

Facultad de Ciencias Sociales
X jornadas de investigación

Derechos humanos, seguridad y violencia

13 y 14 setiembre de 2011



Princesas a la sombra

Elina Rydstrom



PRINCESAS

A LA SOMBRA¹

Elina Rydstrom

Estudiante de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR

elinaryd@hotmail.com

Resumen:

Mi objeto de estudio sera estudiar las causas por las que algunas mujeres llegan a tener un trastorno como la anorexia y/o la bulimia. Existe una violencia simbólica que conduce a que principalmente las mujeres se sientan que alcanzaran sus objetivos en la vida por tener un cuerpo esbelto. Es un tema poco explorado por las ciencias sociales en nuestro país, aunque no así en otros países, por ejemplo en España.

Esto no le quita la relevancia del tema, la cual yo la encuentro en una justificación de ampliar la sociología a nuevos horizontes. En cuanto al abordaje del tema, lo abordare desde el estudio de la auto percepción de las victimas de los trastornos alimenticios.

Esto conlleva a entrevistar personas que padecen o han padecido dichos trastornos de diferentes NSE y edades así comparar diferencias y similitudes. Claramente partiré del supuesto de que es un hecho social, así como el suicidio pero manifestado de otra forma.

Esta investigación se realizo en el marco del Taller de Investigación que va del quinto al octavo semestre de la carrera de Sociología, plan 1992. Como conclusión se extraen tres tipos ideales de mujeres que padecen o han padecido de anorexia o bulimia.

Palabras Clave:

Anorexia, género, adolescencia

¹ Trabajo Presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011

Introducción

Mi objeto de estudio serán los hechos culturales del conflictivo universo simbólico que llevan a ciertos individuos de la sociedad montevideana a padecer anorexia y/o bulimia. En resumidas cuentas, la violencia simbólica que fomenta la anorexia y/o bulimia. En cuanto a la relevancia del tema, me pareció un tema poco explorado por las ciencias sociales en nuestro país, aunque no así en otros países, por ejemplo en España.

Esto no le quita la relevancia del tema, la cual yo la encuentro en una justificación de ampliar la sociología de la violencia a nuevos horizontes. En cuanto al abordaje del tema, lo abordare desde el estudio de los actores desviados (quienes son, por que son más mujeres que hombres, sus características y su auto percepción como individuos afectados por esta violencia, o si no se sienten afectados y lo sienten con indiferencia).

Esto conlleva a entrevistar personas que padecen o han padecido dichos trastornos de diferentes clases sociales y así comparar diferencias y similitudes; y también a través de la teoría del etiquetamiento, estudiar su reacción al sentirse etiquetados por la sociedad, que nivel de conciencia tienen en cuanto a este tipo de violencia simbólica.

La hipótesis podría ser, ¿cuál es la violencia ejercida simbólicamente por la sociedad que lleva a este tipo de trastornos alimenticios? ¿La sociedad del consumo? ¿La lucha por el status social, percibido a través de la imagen? ¿Liberación femenina llevada al extremo, en un intento de eliminar la mujer rolliza que cocina para su marido e hijos? Claramente partiré del supuesto de que es un hecho social, así como el suicidio pero manifestado de otra forma, de la forma del “querer agradar”.

Los fenómenos sociales siempre son de orden complejo y es por eso que se debe acotar, y mi acotación será por el lado de hallar las causas sociales. Lo que quiero estudiar es la relación entre el individuo y la cultura que lo ha conformado y que a su vez él constituye. Abordare áreas conceptuales de indagación en teoría social, como son el estigma social y los símbolos de prestigio relacionados con la salud y la enfermedad.

Pienso que como hipótesis valdría averiguar la causa de como el significado de “los otros sociales” en la conformación del sí mismo y del sí mismo para el otro, se ha trastornado tanto que lleva a ciertos individuos a querer cambiar su cuerpo por la mirada del otro. La cultura conforma representaciones colectivas que como tales son compartidas por los integrantes de la sociedad, pero quisiera indagar a su vez que tan lejos están estas víctimas de lo que la sociedad acepta como lo correcto en cuanto a la imagen.

Esta información “extra” (la de saber que entienden los montevideanos por belleza) no la podré investigar en una tesis de grado, ya que se va del tema, del tiempo y del presupuesto. Es por eso que mi metodología a seguir será mayoritariamente de corte cualitativista, basándome en las percepciones de los actores, siguiendo el teorema de Thomas (1928) que dice “*si las personas definen las situaciones como reales, éstas son reales en sus consecuencias.*”

En cuanto a la definición de los conceptos centrales, me basare en Brian Turner (1989; 251) para afirmar que las enfermedades son productos sociales: “*las afecciones pertenecen a la naturaleza; las enfermedades a la cultura*”. Entendiendo que la anorexia y la bulimia, llamados trastornos, no dejan de ser enfermedades. “*Limitaciones estructurales de las mujeres*” (idem) es una frase recurrente en las investigaciones con perspectiva de género, y en este caso considero factible intentar descifrar que constituye el espacio social de la víctima de este tipo de violencia, ya que claramente son más los casos femeninos que masculinos.

Además de la perspectiva de género es mi intención agregar una perspectiva de clase, como esta mencionado anteriormente, con el fin de esclarecer cuales son los sistemas socioculturales que contienen esta manifestación violenta, ya que cada sistema sociocultural tiene sus requerimientos de “verse” bien, con un estereotipo de belleza muy poco subjetivo (es decir, está desapareciendo el dicho “sobre gustos no hay nada escrito” aparentemente en varios sistemas socioculturales).

En un mundo donde se “acepta” cada vez más las diferencias (raciales, sexuales, etc.) hay contradicciones claves para explicar este fenómeno, las cuales son una homogenización profunda de la apariencia, recordando “*El Hombre Unidimensional*” de Marcuse. Las sociedades en la que los arreglos corporales son cruciales son las que tienden a padecer mayoritariamente estos males, que comenzaron en el primer mundo pero debido a la globalización hoy los vemos en nuestra ciudad en múltiples barrios, y no solo en los de mayor poder adquisitivo.

El cuerpo humano, antropológicamente hablando, es emisor de mensajes sociales y la sociedad es una gran determinante sobre los tipos de mensajes, y es por esto la importancia del tema desde el punto de vista sociológico. “*Las funciones del cuerpo se ignoran o se relegan más, cuanto mayor es la presión que ejerce el sistema*” según Mary Douglas (1978; 14).

Fundamentos y antecedentes

Como ya he mencionado, la anorexia y bulimia como violencia es un asunto muy estudiado en otras disciplinas tales como la medicina y la psicología, sin embargo, la sociología permanece en silencio en nuestro país respecto a dicho asunto. He aquí es donde se halla la principal laguna luego de la reseña bibliográfica sobre este tema de investigación: casi no hay una investigación desde la perspectiva sociológica; y escribo “casi” ya que uno nunca abarca en su búsqueda bibliográfica la totalidad de lo ya escrito.

