

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO SOCIOLOGÍA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**Una visión sociológica de los  
trastornos de la alimentación**

**Alice Duarte Méndez**  
Tutora: Verónica Filardo

**2005**

**Agradecimientos**

**A la Universidad de la República por impartir educación sin matrícula de ingreso, cupo de alumnos o restricción en la edad.**

**A los profesionales que compartieron generosamente su información y experiencia para la comprensión del tema.**

**A la Socióloga Verónica Filardo por su solidaria tutoría con sugerencias atentas y muy enriquecedoras.**

**Al Sociólogo José E. Fernández que alentó tema y proyecto durante el Taller Central de Sociología de la Salud y que mantuvo, siendo tutor de esta monografía, su compromiso con la Sociología de la Salud y con sus alumnos.**

## ÍNDICE

Introducción	Página 1
I. QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	Página 4
II. LAS EXPLICACIONES PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	Página 7
III. LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA: “UN LÍMITE PUESTO DESDE EL PROPIO CUERPO”	Página 10
IV. LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN MONTEVIDEO	Página 15
IV. 1. La visibilidad de los trastornos de la alimentación	Página 19
IV. 2. La diferenciación en los diagnósticos	Página 23
IV. 3. Los distintos tratamientos	Página 26
IV. 4. El lugar de la psiquiatría. El estigma psiquiátrico	Página 32
IV. 5. La diferencia paciente – cliente	Página 35
IV. 6. El lugar de la enfermedad según el grupo al que pertenece quién sufre el trastorno	Página 37
Conclusiones	Página 40
Referencias bibliográficas	Página 46
Anexo I Objetivos y propuesta metodológica	Página 49
Anexo II Criterios para diagnosticar los trastornos alimentarios	Página 54
Resumen	Página 57

## INTRODUCCIÓN

***“Y ahí, el cuerpo funciona como un límite vivo  
que delimita frente a los demás la soberanía de la persona”***

**(Le Breton; 2002:32)**

La anorexia nerviosa fue diagnosticada por primera vez hace casi ciento cincuenta años. Junto a la bulimia es la más conocida de los llamados trastornos de la alimentación.

Desde los años setenta los trastornos alimentarios han sido mayoritariamente ubicados y estudiados en los países occidentales desarrollados. La literatura científica pionera en el tema, Bruch (1978); Crisp (1980); Toro (1987), aseguraba que afecta predominantemente a mujeres adolescentes de clase media urbana.

El sociólogo estadounidense Brian Turner desarrolló en la década de los ochenta su teoría de la anorexia nerviosa<sup>1</sup> ubicándola como el grito, político, de resistencia de la adolescente de clase media hacia una familia controladora y sobreprotectora.

Durante los años 2002 y 2003 en el marco del taller central de Sociología de la Salud del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales se llevó a cabo, con el objetivo de determinar la pertinencia de la teoría de Turner en Montevideo, el proyecto de investigación “¿Los desórdenes de la alimentación discriminan por clase social?”. Desde una metodología cualitativa y comprensiva, tomando al sector donde se realiza la atención de la salud como un indicador “proxi” de la diferenciación por clase social, se propuso establecer si los trastornos de la alimentación en Montevideo ocurren con la selectividad demográfica y de clase social que plantean Turner y los investigadores médicos precursores del tema.<sup>2</sup> También se planteó averiguar cómo son percibidos y tratados, desde las ciencias médicas, los trastornos de la alimentación.

Los resultados producidos en la investigación confirmaron que en Montevideo los trastornos de la alimentación afectan en su mayoría a mujeres adolescentes y que no son exclusivos de una clase social pues se presentan también en adolescentes pobres. La investigación permitió percibir asimismo diferencias en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación según se produzcan en la esfera de salud pública o en consultorio privado.

<sup>1</sup> Presentada en su libro “*El cuerpo y la sociedad* Exploraciones en Teoría Social” FCE, México, 1989.

<sup>2</sup> Una descripción de los objetivos, propuesta metodológica y resultados se encuentra en el Anexo I.

La presente monografía se propone examinar esas diferencias y exponer que la selectividad atribuida al fenómeno es en realidad la expresión de una desigualdad social en el acceso y atención de la salud. Para esa finalidad parte de los siguientes supuestos:

- Si bien la enfermedad se ha experimentado desde siempre y se produce universalmente, la noción de lo qué es una enfermedad ha variado, y varía, en el tiempo y con el marco sociocultural. Salud y enfermedad no existen en sí mismas en la naturaleza: son construcciones sociales pasibles de ser analizadas desde las ciencias sociales. Éstas prestan su atención sobre dos aspectos de esa construcción: la idea de enfermedad y las respuestas que se crean e implementan desde instituciones y agentes sociales para prevenir, detectar y controlar la enfermedad. (Mitjávila; M. Fernández; J.,1998)

De acuerdo a los estudios encontrados sobre el tema de los trastornos de la alimentación, éstos existen y son incluidos en la categoría de enfermedad. Este trabajo se enmarca en el interés de analizar la visión, o las visiones, sobre los trastornos de la alimentación como enfermedad y las diferentes respuestas institucionales que se brindan en Montevideo para diagnosticarlos y tratarlos.

- La monografía entiende, siguiendo a autores como Garfinkle y Garner en “Anorexia Nervosa, a multidimensional perspective”<sup>3</sup>, a los trastornos alimentarios con raíces multicausales combinándose factores del individuo, y su personalidad, endógenos y factores del entorno familiar y sociocultural, los exógenos. Para este trabajo no se piensa que el origen de los trastornos alimentarios esté en la desigualdad social ni se los enfoca desde la óptica de que son un padecimiento de determinado grupo o clase social.

- El trabajo es coincidente con el aporte de Durán (1983) sobre una progresiva inclusión de los criterios de la economía en la salud, una “economización” de la salud le llama Durán por la que “los débiles o marginados económicamente llevan la peor parte”. (1983:126) La posibilidad de recurrir a terapias más avanzadas es desigualmente distribuida quedando en algunos casos sólo para una minoría muy limitada.<sup>4</sup> Si bien este trabajo está enfocado a la visualización y análisis del acceso desigual al diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación reconoce -sin proponerse su estudio- que esa diferencia es sólo un aspecto de una desigualdad general que está en la base. Reconoce el problema de la salud como indisolublemente unido a la estructura social. (Palermo,1986:34)

<sup>3</sup> Brunner Mazel, Nueva York; 1983.

<sup>4</sup> Collado Ardón, R., *Médicos y Estructura Social*, Fondo de Cultura Económica, México, 1976. Citado por Durán (1983)

- La monografía se plantea también mostrar cómo a partir de la desigualdad en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación se afectan las percepciones de quien los padece sobre sí mismo y sus relaciones con los demás. Para esto se centrará principalmente en el rol de la psiquiatría en el diagnóstico y tratamiento de las patologías alimentarias.

El presente trabajo está pensado desde tres núcleos complementarios. El primero se detiene en el análisis de qué son y qué explicación tienen los trastornos alimentarios.

La segunda parte se propone abordar los trastornos de la alimentación desde la sociología incorporando perspectivas desde la sociología de la salud y la sociología del cuerpo.

El tercer núcleo plantea la descripción de cómo son diagnosticados y cómo son los tratamientos de los desórdenes alimentarios en Montevideo, identificando y analizando las diferencias entre el sector público de atención a la salud y las clínicas privadas.



## I. QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

El modelo de mujer deseable durante gran parte de la historia fue aquel con un cuerpo rellenito, las pinturas de Rembrandt reflejan la belleza de las mujeres matronas. La moda de estar gorda resultaba conveniente como forma de contrarrestar la escasez y hambrunas del período pre-industrial, y comienzos de la industrialización. Un cuerpo de mujer relleno significaba que disponía de energía almacenada en el cuerpo y comida en los graneros para cuando llegara la época de escasez. Otra lectura de dicho cuerpo permitía saber que el varón próximo, padre o marido, era previsor y con buen pasar.

Durante buena parte del siglo XX con la mayor producción alimenticia, observable desde los países desarrollados, la gordura dejó de ser signo de distinción social.

Comienza a imperar otro modelo para el cuerpo: la mujer deseable será la que posea un cuerpo joven, esbelto y delgado. Ese es el modelo que se trasmite cultural y mediáticamente a niñas y adolescentes y también el que condiciona la vida de las mujeres adultas.

Los llamados comúnmente trastornos de la alimentación son de hecho trastornos de la conducta en relación con la alimentación y que se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, alimenticios, de la conducta alimentaria, etc. Los trastornos más importantes, por la gravedad que pueden significar, son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Para Abraham y Llewellyn-Jones (1994:22) los trastornos de la alimentación “no son enfermedades en sí. Se convierten en enfermedades cuando interfieren en el bienestar físico o mental de la persona, cuando producen complicaciones médicas severas o desorganizan la vida de la persona hasta un grado considerable” Las autoras plantean también que existe entre los nutricionistas controversia sobre la inclusión de la obesidad dentro de los desórdenes de conducta alimentaria.

La palabra anorexia (del vocablo griego *anorektous*) se conoció como la ausencia de ganas de comer, aunque posteriormente se ha demostrado que en la anorexia nerviosa se tiene hambre. La persona<sup>5</sup> se niega a comer con el único objetivo de no engordar.

Es un trastorno bio-psico-social que se da particularmente en una sociedad: la postindustrial de fin de siglo, marcada por una ética y una estética determinadas, en la que prima la imagen externa.

---

<sup>5</sup> Si bien quienes padecen los trastornos alimentarios son mayoritariamente mujeres este trabajo alternará la referencia en el género como forma de expresar que también es un padecimiento de varones.

El primer diagnóstico de anorexia nerviosa fue realizado en 1873 por Sir William Gull, al diagnosticar en una paciente lo que él juzgó como pérdida de apetito, describiéndola como una patología del estado anímico. En paralelo, en Francia, Lasègue la describe como una modalidad de la histeria. A partir de ahí numerosos autores realizaron su explicación de la anorexia: Charcot, en Francia indica la necesidad de tratarla como un caso de histeria y promueve separar a la paciente del medio familiar. Freud en la década de 1890, y luego sus seguidores, retoman la noción de síndrome histérico y explican que se trata de una regresión a la infancia, porque rechazan su desarrollo de mujer.

El momento histórico en que se dan estos diagnósticos coinciden con la consolidación de la industrialización y de la familia conyugal. La idea de enfermedad es cultural y como tal depende de los diferentes momentos históricos. Los diagnósticos de enfermedades femeninas del siglo XIX apuntaban a la histeria. En el siglo XX surge el diagnóstico de la depresión y de los trastornos de la conducta ubicándose en éstos últimos a la anorexia, trastorno que ha tenido visibilidad en aumento a partir de la década de 1970.

En la actualidad el español J. Toro (2000) define la anorexia nerviosa como un trastorno de conducta alimentaria caracterizado por una pérdida significativa de la masa corporal (más del 15%), habitualmente producto de la decisión voluntaria de adelgazar. Para su diagnóstico se descarta toda posible enfermedad orgánica o psiquiátrica.

La bulimia nerviosa, relacionada en la mayoría de los casos con la anorexia nerviosa, describe a quienes la padecen con la compulsión de comer grandes cantidades de comida en poco tiempo. Se da mayoritariamente en mujeres. Conscientes de los efectos de las comilonas sobre el peso, y por miedo a engordar, pueden pasar después a regímenes estrictos para adelgazar, a pasarse tiempos sin comer, realizar mucha gimnasia, tomar excesos de laxantes o provocarse vómitos durante o tras la ingesta. La diferencia entre quien comió demás y una persona con bulimia es la frecuencia de los atracones: para estar dentro del grupo de personas con bulimia se requiere realizar al menos dos comilonas semanales.

Los trastornos de la alimentación han sido mayoritariamente ubicados y estudiados en occidente, en los países desarrollados. Afectan a mujeres jóvenes (se dan infrecuentemente antes de los 12 años y después de los 30)

En el mundo occidental, en este momento, sufren anorexia nerviosa entre el 0,2% al 0,8% de la población general y entre el 1% y el 2% de las adolescentes. (Toro,2000) Este porcentaje puede resultar despreciable frente al de la población mundial que pasa hambre por razones involuntarias. No obstante al ser presentados los trastornos de alimentación como un



fenómeno que afecta segmentadamente y que refleja la condición social de la mujer se justifica su relevancia para una aproximación sociológica.

Según Toro (2000) entre el 30% y el 40% de las pacientes logran que los trastornos de la alimentación desaparezcan; entre el 30% y el 40%, mejoran los síntomas de anorexia; entre un 10% y un 20%, mantiene el cuadro de trastorno crónico, y de un 5 a un 10% mueren por la enfermedad o por suicidio.

La clasificación internacional de enfermedades (CIE –10) de la Organización Mundial de la Salud del año 1992 y el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV TR) de la American Psychiatric Association (2002) incluyen tanto a la anorexia como a la bulimia nerviosa en la clasificación de enfermedades y trastornos que establecen. Los criterios para el diagnóstico están en los anexos de esta monografía.

El surgimiento de la anorexia puede estar promovido por algún episodio que le refleje a la persona que está gorda: comentarios sobre su cuerpo o su propia percepción de él. Esa es la razón por la que comienza a dejar de comer, al principio sólo ciertos alimentos -harinas, grasas y azúcares-. Casi imperceptiblemente sigue después desechando las proteínas, más tarde vitaminas y minerales. No percibe su delgadez y viéndose gorda se obsesiona más, la consume la necesidad de estar más flaca. Adelgazar para la persona con anorexia es casi un hecho místico porque la delgadez está glorificada.

## II. LAS EXPLICACIONES PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Garfinkel y Garner en “Anorexia Nervosa, a multidimensional perspective” (1983) hacen su aporte ubicando a la anorexia como un fenómeno multidimensional: las causas de la anorexia son múltiples y resultan de la interacción de factores propios del individuo, de su familia y de la sociedad. Los autores resisten la elaboración de patrones promoviendo que cada caso sea tratado de manera individual.

Hilde Bruch (1978) ha aportado, durante cuarenta años, a la comprensión de los trastornos de la alimentación. Ubica al trastorno como la evitación que tiene la persona para enfrentar aspectos de su vida.

Crisp en “Anorexia nervosa. Let me be”<sup>6</sup> ha apuntado a la anorexia como forma de negar o retardar el desarrollo sexual. El comienzo de la vida reproductiva con la primera menstruación, la menarca, provoca un aumento de peso significativo en la adolescente por lo que engordar y vivir la sexualidad pueden ser igualmente rechazados. El cuerpo de la mujer anoréxica queda infantilizado pudiendo de esta manera evitar las presiones sexuales.

En la anorexia, según plantea Turner (1989) se expresan las oposiciones entre cultura y naturaleza, individuo y sociedad y mente – cuerpo.

Todos los autores mencionados concuerdan en que el trastorno tiene origen psíquico, aunque con profundas raíces somáticas y sociales. No existe una causa específica del trastorno, sino que es producto de la asociación de varios factores separados en tres grupos: Biológico; Psicológico y Socio – Cultural.

### II.1 El factor biológico y del aprendizaje

Desde lo biológico el más estudiado ha sido el factor genético. Se ha demostrado que la tasa de concordancia de los trastornos de alimentación entre gemelos es mayor que la observada en mellizos (44% v/s 12.5%). Este dato podría explicar que además del ambiente familiar, habría un factor genético implicado en el desarrollo de la enfermedad. Otro dato es que la anorexia es ocho veces más común en personas que tienen parientes con el trastorno. (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994)

Desde el aprendizaje hay que pensar en la cantidad de estímulos positivos que el bebé recibe para su alimentación. Hay una identificación entre cuidados y amor por el niño y su alimentación. El bebé gordito es visto como cuidado y saludable. Extendido esto a la

---

<sup>6</sup> Academic Press, Londres, 1980.

infancia se están dando patrones de atención y afecto mediados por la comida. La obesidad familiar puede ser estudiada desde lo genético o también desde patrones de alimentación que se dan en el seno de la familia. La tradición familiar de “comer bien” es incorporada por los miembros más pequeños. La adolescencia supondrá un choque de mensajes entre la interna familiar pro ingesta y los de la moda de verse delgado. El mandato más fuerte predominará o tal vez se den alternadamente.

