental Disability Rights International (2010). "Psiquiátricos, el infierno continua". [Online] Disponible en: <http://www.mdri.org/mdriweb2008/pdfs/DERECHOS%20HUMANOS.pdf>.
- Meñaca, A. (2007). *Antropología, salud y migraciones. Procesos de autocuidado en familias migrantes ecuatorianas*. Tesis doctoral, Universitat Rovira y Virgili, Tarragona.
- Mernissi, F. (2001). *El harén en Occidente*. Madrid: Espasa Calpe.
- Ministerio de la Presidencia. *Barómetros de opinión* (varios años). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. *Anuario Estadístico de Extranjería* (varios años). Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Minuchin S., Rosman, BL. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Mitchel, JE. y Crow, S. (2006). "Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa". *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4): 438-43.
- Moller-Madsen, S. y Nystrup J. (1992). "Incidence of anorexia nervosa in Denmark". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86: 197-200.
- Morande G., Celada J. y Casas JJ. (1999). "Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population". *Journal of Adolescent Health*, 24(3): 212-9.

VIII. Bibliografía

- Moreno, JL (2005). "Los umbrales de entrada en los trastornos alimentarios para las clases populares". *Revista Española de Sociología* 5: 25-48.
- Moreno, JL. (2006). "De la excepcionalidad a la cronificación dulce". *Política y sociedad*, 43(3): 57-71.
- Moreno, FJ. (2010). "Políticas sanitarias y población inmigrante. Los casos de Reino Unido, Francia y España". Comelles, JM., Allué, X., Bernal, M., Fernández-Rufete, J. y Mascarella, L. (comps.) (2010). *Migraciones y salud*. Tarragona: Publicacions URV.
- Moreno, S., Ramírez L. y Yépez, M. (2001). "Autogestión afirmativa del bienestar saludable en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Medellín y del área metropolitana expuestas los TCA". Colombia: Universidad de Antioquia.
- Moro, MR. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*, Paris: Dunod.
- Mumford, DB. y Whitehouse, AM. (1988). "Increased prevalence of bulimia nervosa among Asian school girls". *British Medical Journal*, 297(6650): 718.
- Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K. y Nozoe, S. (2000). "Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan". *International Journal of Eating Disorders*, 28(2); 173-80.
- Nasser, M. (1986). "Comparative study of the prevalence of the abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo Universities". *Psychological Medicine*, 16, pp 621-625.
- Nasser, M. (1994). "Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(1): 25-30.
- Nasser, M., Katzman, M. y Gordon, RA. (eds.) (2001). *Eating disorders and cultures in transition*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Nasser, M., Bhugra, D. y Chow, V. (2007). "Concepts of body and self in minority groups". En Nasser, M., Baistow, K. y Treasure, J. (eds). *The female body in mind: the interface between the female body and mental health*. New York: Routledge.
- Navarro, Vicente (1989). "Race or class, or race and class". *International Journal of Health Services*, 19(2): 311-314.
- Negrao, AB. y Cordás, TA. (1996). "Clinical characteristics and course of anorexia nervosa in Latin America, a Brazilian sample". *Psychiatry Research*, 62: 17-21.
- Neki, JS., Mohan, D. y Sood, RK. (1977). "Anorexia nervosa in a monozygotic twin". *Journal of Indian Medical Association*, 68: 98-100.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Falkner, NH., Beuhring, T. y Resnick, MD. (1999). "Sociodemographic and personal characteristics of adolescents

- engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviours: who is doing what?". *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1): 40-50.
- Nicole, I. (2008). "Long term evolution and complications of eating disorders". *La Revue du Practicien*, 58(2): 151-5.
- Nishizono-Maher, A. (1998). Eating disorders in Japan: Finding the right context. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52: 230-232.
- Njenga FG. y Kangethe, RN. (2004). "Anorexia nervosa in Kenya". *East African Medical Journal*, 81(4): 188-93.
- Nobakht, M. y Dezhkam, M. (2000). "An epidemiological study of eating disorders in Iran". *International Journal of Eating Disorders*, 28(3): 265-71.
- Nogami, Y. (1997). "Eating disorders in Japan: A review of the literature". *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51: 339-346.
- Norring, C. y Palmer, RL. (2005). *EDNOS: Scientific and clinical perspectives on the other eating disorders*. London: Routledge.
- Norris DL. (1979). "Clinical diagnostic criteria for primary anorexia nervosa". *South African Medical Journal*, 56: 987-993.
- Nwaefuma, A. (1981). "Anorexia nervosa in a developing country". *British Journal of Psychiatry*, 138: 270-1.
- Odgen, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.
- Okasha, A, Kamel, M., Sadek, A. et al. (1977). "Psychiatric morbidity among university students in Egypt". *British Journal of Psychiatry*, 131: 149-154.
- Olesti, M., Piñol, JM., Martín N., de la Fuente, M., Riera A., Bofarull, JM. y Ricoma, G., (2008). "Prevalence of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders in adolescent girls in Reus (Spain)". *Anales de Pediatría*, 68(1): 18-23.
- Orbach, S. (1986). *Hunger strike: the anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age*. New York: Avon.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2008*. [Online] Disponible en: www.oim.int
- Osorio, Y. (2004). "La salud mental y la Atención Primaria". Ponencia del *Workshop Internacional. Migraciones, interculturalidad y salud. IV Coloquio de la red latina de antropología médica (REDAM)*, Murcia.
- Oyewumi, LK. y Kazarian, SS. (1992). "Abnormal eating attitudes among a group of Nigerian youths: I Bulimic behaviour". *East African Medical Journal*, 69: 663-666.
- Page, RM. y Suwanteerangkul, J. (2007). "Dieting among Thai adolescents: having friends who diet and pressure to diet". *Eating and Weight Disorders*, 12(3): 114-24.

VIII. Bibliografía

- Pedreira, JL. (2001) "Asistencia en los trastornos del comportamiento alimentario (TCA): ¿unidades específicas?". [Online] Disponible en www.psiquiatria.com
- Peláez, MA, Labrador, FJ. y Raich, RM. (2004). "Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2): 131-144.
- Perdiguero, E. (1993). "Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XI(3): 67-88.
- Perdiguero, E. (2009). "A propósito de las medicinas alternativas y complementarias: sobre el pluralismo asistencial". En Martorell, MA., Comelles, JM. y Bernal, M. (eds.) *Antropología y enfermería. Campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés, II*. Tarragona: Publicacions URV.
- Pereda, C., Actis, W. y de Prada, MA. (1997). "Recientes Dinámicas migratorias en España. Efectos sobre los procesos de inserción-exclusión social". En Solas, O. y Ugalde, A. (eds.). *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Perez, M., Voelz, A.R., Pettit, J.W. y Joiner, T. E. (2002). "The role of acculturative stress and body dissatisfaction in predicting bulimic symptomatology across ethnic groups". *International Journal of Eating Disorders*, 31(4): 361-482.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estevez, J., Martínez-Gonzalez, MA., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). "Prevalence of eating disorders in a representative sample of female adolescents from Navarra (Spain)". *Medicina Clínica*, 114(13): 481-486.
- Pérez Gil SE. y Romero, G. (2008). "Imagen corporal en mujeres de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropo-lógica". *Estudios Sociales*, año XVI (32): 79-111.
- Peters, N. (1995). "The Ascetic Anorexic". *Social Analysis*, 37: 44-66.
- Pike, KM. y Borovoy, A. (2004). "The rise of eating disorders in Japan: Issues of culture and limitations of the model of "Westernization"". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28: 493-531.
- Pons i Antón, I. (1985). "Ideologia, psiquiatria i teoria sociològica". *Actes de les primeres jornades catalanes de sociologia*, Institut d'Estudis Catalans, Barcelona.
- Pope, HG., Champoux, RF. y Hudson, JI. (1987). "Eating disorders and socioeconomic class: anorexia nervosa and bulimia in nine communities". *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 175: 620-623.
- Portes, A. y Borocz, J. (1989). "Contemporary immigration: theoretical perspectives on its determinants and modes of incorporation". *International Migration Review*, XXIII/3: 606-630.
- Portes, A., Guarnizo, LE. y Landolt, P. (eds.) (1999). "Transnational communities". Special issue of *Ethnic and Racial Studies* 22: 217.