El antecedente a usar en términos generales, es decir, aquel que plantea la sociedad en la que estamos viviendo los países occidentales, será la obra de Zygmunt Bauman “*Modernidad Líquida*” (2000). Relata sobre la vida, los conceptos y las certezas, o incertezas, mejor dicho, que hoy son más inestables y líquidos que nunca. Plantea que “*la desintegración social es tanto una afección como un resultado de la nueva técnica del poder, que emplea como principales instrumentos el descompromiso y el arte de la huida*” (Bauman, 2000; 19).

Es este descompromiso en aspectos sociales lo que deriva en compromisos individualistas para conseguir esos efectos sociales, es decir, la anorexia entendida como un “*compromiso*” individualista y como modo de encajar en sociedad, sentir un lugar en tanta desintegración. “*Lo pequeño, lo liviano, lo mas portable significa ahora mejora y progreso*” (ídem).

En esta cita también se puede hacer una traspolacion del cuerpo femenino y las exigencias sociales que se le imponen. A su vez, Bauman habla de la emancipación, en que *debemos* emanciparnos, en el sentido de Marcuse. La emancipación desde una perspectiva sociológica sobre la anorexia y bulimia es aquella de la comida, de la culpa, emancipación del hogar tanto paternal como de pareja a través del cuerpo socialmente deseado.

La mujer siente poder sobre si misma emancipándose de este tipo de aspectos, sintiendo que no los necesita. De “*un mundo estrechamente controlado*” (ídem; 59) hemos pasado a vivir en un mundo en que las libertades individuales lo son más que nunca. Sin embargo, en tal ambiente, las personas con disposición a ser anoréxicas o bulímicas, necesitan esas “*rutinas prefijadas*” (ídem) de las que habla Bauman, las cuales hallan mediante el sumo control de la ingesta.

Este mundo controlado tenía un “*orden que significa monotonía, regularidad*” (ídem; 61). Frente al desorden actual de esta modernidad líquida, surge la necesidad de mantener control sobre el cuerpo, de manera tal, que se transforma en un trastorno obsesivo y compulsivo. Otra traspolacion probable es aquella de la “*cadena invisible*” (ídem; 64) que

retiene a los sujetos al consumismo por un lado y la necesidad imperiosa de ser exitoso socialmente, en el sentido mertoniano.

Un antecedente a usar proviene de la antropóloga uruguaya Sylvia Silva Daleiro en su trabajo de egreso de la Facultad de Ciencias Antropológicas, Facultad de Humanidades, Udelar, llamado *“La muerte está de moda”* (2000). La laguna hallada en este antecedente es el de ser un ensayo, es decir, una monografía, y no una investigación. Sin embargo, como lo demuestra la cita a continuación, me servirá de insumo contextual: *“Son sociedades en las que el yo y su representación dependen del estilo y de la moda más que de símbolos fijos de clase o de rango jerárquico como sucede en otro tipo de sociedades”* (Daleiro, 2000; 3).

Otro de los antecedentes que utilizare es libro del Cielo Latini, *“Abzurdah”*, (2006) el cual leí hace unos años y fue inicialmente mi motivación personal a estudiar en profundidad esta temática. No es un ensayo académico y mucho menos una investigación, es más, incluso se lo encuentra en librerías bajo el rotulo de literatura narrativa. En el texto se encuentran frases introductorias como *“Abzurdah es la desgarradora historia de una niña-mujer que cayó en la trampa de la perfección.”*

Es una autobiografía de una postadolescente argentina, relatando su anoréxica adolescencia. Considero que si bien carece de relevancia teórica, es un insumo para mi investigación debido a que la misma será llevada a cabo con un corte cualitativista, y este libro ciertamente pone al actor como protagonista. Sin embargo, deberá ser “tomado con pinzas” ya que cae constantemente en el mundo de vida subjetivo de la autora, al cual se reduce enteramente.

“Con un lenguaje actual que utiliza el collage, el diario y el relato, Cielo Latini demuestra sobre todo una autenticidad que ha convertido Abzurdah en un mito por toda América Latina. Así lo atestiguan los cerca de 200.000 ejemplares vendidos de este libro, y una web que recibe más de 18.000 visitas diarias.” (www.lecturalia.com)

Alejándome un poco de la región, utilizare otro antecedente, que, como el segundo, es una monografía de egreso de la Universidad del País Vasco, licenciatura en Sociología, de Iñaki Ramírez de Olano llamada *“La realidad del mito: un apunte sociológico sobre la anorexia”* (2001). Nuevamente presenta las mismas falencias que el de Daleiro, se reduce a ser un ensayo y no una investigación, sino más bien una recopilación de información teórica.

Pone su énfasis en los factores socioculturales, aunque también aclara sobre factores individuales y familiares. Este texto me será útil ya que mi objetivo también yace en investigar los factores, especialmente los socioculturales que se presentan como violencia simbólica en la sociedad. Menciona los movimientos feministas de los 70, cuyo *“ objetivo*

era llegar a ser lo más natural posible, ya que la naturalidad comportaba, además, la comodidad, por lo tanto. (...) años después las cosas han cambiado mucho en nuestra sociedad y las feministas no han sido ajenas a ese cambio” (Olano, 2001; 3).

Siendo que hoy por hoy luchan contra la cultura del aspecto exterior de la mujer, esto no excluye problemas como la anorexia y bulimia. Este texto me dará una perspectiva de cómo este tipo de violencia es percibido en los países desarrollados.

Otro antecedente en España, esta vez de la Universidad Complutense de Madrid, es el de la Profesora Aina D. López, con su trabajo *“La anorexia y la bulimia nerviosa en el marco de la sociedad contemporánea”* (2007) que consta de un análisis epistemológico de la posibilidad de estudio sociológico de este tema y un análisis teórico basándose principalmente en la teoría de la anomia de Merton.

Plantea a la belleza corporal como fin cultural, partiendo de la base de que *“La existencia social de un modelo estético corporal normativo más o menos definido en las sociedades occidentales actuales es un hecho aceptado por todos”* (López, 2007; 3), en la que se priorizan los fines frente a los medios. La laguna en este análisis es que se limita a hacer un análisis teórico, no siguiendo a una salida al campo para constatarlo con la realidad empírica.

De todas formas, me será útil ya que me facilita el marco teórico de mi investigación.

Por último utilizare como antecedente una investigación, la cual su lectura me ha servido enormemente para orientar este trabajo. Se trata de *“En femenino”* de Hakima Ait El Cadi, (doctora en conductas de riesgo adolescente de la Universidad de Alsacia). Es una investigación dentro de *“Adolescencia Bajo Riesgo”* (2002) compilación de David le Breton (profesor de Sociología en la Universidad Marc Bloch de Estrasburgo).

Enmarcado en un estudio de riesgo de los jóvenes, esta autora se centra en el riesgo de las conductas auto destructivas de las adolescentes. Estas conductas las plantea como *“mas interiorizadas, menos dirigidas hacia los demás, mas solitarias”* (le Breton, 2002; 7) en comparación con la de los adolescentes varones. La autora menciona las *“conductas corpocidas”* (ídem; 142) de las adolescentes como objeto de estudio, siéndome útil este antecedente debido a esta cita.

Mi objeto de estudio pretende ser el mismo. De cualquier forma, esta investigación fue realizada hasta ya 7 años, y en Europa, por lo que carece de otorgar una lógica local sobre estas conductas en las uruguayas. Por otro lado, también presenta la limitación se centrarse en las adolescentes, limite que yo no considero poner en cuanto a la edad de los sujetos.