## **II.2 La explicación psicológica**

Quizás el factor psicológico más relevante sea la vulnerabilidad personal, aunque no es suficiente por sí mismo para producir, o explicar, la patología. Se requiere de la asociación con otros factores. Pueden considerarse vulnerables las personas inseguras, con baja autoestima, excesivamente perfeccionistas, con niveles de exigencia muy altos, muy preocupadas de la opinión de otros sobre ellas o con poca habilidad para relaciones personales. Puede haber también factores externos o circunstanciales como fracasos, conflictos, divorcios, duelos, mudanzas, que pudieran promover el inicio del trastorno. Para Abraham y Llewellyn-Jones (1994) es difícil aceptar la explicación psicológica pues no han detectado diferencias de personalidad entre pacientes con anorexia nerviosa y pacientes “normales”. En relación con las explicaciones de la problemática como regresión o vuelta a la niñez, a la incapacidad de enfrentar la vida adulta, o su sexualidad, estas autoras sostienen que son válidas para un grupo de pacientes pero que no pueden generalizarse.

## **II.3 El Factor Sociocultural**

La anorexia nerviosa y los trastornos de la alimentación no pueden entenderse sin un contexto de hábitos y valores socioculturales que determinan y definen los estereotipos estéticos deseables que se deben seguir. En la cultura del siglo XX, narcisista, la lucha interminable es por ser físicamente aceptable. El cuerpo es la más importante forma de presentación, de estatus y de consumo. La mujer delgada es una imagen de éxito y modelo de actividad, de clase y consumo a imitar. La delgadez, como marca cultural, es la forma de presentación en el mundo que tiene la adolescente para ser reconocida como parte de él. A través de la dieta, como regulador individual y del colectivo, los cuerpos son formados a la luz del modelo imperante: cuerpos jóvenes, esbeltos, delgados y con apariencia saludable. Los hábitos de la alimentación han debido ser modificados adecuándose a las exigencias.

Abraham y Llewellyn-Jones (1994) plantean lo contradictorio de la relación con la comida en la sociedad occidental y especialmente en los medios de comunicación. Por un lado abundan las recetas de comida que remarcan el comer como un gran placer y en paralelo se nos bombardea con el mensaje de que la mujer feliz y popular es la delgada y atlética. Las revistas para mujeres son un claro ejemplo de esto: en el mismo ejemplar traen un régimen maravilloso para adelgazar y recetas, con fotografías incluidas, de exquisitos postres.

Aproximarse al estudio de la anorexia atendiendo a un único factor como el responsable sería limitar el campo de estudio de una problemática que ciertamente es multidimensional. Posiblemente existen situaciones personales, o generacionales, que pueden hacer predominar uno de los factores. Aún así no se podría interpretar la anorexia desde una perspectiva monocausal.



### III. LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA: “ UN LÍMITE PUESTO DESDE EL PROPIO CUERPO”

Los trastornos de la alimentación, temática de sociología de la salud elegida en esta monografía, están comprendidos en el área de la sociología del cuerpo. El cuerpo como construcción social, cultural, personal, y como lugar de resistencia individual. Tomo como base que el cuerpo es la esencia del yo social, puente y límite, del individuo en relación con los otros.

Turner (1989) plantea que los seres humanos tenemos, y en cierta manera somos, un cuerpo. El cuerpo se presenta como el resultado de una creación individual, social y cultural. Individual por ser el límite externo de la persona, ella lo recrea. Social porque es la frontera entre el mundo y el individuo, los mensajes del mundo llegan a través del cuerpo y los mensajes al mundo se emiten a través de él. Es cultural porque el valor y los mensajes con relación al cuerpo cambian con las personas, los momentos históricos, los valores.

En los autores leídos para sociología del cuerpo (Boltanski, 1975; Turner, 1989; Le Breton, 2002) se muestra cómo desde los distintos momentos históricos y productivos, la ubicación del cuerpo y sus funciones ha ido cambiando. Es por eso imposible analizar los cambios en la representación de los cuerpos sin tener en cuenta las transformaciones en los sistemas de producción - reproducción.

A la pregunta *¿qué es el cuerpo?* Turner (1989:29) intenta contestar con una aproximación desde las diferentes teorías: para el marxismo el cuerpo es un medio y un objeto de trabajo, nos hacemos reales a través del trabajo sobre nuestros cuerpos y eso conforma una práctica social. El autor plantea que para Nietzsche el cuerpo es un constructo social, está precedido por nuestro conocimiento. Esta idea se convirtió en central en los debates de género y de sexualidad.

Foucault plantea que la racionalización de la civilización occidental, en los siglos XVIII y XIX, tuvo un nuevo objeto de exploración y de control que fue el propio cuerpo humano. El crecimiento urbano y su consiguiente presión requirió de un nuevo orden institucional basado en cárceles, asilos, escuelas, fábricas, clínicas donde los cuerpos podían volverse serviciales y por lo tanto seguros. El surgimiento y desarrollo del capitalismo necesitó de cuerpos productivos y, a la vez, sometidos. (Foucault, 2002:33)

Para Foucault el cuerpo es realidad biopolítica. Poder y saber se concretan en los cuerpos individuales mediante las disciplinas y también en el control de las poblaciones mediante el

panopticismo. La medicina es estratégica en la articulación de los dos polos del poder: en los cuerpos individuales y en las poblaciones. (Foucault, 1976:5)

Turner plantea que la respuesta acerca de qué es el cuerpo no es simple pues es concreto y abstracto, es realidad física pero a la vez metáfora. *"El cuerpo es la característica más próxima e inmediata de mi yo social, un rasgo necesario de mi situación social y de mi identidad personal, y a la vez un aspecto de mi alineación personal en el ambiente natural"*. (Turner, 1989:33)

A. Giddens (1995) plantea al cuerpo como objeto, realidad física, como parte esencial en la construcción de la identidad del yo y como un desafío de creación. La identificación del yo con el cuerpo es tal que somos responsables, individualmente, de moldearlo. A través de los regímenes corporales se recrea, y crea, el propio cuerpo. En síntesis, no sólo tenemos un cuerpo sino que también producimos permanentemente nuestro cuerpo.

El autor ubica en ese reto de construir el cuerpo a la anorexia nerviosa a la que diferencia de la anorexia mirabilis. Ésta es la renuncia a comer como medio para alcanzar la santidad. Se vio en la Europa medieval desde donde abundan las crónicas de santas que alcanzaron la santidad a partir del ayuno. Esto que ocurría en el claustro como ejemplo de vida de renuncia, ascética, para la purificación se extiende luego a todos los espacios.

La Reforma protestante rompe con la diferenciación convento y vida laica trasladando los principios monacales a todo el ámbito de la laicidad. Ayuno, ejercicio, abstinencia sexual fueron difundidos a todas las familias. El objetivo de promover la abstinencia es la dedicación por entero a los objetivos económicos.

La dieta supone una forma de controlar los deseos. La paradoja es que mientras se van controlando los deseos individuales se va construyendo, dentro de los patrones culturales vigentes, un cuerpo deseable, un objeto para el deseo ajeno.

Con el advenimiento de la industrialización y el surgimiento de la medicina moderna, que se convierte en autoridad experta, se produce "la colonización de la vida social por parte de la profesión médica". (Mitjávila, 1998:3) Ese fenómeno nuevo, de medicalización, implica la penetración del saber médico, y del control que de él emana, a vastas instancias de la vida humana, y posiblemente de la muerte también. Foucault (1976:163) plantea "..., lo diabólico es que cuando queremos recorrer a un dominio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado".

Crawford<sup>7</sup> trabaja con dos acepciones del término medicalización. Una refiere a la intervención de la medicina en el campo de las conductas desviadas. Lo que antes se manejaba en términos de degeneración, crimen o pecado pasa a la categoría de enfermedad, y por lo tanto pasible de ser médicamente tratada. Aquí desde nuestro estudio se podría agregar

<sup>7</sup> Citado por MITJÁVILA (1998:6)



que la medicina comienza a intervenir no sólo en el pecado sino también en la virtud: la anorexia mirabilis, con absoluta connotación religiosa, se convierte a partir de la intervención de la medicina técnico-científica en anorexia nerviosa. Deja de ser un ejemplo de santidad para ser objeto de tratamiento médico.

La segunda acepción de medicalización planteada por Crawford se vincula con "*la ampliación del espectro de problemas sociales que son codificados en términos de salud y enfermedad*". (Mitjávila, 1998:7) La mayor parte de la vida cotidiana de las personas, incluyendo la alimentación, pasa a ser evaluada desde esta perspectiva. Para medicalizar es necesario trabajar con criterios de normalidad-anormalidad por lo que "*se puede afirmar que el conocimiento y la práctica médicas instituyen normas*". (Mitjávila, 1998:5)

El saber médico participa a partir de entonces en la modelización de estilos de vida (Mitjávila, 1998:7). Se produce desde ahí la racionalización y secularización de la dieta. Sale del ámbito de la religión y se extiende a los hogares con fundamentos desde la medicina. El régimen médico se convierte en el gran controlador del sistema de ingresos al cuerpo.

Turner (1989) aporta que la dieta está presente en todos los regímenes médicos. La palabra dieta proviene del griego "diaita" que significa un modo de vida. Implicaría vivir según las normas prescriptas. El término dieta tiene una segunda acepción que viene del francés "dies" y refiere a los días en que se reunía el colectivo político. Dieta regula entonces tanto al cuerpo físico individual como al cuerpo político. Lo mismo sucede con la palabra régimen que viene del latín "regere", gobernar.

Susan Sontag<sup>8</sup> analiza cómo salud y enfermedad son usadas como metáforas cuando se habla de la organización social. De esta manera dieta y régimen refieren tanto al control de la alimentación individual como al funcionamiento de un colectivo social y su gobierno. Vinculado con estos conceptos está el de biopoder propuesto por Foucault (1991). Biopoder engloba dos modos de poder: el que se vincula al dominio del cuerpo individual, al disciplinamiento de las personas individuales, y el biopoder que actúa sobre las poblaciones mediante la regulación, la normalización. Plantea Foucault que en el siglo XIX la disciplina y el biopoder se constituyen en una unidad por medio de la sociedad normalizadora, una sociedad que corrige al cuerpo individual al mismo tiempo que elimina las patologías del cuerpo social.

Durante el siglo XIX las dietas según las edades, las enfermedades y las actividades se convierten en individualizadas. Se produce un cambio en la visión de la dieta que pasa de ser el instrumento único y generalizado de cultivo del alma para quedar referida al cuerpo

<sup>8</sup> En ensayo de 1978 "La enfermedad como metáfora". Ampliado en 1988 con "El SIDA y sus metáforas"

individual. Los dietistas pasan de ser unos pocos, y elegidos, que tienen como objetivo glorificar el alma a ser muchos en la búsqueda de mejorar el cuerpo físico personal.

Plantea Turner (1989) que si bien es un primer acto de la madre para la vida alimentar a un niño también es una forma de control y de imposición de un modo de vida. Crecer, entre otras cosas, supone elegir qué comer, cuándo comer y en qué cantidades. La dieta queda bajo la esfera exclusiva de la decisión personal.

Desde esta óptica negarse a comer, o practicar la vomitación, en un marco de autonomía personal es un acto de rebelión, ante un medio que insiste en decir qué, cuándo y cuánto comer. Si hay mandatos y vínculos sociales creados sobre la alimentación, la rebelión de negarse a comer ataca los órdenes de la comida.

*Empero, en el moderno mundo del consumismo, podemos también pensar en dos condiciones médicas –la bulimia y la anorexia nerviosa– como dos formas individualizadas de protesta que emplean al cuerpo con el medio de oposición en contra del yo consumidor. (Turner, 1989:221)*

Hilde Bruch plantea en su libro “The Golden Cage: the enigma of anorexia”; (1978)<sup>9</sup> a la anorexia como una lucha intra familiar en hogares de clase media en los que la adolescente persigue su autonomía a través del control de la alimentación. La lucha por huir de la jaula dorada e individualizarse es una de las principales determinantes para la anorexia nerviosa en las adolescentes, con familias sobreprotectoras, de clase media.

*!a anorexia es un esfuerzo en pro de la libertad individual y de la individuación con respecto a la “jaula de oro” de la familia sobreprotectora de clase media y una búsqueda, a través de los rigores del ascetismo secular, de la perfectibilidad personal. (Turner, 1989:226)*

La respuesta mediante la anorexia es un corte, un grito, con los mandatos controladores orientados al éxito. Es decir “no quiero de esto, yo me administro independientemente”.<sup>10</sup> La paradoja que plantea la anorexia es que de la autonomía se desemboca en una dependencia mayor hacia la comida, por la fijación en su evitación. Se produce entonces una situación en la que se sustituyen dependencias aunque la fachada es de autodeterminación y autonomía.

Para Turner (1989) los trastornos de la alimentación se dan mayoritariamente en mujeres adolescentes pertenecientes a determinadas familias de clase media urbana receptivas a las expectativas sociales y culturales en el ejercicio de su rol. La anorexia es un grito de ruptura con una forma de control, la dominación de la familia de clase media. Por esta razón debería ser estudiada desde la perspectiva política pues supone una lucha entre la persona y otra, u

<sup>9</sup> Edición en español: “La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa”. Editorial Paidós, Barcelona; 2001

<sup>10</sup> “Es como una huelga de hambre y porqué uno hace una huelga de hambre, para manifestar algo” (Reflexión de una psicóloga de Clínica Privada)

otras, por el control del cuerpo. Es un tema de disputa de los dominios público y privado: *“Es una enfermedad producto de la búsqueda de autonomía. Es una defensa frente a la confusión entre opuestos: sumisión / independencia, madurez / infancia, sexualidad / neutralidad.”* (Turner, 1989:235)

Giddens (1995) explica la necesidad de control sobre el cuerpo que tiene la persona anoréxica. Ante lo atomizado y variante que se presenta el mundo exterior la persona decide mantener algo, su cuerpo, bajo su absoluto control. El autor no vincula la patología con clase social o tipo de familia pero sí la relaciona íntimamente con la modernidad. Ubica la aparición de la anorexia nerviosa, como la conocemos hoy, en el “*dietismo*” en la década de 1920:

*Con todo es importante reconocer que la década de 1920 fue un periodo en que la <dieta>, en el sentido amplio del término, se relacionó por vez primera con el control del peso y la autorregulación de la salud; fue también el periodo en que la elaboración de alimentos comenzó a acelerarse hasta poder ofrecer una diversidad mucho mayor de productos alimenticios.* (Giddens, 1995:135)

En cambio Turner, Bruch y Crisp plantean la relación que existe entre trastornos de la alimentación y clase social, ubicándolos como un padecimiento de la clase media.