- Portes, A. (2002). "La sociología en el hemisferio: convergencias del pasado y nueva agenda conceptual". *Nueva Sociedad*, 178: 126-44.
- Porzio, L. (2008). *Cos, biografia y cultures juvenils. Els estudis de cas dels skin heads i dels Latin Kings & Queens a Catalunya*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Poulain, JP. (2002). *Sociologies de l'alimentation*. Paris : P.U.F.
- Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso J., Graaf, R., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, JM., Morosini, P. ESEMeD investigators. "The epidemiology of eating disorders in six european countries: results of the ESEMeD project". *Journal of Psychiatric Research*, 43(14): 1125-32.
- Prince, R. (1985). "The concept of culture-bound syndromes: anorexia nervosa and brain-fag". *Social Science and Medicine*, 21,(2), 197-203.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1990, 1999, 2004, 2005, 2009). *Informe sobre el desarrollo humano* (varios años). [Online] Disponible en: www.unpd.org
- Pumariega, AJ., Gustavson, CR., Gustavson, JC., Stone, P. *et al.* (1994). "Eating attitudes in African American women: The essence eating disorders survey". *Eating Disorders*, 2(1): 5-16.
- Pumarino, H. y Vivanco, N. (1982). "Anorexia nervosa: medical and psychiatric characteristics of 30 cases", *Revista Médica de Chile*, 110(11): 1081-92.
- Qadan, L. (2009), "Anorexia nervosa: beyond boundaries", *International Journal of Eating Disorders*, 42(5): 479-81.
- Quintero-Párraga, E., Pérez-Montiel AC., Montiel-Nava, C., Pirela, D., Acosta MF. y Pineda, N. (2003). "Eating behaviour disorders. Prevalence and clinical features in adolescents in the city of Maracaibo, Zulia, Venezuela". *Investigación Clínica*, 44(3): 179-93.
- Rathner, G, Turi, F., Szabo M. *et al.* (1995). "Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross cultural study". *Psychological Medicine*, 25: 1027-35.
- Rathner, G., Túry, F. y Szabo, P. (2001). "Eating disorders after the political changes in the former communist Eastern European countries". *Orv Hetil*, 142(25): 1331-3.
- Ravenstein, EG. (1885). "The laws of migration". *Journal of the Statistical Society of London*, 48(2): 167-235.
- Redfield, R., Linton, R. y Herskovits, MJ. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38: 149-152.
- Regan PC. y Cachelin FM. (2006). "Binge eating and purging in a multi-ethnic community sample". *International Journal of Eating Disorders*, 39: 523-26.

VIII. Bibliografía

- Rieger, E., Touyz, S.W., Swain, T. Y Beumont, P.J.V. (2001). "Cross-cultural Research on Anorexia Nervosa: Assumptions Regarding the Role of Body Weight". *International Journal of Eating Disorders*, 29: 205-215.
- Robles ME., Oberst, UE., Sánchez-Planell, L. y Chamarro, A. (2006). "Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorder Examination". *Medicina Clínica*, 127(19): 734-5.
- Roca, J. (1996). *De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la posguerra española*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- Roca, J., Martínez, L. Bodoque, Y., Djurdjevic, M. y Soronellas, M. (2008). "Amor importado, migrantes por amor: La constitución de parejas entre españoles y mujeres de América Latina y de Europa del Este en el marco de la transformación actual del sistema de género en España". Memoria de investigación. Madrid: Ministerio de Igualdad. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Instituto de la mujer.
- Rodríguez G. y Monserrat J. (2001). *Modelos de Atención Sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid: MTAS, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Romaní, O., Porzio, L., Rodríguez, A., Canelles, N. et al. (2009) "De nacions, reialeses i imarginacions. L'organització dels "reyes y reinas latinos" de Catalunya, un estudi de cas". VV.AA. *Recerca i immigració II*. Barcelona: Secretaria per a la Immigració Generalitat Catalunya, Col. Ciutadania i Immigració nº 4: 419-438
- Rosenhan (1973). "On being sane in insane places". *Science*, 179(70): 250-8.
- Rubin, L., Fitts, M. y Becker, A. (2003). "Whatever feels good in my soul: Body ethics and aesthetics among African American and Latina Women". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27: 49-75.
- Ruiz, PM. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para las familias*. Zaragoza: Editorial Certeza.
- Sahi, D. y Haslam, N. (2003). "Body image and eating disturbance among south Asian-American women: the role of racial teasing". *International Journal of Eating Disorders*, 34: 142-147.
- Saiz, PA., González, MP., Bascarán, MT., Fernández, JM., Bousono, M. y Bobes, J. (1999). "Prevalence of eating disorders in secondary level students: A preliminary study". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (6):367-74.
- Sampson, S. (1995). "All is possible, nothing is certain: The horizons of transition in a Romanian village". En Kideckel, DA. (ed.) *East European Communities*. Boulder: Westview.
- Sánchez, MJ. (2007). *Anorexia nerviosa, subjetividad y embodiment*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- Sandu, D. (2005). "Emerging transnational migration from romanian villages". *Current Sociology*, 53(4): 555-582.