Marco teórico

Conceptos analíticos: Violencia Simbólica y Fachada

Según los hallazgos de Pierre Bourdieu (2005), los puntos de vista de los agentes, las categorías de percepción y apreciación que guían su acción desde el interior (disposiciones) varían sistemáticamente según el punto que ocupen en el espacio social (posiciones). *"Observo que las tomas de posición (preferencias, gusto) se corresponden estrechamente con las posiciones ocupadas en el campo de la producción por parte de los productores y en el espacio social por parte de los consumidores"* (Bourdieu, 2005: 136).

Es decir, puede ser que la disposición a la anorexia y/o bulimia, va a variar según la posición social del individuo. La violencia simbólica es la que se ejerce sobre un agente social con su complicidad, a través del "ajuste" entre los determinantes y las categorías de percepción que lo constituyen, así *"la violencia simbólica puede hacer el mismo trabajo que la violencia política y policial, de manera más eficiente"* (Bourdieu, 2005: 239).

El habitus según Bourdieu será utilizado como mediador entre los elementos estructurales y las unidades de análisis, o sea, dichos elementos estructurales se permean en su realidad a través de su habitus y las llevan a estas personas a adquirir un trastorno alimenticio porque están siendo afectadas por determinadas formas de pensar, sentir y actuar.

"El habitus consiste en un conjunto de relaciones históricas "depositadas" dentro de los cuerpos de los individuos bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción (Bourdieu, 2005: 44). Es un *"... mecanismo estructurante que opera desde el interior de los agentes (...) siendo el principio generador de estrategias a través de disposiciones duraderas y trasladables"* (Bourdieu, 2005: 46).

Es una falsedad el argumento de que vivimos en una época des-represora en cuanto a los cuerpos se trata. Un enfoque hacia la sexualidad podría dar cuenta de que en ese sentido es posible una mayor libertad hoy que ayer. Sin embargo, esto no se aplica a como lucen los cuerpos, según Susan Bordo (1993) que caracteriza la cultura contemporánea como obsesionada con el cuerpo y ninguna satisfecha.

La violencia simbólica ejercida afecta las intersubjetividades en aspectos antes colocados en segundo plano, como el aspecto físico. En cuanto al concepto de fachada, de Erving Goffman, es útil para comprender una perspectiva sociológica de la anorexia y

bulimia, especialmente en su obra *“Internados”* (1988) en donde desmitifica a los enfermos mentales.

El hecho de estigmatizar es debido a una reacción social ante el enfermo, el cual internaliza una auto imagen y según Goffman basándose en Mead, la persona adquiere un “self” como reflejo de lo que percibe del exterior. Es así como la persona anoréxica y/o bulímica una vez entrada en la enfermedad percibe la mirada de los otros como acusadores, lo cual puede provocar tanto un sentimiento de culpa como de rebeldía.

Ambos sentimientos en el largo plazo se manifiestan a través de una agudización de la enfermedad, que ya no se siente como propia: *“la influencia del Otro generalizado, es representada mediante la categorización de la enfermedad (como la ceguera, sordera, la adicción, la anorexia, la epilepsia, etc.) con atributos indeseables que elaboran los grupos sociales”* (Calvario Parra, 2008; 5).

Conductas Corpocidas como respuesta a la violencia simbólica

La anorexia y la bulimia se denominan conductas corpocidas en la jerga de las ciencias sociales y psicología de investigación. He aquí una breve ejemplificación del término: *“Prefiero emplear el término de conductas corpocidas pues es mayormente a través de su cuerpo carnal que la adolescente somete a juicio nuestra sociedad, con el único fin de remediar (remeditar) su sufrimiento”* (Le Breton, 2002: 144).

La falta de orientación actual a nivel general que sufren los jóvenes como síndrome de la posmodernidad que atravesamos, se traduce en un desamparo del cual pocos se salvan, si bien también son relativamente pocos los que llevan este síntoma al extremo de la violencia auto infligida. *“La violencia hacia otros, o vuelta a si mismo aparece como consustancial al desamparo”* (Le Breton, 2002: 110).

Bordo (1993) habla del cuerpo en cuanto lo reconoce la filosofía occidental: como un animal, una prisión del alma; y por lo tanto, es un sistema biológico que puede ser, en teoría, controlado (de las pasiones, de los impulsos, etc.). Hoy por hoy, el cuerpo ha pasado de ser concebido como un obstáculo a ser una ruta que demuestra auto control y autorrealización. Según Bordo, tales *“asociaciones son en realidad una apelación a la voluntad y propician una relación de adversario con el cuerpo”* (Bordo, 1993: 14).

Esta “competencia” entre el impulso instintivo y la voluntad son un factor propicio para las conductas corpocidas. Remite a su vez a reconocer la enfermedad como una categorización externa, retomando a Goffman.

Género femenino con una mayor predisposición

Según la autora Hakima Ait El Cadi, cuya publicación se encuentra en el recopilado de Le Breton (2002), las mujeres tienen una mayor tendencia a caer en anorexia o bulimia, y le otorga una causa social y psicológica a este descubrimiento. “*En razón de su carácter introvertido (...) donde la intensidad del conflicto queda oculta por un muro de silencio (...)*” (Le Breton, 2002; 13).

Es decir, que la mujer ha sido relegada históricamente y es por esta historicidad, con la que carga y por ende asume, que sus necesidades deben quedar en un segundo plano, ya sea de manera deliberada o no. Bordo argumenta que una de las razones por las cuales las mujeres tienen una mayor predisposición es debido a los medios de comunicación. “*En las telenovelas, la mujer-tentación es un tipo estándar*” (Bordo, 1993; 17).

A su vez, además de estimular el cuidado del cuerpo para ser más atractiva, los medios -la publicidad específicamente- “*exhiben una pedagogía dualista que instruye a los hombres y a las mujeres sobre actitudes muy diferentes hacia (...) sus hambres: los apetitos de las mujeres requieren continencia y control, mientras que la indulgencia de los hombres es legitimada y estimulada*” (ídem; 30).

La mujer que come en grandes cantidades es vista socialmente como satisfaciendo un deseo femenino, y es esta auto censura que establece nuestra cultura una de las causas subliminales de la anorexia y bulimia. Otra razón por la cual son más las anoréxicas que los anoréxicos (incluso la palabra suena extraña), es debido a la violencia y abuso sexual hacia la mujer.

“*La anorexia, que con frecuencia se manifiesta después de un episodio de abuso o humillación sexual, puede verse por lo menos en parte como una defensa contra lo “femenino” del cuerpo y un castigo de sus deseos*” (ídem; 20). Tales deseos se manifiestan, como diría Freud, por la fijación oral, siendo una de estas la comida. “*Los extremos a los que la anorexia lleva la negación del apetito sugieren la naturaleza dualista de su construcción de la realidad: o trasciende totalmente a su cuerpo convirtiéndose en pura voluntad del hombre o capitula por completo ante el degradado cuerpo femenino y sus repugnantes hambres*” (ídem; 20).