#### IV. LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN MONTEVIDEO

Desde diferentes especialidades médicas se diagnostican y tratan los trastornos de la alimentación en distintos lugares, públicos y privados de Montevideo. Esta información recogida en el trabajo de campo realizado en el año 2003 procede de entrevistas con profesionales de la salud según el siguiente cuadro:

INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA	ESPECIALIDAD DEL ENTREVISTADO
HOSPITAL PEREIRA ROSSELL	PSIQUIATRÍA - PSIQUIATRÍA
HOSPITAL DE CLÍNICAS	PSIQUIATRÍA - PSIQUIATRÍA- PSIQUIATRÍA
POLICLÍNICAS DE LA IMM	PSICOLOGÍA
HOSPITAL VILARDEB	PSIQUIATRÍA
HOSPITAL MACIEL	PSIQUIATRÍA

INSTITUCIÓN PRIVADA	ESPECIALIDAD DEL ENTREVISTADO
ASOCIACIÓN PRIVADA	PSICÓLOGÍA
FUNDACIÓN PRIVADA	PSICÓLOGÍA
CLÍNICA PRIVADA EN POCITOS	PSICÓLOGÍA
CENTRO PRIVADO	PSICÓLOGÍA
CLÍNICA ZONA VILLA BIARRITZ	GINECÓLOGÍA
CONSULTORIO PRIVADO	PSICÓLOGÍA
CLÍNICA PRIVADA PARQUE BATLLE	PSIQUIATRÍA
CLÍNICA PRIVADA PARQUE BATLLE	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CLÍNICA MEDICINA ESTÉTICA	CIRUGÍA PLÁSTICA

INSTITUCIÓN MUTUAL	ESPECIALIDAD DEL ENTREVISTADO
CASMU	PEDIATRÍA
CASMU	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CASMU	PSIQUIATRÍA
CASMU	PSICÓLOGÍA

En el Primer Nivel de Atención a la Salud las policlínicas que funcionan en la órbita de la División Salud y del Programa Adolescente de la Intendencia Municipal de Montevideo, manifiestan recibir frecuentemente pacientes, mujeres muy jóvenes en su mayoría, con posibles trastornos de la alimentación. La consulta es motivada por otros síntomas que luego resultan tener su explicación en esa patología.



La estructura de las policlínicas municipales no prevé la atención para bulimia o anorexia nerviosa ni tienen equipo que los atiendan. Aquellos profesionales que presumen que un paciente presenta algún trastorno alimentario realizan la derivación al nivel siguiente de atención de la salud para su efectivo diagnóstico y tratamiento en los Hospitales Pereira Rossell o Clínicas. Éstos diferencian la atención según las edades con el corte a partir de los quince años de edad.

En el año 2004 comenzó a gestarse un polo de atención en el área de Salud Mental del Hospital Maciel, a partir de un grupo de profesionales escindido del equipo del Hospital de Clínicas, que atiende desde la misma corriente terapéutica a una población similar en cuanto a problemática alimentaria, franja etaria y nivel socioeconómico.

No ha habido en el ámbito de la salud pública y municipal capacitación del personal técnico en esta problemática. Cada posible diagnóstico proviene de la búsqueda de información que realiza individualmente el profesional.

Tanto el Hospital Pereira Rossell como el Hospital de Clínicas cuentan con un equipo multidisciplinario, dirigido desde el área de Psiquiatría, que diagnostica y trata anorexia y bulimia.

Hay sin embargo una diferencia importante que va más allá de las edades de los pacientes: en el Hospital Pereira Rossell se concibe a los trastornos alimentarios como una patología asociada a enfermedades psiquiátricas de niñas y niños por lo que el tratamiento es psiquiátrico.

En cambio en el Hospital de Clínicas, desde la "Unidad Docente Asistencial Especializada en Trastornos de la Alimentación", que es parte de la Unidad Docente Asistencial en Psiquiatría de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, se diagnostica y trata a los trastornos de la alimentación dándoles la categoría de enfermedad en sí misma. Esta diferencia no es mínima si se piensa en el marco en que se indica el tratamiento o en la construcción de la identidad del paciente.

En el equipo del Hospital de Clínicas, que tiene quince años trabajando la patología, se ha señalado que el número de consultas y derivaciones que reciben, de Montevideo e Interior, ha ido aumentando. Las consultas son casi enteramente realizadas por mujeres jóvenes. A su vez el equipo profesional que lo atiende está constituido exclusivamente por mujeres. Parecería que en el ámbito del Hospital de Clínicas tanto la patología como la búsqueda de respuesta y tratamiento están en un territorio de mujeres.

En el CASMU no existe hasta ahora un equipo o unidad que atienda específicamente las patologías alimentarias tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Hasta el momento el

diagnóstico puede ser realizado desde cualquiera de las especialidades, en servicios centralizados o no, a las que consultan los pacientes.

Hace tres años se conformó en el CASMU un equipo interdisciplinario para estudiar la política de la institución sobre el tema que se propone unificar pautas y centralizar los diagnósticos y tratamientos de anorexia. Un primer paso fue buscar las historias clínicas de los pacientes con anorexia con la finalidad de obtener datos y hallar regularidades que le permitan a la institución mejorar la precisión de los diagnósticos y realizar prevención. La aproximación a las historias clínicas permitió confirmar que quienes presentaron el trastorno de anorexia en el CASMU son mujeres jóvenes.

En la esfera privada de atención a la salud existe una oferta variada para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación. El contacto establecido con ocho clínicas privadas mostró como particularidad la ubicación de todas ellas en la franja costera de Montevideo.

Los equipos multidisciplinarios de las clínicas contactadas, a diferencia de los hospitales, no están todos bajo la coordinación de un profesional de la psiquiatría. Cinco de las clínicas visitadas atienden otros trastornos de la conducta además de los alimentarios pues la base de los tratamientos es la misma: lograr la modificación de pautas de la conducta. Todas las clínicas tienen propuesta de atención diaria a los pacientes e incluso cuatro de ellas ofrecen un sistema de internación por el día.

Si bien en la asociación privada más antigua manifiestan que el número de pacientes varones ha aumentado en estos veinte años la patología continúa presentándose mayoritariamente en mujeres.

Del trabajo de campo, en Montevideo, surgió como conclusión inicial que los trastornos de la alimentación se presentan casi exclusivamente en mujeres adolescentes y jóvenes como indica la literatura internacional sobre el tema.

Se pudo decir también, luego del abordaje realizado, que los trastornos de la alimentación ocurren en personas con determinadas características de personalidad que pertenecen mayoritariamente a grupos familiares conformados por padre, madre y pocos hermanos y con relaciones muy próximas. Esto fue coincidente con Turner (1989) en la explicación sobre la realidad familiar de las adolescentes.

La tercera conclusión, quizás la más importante, fue la diferencia encontrada con lo propuesto por Turner ya que en el ámbito local los trastornos de la alimentación afectan también a las mujeres que atienden su salud en la esfera pública lo que según los supuestos de la



investigación se relaciona con un nivel socioeconómico correspondiente a pobreza. Los datos suministrados sobre el número de pacientes atendidos figuran en el siguiente cuadro:

Lugares contactados de Atención de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)	Número de pacientes con diagnóstico de TCA tratados <sup>11</sup>
Clínicas Privadas	84
CASMU (anorexia nerviosa solamente)	23
Salud Pública	65 <sup>12</sup>
IMM (diagnóstico y derivación)	No poseen datos

Un aspecto relevante de la investigación sugiere que existen diferencias en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación según se realicen en la órbita de Salud Pública o en la esfera de las clínicas privadas. Los trastornos de la alimentación se diagnostican en tiempos diferentes y son tratados con disímiles recursos terapéuticos según sea el sector de atención de la salud. Esto posibilitaría decir que las mujeres jóvenes reciben diagnóstico y tratamiento diferenciado por segmento socioeconómico.

Otro aspecto de significación surgido del trabajo realizado revela que si bien la ocurrencia de los trastornos alimentarios se produce en todas las franjas socioeconómicas parece ser más visible en, y desde, la clase media.

En las páginas siguientes se profundizará sobre los aspectos relevantes mencionados más arriba: los posibles factores que contribuyen a una visibilidad mayor de las patologías alimentarias en la clase media y se intentará luego analizar las diferencias, o inequidades, que se presentan en el diagnóstico y tratamiento de las mismas.

<sup>11</sup> Referido en el momento de la entrevista (mayo-julio 2003)

<sup>12</sup> Incluye 15 pacientes atendidos por el sistema de becas de ALUBA en la sede del Hospital Maciel.

#### IV. 1. La Visibilidad de los Trastornos de la Alimentación

De las entrevistas realizadas surgió que las mayores diferencias socioeconómicas relacionadas con los trastornos de la alimentación se producen en cómo son percibidos, en el acceso al diagnóstico y en el tratamiento de los mismos.

Esto podría esperarse dado que el lugar, la representación y el cuidado del cuerpo cambian según la clase social estableciéndose para los cuerpos asignaciones y expectativas diferentes. El campo de la sociología del cuerpo revela las diferencias en la valoración, uso y cuidado del cuerpo según la clase social.

Veblen en su "Teoría de la clase ociosa" (1992) mostró cómo el ocio que se visualiza en el cuerpo es una marca de clase. Las ropas incómodas para las mujeres, los tacones o un arreglo corporal que implique horas de cuidados, son una demostración de que no es necesario trabajar.

Boltanski (1984) plantea la diferenciación del uso del cuerpo según la clase social. La atención, y podemos decir la conciencia, corporal se manifiesta de maneras muy diferentes según las clases sociales.

Según Boltanski (1984) los pobres perciben al cuerpo como un instrumento, una herramienta. Posiblemente se resalte más el producto del trabajo con el cuerpo que éste mismo.

Esa ausencia de conciencia del cuerpo se expresa de varias formas: no poder distinguir los cambios que se procesan entre salud y enfermedad a no ser cuando ya emergió la enfermedad, esperar para ver si la enfermedad pasa sola antes de consultar al médico, no poder tener idea clara de qué es lo que ocurre con el cuerpo.

La no-pertenencia del cuerpo se manifiesta también en la sexualidad y en la estética corporal. La sexualidad está dentro del terreno de lo no-dicho, no hablado. La resistencia en los sectores populares a la educación sexual temprana, sondeada por Boltanski, 1984, la falta de espacios en la familia para hablar de sexualidad confirma la voluntad de que la sexualidad no emerja en el cotidiano.

El lugar del embellecimiento físico también marca diferencias de clase: mientras las mujeres de clases media y alta recurren a todo tipo de tratamiento para lucir bien, las mujeres pobres ven inconveniente poner énfasis destacado en el cuerpo. Sólo se arreglan para estar bien en determinadas ocasiones sin relacionar belleza con estatus o con salud.

Estas formas diferentes de conciencia corporal, de atención al cuerpo y del valor del cuerpo según las clases sociales hacen parte de los códigos de las mismas. Cada grupo parece tener

implícitamente un lugar para el cuerpo y lo explicitan sus miembros. Boltanski, 1984, para explicar la relación diferente con el cuerpo de los distintos grupos recurre a la noción de *habitus* físico de Bourdieu.<sup>13</sup>

*....el principio generador y unificador de las conductas que es el habitus corporal de los miembros de un grupo; es decir, del sistema de normas profundamente interiorizadas que, sin expresarse nunca total ni sistemáticamente, rigen implícitamente la relación de los individuos de un mismo grupo con su cuerpo,...*

Formas de presentación, de relacionarse con los otros, de interactuar, son propias de cada grupo. Sus miembros las emplean y en la medida que las usan reafirman los valores grupales. Son mayoritariamente inconscientes, se reproducen y a su vez surgen en las nuevas situaciones. "Si los individuos prestan menos atención a su cuerpo y mantienen con él una relación menos consciente al estar más obligados a actuar físicamente, tal vez sea porque una relación reflexiva con el cuerpo resulta poco compatible con su utilización intensa." (Boltanski, 1975:85-86)

Si el cuerpo de los pobres es preparado para el trabajo y rendimiento físicos posiblemente el escucharlo, atenderlo, podría alterar su productividad y de ahí subvertir un ordenamiento social ya establecido. El lugar del cuerpo de los pobres es uno: producir, ser exigido físicamente, no es internalizado como propio ni se concientiza.

En paralelo la contemplación y exploración del cuerpo, su expresión y cuidado, el discurso sobre él construido está en el territorio de las clases superiores. El cuerpo de los ricos es productor de estatus en la medida que es cuidado, es trabajado según los patrones de belleza y salud, realiza deportes de elite que reafirman una exclusividad.

Las dietas diferentes según la clase social se corresponden a la búsqueda en las clases altas de la perfección física. Comidas "light", ricas en vitaminas y con escaso contenido en grasas e hidratos de carbono son ingeridas para encontrarse en forma. La valorización de la delgadez, plantea Boltanski, es diferente según se trate de una clase u otra. El autor sugiere que un mismo individuo puede ser considerado gordo por integrantes de las clases superiores y flaco en las clases populares. (Boltanski, 1984:169)

Turner (1989:206) acrecienta que las dietas fueron inicialmente destinadas a cuidar la salud física y mental de terratenientes y mercaderes. Los campesinos eran considerados prescindibles pero la realeza debía ser cuidada a través de la no-ingestión desmedida. Sin duda serían los únicos con posibilidad de realizar comidas en exceso pues hubo una merma considerable de alimentos entre los siglos XV y XIX.

<sup>13</sup> Citado por BOLTANSKI. L. 1975:108. El concepto de habitus físico es planteado por Bourdieu en "Célibat et condition paysanne", *Études rurales*, núm. 5-6, 1962, pp. 32-136.

El cuerpo puede ser visto como una posesión que marca el lugar de la persona en el orden de las clases sociales: color, forma, volumen, textura, movimientos, pueden ser formas de atribución de estatus y quizás la más directa ya que el cuerpo no puede ir separado de la persona que lo lleva. A ello apunta también que las dietas o hábitos alimenticios estén diferenciadas en las clases sociales.

Boltanski (1984) subraya que los miembros de las clases altas le dan a la preparación de los alimentos una importancia menor que los más pobres. Éstos preparan la comida con más tiempo y eligen los alimentos según la sensación de saciedad. La importancia está destinada a sentir que se ha comido lo que sería lógico si se piensa en la exigencia de realización de trabajo físico. Hay veces que esto supone una relación inversa con los alimentos nutritivos o más sanos. Se eligen, según el autor, alimentos ricos en harinas, grasas y condimentos que satisfacen el deseo de comer. En tanto las dietas verdes con carnes cocidas a la plancha y levemente sazonadas son preferidas por los integrantes de las clases media-alta y alta que pueden regular cuándo y cómo quemar las calorías que ingieren.

Desde esta óptica los trastornos de la alimentación pueden ser identificados como problemática por los grupos que además de disponer de elementos para diferenciar los procesos de salud y enfermedad están más pendientes del cuerpo y sus cuidados. Quienes hacen una dieta estricta, o su entorno, estarían en condiciones de percibir cuándo la dieta pasa a ser una obsesión, cuándo se transforma en un trastorno alimentario.

Posiblemente las clínicas que ofrecen tratamientos para los diversos trastornos de la alimentación sumen a esa visibilidad. De las ocho clínicas privadas contactadas (ubicadas en las zonas de Parque Rodó, Punta Carretas, Villa Biarritz, Pocitos y Parque Batlle) tres tienen cartel en la puerta indicando que atienden anorexia y bulimia. Dos lucen un cartel referido al “tratamiento de la obesidad” y otras tres no exhiben cartelera.

El circuito residencial donde se encuentran emplazadas indica hacia cuál segmento socioeconómico están orientadas. Esas zonas son de clases media y media-alta solamente. Si bien las propuestas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación están visiblemente destinadas a las clases media y media-alta la ocurrencia del fenómeno está en todas las clases sociales.

En términos de economía se diría que el nicho de mercado para el tratamiento de los trastornos de la alimentación está en las adolescentes mujeres pertenecientes a la clase media.



Desde las clínicas de salud, privadas, se realiza una oferta del servicio con una lógica empresarial del trastorno alimentario.<sup>14</sup>

Foucault (1976) plantea que la relación entre medicina y economía estuvo inicialmente basada en que la primera garantiza el suministro de cuerpos e individuos fuertes para la producción. A esto se sumó otro vínculo: la salud en la medida que es un deseo para unos y un lucro para otros produce directamente riquezas. La salud se convirtió en objeto de consumo, tiene importancia económica e ingresa en un mercado.