- Santamaría, E. (2002). *La incógnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la "inmigración no comunitaria"*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Santiso, R. (2007). *Cuerpo, sociedad y cultura. Un estudio antropológico de los llamados "trastornos de la conducta alimentaria"*. Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza.
- Sarrión, A. (1995). "La sexualidad en el mundo católico de la Contrarreforma". *Revista de Filosofía*, 11: 113-21.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, MM. (1987). "The mindful body. A prolegomenon to future work in Medical Anthropology". *Medical Anthropological Quarterly*, 1(1): 6-41.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Schilling, C. (1993). *The body and social theory*. London: Sage Publications.
- Schooler, D. (2008). "Real Women have curves". *Journal of adolescent research*, 23(2): 132-53.
- Selvini, M. (1974). *Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London: Human Context Books.
- Selvini, M. (1974). *Self-starvation. From Individual to Family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Sepúlveda, AR., Gandarillas, A. y Carboles, JA. (2004). "Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria". [Online] Disponible en: www.psiquiatria.com
- Shack, W. (1997). "Hunger, anxiety and ritual. Deprivation and spirit possession among the Gurage of Ethiopia". En Counihan, CM. y van Esterik, P. (eds.). *Food and culture: a reader*. New York: Routledge Press.
- Signorini, A., de Filippo, E., Panico, S., de Caprio, C., Pasanisi, F. y Contaldo, F. (2007). "Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after a 8-year follow-up and a review of the most recent literature". *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(1): 119-22.
- Silove, D. y Steel, Z. (1998). *The mental health and Well-being of On-shore asylum seekers in Australia*. Sydney: University of New South Wales.
- Silove, D., Austin, P. y Steel, Z. (2007). "No refuge from terror: The impact of detention on the mental health of trauma-affected refugees seeking asylum in Australia". *Transcultural Psychiatry*, 44: 359.
- Slote, W. y de Vos, G.A. (1998). *Confucianism and the family*. New York: State University New York Press.
- Soh, L., Touyz, SW. y Surgenor LJ. (2006). "Eating and body image disturbances across cultures: A review". *European Eating Disorders Review*, 14: 54-65.