El interaccionismo simbólico ha contribuido a la relevancia del género en la sociología médica, según Eduardo Calvario Parra (2008), en cuanto que la salud de la mujer es cualitativamente distinta que la del hombre y esto se refleja hasta en las interacciones

diarias. *“Las interacciones se basan, en parte, en el máster status del género, es decir, la construcción interaccional del género de la persona enferma configura “formas” diferenciadas en hombres y mujeres frente a la enfermedad”* (Calvario Parra, 2008; 4).

La anorexia en la historia

Según Joan Jacobs Brumberg (1988), la anorexia surge en el siglo XIX y a sus víctimas se les llamo *“las niñas en ayunas”* o *“fasting girls”*. Llamaban la atención de la población ya que se creía que tenían poderes mágicos. La capacidad de no comer durante muchos días era conocida por los religiosos como una muestra de santidad. Esto se explica debido a que tanto en la religión cristiana como en la judía, el hecho de ayunar es un símbolo de pureza que debe hacerse frente a ciertos rituales.

Numerosos casos fueron reportados de pre adolescentes que vivían en ayunas, durante el siglo XIX, aunque sin el rotulo de anorexia. Es dicho también que en algunos casos los cuerpos mostraban marcas de estigmas (como las de Jesucristo en la cruz). Sin embargo, algunos incrédulos médicos atribuían esto tanto al fraude como a la histeria de las jóvenes. El objetivo de Jacobs Brumberg es ejemplificar como la anorexia tiene un origen socio religioso y no meramente psicológico como una enfermedad mental como otras.

En la historia de la realeza, encontramos como ejemplo a la Emperatriz de Austria Sissi, nacida como Isabel de Baviera, en 1837. Se cita de su biografía, en www.wikipedia.com: *“Con el enfermizo objetivo de mantener su peso en 50 kilos y su cintura de tan sólo 47 centímetros, con una altura de 1,72 metros, la Emperatriz inventó sus propias dietas para adelgazar consistentes en jugo de carne y algo de fruta, y en largas caminatas diarias de más de 10 km que agotaban a todas sus damas de compañía, que tenían que ser relevadas al poco tiempo. Como en aquella época los especialistas de nutrición no existían, nadie podía informarle a Isabel de que su estado correspondía con el de una enferma bulmaréxica, mezcla de las dos enfermedades nutricionales más extendidas del Occidente actual: bulimia y anorexia. Sus comportamientos obsesivos no hacían efecto sólo en sus hábitos alimenticios, sino también en las ocupaciones diarias, ya que tenía la necesidad de siempre estar en movimiento, de no sentarse, de caminar por largas horas y de montar otras muchas a caballo. El desencadenante principal de esta obsesión para mantenerse bella y delgada empezó por sus primeros tres embarazos de rápida sucesión”*.

Metodología

Diseño metodológico y técnicas de recolección de datos

Es la realidad epistémica la que uno decide investigar cuando adopta un diseño de investigación flexible, es decir, la realidad construida frente a lo que sería la realidad objetiva y material. El diseño metodológico que llevaré a cabo será cualitativo pero no holístico ya que no se pretende conocer la totalidad del fenómeno a estudiar. La anorexia y bulimia no son asuntos masivos como para hacer encuestas a una cierta muestra de la población.

Los datos se obtienen de manera más rica mediante entrevistas en profundidad, analizando sus discursos, ya que en definitiva lo que se estará realizando son *case studies* de algunas de estas personas. Una observación previa a las entrevistas es inherentemente imposible ya que tendría que observar las terapias grupales para observar personas en proceso de recuperación, por ejemplo, y esto no es posible; así como tampoco es posible observar personas que mantienen su trastorno como un secreto frente a sus allegados y a la sociedad en general.

Solo se efectuarán entrevistas en profundidad. En cuanto al tratamiento de información textual (entrevistas), el método utilizado a grandes rasgos es el que Bogdan y Blikien (en Valles, 1997) llaman “*el método de los recortes y las carpetas*”, clasificando fragmentos de las entrevistas según las categorías a estudiar. Los criterios de calidad en esta investigación los pretendo lograr a partir de los siguientes procedimientos: transcripción completa de las entrevistas llevadas a cabo y marcando la diferencia entre testimonios de los sujetos y mi propia interpretación; es como lograre la confiabilidad requerida de los diseños flexibles.

Unidades de análisis

La unidad de análisis son aquellas personas que padecen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o ambas, ya sea que estén internalizadas o no. En cuanto a definiciones, me basare en el siguiente concepto de anorexia nerviosa: “*trastorno de la ingesta de comida caracterizado por un temor extremo a engordar, autoinanicion en un esfuerzo para evitar engordar*” (Tannenhaus, 1992; 147).

Y por la misma autora, Nora Tannenhaus, el siguiente es el concepto de bulimia nerviosa: *“trastorno de la ingesta de la comida caracterizado por periodos alternos de atracción y vomito, abuso de laxantes, abuso de diuréticos y dietas agotadoras”* (ídem; 148).

A su vez el muestreo teórico no probabilístico (selección de casos) se efectuara mediante el criterio teórico del grado de avance en el trastorno (atendiendo a una institución o no) y dentro de esta instancia mediante la separación de si la víctima es anoréxica o bulímica o ambas, ya que comprenden distintas significaciones psicosociales.

Se efectuaran quince entrevistas en total, de las cuales catorce serán a las unidades de análisis, y una a un “experto” en el tema, es decir, una persona que trabaja en dichos centros y pueda proveer información complementaria.

Hipótesis

- La anorexia y bulimia son hechos sociales en términos durkhemianos.
- El rechazo al propio cuerpo, manifestado como anorexia y/o bulimia es un fenómeno que surge en la adolescencia debido a que en esta etapa comienza la segunda socialización.
- La anorexia y la bulimia son una respuesta al imperialismo corporal.
- Existe una violencia difusa y difícil de discernir con relación al derrumbe de los lugares simbólicos familiares y grupales, permitiendo así una degradación del sentido de pertenencia, el cual es uno de los factores que inciden en dichos fenómenos.
- Las mujeres son más propensas a sufrir anorexia o bulimia.
- La propensión a desarrollar esta patología crece, conforme aumenta la exposición a los medios de comunicación y los estereotipos que éstos promueven.
- Dicha propensión se expresa con mayor énfasis en clases sociales con mayor poder adquisitivo.

Descripción del trabajo de campo

Antes de presentarme a las instituciones con las que pensaba trabajar, decidí hacer un sondeo para conocer la dinámica de la institución frente a un posible paciente o familiar de un paciente que se comunica por teléfono “para informarse”. Es así como llame a Manantiales y a ALUBA. Mi decisión fue llamar con la excusa de decir *“creo que mi amiga es anoréxica”* y frente a eso averiguar costos, procedimientos y demás.

Primero llame a ALUBA donde me informaron que en primera instancia se hace un diagnostico con un costo de \$500 y a partir de allí se deriva al paciente a cierto tratamiento grupal. Todos los tratamientos son grupales, y las personas que allí asisten tienen los mismos síntomas. Están coordinados por psiquiatras y otros médicos especializados y a su vez pueden existir terapias con los familiares.