Desde la oferta en el mercado de la salud, y de la estética corporal, se explica la visibilidad, con destaque, del trastorno alimentario en la clase media y media-alta, quedando sin ser percibida la franja de población femenina pobre que recurre al tratamiento en los hospitales.

A la difusión de la visibilidad de la patología alimentaria en la clase media contribuye también que las escasas investigaciones nacionales encontradas sobre el tema se refieren exclusivamente al diagnóstico y tratamiento en el ámbito de las clínicas privadas.

Esto se ha visto reforzado por la literatura internacional. La mirada en la clase media para los trastornos de la alimentación surge en la literatura médica pionera de las décadas de 1970 y 1980 en las que se ubicaban anorexia nerviosa y bulimia nerviosa como padecimiento de mujeres jóvenes de nivel socioeconómico medio y alto.

Estas pautas se encuentran muy difundidas en la actualidad entre los profesionales de la salud y se integran con la diversidad de ofertas de diagnóstico y tratamiento de la esfera privada. De esta manera se limita muchas veces las posibilidades de diagnósticos certeros en las poblaciones más pobres. Así ciencia y mercado contribuyen a formar y reproducir la visión de que los trastornos de la alimentación son selectivos hacia las clases media y alta.

Otro factor que conduce a la invisibilidad del trastorno alimentario, independiente de la clase social, es que la misma patología lleva a quienes la padecen a ocultarla, a hacerla invisible. Infinidad de estrategias son puestas en juego para no comer, o para vomitar lo ingerido, de manera no perceptible para el entorno. Los profesionales entrevistados hablaron de un trastorno que transcurre de manera silente y que es a su vez silenciado por quienes lo sufren y

---

<sup>14</sup> *“Nosotros hemos tenido pacientes de clase alta que han venido acá. Pero la gran mayoría de gente de clase alta no se siente del todo cómoda. Si quizás fueran a un lugar mucho más lujoso estarían mejor. Yo vivo en Carrasco también, es como un ghetto aparte. Si sos de Carrasco los negocios que funcionan son de gente de Carrasco. Tenés que ser conocido de este y del otro. Estuvimos pensando en abrir una sucursal en Carrasco pero es imposible si no tenés un apellido. La elite se automantiene a sí misma”.* (Testimonio de profesional entrevistado socio de una clínica privada)

sus familias.<sup>15</sup> El padecimiento del trastorno alimentario produce culpa y vergüenza, además la persona no quiere ser señalada por su afección.

Aplicando de Goffman (1984) la definición de estigma como “atributo profundamente desacreditador” se puede pensar que el hacer público el trastorno puede significar para la persona entrar en el descrédito. Goffman (1984) plantea que una situación tal, en la que la persona porta un estigma de manera no visible y silenciosa, le da un carácter de desacreditable. Los trastornos de la alimentación son un atributo desacreditador, si su padecimiento es conocido, lo que ayuda a reforzar el silencio.

*...cuando su diferencia no se revela de modo inmediato, y no se tiene de ella un conocimiento previo (o, por lo menos, él no sabe que los demás la conocen), es decir, cuando no se trata en realidad de una persona desacreditada, sino desacreditable. El problema no consiste en manejar la tensión que se genera durante los contactos sociales, sino más bien en manejar la información que se posee acerca de su deficiencia. Exhibirla u ocultarla; expresarla o guardar silencio; revelarla o disimularla; mentir o decir la verdad; y, en cada caso, ante quién, cómo, dónde y cuándo. (Goffman, 1984:56)*

Tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia el padecimiento es individual, desconocido por el entorno y, a diferencia de otros trastornos de la conducta, se puede cursar de manera aislada, en paralelo con la propia vida. El trastorno alimentario no precisa de un grupo para expresarse y por lo general la persona evita todo contacto social. Tampoco requiere de un proveedor de fuera por lo que puede quedar bajo el dominio exclusivo del sujeto que lo padece.

#### **IV. 2. La Diferenciación en los Diagnósticos**

Todos los profesionales entrevistados coincidieron en que los diagnósticos de los trastornos alimentarios en Montevideo han registrado en los últimos años una tendencia creciente. No hay acuerdo sobre si esto refleja que están más difundidos, que las técnicas de diagnóstico están más afinadas o que se está produciendo un sobrediagnóstico de la enfermedad.

Los diagnósticos se realizan tanto en bulimia nerviosa y anorexia nerviosa como en el trastorno mixto, combinación de ambas. No hay un trastorno predominante. Si en alguna de

<sup>15</sup> *“Es muy persecutorio para ellas. De alguna manera se asocia con una patología psiquiátrica. La familia tiende a aislar al individuo y entonces hay cosas que esconder y no se puede saber. Y tratan de ocultar hasta dentro de la propia familia.”* (surgido durante la entrevista con un profesional del CASMU)



las clínicas privadas, en el Hospital de Clínicas y en las Policlínicas de Adolescentes de la Intendencia Municipal de Montevideo se observa más el trastorno mixto.

En el ámbito de las clínicas privadas las pacientes llegan, por lo general traídas por sus padres, luego de haber realizado consultas en el ámbito mutuo o con psicólogos particulares. El diagnóstico en el ámbito privado procura descartar la asociación del trastorno a problemas de personalidad. Mediante entrevistas se hace también un estudio del grupo familiar. Los diagnósticos a nivel privado se complementan con entrevistas, estudios de personalidad, consultas con médicos generales y, eventualmente, con especialistas. A lo sumo se tarda una semana en completar un diagnóstico presuntivo de trastorno de alimentación.

Luego del diagnóstico inicial se diseñan las estrategias personalizadas de tratamiento del trastorno de la alimentación. Tanto para la elaboración del diagnóstico del trastorno como para su tratamiento se hacen intervenciones multidisciplinarias.

En el sector público de atención a la salud las alternativas de diagnóstico son varias: En el hospital Pereira Rossell el diagnóstico es en sí de una enfermedad psiquiátrica. Ésta puede estar acompañada de un trastorno alimentario.

En el Hospital de Clínicas se plantea que en la última década se han afinado mucho las técnicas para el diagnóstico de las patologías alimentarias. Esto condujo por un lado a un mayor número de diagnósticos. Estos nuevos registros no corresponden a nuevos casos sino que son producto de mejores técnicas de diagnóstico. En otro momento hubieran sido tratados los síntomas emergentes sin llegar a diagnosticar al trastorno en sí.<sup>16</sup>

Por otra parte en los diagnósticos en el último tiempo se ha producido lo que llaman “sobre diagnóstico de la patología”. Mitjávila (1998) explica cómo “*para la mentalidad clínica es mejor hacer algo que no hacer nada*”: Los médicos poseen un conocimiento general que al momento de aplicarse en un paciente determinado, un caso individual, siempre genera una zona de incertidumbre ante la cual el profesional tiende a actuar. En los trastornos alimentarios posiblemente la reacción sea favorable a hacer el diagnóstico.

Se planteará luego la necesidad de diferenciar una paciente con anorexia de otra que es dietante crónica. Ésta última vive haciendo dietas pero las puede interrumpir puntualmente para comer algo que la engorde y continuar luego con la dieta. La dietante crónica puede interrumpir, sin culpa, la dieta mientras que la paciente anoréxica vive la culpa de la

---

<sup>16</sup> “No es la cuestión de que los trastornos estén más difundidos, sino que la herramienta está más trabajada y es posible diagnosticar más casos con mayor precisión.” Afirmación, en el año 2003, de la psiquiatra responsable de la Unidad Docente Asistencial Especializada en Trastornos de la Alimentación en el Hospital de Clínicas.

trasgresión. Aquí la diferencia está dada por la posibilidad de interrupción de la dieta y los sentimientos que eso genera.

El sobre diagnóstico de la bulimia surge de incluir como paciente bulímica a la que realiza una ingesta compulsiva. La persona que practica una ingesta compulsiva come mucho de algo y luego se frena. La persona con ingesta compulsiva no recurre a ningún método para expiar las cantidades comidas: no deja de comer, ni vomita o toma purgantes luego del atracón.

A pesar de ser diferentes una dieta crónica de la anorexia y la persona con bulimia de la que realiza una ingesta compulsiva muchas veces están bajo el mismo diagnóstico de anorexia y bulimia. *“Esa propensión a la acción refleja un tipo de racionalidad según la cual es preferible imputar enfermedad que negarla o correr el riesgo de dejarla pasar o no notarla”.* (Mitjávila,1998:39)

Esta podría ser una explicación para lo que en el Hospital de Clínicas se percibe como un sobre diagnóstico de las patologías alimentarias.

El tiempo que insume un diagnóstico con mayor confiabilidad como el planteado en el Hospital de Clínicas es de varios meses. Las pacientes pasan por diferentes entrevistas, que ocurren con una frecuencia semanal o quincenal, con siquiátras y sicólogos del equipo multidisciplinario.

En las policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo se plantea la dificultad de realizar un diagnóstico con intervención interdisciplinaria. La carencia de equipos multidisciplinarios hace incompleto el diagnóstico e imposible el tratamiento. La estrategia es entonces la derivación de los pacientes hacia los hospitales públicos o, eventualmente, a ALUBA que si bien es paga dispone de un sistema de becas para las pacientes más pobres.<sup>17</sup>

Tanto los profesionales de salud pública como los del CASMU entrevistados cuestionan la cantidad de diagnósticos que se realizan en la esfera de las clínicas privadas. Sostienen que en las clínicas privadas se confunden dietas crónicas y estrictas con trastornos de la alimentación. Los profesionales de las clínicas privadas manifiestan, a su vez, que los pacientes llegan luego de todo un periplo por los especialistas de las mutualistas cuando lo que presentan son trastornos de la alimentación.

El CASMU no tiene hasta el momento un criterio unificado en los diagnósticos que se producen por cuenta de cada especialista. Hasta ahora en sus registros sólo se han encontrado diagnósticos de anorexia. Eso coincide con que la bulimia puede pasar mucho más

---

<sup>17</sup> *“Nosotros en realidad frente a la posibilidad de un trastorno alimentario lo que hacemos es derivar a la atención hospitalaria porque el trastorno alimentario no se puede tratar a nivel primario en salud.”*  
Testimonio de profesional de Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo.

desapercibida. Las pacientes con bulimia suelen no ser delgadas lo que haría impensable la presencia de un trastorno alimentario. La institución mutual se propone trabajar en la prevención de la anorexia, el trastorno con costos de tratamiento más altos.

Ciertamente cuanto más amplia sea la cobertura de un diagnóstico más provechoso y efectivo será el tratamiento. Las diferencias en los tiempos y profundidad en el diagnóstico presentadas para quienes pueden o no costear una clínica privada se profundizarán a través del tratamiento.

### IV. 3. Los Distintos Tratamientos

***"En una sociedad desigual en la que la salud constituye un bien fundamental, quienes poseen bienes los intercambian por servicios relativos al cuidado de la salud."***  
***(Duran, 1983:145)***

Duran (1983) sintetiza las desigualdades de clase a la hora de la enfermedad. Marca dentro de ellas las diferencias en el acceso al servicio médico y la diferenciación en el tratamiento en el caso de enfermar, quienes tienen recursos para una mejor, y más completa, atención de la salud son los que acceden a ella.

Corroborando el pensamiento de la autora las entrevistas evidenciaron que hay diferencias significativas en los tratamientos de los trastornos de la alimentación según sea el ámbito en el que se llevan a cabo:

En el sector privado ninguna de las clínicas contactadas pone requisitos sobre edad, sexo o tipo de trastorno para el tratamiento. Atienden, porque allí se produce la demanda, a una población predominantemente femenina, joven, de clase media y media-alta.

El tratamiento pago de los trastornos de alimentación es personalizado dependiendo del diagnóstico inicial. Todas las clínicas cuentan con un equipo multidisciplinario compuesto en su mayoría por médico general, médico psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta, nutricionista. Ellos derivan, de ser necesario, los pacientes a otros especialistas (ginecólogos, endocrinólogos, dermatólogos, gastroenterólogos)

La valoración primaria de la paciente se hace desde el punto de vista físico estudiando las consecuencias del trastorno en la salud general. Esto es acompañado de una evaluación para determinar si el trastorno de la alimentación está asociado a algún tipo de trastorno de la personalidad lo que indicará si corresponde intervención psiquiátrica y el tratamiento a seguir.



Por lo general es prescripta medicación al principio del tratamiento para tratar ansiedad o cuadros de depresión que emergen.

Las estrategias del tratamiento en el ámbito privado contemplan terapia individual, familiar o de pareja, terapia grupal y/o grupo de autoayuda, medicación, régimen alimentario guiado por nutricionista y la formulación de contrato de peso.<sup>18</sup> Cada clínica marca a la paciente qué terapias realizar y la frecuencia de las sesiones, pudiendo ser diarias.

Cuatro de las clínicas contactadas tienen un sistema de internación por el día. Mediante este sistema se aísla a la paciente de las posibles causas generadoras de la patología hasta que aprenda nuevas formas de resolver los conflictos y enfrentar las exigencias cotidianas sin recurrir a la comida como válvula de escape. Durante el día las pacientes participan de actividades grupales, terapia grupal y además tienen la vigilancia en la alimentación: acompañantes terapéuticos controlan la comida.

Esta modalidad de internación diurna adquiere las características de lo que Goffman (1988) llama instituciones totales. Allí se cuida a las personas que se piensa son incapaces de hacerlo por sí mismas. Se controla a los pacientes en la ingesta y la asimilación de la comida.

A través de las terapias grupales y grupos de autoayuda se intenta el cambio en los hábitos alimentarios de las pacientes así como una valoración distinta de sí mismo y del propio cuerpo. Se procura reforzar la autoestima y la seguridad de los pacientes a través de la interacción en el grupo. El grupo apoya, a través del control, a sus integrantes.

El grupo transmite y refuerza pautas de conducta que dan estabilidad y seguridad a cada integrante. De este modo se le transmite al paciente cómo y cuándo comer así como las normas para el funcionamiento dentro de la institución. El grupo, regulador de los hábitos alimenticios de la persona, se podría pensar que funciona como un sustituto de la familia de la primera infancia.

Pero no siempre los grupos de autoayuda de adolescentes pueden contener a una persona. El grupo de autoayuda es una herramienta terapéutica que debe ser reforzada por otras.<sup>19</sup>

Las terapias individuales pueden ser de distintas corrientes, según el profesional que haga el abordaje. Las hay psicoanalíticas, conductuales, sistémicas, cognitivas. Todas procuran, a su manera, identificar qué en la persona ocasiona el trastorno. El refuerzo, a nivel individual y

---

<sup>18</sup> El contrato de peso es un acuerdo entre el médico y el paciente, con intervención de nutricionista, que estipula el rango de peso corporal aceptable al que llegar o en el que mantenerse.

<sup>19</sup> *"A veces los grupos de autoayuda en la medida que están formados solamente por iguales terminan siendo grupos de suministro e intercambio de estrategias para mantener el trastorno."* (Reflexión aportada por una profesional de Clínica Privada)



grupal, de seguridades y autoestima y el trabajo en los vínculos familiares complementan el apoyo emocional al paciente.

La duración del tratamiento varía según cada paciente. Lo más común es que un tratamiento lleve un promedio de cinco años con un desprendimiento gradual del mismo. Todos los profesionales coincidieron también en que de este tipo de trastornos nunca se está totalmente curado. Las pacientes conviven con el trastorno de por vida. Saben que pueden surgir situaciones en la vida que reactiven los trastornos alimentarios.

En las investigaciones nacionales halladas, que pertenecen al ámbito privado, se afirma que los niveles locales de éxito de estas terapias están en los patrones internacionales: la mitad de las pacientes resuelve positivamente, en esa fase de su vida, el trastorno de la alimentación.