VIII. Bibliografía

- Sontag, S. (1990). *Illness as a metaphor and AIDS and it's metaphors*. New York: Doubleday.
- Soundy, TJ., Lucas, AR., Suman VJ. y Melton LJ. "Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990". *Psychological Medicine*, 25: 1065-71.
- Sours, J. (1980). *Starving to death in a sea of objects: The anorexia nervosa syndrome*. New York: Jason Aronson.
- Souza, JE. y Veiga, GV. (2008). "Eating disorder risk behaviour in Brazilian adolescents from low socio-economic level". *Appetite*, 51(2): 249-55.
- Steiger, H. (1993). "Anorexia nervosa: is it the syndrome or the theorist that is culture- and gender-bound?". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 30: 347-358.
- Stein, DM. y Laakso, W. (1988). "Bulimia: a historical perspective". *Internacional Journal of Eating Disorders*, 7(2): 201-210.
- Steingress, G. (2002). "La cultura como dimension de la globalización: Un Nuevo reto para la Sociología". *Revista Española de Sociología*, 2: 77-96.
- Steinhausen, HC. (2002). "The outcome of anorexia nervosa in the 20th century". *American Journal of Psychiatry*, 159(8): 1284-93.
- Stolcke, V. (1999). "¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?". *Cuadernos para el Debate*, Volumen 6.
- Strober, M. (1990). "Family genetic studies of eating disorders". *Journal of Clinical Psychiatry*, 52:9-12.
- Strumia, R. (2005). "Dermatologic signs in patients with eating disorders". *American Journal of Clinical Dermatology*, 6(3): 165-173.
- Stunkard, A. (1990). "A description of eating disorders in 1932". *American Journal of Psychiatry*, 147(3): 1253-4.
- Suárez, L. (2007). "La perspectiva transnacional en los estudios migratorios. Génesis, derroteros y surcos". *V Congreso sobre la inmigración en España*, Valencia.
- Subirats, J. y Badosa, J. (2002). "Solo ante el peligro: el papel del Ministerio del Interior en la política migratoria española y la falta de un *governance model*". *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Lisboa, Portugal.
- Suhail, K. y Zaib-u-Nisa (2002). "Prevalence of Ealing disorders in Pakistan: relationship with depresión and body shape". *Eating and Weight Disorders*, 7(2): 131-8.
- Svendsen, MN. (1996). "The post-communist body: beauty and aerobics in Romania". *The Anthropology of East Europe Review*, 14: 8-13.
- Szabo, C. y Hollands, C. (1997). "Factors influencing eating attitudes in secondary school girls in South Africa-a preliminary study". *South African Medical Journal*, 87: 531-534.

- Thompson, B. (1994, [2004]). *A hunger so wide and so deep. A multiracial view of women's eating problems*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Tizón, JL. (coord.) (1993). *Migraciones y salud mental: un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya*. Barcelona: PPU.
- Tinet, K. (2005). "Aproximación antropológica de las relaciones entre anorexia nerviosa y feminidad". *Psicología Iberoamericana*, 13(2): 104-114.
- Todaro, R. (2000). "Aspectos de género de la globalización y la pobreza". *Commission on the Status of Women (ECOSOC)*. [Online] Disponible en: www.un.org/womenwatch
- Tölgyes, T. y Nemessury, J. (2004). "Epidemiological studies on adverse dieting behaviours and eating disorders among young people in Hungary". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (8): 647-54.
- Toriola, AL., Dolan, BM., Evans, C. y Adetimole, O. (1996). "Weight satisfaction of Nigerian women in Nigeria and Britain: Inter-Generational and Cross-Cultural Influences". *European Eating Disorders Review*, 4(2): 84-94.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Martínez Roca, Barcelona.
- Toro, J. (2003). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Castro, J., Idiáquez, I. y San José, J. (2005). "Detecció i orientacions terapèutiques en els trastorns del comportament alimentari". *Quaderns de Bona Praxi*, 19. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- Toro, J., Gómez-Presmitré, G, Sentis, J., Vallés, A., Casulá, V., Castro, J., Pineda, G., Leon, R., Platas, S. y Rodríguez, R. (2006). "Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(7): 556-65.
- Turner, BS. (1984) *The body and society. Explorations in social theory*. New York: Basil Blackwell.
- Turner, BS. (1999). "The discourse of diet". En Featherstone, M., Hepworth, M. y Turner, BS. (eds.) (1991). *The body. Social Process and Cultural Theory*. London: Sage Publications.
- Tury, F., Günther, R., Szabo, P. y Forgacs, A. (1994). "Epidemiologic data on eating disorders in Hungary: recent results". *Orvosi Hetilap*, 135(15): 787-91.
- Unión General de Trabajadores (2001). Informe "Mujeres inmigrantes. Factores de exclusión e inserción en una sociedad multiétnica. La situación en España". [Online] Disponible en: www.ugt.es/inmigración/mujerinmi.htm
- Uribe, JF. (2007). *Anorexia: factores socioculturales de riesgo*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Vallverdú, J. (2009). "Religión y salud (o curarse o convertirse)". En Martorell, MA., Comelles, JM. y Bernal, M. (eds.) *Antropología y enfermería. Campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés, II*. Tarragona: Publicacions URV.