Depende de la gravedad del trastorno es el precio del tratamiento, el cual puede elevarse a \$3500 - \$4000 semanales. No trabajan con internación, y por eso el costo varia según la cantidad de “reuniones” grupales a las que se debe asistir, pueden ser dos veces por semana hasta todos los días y estar varias horas. Mi primera impresión de ALUBA es que el paciente realmente es importante ya que la persona que me atendió termino haciendo mas preguntas que contestando las mías.

Frente a esto trate de esquivarlas e insistir sutilmente con la importancia que tenia para mí y para “*mi amiga*” la información que necesitaba. Me pregunto sobre como se sentía dicha amiga, e incluso como la sentía yo, como la veía físicamente y emocionalmente; preguntas las cuales no sabia como contestar ya que no me las esperaba y no quería que se diera cuenta de que mi llamada tenia otros objetivos.

En un momento se molesto cuando le pregunte sobre los precios ya que me respondió “*¿lo importante es que ella se mejore no?*” Note que es una institución que reserva mucho sus precios y procedimientos, ya que para mas información debía ir personalmente.

Luego llame a Manantiales. Me informaron que primero se realiza una entrevista con un psicólogo de 50 minutos y que cuesta \$650. Esto ya denota una diferencia, no solo en el precio sino que también en como llevan a cabo el primer paso: ALUBA hace un diagnostico (mas medicalista) y Manantiales una entrevista (mas psicologista o humanista). A su vez la persona debe ir acompañada de un familiar o su pareja, es decir, una persona de referencia y contención para que la institución conozca otro punto de vista y sepa un poco mas sobre el entorno del paciente.

La devolución de la entrevista es brindada a dicha persona de referencia y luego al paciente, por separado. En casos extremos cuentan con instalaciones para internación, la cual tiene un costo de \$20,900 mensuales. Casos menos graves tienen precios menores por supuesto y es el psicólogo quien deriva al paciente y le “*arma un paquete*”² de terapias necesarias, el cual es diferencial según cada paciente particular; es decir, se “*arman*” a medida.

² La persona que me atendió dijo estas palabras, literalmente. Me llamaron la atención.

Estas terapias son tanto individuales, grupales y familiares. El costo más bajo es de \$1000 semanales, y consta de dos terapias individuales semanales, una terapia grupal semanal y una terapia familiar cada dos semanas. Precios intermedios entre la internación y el recién mencionado es por ejemplo el tratamiento de “centro diurno” en que el paciente asiste diariamente de 9 a 18hs y cuesta \$7000 semanales.

A su vez ofrecen un fondo de becas para aquellas personas que así lo soliciten y presenten una declaración de sus ingresos, egresos y demás. El porcentaje de beca a otorgar se evalúa en la institución. Mi primera impresión de Manantiales es que es más comercial, es decir, ofrecen becas, “paquetes” (me suena a combos de comida rápida). Al inicio de la conversación me preguntaron porque me interesaba en llamar y les dije lo mismo que a ALUBA y luego no hicieron mas preguntas. Proveen todo tipo de información sin problemas con un buen “servicio de atención al cliente”.

La primera entrevista realizada fue a una psicóloga que trabajo muchos años en ALUBA y hace pocos años abrió su propia clínica. Fue ella que me no autorizo la entrada a su clínica para observaciones ni que ella informara a los pacientes sobre mi investigación en caso de que surgiesen voluntarios a ser entrevistados. No intente en las otras clínicas ya que esta persona me aclaro repetidas veces que lo que yo estaba solicitando era algo muy grave.

Fue así como busque por otros medios el encuentro de personas con anorexia y bulimia dispuestas a ser entrevistadas. El problema no fue encontrarlas y tampoco que estuviesen dispuestas a hablar, sino que el problema fue que fuesen personas uruguayas. La búsqueda comenzó por internet, precisamente en blogs pro-anorexia y pro-bulimia (tema que sera profundizado mas adelante) y al hilar cada vez mas fino termine encontrando muchas adolescentes uruguayas en esta situación, de las cuales la mayoría no estaba dispuesta a hablar personalmente y menos ser grabada, sin importar el hecho del anonimato, etc.

Encontré un blog llamado “Princesitas Uruguayas” y esa fue la entrada a la primer entrevista que me fue conduciendo a otras. Principalmente porque la chica que creo ese blog estaba internada en el momento que la contacte y ella me presento a sus compañeras de clínica; y por otro lado, una chica dejo su numero de celular en ese blog, la cual hoy se considera en proceso de recuperación, y allí obtuve otra entrevista.

Casualmente la creadora del blog iba a un club deportivo de donde conoció a otra chica con estas condiciones y también la entreviste. Esta chica del club va al mismo colegio que otra de las entrevistadas que también accedió. Así se fue dando esta red. Otras entrevistadas no comparten ningún vinculo con las demás, y a este conjunto las fui convenciendo una por una a que accedan a una entrevista personal. La mayoría accede a

charlar por chat, pero cara a cara se niegan. Finalmente obtuve 14 personas a entrevistar, además de la psicóloga ya mencionada.

Plan de análisis

De las entrevistas surgieron cuatro tópicos. Estos son:

- Origen, causas: las llamadas “wannabes” o sin intención explícita
- Circulo vicioso: culpabilidad, ambición, supuestas recompensas, daños.
- Búsqueda de identidad: las llamadas “princesas”, blogs y otras redes sociales, pulseras identificatorias, carreras y compañerismo, ídolos, creencias y reglas a seguir
- Rehabilitación o no: percepciones, efectos.

A su vez los tópicos son atravesados por cuatro ejes que son los siguientes:

- años con el trastorno
- inserción social previa y durante el trastorno
- fase del trastorno (no se quiere mejorar, esta en rehabilitación, ya no asiste a rehabilitación)
- inserción virtual con personas en su situación

Se podría decir que los ejes interrelacionados son variables independientes de los tópicos (variables dependientes). Se intentara construir modelos a partir de extraer aspectos típicos de la situación cotidiana. Utilizar tipos ideales como herramientas de trabajo, según la sociofenomenología, los constructores del sentido común son elaboraciones de primer orden, el científico va construir elaboraciones de segundo orden. Hay dos tipos de constructos, estos son las tipificaciones, referidas a personas (son actores típicos), y recetas, referidas a situaciones (son situaciones o acciones típicas).

El objetivo es construir tipificaciones a raíz de las entrevistas. El primer paso en esta sección sera el de una codificación abierta, y generar categorías; y luego una codificación axial, con agrupación en temas o dimensiones. (Valles, 1997) en donde se llevaron las categorías a dimensiones mas viables de operacionalizar, que son atributos de dichas categorías.

A grandes rasgos, y con el objetivo de hacer una caracterización de las entrevistadas, se mencionara el promedio de edad, que es de 21 años, si bien la menor tiene 14 años y la mayor es una mujer que padeció anorexia en su adolescencia y hoy tiene 59 años. El nivel

educativo promedio es el estar cursando secundaria, si bien el rango va desde secundaria incompleta a entrevistadas cursando una carrera terciaria en Udelar.