Las estrategias de atención de la clase alta, según coincidieron los profesionales entrevistados, contemplan preferentemente tratamientos personalizados, rápidos y en consulta individual.<sup>20</sup> Si bien alguna de las clínicas contactadas trata también a pacientes de clase alta, cuando éstos tienen el menor signo de mejoría interrumpen los tratamientos. Así, las ofertas terapéuticas privadas provenientes de las clínicas de la franja costera de Montevideo relevadas son aceptadas mayoritariamente desde la clase media y media-alta.

En la esfera de Salud Pública las instituciones contactadas que tienen equipos especiales para el tratamiento de los trastornos de la alimentación son los hospitales Pereira Rossell y Clínicas. La atención y tratamiento de los pacientes con trastornos de la alimentación se corresponde con el funcionamiento de cada centro. En el Hospital Pereira Rossell se trata a niñas y niños hasta los 15 años y en Hospital de Clínicas a partir de los 16 años. El tratamiento se encuentra segmentado por la edad.

Los equipos multidisciplinarios están coordinados por médicos psiquiatras e integrados por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas. En el Hospital Pereira Rossell el equipo tiene también gastroenterólogos y en Hospital de Clínicas psicomotricistas.

Los equipos multidisciplinarios de cada hospital se reúnen una vez por semana. Allí ven, y valoran, a los pacientes. Cada paciente es visto quincenalmente para su valoración.

En el Hospital Pereira Rossell los trastornos de alimentación atendidos no son trastornos puros, se encuentran asociados a distintas patologías psiquiátricas. Los trastornos se tratan desde el encuadre psiquiátrico. Quincenalmente se valora el peso y la evolución mediante

---

<sup>20</sup> *“Los padres de clase alta no vienen nunca, inclusive hasta nos han mandado a empleadas domésticas a la reunión de padres porque ellos están con trabajo”*

*“ Manejan distinto el problema y los roles. Hemos visto a muchos que el tema de los hijos, lo solucionan con plata, lo que se necesita se te paga y me olvido del problema.”* (Testimonio de dos profesionales de clínicas privadas entrevistados)

preguntas al niño y a la madre. Sobre la base del cumplimiento del contrato de peso, de la información que suministra la madre y de la valoración profesional se ajusta la medicación que constituye el eje del tratamiento.

En el Hospital de Clínicas el equipo multidisciplinario atiende los días viernes por espacio de cuatro horas en carácter honorario. Funciona en el área de Salud Mental y brinda tratamiento ajustado al diagnóstico inicial. Cada paciente tiene control de peso y tratamiento terapéutico con los profesionales del equipo cada dos semanas. Aquí las pacientes pueden ir solas o acompañadas por sus madres.

En el Hospital de Clínicas el tratamiento es de corte psicoanalítico. Se le adjudica a los vínculos familiares, sobre todo con la madre, un rol importante en el desarrollo y tratamiento de la patología alimentaria. Es por eso que se trabaja con la familia mediante entrevistas en serie. Las psicoterapias pueden ser individuales y/o grupales. La medicación es vista como un recurso más dentro del tratamiento.

Valoraciones u opiniones de otras especialidades que sean requeridas se obtienen por derivaciones dentro de los propios hospitales. Lo mismo si es necesario realizar la internación para la realimentación de los pacientes con trastornos de alimentación en situación de riesgo de vida.

Este tipo de trastorno requiere de estructura y cuidados especiales para la internación dada la negativa a alimentarse y la infinidad de estrategias desarrolladas para ello. Las habitaciones deben de estar adecuadas: los baños clausurados y el ambiente con la certeza de que en él no se podrá tirar ni ocultar medicación o comida.

La internación posiblemente supone una de las instancias más extremas de vigilancia, una institucionalización total del paciente que se convierte en objeto de inspección y control permanente.

En el Hospital de Clínicas no es posible una infraestructura que logre la supervisión permanente de las pacientes pues ingresan a las salas comunes de internación. Tampoco hay personal de enfermería especializado ni asignado para la patología. Es, como todo el servicio de enfermería en el Hospital, rotativo por los distintos pisos. Eso hace que pase a la familia la responsabilidad por la alimentación y seguimiento de las pacientes internadas.

Los tratamientos no tienen plazo de tiempo y la única limitación corresponde a la edad que está estipulada para el inicio de la atención en el Hospital de Clínicas.

Los profesionales del Hospital de Clínicas entrevistadas refieren a la cura del trastorno de igual manera que en las clínicas privadas: se brindan herramientas para conocer y dominar el

trastorno alimentario. Pero no se puede afirmar que vencido un episodio el trastorno alimentario, sea del tipo que sea, esté totalmente curado.

En el CASMU, según los registros estudiados, solamente se ha tratado anorexia nerviosa. Los departamentos de Psicología Médica y Nutrición tienen profesionales que fueron conociendo y especializándose, desde la práctica, en la problemática por lo que se coordinan en la atención de pacientes con anorexia.

Psicología médica interviene en la valoración del trastorno y en la indicación de un tipo de psicoterapia. Las terapias pueden ser individuales, de pareja o familiares. La psicoterapia debe realizarse por fuera del CASMU costeando los gastos el paciente pues la mutualista no contempla esos tratamientos.

El Departamento de Nutrición realiza la valoración de la marcha de los contratos de peso, interviene en la elaboración de una cartilla con la dieta semanal y apoya a la familia en su ejecución. El planteo desde la nutrición es lograr crear buenos hábitos alimenticios.

El CASMU tiene habilitadas camas en el Sanatorio 4, donde funciona el CTI, destinadas a la internación de pacientes con anorexia en riesgo de vida. El CASMU atiende pacientes que han hecho crónica la anorexia. Hay mujeres con más de 20 años de historia clínica de anorexia nerviosa.

En el ámbito descentralizado del CASMU los distintos especialistas prescriben por lo general un tipo de tratamiento que es sobre los síntomas del trastorno. Por ejemplo si la anorexia nerviosa produjo ausencia del ciclo menstrual por al menos tres períodos, amenorrea, el ginecólogo indicará hormonas que regularicen la menstruación.

Por lo general la posibilidad de estar frente a un trastorno de la alimentación no es tenida en cuenta por los especialistas. Éstos intervienen mayoritariamente desde, y sobre, su especialidad. A esto contribuye que la historia clínica no está centralizada y que no se ha dado capacitación para los médicos de las diversas especialidades sobre el tema. Queda todo librado a la información, al ojo clínico o a la intuición del profesional que atiende los síntomas de cada paciente.

En este tipo de patologías se atribuye a las familias, sobre todo a las madres, la posibilidad de ser las grandes aliadas o las saboteadoras de los tratamientos. Desde esta óptica trabajar con las familias en el ámbito terapéutico es sumamente importante para garantizar el éxito de los tratamientos.

El lugar asignado a las familias, mayoritariamente madres, en el Hospital Pereira Rossell, es el de suministrar la dieta y medicación prescriptas por el médico. La familia no tiene, según lo percibido, asignado un rol en los procesos de superación de los trastornos de la



alimentación mas que cumplir con las instrucciones de los profesionales. No existe, en la instancia del equipo multidisciplinario contactado, terapia individual, grupal o familiar.

Nos encontramos en el Hospital Pereira Rossell con una de las características de las relaciones médico-paciente que menciona Boltanski (1984): no se dan demasiadas explicaciones sobre la patología partiendo de la base de que el paciente, niña o niño, no las entenderá y su familia, usuaria del sistema de salud pública, tampoco. Durante la entrevista a una profesional del equipo presencié cómo las instrucciones sobre la administración de la medicación para el tratamiento de un niño con anorexia eran dadas en un tono de voz alto y enérgico, como órdenes. No se brindó, en esa oportunidad, a la madre explicación sobre porqué debía seguir las instrucciones o información sobre el proceso del hijo. La imagen, para el observador de fuera, es que cada consulta depara para el paciente, y su familia, una sorpresa pues no se sabe qué pasará en ella, puede suspenderse o cambiarse la medicación, reforzarse o incluso decretarse la internación del paciente.

Goffman (1988) menciona como una de las características de la institución total la información restringida. También Boltanski (1984) en la caracterización de la relación médico-paciente marca cómo el manejo de la información por parte del profesional es uno de los pilares del poder médico.

En las clínicas privadas la familia es vista como la gran socia de los trastornos de la alimentación. Se trabaja desde la óptica de que si los vínculos familiares no virtuosos pueden contribuir en los trastornos alimentarios, sustituirlos por vínculos positivos desmontaría uno de los pilares de dichos trastornos.

Las alternativas terapéuticas en el ámbito privado incluyen diversas escuelas de la psicología y la psiquiatría. En ese ámbito se puede optar por un tipo de terapia específica pues las distintas clínicas tienen propuestas terapéuticas diferentes. También es posible cambiar de clínica en la procura de otro tipo de tratamiento.

En el Hospital de Clínicas se ofrece un único tipo de terapia correspondiente a la corriente del psicoanálisis. Hollingshead y Redlinch<sup>21</sup> determinaron, mediante un estudio por el que clasificaron a los enfermos en tratamiento psiquiátrico en cinco categorías según la posición social, que a los enfermos con escasos recursos materiales no se les prescriben tratamientos costosos. En personas con el mismo tipo de enfermedad vieron que el 47 por ciento de los pacientes del nivel socioeconómico más alto recibía psicoterapia analítica frente al 5 por ciento de pacientes clasificados en el nivel más bajo.

---

<sup>21</sup> HOLLINGSHEAD, A. y READINCH, F. "Classe sociale et traitement psychiatrique" en Herzlich, C. "Medicine, maladie et société, Mouton, Paris, 1970. Citada en DURÁN, 1983:140.



En relación con la frecuencia del tratamiento observaron que los pacientes de nivel socioeconómico más alto tenían nueve o más sesiones de tratamiento mensuales mientras que los del nivel inferior una o dos sesiones al mes.

El estudio de Hollingshead y Redlinch confirma que lo percibido en el área de la salud mental a escala local es coincidente con lo hallado en el contexto internacional: las terapias de las clases superiores son con sesiones más frecuentes, más completas y con recursos de mayor costo.

Otro elemento de análisis surge a partir de las plantas físicas donde se llevan a cabo los tratamientos. Si bien ningún recinto terapéutico podría ser visto como el natural hay espacios que cohiben más que otros.

Las instalaciones de las clínicas privadas son todas casas adaptadas a los fines de las clínicas por lo que sus espacios son favorables para ser recorridos, ocupados, desde un cierto sentido de propiedad y libertad. Las puertas de las clínicas privadas están abiertas y el ingreso de cada paciente puede representar para el observador el ingreso a un club privado o a un gimnasio. Son muy pocos los ámbitos restringidos, que es donde están las balanzas.

En cambio, la estructura física hospitalaria, y las del CASMU, marcan para los pacientes la distancia hacia el consultorio. Las pacientes ingresan cuando se abre la puerta y son llamadas, mientras tanto aguardan en el pasillo que oficia de sala de espera.

Una reflexión especial y aparte es sugerida a partir del papel que en los trastornos de la alimentación tiene la medicación en cada uno de los ámbitos contactados.

#### **IV. 4. El lugar de la Psiquiatría. El estigma psiquiátrico**

Tanto bulimia nerviosa como anorexia nerviosa son consideradas trastornos graves de la conducta alimentaria por la APA (American Psychiatric Association) y se incluyen en el listado de enfermedades y trastornos mentales comprendidos en el DSM IV TR. (APA, 1994, 2002)<sup>22</sup> En él, como se planteó previamente, se señalan los criterios para el diagnóstico de anorexia y bulimia desde la psiquiatría. No es la finalidad de esta monografía ni tengo la formación necesaria para discutir si los trastornos alimentarios son competencia de la

<sup>22</sup> La versión en español del DSM IV es del año 1996. En el año 2002 se editó el DSM IV TR (texto revisado) En ambos se incluye anorexia y bulimia nerviosas en la clasificación de los trastornos mentales.

psiquiatría pero si es posible ilustrar, en este trabajo, cómo el lugar de la psiquiatra es diferente según el ámbito en que se atiende la salud.

En las Clínicas Privadas contactadas - con excepción de dos de ellas - el psiquiatra es un miembro más del equipo interdisciplinario encargado de evaluar desde cada especialidad al paciente. Los equipos cuentan, además del psiquiatra, con psicólogos, médicos generales, nutricionistas. Así quienes oficiaron de voceros de los equipos de las clínicas privadas en las entrevistas realizadas tienen distintas especialidades: psicología, ginecología, cirugía plástica, nutrición y dietética.

Desde lo mencionado por esos profesionales la valoración psiquiátrica descarta trastornos de personalidad y evalúa la posible presencia de episodios de ansiedad o depresión. A partir de allí se establece la prescripción, en caso de ser necesario, de la medicación y la periodicidad de las entrevistas con el médico psiquiatra.

El funcionamiento en esas clínicas contactadas de terapias individuales, terapias familiares, grupales o de grupo de autoayuda diluye la presencia de la psiquiatría impidiendo que sea tomada como el eje central del tratamiento.

Las pacientes pueden percibir que concurren a una clínica en la que se les ayuda en el tratamiento del trastorno y la entrevista con el psiquiatra junto a la medicación son un componente más para ello.

El trabajo terapéutico, y la identidad que va surgiendo de él, se pone sobre la necesidad de modificar una conducta dañina para la salud, en la reeducación de los hábitos alimentarios. En las clínicas privadas la paciente que concurre a los grupos de autoayuda o a la terapia grupal se siente una luchadora en equipo. Refuerza su autoestima a partir de los logros que son reflejados, y por momentos amplificadas, en el grupo.

Según lo informado el sistema de los grupos de autoayuda en trastornos alimentarios es similar al de grupos para otros trastornos - alcohólicos anónimos, jugadores compulsivos, etc.- El paciente es continentado por un grupo de personas con su misma dificultad y recibe información, refuerzo, ánimo y control por parte del grupo.

Considerando al trastorno de la alimentación dentro de la categoría de estigma para Goffman, el grupo de autoayuda está constituido por individuos que comparten el mismo estigma e incluso puede *"proveer a sus miembros de una doctrina completa y hasta de un modo de vida"* (Goffman,1984:34)

Efectivamente el grupo explica para el portador la patología y le informa de conductas a evitar. También le indica las nuevas pautas alimenticias que pueden extenderse hacia pautas para la vida. En el grupo cada recaída es vista como un tropezón que exige más cuidado y

voluntad en el camino de la recuperación. Cada logro se percibe como una victoria transitoria por la que no hay que bajar la guardia contra el saboteador que todos llevamos dentro.

El trastorno queda así comprendido en el marco de un problema de la conducta y la persona que lo padece es vista, posiblemente lejos de una identificación psiquiátrica, como portadora de una dificultad a superar. De esta manera el eje protagónico de la superación de la patología está en el propio enfermo, objeto de la enfermedad y sujeto en la recuperación.

En contrapartida cuando el eje del tratamiento está sobre la psiquiatría es muy posible que sea otra la visión y la ubicación de quien padece los trastornos alimentarios.

En la esfera de Salud Pública, los equipos multidisciplinarios que en los dos Hospitales diagnostican y tratan a pacientes con trastornos de la alimentación son coordinados y están conformados mayoritariamente por médicos psiquiatras. Los representantes de los equipos multidisciplinarios del ámbito hospitalario entrevistados, sus voceros, fueron todos médicos psiquiatras.

El lugar de la medicación ya no es el de un apoyo al que se puede recurrir, pasa a ser un recurso importante, sino el medular, en la recuperación. La clave de la mejoría se traslada de esta manera de la persona a la farmacología que asegurará el control de la conducta anómala mediante la correcta administración de la medicación. La persona que es objeto de un padecimiento es también objeto de la medicación psiquiátrica prescrita. Posiblemente no se diferencie la identidad construida en este tipo de atención con la de un paciente en tratamiento psiquiátrico, construyéndose con ello un estigma psiquiátrico.