VIII. Bibliografía

- Van Dongen, E. (2000). "La forza dell'anoressia. Resistenza, energia e controllo". *Revista della Società italiana di antropologia medica*, 9-10: 59-80.
- Vandereycken, W. y Van Deth (1994). *From fasting Saints to anorexic girls: the history of self-starvation*. London: The Athlone Press.
- Verma, V. (1993). *Ayurveda. La salud perfecta*. Barcelona: Robinbook.
- Vicente, B., Konh, R., Rioseco, P., Saldivia, S. y Torres, S. (2005). "Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile". *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2): 119-27.
- Viernes, N., Zaidan, ZA., Dorvio, AS., Kayano, M., Yoishiuchi, K., Kumano, H., Kuboki, T. y Al-Adawi, S. (2007). "Tendency toward deliberate food restriction, fear of fatness and somatic attribution in cross-cultural samples". *Eating behaviors*, 8(3): 407-17.
- Vellisca O. (2003). "Extranjeros en el "paraíso" europeo. El colectivo inmigrante en el mercado laboral". *Lan Harremanak, Revista de Relaciones Laborales*, 8:73-98.
- Viruela, R. (2006). Inmigrantes rumanos en España: aspectos territoriales y procesos de sustitución laboral. *Scripta Nova Revista electrónica de Ciencias Sociales*, Vol X(222).
- Vivas, E. y Lugli, Z. (1997). "Trastornos de Alimentación: Resultados preliminares". *III Encuentro de Psicología de la Salud*, Caracas, Venezuela.
- Walters, EE. y Kendler, KS. (1995). "Anorexia nervosa and anorexic-like síndromes in a population-based female twin sample". *American Journal of Psychiatry*, 152: 64-71.
- Walton, J., Mathews, V. y Chavalas, M. (2005). *Comentario del contexto cultural de la Biblia: Antiguo Testamento*. Editorial Mundo Hispano.
- Wassenaar, D., Le Grange, D., Winship, J. y Lachenicht, L. (2000). "The prevalence of Eating Disorder pathology in a cross-ethnic population of female students in South Africa". *European Eating Disorders Preview*, 8: 225-36.
- Waters, F. (1992) [1902]). *El libro de los Hopis*. México: Fondo de cultura económica.
- Watzlavick, P., Bavelas, J. y Jackson, D. (1993). Editorial Herder.
- Way, K (1995). "Never too Rich...or too thin. The role of stigma in the social construction of anorexia nervosa". En Maurer y Sobal (eds.). *Eating agendas: Food and Nutrition as social problems*. New York: Sobal Aldine de Gruyter.
- Williams, DR., Neighbors, HW. y Jackson, JS. (2003). "Racial/ethnic discriminatios and Health: Findings from Community Studies". *American Journal of Public Health*, 93(2): 200-208.
- Williams, B., Sawyer, SC. y Whalstrom, CM. (2005). *Marriages, familias & intimate relationships*. Boston: Pearson.

- Winkleby, MA., Gardner, CD. y Taylor, CB. (1996). "The influence of gender and socioeconomic factor son Hispanic/white differences in body mass index". *Preventive Medicine*, 25(2): 203-11.
- Wlodarczyk-Bisaga K, Dolan, B., McKluskey S. y Lacey H (1995). "Disordered eating behaviour and attitudes towards weight and shape in Polish women". *European Disorders Review*, 3: 1-12.
- Woolard, K. (1992). *Identitat i contacte de llengües a Barcelona*. Barcelona: La Magrana.
- Yager, J. y Smith, M. (1993). "Restrictor anorexia nervosa in a thirteen-year-old sheltered muslim girl raised in Lahore, Pakistan: developmental similarities to westernized patients". *International Journal of Eating Disorders*, 14(3): 383:386.
- Zafra, E. (2007). *Aprender a comer: procesos de socialización y trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Zohar, AH., Giladi, L. y Givati, T. (2007). "Holocaust exposure and disordered eating: a study of multi generational transmission". *European Eating Disorders Review*, 15(1): 50-7.
- Zolberg, A. R. (1989). The Next Waves: Migration Theory for a Changing World. *International Migration Review*, 23 (3): 403-30.