El nivel socioeconómico promedio es medio alto; siendo los extremos quizá una hija de una empleada doméstica y una hija de una gerente de un banco. En cuanto al trastorno alimenticio padecido, la mayoría de las entrevistadas tiene o tuvo tanto anorexia como bulimia, pero cuando se menciona solo una, es más frecuente la bulimia. En general la duración del trastorno, es decir, cuánto les duró o durante cuánto tiempo lo han tenido hasta el día de la entrevista, es de 3 años y medio; comenzando, en un promedio de edad, a los 14 años.

En cuanto a la internación, la mayoría no ha vivido esta experiencia ni asistido a una clínica especializada en estos asuntos. Son casos minoritarios los que en el día de la entrevista están siendo parte de un tratamiento o que han comenzado y abandonado. Es el caso de una sola entrevistada que tuvo tratamiento vigilado en su casa. A su vez, la mayoría de las entrevistadas se considera en proceso de recuperación, si bien dentro de este grupo, la mayoría no ha consultado en una clínica como las ya mencionadas.

Análisis

Se realizó el análisis de los insumos empíricos -que fueron entrevistas principalmente, pero también detalles mencionados por fuera de la entrevista o mediante la lectura de los blogs de aquellas entrevistadas que tenían uno online- siguiendo los tópicos y ejes mencionados en el plan de análisis.

El primer tópico era el origen del trastorno, del cual pude identificar dos vertientes: aquellos orígenes sin una intención explícita de caer en la anorexia o bulimia, y aquellas entrevistadas denominadas “wannabes”. Esta dimensión es muy particular. Aquellas personas que comenzaron con uno de estos trastornos con una intención explícita de querer ser anoréxica o bulímica son llamadas wannabes en forma despectiva por aquellas otras que han caído sin quererlo y prácticamente sin darse cuenta.

Según las entrevistadas, es sencillo ser wannabe, ya que hay muchas personas dispuestas a atraerte a los trastornos a través de un medio virtual. Uno simplemente puede entrar en un blog “pro Ana y Mía” y comenzar a leer “tips” y consejos varios, desde como vomitar y que no duela tanto, hasta que mentiras convincentes decirle a los padres. Es así como Ana Laura, hoy en proceso de recuperación, dice que “...eso hacía que más chiquilinas pudieran agarrar ideas y esas estupideces” (refiriéndose a los blogs pro anorexia y bulimia, anteriormente mencionados).

Por otro lado, Camila, reconociéndose como wannabe, asegura que *“Empezó... buscando info de chicas Mías o Anas. Después practicaba yo misma. Empece de a poco, fácil.”* Refiriéndonos a las que empiezan sin intención, podemos citar a Daniela, *“Cuando llegué a la adolescencia empecé a hacer dieta y fue ahí cuando perdí el control y empecé a no comer, o sea, desde chiquita siempre me veía gorda, o nunca estaba conforme con mi cuerpo”*.

El tema de comenzar con una dieta parece ser recurrente, ya que también lo vemos en a Carla: *“Mira, muchas personas empiezan por lo mercado lógico. Por ejemplo mira, la imagen de toda marca de ropa. Son chicas muy flacas y lindas. En las revistas, modelos...y la ropa cada vez la hacen más chica. Uno al ver que no le queda se frustra y decide empezar con una dietita. Y al ver que no surte efecto empieza a probar con otras cosas”*.

Esta cita se relaciona, con la dimensión de la culpabilidad, en el segundo tópico, el del círculo vicioso. El círculo vicioso ronda entre la culpabilidad, la ambición, las supuestas recompensas y los daños a uno mismo. Las entrevistadas lo explican claramente: una se siente culpable e insatisfecha consigo misma, se pone “metas”; cree que alcanzado dichas “metas” (medidas en kilos) llegara a recompensas (felicidad, aceptación, entre otras).

Si fracasa en el camino a su meta, vuelve a sentirse culpable, indigna, y puede llegar a la autoflagelación, como recordatorio de que la próxima vez no debe fallar. La culpabilidad es claramente indicada cuando la persona dice que la culpable es ella de haber llegado a donde esta en cuestiones de salud física y mental. Curiosamente, varias de las que aseguran que la culpa es solo propia, a su vez manifiestan que es una enfermedad como cualquier otra y que a cualquiera le puede pasar.

“Y tiene siempre esas dos facetas: esa contradicción social que te digo se ve en la patología, porque está, por un lado la persona tiene esa compulsión a la comida tremenda, y la restricción, y esa contradicción es lo que hace perpetuo, esa cadena de “me restrinjo, después me muero de hambre y como de más y como comí de más, me siento culpable, me engordé, y me restrinjo”. (Psicóloga)

Esto se personifica en Katherine, al explicarme que *“...yo porque lo junto mucho con lo emocional y me entra la ansiedad y me como todo lo que encuentro a veces me siento culpable y vomito, a veces no, cuando puedo ayuno, pero si estuviera bien emocionalmente creo que podría ayunar, antes podía.”* Esta cita a su vez se relaciona con otra dimensión, la referida a “ser Ana” o “ser Mía”, es decir, persiste el intento por ser anorexica, pero al no poder serlo, se es bulímica.

Por otro lado, están las que reconocen un grado de culpa en otros factores, especialmente los medios de comunicación y las exigencias actuales, como mencione a la entrevistada llamada Carla anteriormente. El grado de culpa auto adjudicado no necesariamente indica si la persona al comenzar tiene, por así decirlo, ambiciones o si las mantiene actualmente. Dichas ambiciones, una vez alcanzadas, se hacen mas exigentes. Si se logra adelgazar, la lógica es la de “ahora que logre esto no voy a parar” y las metas son cada vez mas difíciles y riesgosas.

Para ejemplos de ambiciones, podríamos citar a Laura, “...quiero pesar 40 kilos” y a Lourdes, “...ya estaba bastante desconforme desde siempre, y como que hice un parate y dije “basta, hasta acá llegué con el tema de este cuerpo de mierda, tengo que hacer algo”. En ambos casos, se puede encontrar en sus respectivos blogs imágenes con frases del tipo “nadie dijo que era fácil ser una princesa”. Pero este asunto se tratara mas adelante.

En cuanto a las supuestas recompensas, están las entrevistadas que buscan el reconocimiento ajeno y las que no. Se podría decir de las primeras que lo hacen “para otros” y de las segundas que lo hacen “para ellas mismas”. María Jesús, refiriéndose a como veía su cuerpo cuando aun estaba lejos de comenzar un proceso de recuperación, dice “Como que lo rechazaba pensando que si fuera diferente, mas flaca ponele, que ahí iba a recibir la felicidad de la vida.”

Marina tenia la misma idea en mente, y cuantos mas estímulos (tanto positivos como negativos) recibía de otras personas, mas hondo caía en su condición. “...saben que estás enferma, ponés una foto y te dicen “¡qué linda que estás!”, entonces decís “bueno, ta, si la gente me halaga así en el camino que voy, sigo”, refiriéndose a subir fotos personales a las redes sociales.

Los daños a uno mismo se vuelven un tema aun mas tabú para tratar en la entrevista y ninguna de mis preguntas contemplaba explícitamente algún tipo de respuesta sobre esto. Por ende, son pocas las entrevistadas que lo nombran, lo cual no significa que las que no lo mencionan es porque no lo hacían. Rocío en su entrevista me cuenta sobre las “carreras”, en que competía de manera virtual (tema que sera tratado mas adelante), y que cuando ella perdía, se cortaba a si misma.