Goffinan (1988) analiza las instancias en las que un estigma psiquiátrico se vuelve indeleble; no se considera a la enfermedad psiquiátrica como una dolencia común que una vez superada el paciente retoma empleo y vida corriente. La psiquiatrización de la vida de la persona le supone una desconfianza en el presente que puede continuarse a su futuro.

El ámbito institucional en el que son tratados en el ámbito hospitalario los trastornos de la alimentación avala el contexto psiquiátrico de la patología: se llevan a cabo en las áreas de Salud Mental, en el Hospital de Clínicas y de Psiquiatría en el Hospital Pereira Rossell.

La conformación de la identidad como paciente del área de psiquiatría es construida también desde la historia clínica o ficha de atención que se realiza en el hospital correspondiente.

*[La historia clínica] proporciona un medio para construir sistemáticamente un panorama del pasado, en el cual se demuestra que un proceso morboso había ido infiltrándose paulatinamente en la conducta del paciente, hasta dejarla, en cuanto sistema, completamente patológica. Se ve que la conducta aparentemente normal no es más que una máscara o un escudo para la enfermedad esencial que se esconde tras ella. (Goffinan, 1988:367)*



Posiblemente todo apunte a que, aunque se supere el episodio, la marca permanezca para la vida futura del paciente. Podría no-sorprender que en futuras consultas por la salud en general surjan preguntas sobre la patología alimentaria o el pasaje del paciente por el área de salud mental.

Mitjávila (1998) analiza los procesos de medicalización de la sociedad desde tres tipos de estrategias diferentes: punitivas, de tipo arbitral y socializadoras. Plantea la autora que en condiciones de modernidad tardía se puede producir la coexistencia de dos o de las tres estrategias de medicalización.

En lo referente a los trastornos alimentarios es posible pensar que en el sector público actúa una estrategia mixta, punitiva y socializadora, de medicalización. El componente punitivo está presente en la estigmatización psiquiátrica y la estrategia socializadora de la medicalización opera mediante el control y reeducación de los hábitos alimentarios. La estrategia de la medicalización en la esfera privada se correspondería mayoritariamente con el tipo socializador.

#### **IV. 5. La Diferencia Paciente – Cliente**

Boltanski (1984) plantea que no es posible para el médico, por más que la escuela de medicina lo indique, ver en su paciente un ser abstracto, exento de ubicación en el mundo. A su vez, y lejos de ser una relación humana simple, la relación médico – paciente es una relación desigual. Una parte tiene el saber y la otra, la leiga, necesita conocer qué ocurre con su salud.

Goffman (1988) marca las diferencias entre un servicio de reparación corriente y el servicio médico. El acto médico se produce sobre un cuerpo. Así objeto y cliente se confunden pues el servicio es sobre el propio cuerpo del cliente quien no puede dejarlo para su reparación como deja un electrodoméstico o una herramienta. Esto hace que la relación proceda desde ambas partes con más cuidado que si se tratara de un servicio técnico común. El mayor cuidado implica otras confianzas en juego: el médico precisará información del paciente, que corroborará por su cuenta. El paciente a su vez necesitará confirmar que su cuerpo, y la vida, están en manos de un profesional conocedor y responsable. En esa dinámica de confianzas mutuas el paciente arriesga mucho más. La relación es, sin dudas, asimétrica.

La distancia se acentúa si a la diferencia del saber se le suma diferencia en la clase social. Boltanski (1984) asegura que la actitud del médico se modifica con la clase social del



paciente. La relación médico-paciente es también para este autor, y en primer lugar, una transacción comercial. El médico vende sus servicios a través del acto médico y de la prescripción que realiza.

Los usuarios de la Salud Pública son los que no tienen recursos, o empleo habilitante de la seguridad social, para costear cuidados privados o ser parte del sistema mutual de salud. Los usuarios de Salud Pública son lo que Foucault (1976:167) llama, para el sistema de salud francés, los consumidores más débiles. Los que vivencian el mecanismo de la desigualdad por detrás del derecho igualitario a la salud.

Los pacientes del sector público de salud están por lo general en una posición de indefensión mayor frente al saber, y poder, médico. No participan de una relación de intercambio y reciben únicamente una prestación. El usuario paciente para lograr la mejoría sólo puede cumplir con las instrucciones médicas.

Cuando existe, como ha ocurrido hasta el año 2004, un único servicio donde tratar la patología alimentaria los pacientes son usuarios cautivos pues no tienen opción por fuera de la prestación que se les brinda en el sector público.

Tampoco tienen posibilidad de optar entre alternativas terapéuticas dentro del sector público pues si bien existen en la actualidad, para los pacientes mayores de 15 años, dos servicios que atienden los trastornos alimentarios ambos corresponden a la misma corriente de tratamiento: la psicoanalítica.

Goffman (1988) plantea la gravedad que supone la práctica de la medicina como una agencia burocrática que suministra servicios a clientes que no tienen oportunidad alguna de elegir los médicos con los que se van a tratar. En el caso de los trastornos de la alimentación en el sector público se le suma que el tratamiento disponible se enmarca en una única corriente.

En contrapartida el usuario cliente de clase media y media-alta pertenece a un grupo social que quiere acceder a un buen servicio y sabe reclamar, exigir, para ello. Boltanski (1984) afirma que los miembros de las clases superiores tienen condiciones para presionar al médico en procura de información.

El usuario cliente de la clínica privada maneja por lo general códigos similares a los del profesional que lo atiende. Esto lo habilita para encontrar las maneras de dialogar con el otro, un igual, de disentir o hasta sugerir la ruta de su tratamiento. El usuario cliente hace parte del libre mercado y en él elige. Durán (1983:155) aporta:

*...el médico se convierte en un vendedor de servicios sometido a leyes similares a las de los demás productos del mercado (relación precio/oferta, situaciones de monopolio, competencia, concentración, excedentes, etc.), el enfermo se convierte en cliente y pasa a formar parte, asimismo, de la relación mercantil. Paga por los servicios que tengan para él la mejor relación costo-beneficio.*

Desde esta óptica la Clínica Privada donde tratar los trastornos alimentarios puede ser escogida con criterios similares a la elección de un colegio, un club deportivo o un spa. Se busca comodidad, efectividad, confiabilidad, a lo que se agrega en el trastorno la privacidad y por ello se paga.

Desde el lado del proveedor de los servicios se deberá garantizar la calidad y efectividad del mismo pues hay otros profesionales, y otras clínicas, ofreciendo atención para la problemática y compitiendo en el mercado.

Es ahí donde el nombre de los profesionales, su trayectoria y la de la Clínica tienen su peso. Bourdieu<sup>23</sup> ha planteado analizando el campo científico y el quehacer de los científicos cómo para los profesionales de la ciencia *“acumular capital es “hacerse un nombre”, un nombre propio (y, para algunos, un apellido), un nombre conocido y reconocido, marca que distingue instantáneamente a su portador.”*

A esa construcción, o acumulación, ayuda el reconocimiento de las asociaciones profesionales, locales e internacionales, así como la realización de publicaciones científicas. Las únicas investigaciones nacionales publicadas sobre el tema, encontradas en el transcurso del Taller Central de Sociología de la Salud, son estudios en la esfera privada de atención. Esas publicaciones hicieron de dos profesionales, y las clínicas privadas que dirigen, referencia en el medio local para el tratamiento pago de los trastornos de la alimentación.

#### **IV. 6. El lugar de la enfermedad según el grupo al que pertenece quien sufre el trastorno**

Durán (1983) plantea que la sociología en la medicina estudia los orígenes sociales de la enfermedad, su ecología y las variaciones de actitudes con relación a la salud.

La autora introduce la afirmación de Ackernecht<sup>24</sup> *“enfermedad y medicina son funciones de la cultura”*. Esto hace muy difícil llegar a una definición de enfermedad que sea unánime. Las ideas sobre la enfermedad y su explicación vienen desde el principio de la vida social y son las que condicionan las categorías de sanos y enfermos, de legos y profesionales de la salud.

La carta de constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS, en 1946 en la primera cláusula define a la salud: *“La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez”*. De acuerdo a esta definición, que encabezaría en 1948 la Carta Magna de la Salud, no es la ausencia de enfermedad, definición pasiva de

<sup>23</sup> BOURDIEU (1994:140) Publicado inicialmente en Actes de la Recherche en sciences sociales No. 1-2, 1976.

<sup>24</sup> DURAN (1983:31)

salud, sino el bienestar, una definición activa que abarca las áreas física, mental y social. Esta definición abarcativa presenta dificultades en el momento de estimar o cuantificar los bienestares. Durán (1983) plantea que la definición es correcta independiente de la posibilidad de su operacionalización.

Ciertamente no es posible hablar de salud o enfermedad como estados estancos, entre salud y enfermedad hay múltiples situaciones intermedias. Además salud y enfermedad se dan en tiempos diferentes, la salud es un estado difuso en el tiempo mientras que la enfermedad es ubicable en un lapso. Las personas vemos al continuo salud y marcamos los episodios de enfermedad como interrupción de ese continuo. La autopercepción de cómo es la salud es muy irregular pues las personas podemos vernos, y sentirnos de muy variadas maneras.

En coincidencia con Boltansky (1984) sobre las causas de la enfermedad Durán (1983) plantea que se pueden clasificar en causas endógenas y exógenas. En el primer grupo se incluyen la predisposición del cuerpo a la enfermedad, la herencia, la resistencia como propiedad del cuerpo. En las causas exógenas se introduce algo de fuera que enferma al cuerpo.

Lo usual es que coexistan los dos tipos de causas y que tome predominancia una u otra según el tipo de enfermedad. Los trastornos de la alimentación, como fenómeno multicausal, serían un ejemplo de coexistencia de causas endógenas y exógenas.

Con relación al reconocimiento del enfermo y de la enfermedad esto se hace socialmente. El enfermo para ser reconocido como tal tiene que enunciar síntomas que sean admitidos como indicadores de una enfermedad. Sólo así se da la validación de la enfermedad y la ocupación del rol de enfermo. Es importante hacer notar que cada enfermedad tiene su modelo clínico y su equivalente en el modelo social. La presentación y percepción de los signos varía de una cultura a otra. (Durán, 1983)

La interpretación de las causas de la enfermedad, del rol del enfermo, del proceso de la enfermedad y las responsabilidades sobre la misma es una construcción social que no está exenta de la carga de valoraciones sociales. (Durán, 1983)

Es desde esta perspectiva que se sugiere en este trabajo que el lugar asignado a los trastornos de la alimentación como enfermedad difiere con el ámbito donde son tratados:

En la esfera privada de atención se remarca principalmente que el padecimiento afecta a personas con cualidades excepcionales por su inteligencia, el deseo de perfección, el brillante rendimiento escolar y los altos niveles de autoexigencia. Desde esta posición se presenta a los trastornos alimentarios como padecimientos de los “perfeccionistas”, como enfermedad de una elite preocupada siempre por mejorar.



Ya los siglos XVIII y XIX presentaron algunas enfermedades como padecimientos de la distinción. *"En términos sociales, las afecciones se encuentran situadas en una escala de prestigio; la gota, la tuberculosis, la melancolía y la hipertensión pueden formar parte de los signos sociales de la inteligencia, la sensibilidad y el ingenio."* (Turner, 1989:282)

También es remarcable la visión, transmitida desde el ámbito privado, de los trastornos alimentarios como una oportunidad del paciente para conocerse a sí mismo, para mejorar aspectos de la persona y su relación con el entorno. Se presenta al trastorno como un desafío para transformar debilidades en fortalezas. Un desafío que incluye el trabajo en las relaciones personales y familiares, la posibilidad de adueñarse de la propia vida y del cuerpo, aprender hábitos alimentarios sanos y respuestas saludables ante la adversidad. Desde esta visión el grupo de autoayuda es también la posibilidad de tomar contacto con otras personas, ampliar el circuito de relaciones y conocer otras realidades.

La perspectiva de la enfermedad como una oportunidad entendería al tratamiento pago de manera próxima a una inversión del paciente y su familia en procura de mejorar las relaciones en el presente y con consecuencias positivas de futuro.

En la vereda de enfrente, en la esfera de Salud Pública, los trastornos alimentarios son planteados predominantemente con la connotación psiquiátrica antes analizada. Dentro de las características de la paciente se realiza la explicación que tiende a ubicar la presencia de aspectos débiles, vulnerables e inseguros en la persona vinculándolos a flaquezas. Éstas tal vez se resuelvan, en el largo tiempo, a partir de la reestructuración del vínculo, psicoanalítico, con la madre.

La visión que en este ámbito puede componer el paciente de su trastorno tiene connotaciones no favorables o virtuosas, débiles, de su personalidad. No se presentan, como estrategia de la recuperación, las herramientas para el autoconocimiento ni para convertir dificultades en fortalezas que ofrecen las terapias privadas. Mas bien deben sumarle al esfuerzo de la recuperación la lucha contra las propias debilidades.

A su vez, a diferencia de lo que ocurre en el ámbito privado, no está presente la idea de retorno del gasto que el tratamiento ocasione. Aunque el servicio sea gratuito realizar un tratamiento tiene su costo en transporte, en tiempo no disponible para generar ingreso o atender las responsabilidades y en la medicación.

De esta manera desde el sector público, desde los jóvenes pobres, el trastorno de la alimentación puede ser vivenciado como una penalización de la propia debilidad, o la de los vínculos con la madre. La recuperación se presenta como trabajosa e incierta mediante un tratamiento para el cual disponen de menos herramientas.



## CONCLUSIONES

El trabajo presentado en esta monografía permite hacer las siguientes conclusiones inmediatas:

- Se ha constatado la necesidad de investigaciones locales sobre la patología alimentaria así como de información actualizada que precise quiénes pueden ser los afectados del siglo XXI. Se percibió también el requerimiento en el sector público y en el ámbito mutual contactado de unificar criterios para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación.
- Se pudo corroborar que en el medio local los trastornos de la alimentación ocurren en personas con características de sexo y edad similares a las planteadas por Turner (1989). Afectan especialmente a mujeres adolescentes y jóvenes.
- Fue posible visualizar un hecho no muy conocido: en Montevideo los trastornos de la alimentación se diagnostican y tratan también en el ámbito hospitalario, en personas sin acceso a cobertura mutual o a la atención privada de la salud.
- Es observable una marcada desigualdad en los diagnósticos y tratamientos que se realizan en el sector público y en las clínicas privadas. Esas diferencias abarcan los aspectos de la patología que son resaltados en su presentación y la psiquiatralización de los trastornos alimentarios en el nivel hospitalario con la resultante estigmatización de quienes allí se tratan.

En los últimos años se han iniciado investigaciones, en algunos países subdesarrollados, para determinar las características locales relevantes en los trastornos de la alimentación. En nuestro país los profesionales nacionales entrevistados plantean la necesidad de contribución, desde las ciencias de la salud y sociales, para la ubicación y comprensión de un fenómeno poco conocido y poco visible.

Las profesionales del Hospital de Clínicas son quienes más expresan el requerimiento de trabajar en la investigación y en la actualización permanente de los egresados de la Facultad de Medicina sobre el tema. Las dificultades para ello residen en lo presupuestario: el equipo - honorario - de atención y docencia se aboca, como prioridad, a la atención y tratamiento de los pacientes con patologías alimentarias. Desde esta situación todo intento de sistematización e investigación queda supeditado a la disponibilidad individual de cada una de las profesionales del equipo.

Durante décadas desde el terreno de la literatura científica internacional que es sustento de la biblioteca médica nacional -así como desde las escasas investigaciones locales- el foco para la presunción de los trastornos alimentarios estuvo puesto en la clase media y media-alta. Son

los integrantes de esas clases, a su vez, quienes pueden recibir los servicios médicos privados para el tratamiento. Así el trastorno se hace potencialmente visible cuando es enfocado desde la órbita privada.