AGRADECIMIENTOS

Muchas son las personas que han caminado conmigo durante este trayecto que nos ha llevado varios años. Y no sólo han caminado junto a mí, sino que me han enseñado a caminar, cada vez más fuerte y segura, salvando obstáculos o superándolos con su ayuda. Difícil dejar aquí huella de todos, muchos son los que van y vienen, otros tantos, los que permanecen. Ni que decir tiene que, aunque separadamente expuestos, los aportes materiales, intelectuales y afectivos se entrecruzan en una matriz que no necesita ser resuelta.

Comenzando por el aspecto material, es decir, en lo que a financiación se refiere, las fuentes que han creado las condiciones suficientes para llevar a cabo este proyecto de investigación han sido bien diversas. En primer lugar agradecer a la Fundación Vectem y a Josep Maria Comelles por haber disfrutado de una beca de un año y medio con la que comencé este viaje, del que esta tesis representa la primera parada. Aunque en diferentes períodos han sido diversos -y muy variados- los trabajos remunerados que han aportado una base económica a la investigadora, quiero resaltar la beca concedida por el gobierno de la República Popular China, que me permitió la escritura de buena parte de este trabajo mientras aprendía la compleja lengua de uso mayoritario en el país. Y cómo no, la ayuda incondicional de amigos y familiares.

En lo intelectual -y como separarlo de lo afectivo!- mis principales y más sinceros agradecimientos a mis dos profesores y directores de esta tesis, Commie y Mabel. A ambos por sus insustituibles enseñanzas, su interés, su seguimiento, su paciencia, su *encouragement*, y sobre todo, por su confianza.

También a compañeras de doctorado, a Mercè, Arancha, Pepa, y aquellas del grupo de investigación de trastornos del comportamiento alimentario de la mano de quienes me inicié en este campo de estudio, a Lina, Eva, Julia, Susana, Alicia... Muchos otros son los que han hecho muy preciadas aportaciones - leyendo, discutiendo, proponiendo, ayudando en la búsqueda de información y en otras tantas tareas- desde la academia, la clínica -de la salud mental- o la investigación, mis agradecimientos a Rosa Maria Osorio, Eduardo Menéndez, Karine Tinat, José Fernando Uribe, Gabriela Moreno, Ignasi Pons, Oriol Romaní, Viqui Porthé, Pedro Ceinos, Irene Pérez, Ana Fernández, Analía Abt, Eliza Miron, Carlos García, entre tantos otros.

Y si también junto a ellos he discutido de forma recurrente sobre la investigación pero aquí corresponde lo que pesa más como afectivo, a mis más fieles compañeros de viaje, Macarena, Javi, Marcelo y Ana (sin cuya inestimable ayuda esta tesis no tendría final), María, Chus, Joan, Jacob, Matt, Cigdem, Raúl, Lizzy, Sara, Eva, Alicia, Silvia, por ayudarme a reír y a no perder la esperanza en los momentos más difíciles que han coincidido con la escritura de esta tesis, por regalarme momentos maravillosos de esos que hacen que la vida valga la pena. A Toni, por nuestro largo camino juntos en el que tanto aprendimos. A mi familia, por su apoyo inquebrantable durante durante todo el proceso, porque sin ellos nunca habría llegado hasta aquí. Porque los nuevos caminos que se nos abren ahora nos enseñen a entender otras formas de vivir y de estar en el mundo, con sus limitaciones pero también con sus potenciales.

Y muy especialmente, a todas las inmigrantes que me han brindado sus historias, sus sufrimientos, sus esperanzas, en resumen, sus vidas con la máxima disposición y entusiasmo, sin esperar nada a cambio. A todos y todas las profesionales que han compartido sus inquietudes profesionales y luchan por mejorar su práctica a diario.

Y a muchos más, que aquí no están. Ellos saben qué parte les debo.

A todos vosotros y vosotras, 谢谢!

Barcelona, Septiembre 2010