Sabrina, que asiste a un colegio bilingüe, lo menciona en ingles, quizá como una forma de no asumirlo directamente, y que suene “menos mal” en otro idioma: “Y ta, y el “self-injury” también. Digamos...empecé antes con eso que con Ana y con Mía, o sea que me cambió eso primero y después lo demás.” Otros eufemismos son directamente los nombres Ana y Mía, que los comprendí como una forma de búsqueda de identidad.

El tercer tópico es precisamente la búsqueda de la identidad, asunto recurrente de la humanidad, que comienza en la adolescencia se podría decir. Esta búsqueda es interpretada bajo las siguientes dimensiones: llamarse a si mismas “princesas”; el uso de los blogs y facebook para conocerse entre si y todo lo que eso conlleva; las pulseras identificatorias; las carreras y el compañerismo que se manifiesta en el proceso; ídolos; creencias y como consecuencia las reglas a seguir según dichas creencias.

Fernanda no tiene blog propio pero los frecuenta bastante. Es así como la encontré en uno de los chats que ofrecía un blog de una chica argentina, para entrevistarla. Me dijo refiriéndose a los blogs de este tipo: *“(Blogs)...de las princess! Bueno en esos blogs, encontrás de todo y te identificas con todas ellas. Te dan tips y te dan animo para seguir y alcanzar la meta.”*

Cuando le pregunte a Katherine por que se llamaban a si mismas princesas lo que me contesto fue lo siguiente: *“No se, ¿sera porque las princesas son perfectas? Y supuestamente estar flaca es la perfección, la perfección es que se te noten los huesos, no se realmente”*. Me llamo la atención su uso de la palabra “supuestamente”, como que ella no estaba segura, y sin embargo, su seudónimo involucraba la palabra “princesa”.

Muchas de las entrevistadas no compartían este trastorno con nadie de su circulo familiar o de amistades. No es el caso de Lourdes y Ana Laura, que junto con otras tres chicas, que no quisieron ser entrevistadas, formaron un grupo secreto llamado “las princesitas uruguayas” o P.U. Se conocieron mediante el blog de Ana Laura, que como cuenta en su entrevista, quería encontrar personas de Montevideo que fueran como ella.

“Mis nuevas amigas me dijeron que yo era una de ellas. Las encontré por internet.” Según la autora de esta frase, Laura, es mejor no hacer amistades cara a cara, y se sentía mas cómoda mediante un blog. Cuantos seguidores tiene un blog pesa a la hora de aparecer mas arriba en las listas de búsquedas de blogspot.com, en Google. Es así como las personas que tienen un blog agradecer a sus seguidores (cual artista agradece a sus fans).

Mas allá de los blogs para establecer contacto, también existe una estrategia para reconocerse entre si al ir caminando por la calle. Las chicas anoréxicas deben llevar una pulsera roja, y las bulímicas una pulsera morada. Al encontrarse a una chica con una de estas pulseras se la debe tocar y mirar a la otra persona. Si esta hace lo mismo, es una chica Ana o Mía. Si no, es pura casualidad. A su vez estas pulseras funcionan como recordatorio para “no comer” y “recordar la meta”.

Algunas de las entrevistadas menciona dichas pulseras: *“Esas reuniones que hacían que todas teníamos que ir de rojo para identificarnos, no.”* (Marina) y *“Tenía unas*

pulseras, tenía una roja y una morada.” (Sabrina). Si bien ambas las mencionan, la primera afirma que nunca sintió esa necesidad de pertenencia, en cambio la segunda conoció a otra de las entrevistadas a través de la pulsera.

En los blogs se pueden encontrar tanto el día a día personal de quien lo escribe, como los ya mencionados “tips” y las carreras. Estas carreras tienen una doble función: por un lado, conocer quienes son los lectores del blog, sus datos (nombre, país, peso, altura, trastorno, meta) y por otro, es un estímulo para ayunar y así ser “fieles a Ana”. Por otra parte, también mantiene ocupada a la organizadora de la carrera y dueña del blog donde ésta está publicada para no tener que “pensar en comida”.

Uno se inscribe a la carrera dejando los datos mencionados y una foto actual, preferentemente donde se muestre bastante piel para luego hacer la comparación al final de la carrera. La organizadora de la carrera decide cuanto durara, oscilan generalmente entre una semana o dos. Día a día, los participantes envían por correo a la organizadora cuanto han comido, cuanta agua han tomado, y otros datos como número de purgaciones, etc. Algunas cosas suman puntos (como tomar más de dos litros de agua diarios) y otras restan (como comer cualquier cosa).

Al terminar la carrera se publica quien gana y la ganadora debe mandar una foto actual además de sus datos actuales (cuanto pesa ahora, si ya llegó a su meta, etc). Si bien uno piensa una carrera como competencia, es todo lo contrario. Uno puede dejar sus comentarios día a día expresando sus sentimientos. Si estos son negativos (por ejemplo, “siento que estoy perdiendo la carrera porque ayer me di un atracón”), enseguida surgen otras “princesas” a dar ánimo, a decir que más vale levantarse cuando uno se tropieza, etc.

Si son positivos (por ejemplo, “alcance mi meta, no lo puedo creer”) siempre habrá muchas felicitaciones y cientos de clics en la opción de “me gusta” en Facebook.com. Con el uso de esta herramienta de comunicación virtual, he notado que algunas de mis entrevistadas tienen dos cuentas: una donde se muestra su vida “normal” por así decirlo, y la otra bajo un seudónimo, donde se suben fotos para “inspirarse” como ellas lo llaman.

Ana Laura me explica esta sección de los blogs, así: *“Es la parte de tips y todas esas cosas que es donde se hacen carreras. Te dan trucos como para seguir en la misma.”* Carla me cuenta para que sirven los blogs, de esta manera: *“Compartir cosas, puntos de opinión. Extender nuestros horizontes sobre cosas que nos interesen. Encontrar nuestro sentido de pertenencia hasta en las cosas más locas.”*

En cuanto a las inspiraciones recientemente nombradas, vendrían a ser como ídolos, modelos a seguir (y generalmente son de hecho, modelos de profesión). A estas personas las

llaman “thinspirations”, es decir, una mezcla entre la palabra thin (flaca) e inspiration (inspiración). También conocidas como “thinspos” estas personas son celebridades que generalmente han tenido estos trastornos también.

Ejemplos son la actriz Lindsay Lohan, la hija del músico de jazz, Nicole Ritchie, o la conocidísima Angelina Jolie, quien tiene como tatuaje en su cadera la frase en latín “lo que como me destruye”, de sus pasados años como anorexica. Lourdes, una entrevistada, menciona a Britney Spears y Christina Aguilera, cantantes muy de moda cuando ella comenzó con los desordenes alimenticios. Gloria menciona a Twiggy, modelo de los años 60, ya que actualmente dicha entrevistada tiene 59 años.