Se pudo conocer con este trabajo que son varios los factores que objetivamente contribuyen a la escasa visibilidad de los trastornos de la alimentación en general: son un tipo de dolencia silenciosa, se cursa en privado y quienes la portan, independiente de la clase social, la esconden. A ello se suman la clasificación reciente como enfermedad, la dificultad para su diagnóstico, la baja incidencia y las características de la población a la que afecta.

La poca visibilidad de los trastornos alimentarios y de quienes lo padecen se torna invisibilidad cuando los adolescentes pobres no son presentados ni percibidos como población que puede ser también vulnerable. De esta manera, y de no ser contemplada ya, la población pobre podría quedar por fuera de diagnósticos certeros y de posibles acciones preventivas.

Una investigación peruana<sup>25</sup>, en el Instituto Nacional de Salud Mental de Lima, concluye que la anorexia nerviosa tiene en Perú características demográficas similares a las descritas en la literatura internacional menos en el nivel socioeconómico. La publicación hace mención a resultados similares hallados en Chile. De esta manera lo encontrado en nuestro trabajo en el medio local, que los trastornos de la alimentación afectan también a adolescentes que podemos considerar pobres, resulta coincidente con lo investigado y detectado en otra parte de Latinoamérica.

Un primer paso que contribuya al conocimiento de la patología alimentaria puede ser la actualización, desde las ciencias médicas, acerca de que si bien en un principio se ubicó a los trastornos de la alimentación en las clases media y alta, en este momento es posible hallarlos en adolescentes y jóvenes de las diferentes clases sociales.

Para ello sería valioso informar, y preparar, en todos los sectores de atención a todos los profesionales de la salud, de las especialidades que pueden tener vinculación con los trastornos o sus consecuencias, para la detección de la anorexia nerviosa, de la bulimia y del trastorno mixto de la alimentación.

Sobre el diagnóstico se puede afirmar que en el sector público y en la esfera privada tiene características diferentes. En las clínicas privadas es realizado por un equipo multidisciplinario, se obtiene al cabo de unos días, abarca la valoración del estado de la salud física del paciente y puede incluir al grupo familiar, medular en los trastornos alimentarios. Así se logra un diagnóstico rápido e integral.

---

<sup>25</sup> ALBORNOZ, P. y MATOS, L. (2001)

En el sector público los tiempos del diagnóstico se corresponden con los tiempos de la policlínica o del hospital, lo que puede llevar meses. Los diagnósticos se realizan en el área de salud mental o de psiquiatría del hospital y están enfocados al paciente. Las valoraciones sobre las consecuencias del trastorno en la salud general quedan para el ámbito de otra, u otras, policlínicas del hospital. De esta manera se realiza un abordaje fragmentado del paciente, prolongado en el tiempo y parcial en lo que a las consecuencias del trastorno refiere. Con relación al diagnóstico en el sector mutual<sup>26</sup> se podría decir que es incompleto pues sólo se aboca a un tipo de trastorno de la alimentación, la anorexia nerviosa. De lo abordado resulta como lo más preocupante que de no prestársele atención en el CASMU a la bulimia y a los cuadros mixtos, tan o más difundidos que la anorexia y más difíciles de diagnosticar, la mutualista cubrirá, en política preventiva y diagnóstico unificado, un solo tipo de trastorno de la alimentación que si bien es el que le ocasiona más gasto puede no ser el más difundido entre sus abonados. Es muy probable que otras mutualistas establezcan políticas distintas. Por esta razón sería un aporte al tema realizar un relevamiento completo sobre la cobertura proporcionada a los trastornos de la alimentación en todo el sector mutual.

En relación con el tratamiento las constataciones en el ámbito local corroboran lo que autores como Boltanski (1984) y Durán (1983) han señalado en sus respectivos países acerca de las diferencias en la frecuencia y duración de las consultas médicas según el tipo de servicio o la clase social de los pacientes.

Así las distintas clínicas privadas están abiertas a la recepción de pacientes siendo económica la única limitación: quien tiene recursos materiales para costear el tratamiento privado lo recibe inmediatamente.

Dentro de la universalidad de la asistencia a la salud quienes no disponen de recursos económicos pueden acceder al tratamiento en el sector público. Sin embargo los tratamientos que se brindan en el sector público y en las clínicas privadas no son similares. Las diferencias abarcan el poder optar por el profesional, la posibilidad de elección entre diferentes corrientes terapéuticas y el acceso a distintos tipos de terapias. Así quien paga elige el profesional y su equipo junto al tipo de terapia y para quien no puede pagar el universo está acotado, en el sector público, a una única corriente terapéutica. También son diferentes las frecuencias con que se realizan las consultas y entrevistas con los profesionales que, de ser necesario, pueden

---

<sup>26</sup> No fue posible en el trabajo de campo acceder, como era la propuesta inicial, a los profesionales de la Asociación Española Iera de Socorros Mutuos por lo que la conclusión está referida sólo al espacio del CASMU.



ser diarias en el ámbito privado hasta obligatoriamente quincenales en la esfera de salud pública.

En un trastorno de la conducta alimentaria el seguimiento frecuente es necesario pues asegura el monitoreo de los cambios en los hábitos. Todos los profesionales concordaron en que la frecuencia quincenal de supervisión del tratamiento no es ideal aunque permite al menos supervisar peso y estado general del paciente.

El control profesional más esporádico obliga a que se asigne a las familias un rol potenciado de control y contención de la paciente lo que puede convertirse en un hecho desventajoso pues en el origen del trastorno hay autores como Bruch (1978) que ubican al control familiar excesivo.

De ser necesaria la internación del paciente en la órbita de Salud Pública no existe, desde lo institucional, acompañamiento terapéutico de enfermería especializado dejando a la familia en ese rol. Este hecho es indicado como no aconsejable pues se le otorga al grupo familiar mayores atribuciones en el control sin un trabajo complementario en la mejora de los vínculos.

Los trastornos de la alimentación son presentados por autores como Bruch, 1978; Crisp, 1980; Toro, 1987; como un padecimiento favorecido por la inseguridad personal y la baja autoestima. Un elemento que parece importante en el proceso terapéutico está relacionado con la sintonía que los pacientes tengan con el equipo que los trata y con el espacio físico en el que se produce el tratamiento. Disponer en la terapia, en la recreación de los vínculos nutricionales y afectivos, de espacios físicos con posibilidad de ser recorridos y apropiados puede ser ventajoso para el desarrollo de sentimientos de seguridad y a la vez de libertad. Sin embargo ello parecería no ocurrir en todos los tratamientos. Mientras la terapia en el ámbito privado se produce en caserones adaptados como clínicas, espacios que pueden representar la propia casa, las estructuras edilicias hospitalarias refuerzan los sentimientos de extranjería.

Otro aspecto relevante está en cómo el proceso de medicalización de los trastornos alimentarios supone en la esfera pública una preponderante psiquiatrización de los mismos. Para la persona en tratamiento en el sector público los contextos terapéuticos están en la órbita de la psiquiatría. De ahí que el tratamiento del desorden alimentario pueda significar desde la historia clínica un lastre psiquiátrico que se arrastre en el futuro de pacientes adolescentes o jóvenes. Quien en cambio desde el terreno privado paga el tratamiento puede lograr que a su finalización la ficha con el historial de trastorno alimentario quede en su pasado. Si lo desea incluso puede no volver más por la clínica que lo trató. Lo que se lleve del episodio de desarreglo alimentario para la vida futura queda en la voluntad y decisión de cada paciente y



su núcleo familiar. Junto al pago se puede conseguir una identidad de enfermedad diferente a la de recibir tratamiento psiquiátrico.

Confirmando los aportes de Durán (1983) acerca de que la relación médico paciente en nuestras sociedades constituye un tipo de relación de intercambio, con los valores y cotizaciones específicos del mercado sanitario, se puede sintetizar que quienes en lo referente a los trastornos de la alimentación recurren al ámbito privado pagan:

- La elección del profesional, la clínica y el tipo de terapia.
- Un diagnóstico confirmado en cuestión de días que incluye a la salud en general.
- Tiempos de atención y tratamiento flexibles y acordes con los requerimientos.
- Atención al núcleo familiar de ser necesario.
- El acceso a distintas formas de terapia: individual, grupal, familiar o de pareja.
- La incorporación de la psiquiatría como una herramienta terapéutica entre las otras.
- La ubicación del trastorno de la alimentación como problema de conducta alimentaria atenuando así la estigmatización psiquiátrica.
- La existencia de una historia clínica del trastorno alimentario en paralelo con la historia de la salud general.
- La posibilidad de la familia de intervenir en el tratamiento y de mantenerlo a su vez en la intimidad.
- Recibir tratamiento grupal entre pares, una paridad de clase.

Este trabajo posibilitó una aproximación a la pluralidad de visiones que provenientes de la cultura y del ámbito de la salud, especialmente desde la psiquiatría, se difunden hacia los adolescentes sobre estética y salud.

La presión social para verse bella y flaca es sufrida por todas las adolescentes y jóvenes en la actualidad. Tanto desde la ropa, que en su mayoría se presenta en talles infantiles, como con los modelos de belleza propagados se presiona a las adolescentes para estar muy delgadas.

Sin embargo cuando los mensajes para estar flaco son incorporados a la vida personal y adelgazar, verse socialmente bien, se convierte en una preocupación cotidiana nos encontramos que la persona comienza a estar dentro de la población considerada de riesgo para los trastornos alimentarios.

La frontera entre lucir bien y padecer un trastorno alimentario ha quedado muy permeable, difusa. Lo que estética y socialmente se alienta en pro de estar delgado puede ser leído desde las pautas de la psiquiatría como la puerta de ingreso para padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Los mensajes, múltiples y contradictorios, que se establecen en torno al comer y lucir bien aumentan la inseguridad de los adolescentes que quedan desprovistos de instancias y de elementos para discernir desde una autonomía real qué quieren hacer con su cuerpo.

Hay un último aspecto que, en la aproximación al tema realizada, pareció relevante y refiere a la necesidad de una doble desmitificación en la presentación de la anorexia nerviosa, y los otros trastornos de la alimentación por parte de los profesionales de la salud. Por un lado, suficientemente expuesto en este trabajo, se requiere desmontar la idea de que son sufridos sólo por mujeres, blancas, adolescentes, clase media y de los países desarrollados.

Por otra parte sería necesario trabajar también sobre un aspecto de la identidad de enfermedad sugerida por la mayoría de los profesionales del área privada entrevistados que presenta, a mi parecer, al trastorno alimentario con una similitud con la anorexia mirabilis padecida por las santas. Desde nuestra aproximación sabemos que los trastornos alimentarios son de origen multicausal y no una enfermedad de la virtud ni de la perfección. Mientras se presente a quienes los sufren con el énfasis puesto en personas autoexigentes y perfeccionistas, como “las mejores alumnas”<sup>27</sup> los trastornos alimentarios parecen una distinción, una medalla de honor.

Posiblemente aseveraciones de este tipo favorecen el trabajo de aceptación familiar de la patología pues coloca en el otro platillo de la balanza al ánimo de superación, a la autoexigencia y al deseo de perfección. Pero si éste tipo de apreciación se complementa con la presión social hacia la delgadez, especialmente de las mujeres jóvenes, pueden construir un mecanismo, perverso, para la no-superación del trastorno.

Después de todo “Si se sufre un trastorno por ser exigente, competitiva, exitosa y si ese trastorno hace que la persona esté delgada, luzca socialmente bien ¿cuál sería la razón para iniciar y mantener un tratamiento para la superación del trastorno alimentario?”

A través de este trabajo pude comprender que esa marca de distinción, otorgada desde el entorno, disfraza un gran padecimiento.<sup>28</sup> Concordando con Turner, los trastornos de la alimentación son también una expresión de resistencia, silenciosa, al medio. Un grito de protesta hacia los variados mensajes, muchas veces contradictorios, que se establecen sobre cómo se deber ser. Una resistencia que empuña como arma la aniquilación del propio cuerpo.

---

<sup>27</sup> “Suelen ser muy buenas estudiantes, con niveles de exigencia altos, todo lo que hacen tiene que estar perfecto”.

“Son personas muy exigentes con ellas mismas y tienen niveles de rendimiento escolar muy alto, yo les llamo las chicas 12”. Siete de los nueve profesionales entrevistados en la órbita privada suministraron comentarios similares a éstos durante las entrevistas.

<sup>28</sup> “Creo que eligieron su cuerpo y los síntomas físicos y psíquicos que acarrea la patología para expresar que la están pasando mal”. (Reflexión de psicólogo de una Clínica Privada)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**ABRAHAM, S. – LLEWELLYN-JONES, D. “Anorexia y bulimia Desórdenes alimentarios”** Alianza Editorial, Madrid, 1994.

**AGUIRRE, Rosario “Sociología y género: las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha”** Editorial Doble Clic-FCS-CSIC, Montevideo, 1998. Capítulos 1, 2 y 3.

**ALBORNOZ, Patricia – MATOS, Luis “Perfil clínico epidemiológico de la anorexia nerviosa”** Revista de Neuro-Psiquiatría 2001,64 133-146, Perú.

**BAGATTINI CM de, 1998. “Trastornos severos de la alimentación. Anorexia Nerviosa y Bulimia”.** Revista de Psiquiatría del Uruguay, 62 (2):17-35.

**BENEDEK, Therese “La estructura emocional de la familia”** en “LA FAMILIA” compilado por Ruth Anshen. Ediciones Península, Barcelona, 1970.

**BERGER, P. – LUCKMANN, T. “La construcción social de la realidad”.** Parte II.I. Parte III. Págs. 66-120 y 164-227. Amorrortu, Buenos Aires.

**BOLTANSKI, Luc “ Los usos sociales del cuerpo”** Ediciones Periferia, Buenos Aires, 1975.

**BOLTANSKI, Luc Parte I “A descoberta da doença”** en “As classes sociais e o corpo” Ediciones Graal; Río de Janeiro, 1984.

**BOURDIEU, Pierre “El campo científico”** Revista de Estudios Sociales de la Ciencia Vol. 1 No. 2, 1994.

**BRUCH, Hilde “La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa”.** Editorial Paidós, Barcelona, 2001

**CICHELLI-PUGEAULT, C. – CICHELLI, V. “Las teorías sociológicas de la familia”** Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1999.

**DURÁN, María Angeles “Desigualdad social y enfermedad”** Editorial Tecnos, Madrid, 1983.

**ENGELS, Friedrich “El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado”.** Ayuso, Madrid, 1980.

**FOUCAULT, Michel** “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina” Educación Médica y Salud Vol. 10, No.2, 1976.

----- **“ Historia de la Medicalización”** Educación Médica y Salud Vol. 11, No.1, 1977.

----- **“Historia de la Sexualidad” Volumen I: La voluntad de saber.** Siglo Veintiuno Editores, México, 1991.

**GIDDENS, Anthony** “Modernidad e identidad del yo” Ediciones Península, Barcelona, 1995:9-230.

**GOFFMAN, Erving** “ Estigma - La identidad deteriorada” Amorrortu editores, Buenos Aires; 1984.

----- **“Internados – Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales”** Amorrortu editores, Buenos Aires; 1988.

----- **“La presentación de la persona en la vida cotidiana”** Amorrortu editores, Buenos Aires; 1989.

**HARRIS, C.C.** “Familia y sociedad industrial”. Ediciones Península, Barcelona; 1986.

**HORKHEIMER, Max** “La familia y el autoritarismo” en “LA FAMILIA” compilado por Ruth Anshen. Ediciones Península, Barcelona; 1970.

**LE BRETON, David** “La sociología del cuerpo” Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires; 2002

**LINTON, Ralph** “La historia natural de la familia” en “LA FAMILIA” compilado por Ruth Anshen. Ediciones Península, Barcelona; 1970.

**Mc CLELLAND L, CRISP A.** “Anorexia nervosa and social class”. International Journal of Eating Disorders, 2001, 29:150-156.

**MERTON, Robert K.** “ Estructura social y anomia: revisión y ampliación” en “LA FAMILIA” compilado por Ruth Anshen. Ediciones Península, Barcelona, 1970.



**MICHEL, Andrée** “Sociología de la familia y del matrimonio” Ediciones Península, Barcelona, 1974.

**MITJÁVILA, Myriam – FERNÁNDEZ, José Enrique** “Factores Sociales, Salud y Enfermedad” en “INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA FAMILIAR” editores DIBARBOURE, H. y MACEDO, J.C. Universidad de la República, Montevideo, 1998.

**MITJÁVILA, Myriam** “El saber médico y la medicalización del espacio social” Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Documento de Trabajo No. 33, 1998.

**PALERMO Epifanio** “Salud – Enfermedad y Estructura Social” Editorial Cartago, Buenos Aires, 1986.

**PARSONS, Talcott** “La estructura social de la familia” en “LA FAMILIA” compilado por Ruth Anshen. Ediciones Península, Barcelona, 1970.

**TORO, J. – VILARDEL E.** “Anorexia Nerviosa”. Martínez Roca, Barcelona, 1987.

**TORO, Josep** “La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria” Medicina Clínica, Barcelona, 2000, 114:543-544.

----- “Detección de la anorexia nerviosa en la atención primaria” Psiquiatría y Atención Primaria, Vol 2 No. 4, Octubre 2001.

**TURNER, Bryan S.** “El cuerpo y la sociedad” Exploraciones en Teoría Social. FCE, México, 1989.

**VEBLEN, Thorstein** “Teoría de la clase ociosa”. FCE; México, 1992.

**ZAMORA R, MARTÍNEZ A, GAZZO C,** 2000. “Obstáculos y dificultades en el tratamiento cognitivo-comportamental y farmacológico de pacientes con trastornos alimentarios” Revista de Psiquiatría del Uruguay. 64 (3): 402-415

**ZAMORA R, MARTÍNEZ A, GAZZO C, y Col,** 2002. “Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria” Archivos de Pediatría del Uruguay, 73(3):129-136.

## ANEXO I: OBJETIVOS, PROPUESTA METODOLÓGICA Y RESULTADOS

A raíz de los trabajos del sociólogo estadounidense Brian Turner en el marco del Taller Central de Sociología de la Salud en el período 2002-2003 se planteó la investigación: “¿Los desórdenes de la alimentación discriminan por clase social?” que tuvo como principales objetivos específicos:

- “Relevar en el ámbito local las respuestas o explicaciones existentes para los trastornos de la alimentación.”
- “Comprobar si existen, en Montevideo, registros o conocimiento de casos de trastornos de la alimentación en mujeres adolescentes pobres”.
- “Verificar si en los casos de anorexia nerviosa tratados en Montevideo las familias presentan las características de integración y roles identificados por Turner (1989) y en la literatura de los países desarrollados”.

Llevado el problema a investigar a sistema de variables se consideró como variable dependiente los trastornos de alimentación y como variables independientes sexo, edad, clase social y tipos de familia. Para la diferenciación por clase social se tomó como indicador “proxí” el lugar de atención de la salud: fue tomada la atención de Salud Pública como dirigida a los pobres, el sistema de asistencia médica colectiva y las clínicas privadas como orientados a clase media y media-alta.

En cuanto al tipo de familia pareció relevante saber si la estructura predominante es biparental, si el hogar es nuclear y datos de las fratrías.

La secuencia metodológica supuso en una primera instancia el sondeo de materiales disponibles sobre los trastornos de alimentación en el Sindicato Médico del Uruguay y Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Uno de los objetivos fue hallar publicaciones con trabajos nacionales sobre el tema.

El paso siguiente consistió en relevar los centros de salud destinados al diagnóstico o tratamiento de los trastornos alimentarios.

Finalmente se optó por recabar datos de los trastornos de la alimentación a partir de los profesionales de la salud que trabajan directamente en el tema. La perspectiva de recoger datos desde las familias pareció correr el riesgo de estar muy cargada de subjetividad y de ser, para mí, difícil de desentrañar desde una perspectiva sociológica.

Los trastornos de la alimentación a partir de los profesionales que los atienden pudieron ser presentados de manera clara y no negadora. Desde ese abordaje se posibilitó una

aproximación más objetiva y menos comprometida que la propia visión familiar. Los técnicos no tienen las implicancias de la familia en el trastorno de la adolescente.

Estas problemáticas requieren el contacto y seguimiento de la familia por parte de los profesionales. Fue posible a partir de entrevistas con profesionales, acceder a información para la ubicación de clase social, tipo de familia y vínculos que constituyen el núcleo de la teoría de Turner base de la investigación.

Los riesgos de este método residieron en lo cerrada a un único ámbito que puede ser la explicación que los técnicos, o la institución a la que pertenecen, tienen de los trastornos alimentarios. Esto se remedió recogiendo información de distintos profesionales de diferentes ámbitos públicos y privados donde se diagnostican y tratan los trastornos de la alimentación. De esta manera se aseguraron una gama variada de datos no sesgados por una escuela, una clínica o una especialidad.

Los contactos fueron establecidos con profesionales tanto del ámbito de la salud pública como privada en la búsqueda de información proveniente de distintos ángulos sobre un mismo fenómeno. Se buscó complementar la información entre los profesionales que atienden a distintos segmentos socioeconómicos. Así se lograron datos para comparar la existencia y tratamiento de los trastornos de la alimentación en los sectores público, privado y mutual de atención a la salud.

Fueron incluidas las policlínicas de adolescentes de la IMM porque tienen un vasto trabajo preventivo y de atención primaria en salud para adolescentes de la zona oeste de Montevideo. La investigación contempló al CASMU como institución mutual en la que recabar datos. Ello se debió que tiene la cobertura más amplia en el ámbito de Montevideo y a que desde el primer contacto sus profesionales se mostraron dispuestos a suministrar información a los efectos de la investigación. El proyecto inicial contemplaba la obtención de información de los profesionales de la Asociación Española Iera de Socorros Mutuos pero no fue posible, en el tiempo del trabajo de campo, encontrar una ruta de acceso para ello.

La técnica de recolección de datos empleada fue la realización de entrevistas semi-dirigidas a los profesionales que trabajando en el tema quisieran aportar al proyecto de investigación. El objetivo de las entrevistas fue obtener información para analizar el problema y conocer la percepción y experiencia profesional local sobre los trastornos de la alimentación

Se realizaron cuatro entrevistas con un tiempo de duración entre 10 y 20 minutos (por no otorgarme más tiempo los profesionales, agotar la información y por no estar específicamente vinculados a los trastornos de la alimentación que se investigan) Dieciséis fueron las entrevistas con una duración entre 20 y 60 minutos. La directora de una Clínica Privada no

concedió entrevista personal pero contestó de forma escrita un formulario con las preguntas principales.

Las entrevistas posibilitaron desde un paneo sobre el tema hasta la profundización del mismo según los profesionales, su información y su disponibilidad.

Se optó por las entrevistas porque darían elementos para una mayor comprensión del tema permitiendo el abordaje de diferentes tópicos relacionados a los trastornos de alimentación. Las entrevistas posibilitaron aprender y comprender más sobre el tema al mismo tiempo que lo iba investigando.

Las pautas - guía tenidas en cuenta en la realización de las entrevistas son presentadas en la página siguiente.

Los resultados obtenidos en el marco del Taller confirmaron que las explicaciones manejadas en el ámbito local, público y privado, sobre los trastornos de la conducta alimentaria son similares a las encontradas en la bibliografía internacional consultada sobre el tema.

La investigación corroboró también que los trastornos de la alimentación en Montevideo se corresponden con lo descrito en las investigaciones internacionales: Son mujeres en una amplia mayoría las afectadas, con la mayor incidencia del trastorno en la adolescencia. Cabe destacar, como manifestación uruguaya, que se está advirtiendo un cierto retraso en la edad de aparición del trastorno. Esto se explica como un acompañamiento del fenómeno de la adolescencia tardía observada en nuestro país.

Fue posible establecer que en Montevideo se diagnostica y da tratamiento a adolescentes y jóvenes de sectores de pobreza que padecen alguno de los tipos de trastornos alimentarios. Las jóvenes tratadas son las usuarias corrientes del sistema público de salud, las que consultan médicos en las policlínicas, se hacen los estudios y siguen los tratamientos. La información recogida hace referencia a familias de adolescentes y jóvenes, atendidos en el Hospital de Clínicas y en Hospital Maciel, que no tienen recursos económicos para asegurar la alimentación balanceada requerida durante el tratamiento. Se confirmó así que adolescentes pertenecientes a sectores de pobreza también sufren los trastornos de la alimentación.

En lo referido a estructura de los hogares los entrevistados afirmaron que los pacientes con trastornos alimentarios viven, en su mayoría, en hogares conformados por madre y padre. Las hijas afectadas por el trastorno suelen ser las mayores de fratrias de pocos hermanos, 2 o 3 a lo sumo.



## **GUÍA PARA RECOGER INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES SOBRE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN Y SUS FAMILIAS**

### **Trastornos: explicación y tratamiento:**

- ¿Cómo explica los desórdenes de la alimentación?
- ¿Cómo se llega a un diagnóstico?
- ¿Cómo los tratan?
- ¿Cuánto tiempo lleva tratándolos?
- ¿Predomina alguno de los trastornos en la consulta?
- ¿Tiene idea, o registro, del número de casos y con qué resultados?

### **Los y las pacientes que se atienden:**

- ¿Detectó alguna regularidad en las personas afectadas: sexo, edad, actividad, zona de residencia, clase social, pertenencia a alguna mutualista, emergencia móvil, club deportivo, educación pública o privada, o algo que llamara la atención?
- ¿Existe registros o conoce casos de trastornos de alimentación en personas pobres?
- Si son pocos o inexistentes los casos ¿cómo lo explica?
- ¿Detectó algún patrón familiar en los jóvenes que consultan (desestructuración, divorcios, hijo menor o mayor, hijo único)?

### **Estructura y vínculos en la familia:**

- ¿Hay alguna regularidad sobre la composición de las familias? ¿con quién viven los jóvenes y cómo se llevan?
- ¿Qué hacen los padres y las madres?
- ¿Quiénes suelen ser los generadores de ingresos? ¿Quién distribuye los ingresos?
- ¿Existen normas familiares? ¿Se cumplen?

- ¿Quién toma las decisiones en la familia? ¿Qué se hace si no se está de acuerdo?

#### **La vivencia de los padres del trastorno de alimentación:**

- ¿Qué manifiestan los padres sobre la hija, hijo con trastornos de alimentación?
- ¿Cómo explican los padres los desórdenes, cómo los viven?

#### **Los ojos de la familia en los jóvenes:**

- ¿Cómo dicen ser vistos los jóvenes por sus familias?
- ¿Cómo ven a sus familias?

#### **Los trastornos de alimentación en la visión del profesional:**

- **¿Son considerados los trastornos de la alimentación como un tema tabú?**
- ¿Podría decir que los desórdenes alimentarios se dan en determinadas estructuras físicas o psicológicas?
- ¿Cuál de las distintas causas es desde su experiencia más relevante en los casos que ha tratado?
- ¿Se dan en familias determinadas por qué factores?
- ¿Cómo percibe desde la profesión a esas familias?
- ¿Identifica una relación trastorno de alimentación y familia?

#### **La experiencia:**

- ¿Hay alguna historia que recuerde especialmente?

## **ANEXO II: CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Asociación Psiquiátrica Americana (con la DSM-IV) han consensuado una serie de criterios para asegurar con el mayor grado de certeza el diagnóstico de los pacientes. El cumplimiento de todos los criterios asegura el diagnóstico pero hay que tener en cuenta que un gran número de pacientes con cuadros clínicos incompletos o atípicos ( que no cumplen todos los criterios) y que puede ser necesario su diagnóstico y tratamiento especializado.

### **ANOREXIA NERVIOSA CRITERIOS DE LA OMS "CIE-10"**

1. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de 17.5) Los enfermos pre-púberes pueden no experimentar ganancia de peso propia del crecimiento.
2. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: a) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes: b) vómitos autoprovocados, c) purgas intestinales autoprovocadas, d) ejercicio excesivo y e) consumo de fármacos anoréxicos o diuréticos.
3. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez corporales, de modo que el paciente se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite mínimo de peso corporal.
4. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución con píldoras anticonceptivas)

También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

5. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las

mamas y hay amenorrea primaria, en los varones persisten los genitales infantiles) Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

#### **CRITERIOS DE LA ASOCIACION PSIQUIÁTRICA AMERICANA "DSM-IV"**

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo: 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, por ejemplo: 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 (por ejemplo: 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 (por ejemplo: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

#### **BULIMIA NERVIOSA:**

#### **CRITERIOS DE LA OMS "CIE-10"**

1. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

2. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodo de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.



Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diurético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

3. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este periodo precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

### **CRITERIOS DE LA ASOCIACION PSIQUIÁTRICA AMERICANA "DSM-IV"**

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo: en un periodo 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 (por ejemplo: 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 periodo 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 el 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: <http://biblioteca.consultapsi.com/DSM/Dsm.htm>

[http://biblioteca.consultapsi.com/ICD10/cie10\\_31.htm](http://biblioteca.consultapsi.com/ICD10/cie10_31.htm)

## RESUMEN

Los trastornos de la alimentación, anorexia y bulimia predominantemente, han sido ubicados y estudiados inicialmente en la clase media urbana de los países occidentales desarrollados. Afectan mayormente a mujeres jóvenes. Al fin del siglo se estimaba que los padecían entre el 1% y 2% de las adolescentes mujeres del mundo occidental.

No existe una causa específica del trastorno que se define como bio-psico-social.

El sociólogo del cuerpo Brian Turner desarrolló su teoría de la anorexia nerviosa ubicándola como el grito, político, de resistencia de la adolescente de clase media hacia una familia controladora y sobreprotectora.

Durante los años 2002 – 2003 se desarrolló, en el marco del taller central de Sociología de la Salud del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, un proyecto de investigación que se propuso determinar la pertinencia de la teoría de Turner en Montevideo.

Los objetivos específicos del proyecto buscaron confirmar si los trastornos de la alimentación en Montevideo ocurren con la segmentación demográfica y de clase social que plantea Turner. El proyecto se propuso también averiguar cómo son vistos y tratados, desde las ciencias médicas, los trastornos de la alimentación.

La metodología, cualitativa y comprensiva, consistió en la realización de entrevistas a profesionales de la salud pública, del mutualismo y de clínicas privadas que diagnostican o tratan los trastornos de la alimentación.

Los resultados de la investigación confirmaron que en Montevideo las adolescentes que concurren al sector público de atención a la salud también presentan los trastornos de la alimentación. No obstante, la visibilidad mayor del fenómeno se produce en la clase media. Las comprobaciones en el ámbito local confirmaron lo que autores como Boltanski (1984) y Durán (1983) han señalado acerca de las diferencias en la frecuencia, duración y calidad de las consultas médicas y los tratamientos según la clase social de los pacientes.

La investigación demostró desigualdades a la hora del diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación según se produzcan en la esfera de salud pública o en consultorio privado. Quienes concurren a las clínicas privadas obtienen diagnóstico integral en el período de unos días teniendo diversas opciones para el tratamiento. Los pacientes que recurren al sector público pueden acceder al diagnóstico recién al cabo de meses estando acotado su tratamiento a una única corriente terapéutica. A su vez se percibe una marcada psiquiatrización del trastorno, y del paciente, en la esfera pública de atención a la salud.

## **DESCRIPTORES**

Salud

Cuerpo

Trastornos de la Alimentación

Anorexia

Bulimia

Clase Social