En cuanto a las creencias, se dice que Ana y Mía son diosas, cuyos credos pueden ser leídos en el anexo. A continuación unas frases del blog www.prinzessinlorelwannabeana.blogspot.com *“Muchas princesas desean agradecer a las diosa Ana y Mía por sus éxitos. Con su ayuda han logrado alcanzar muchas metas, han mejorado su vida a nivel laboral, social, individual y su autoestima se ha elevado al máximo...hay otras que probablemente han decaído pero sin embargo no pierden la esperanza...para todas este es un rito que les dará un impulso especial.”*

Dicho blog creado por una chica argentina cuya identidad no se conoce, se ha hecho muy popular este año 2011, con casi 1300 seguidores al día de hoy. Tanto es así, que fue mencionada en el diario El Perfil, de Argentina. La nota puede ser consultada en la bibliografía. Como consecuencia, algunos seguidores la felicitaron por convertirse en famosa. Eso ya es un tema del “farandulismo” argentino, que no viene al caso.

Es así como toda metarreligion, si estos desordenes alimenticios se podrían llamar así, tienen sus reglas a seguir, mandamientos podríamos llamarles. Además de los tips ya mencionados. Navegando por este tipo de blogs pude constatar que cada persona escribe sus propios mandamientos, es decir, no es siempre exactamente el mismo, si bien todos tienen en común la “fidelidad a Ana y Mía”.

Los tópicos son atravesados por los siguientes ejes: años con el trastorno, inserción social previa y durante el trastorno, fase del trastorno (no se quiere mejorar, esta en rehabilitación, ya no asiste a rehabilitación) y su inserción virtual con personas en su situación. Siguiendo los tópicos y los ejes cree tres grupos en base a las 14 entrevistadas, que podríamos denominarlos tipos ideales weberianos. Casi ninguna entrevistada calza perfectamente en uno de los grupos, como era de esperar.

Al primer grupo lo llame “*bulimarexia corpocidia*”. Este grupo se caracteriza por entrar en los trastornos alimenticios sin intención explícita, culpándose a si misma por lo que

le ocurre. No comienza con una ambición, es decir, con metas, y precisamente es porque comienza casi sin darse cuenta. No busca recompensas ajenas, al menos no lo menciona explícitamente. Es como que lo hiciera por sí misma y son las que peor se llevan consigo mismas.

Menciona la autoflagelación y por ende en el tópico “circulo vicioso” no cumple con las cuatro dimensiones: ni con la búsqueda de recompensas ni con la ambición inicial. En cuanto a la búsqueda de identidad, no necesariamente se identifican con las “princesas”: algunas sí y otras no, pero no parece ser un título primordial. Pero sí tiene su propio blog, usa las pulseras y participa en carreras, para lograr la “perfección”.

Justamente por ser más reservada en ciertos aspectos, como el de no buscar elogios de otros, no parece tener “thinspos” en mente, aunque sí se pone reglas a sí misma, pero no para parecerse a alguien, sino para sí misma, como ya se mencionó. Las palabras Ana y Mía tampoco adquieren mucha relevancia, al igual que la de princesa.

En cuanto a las características de los ejes que se observan en este grupo, son las entrevistadas de menor edad por lo general, y por eso están cursando secundaria en su mayoría. A pesar de esto, son las que hace más años que tienen el trastorno y por ende son más factibles a considerarse tanto anoréxicas como bulímicas, con idas y venidas entre ambos desordenes. Es por eso que considero el adecuado el nombre de bulimarexia, además del de corpocidia, porque es el grupo que menciona la autoflagelación.

Previo a estas situaciones, tenía pocos o ningún amigo pero su inserción virtual siempre fue alta, manteniendo amistades online. Actualmente asisten o asistieron a un centro de recuperación y encuentran sus efectos positivos, aunque aun la mayoría se considera en proceso de recuperación. Afirman que desde niñas no se sentían satisfechas consigo mismas y que la obesidad siempre fue un tema fóbico en sus vidas.

El segundo grupo es el llamado “*el estilo de vida*”. Se diferencian bastante del primer grupo mencionado, ya que este vendría a ser como una subcultura “under”, que prefiere el perfil bajo personalmente pero no virtualmente. Este grupo de entrevistadas son “wannabes”, confiesan haber elegido ser anoréxicas o bulímicas. En su mayoría desean ser “chicas Ana” y leyendo blogs “pro-Ana” y pidiendo consejos vía chat, aseguran que lo logran.

Claramente se culpan a sí mismas, comienzan con metas muy ambiciosas, y quieren a toda costa ser flaca para otros, para gustarle a los demás. Priorizan fines y no miden los medios. Podría considerarse un círculo vicioso al 100%, excepto por el tema de la

autoflagelación, que no necesariamente se cumple. Conocen los aspectos negativos pero creen que pueden controlarlos.

En cuanto a la búsqueda de identidad, por supuesto que eufemisa al hablar de Ana y Mía y de ser una princesa. No creen que “sos o no lo sos” sino que se puede aprender a “ser de la realeza”, como lo han hecho ellas. No necesariamente tienen un blog, pero si los leen con frecuencia. Puede participar en carreras como no, pero su “thinspo” puede aparecer hasta en el fondo de pantalla del celular.

Usan pulseras y por lo general se ponen reglas, pero no necesariamente. Esto no significa que no se sepan muchísimos tips de memoria e intenten llevarlos a cabo en su vida. No se lo cuentan a su familia ni sus amigos cercanos, para no sentirse juzgadas, aunque afirman que entran a los blogs para sentirse contenidas. Si bien las enfermedades “me too”, es decir de imitación, son más esperables en adolescentes, algunas de las entrevistadas que comenzaron como wannabes hoy cursan la universidad.

Esto significa que no son tan inmaduras como podría pensarse del otro grupo, que son personas cursando secundaria, y a su vez tienen y han tenido amigos a lo largo de su vida. Las que caben dentro de este grupo han tenido altibajos en los trastornos, pero no hace pocos años que conviven con Ana y Mía. Son personas de las que nadie esperaría que ocultan este gran secreto.

Nunca han ido a un centro de recuperación, justamente por el temor de confesárselo a un ser querido. No se sienten ni cerca de estar recuperadas, y dicen que es algo con lo que convivirán hasta vaya uno a saber cuando. Como mantienen un contacto virtual fuerte, bajan un poco el nivel de angustia y por ende esto demora la consulta con un profesional. Son muy exigentes consigo mismas y es así como *se propusieron ser anoréxicas y lo lograron*.

Por último, el tercer grupo es el grupo de entrevistadas “solitarias”, tanto socialmente como virtualmente. Han tenido un “touch and go” con la bulimia, es decir, durante pocos años; y hoy se sienten recuperadas y como una faceta que dejaron atrás, pero que a veces les remuerde la culpa por comer sin pensar en calorías. Entraron en los trastornos alimenticios sin intención explícita, y al día de hoy parecen seguir desorientadas y desordenadas en su vida personal.

No se compromete totalmente, en forma personal, con la enfermedad, no se culpa, la ambición y las recompensas son variables. Tampoco pretende integrarse al mundo de las “princesas”, ni interrelacionarse con otras chicas que padecen trastornos alimenticios. La capacidad de compromiso, en todos los ámbitos de vida es muy débil lo cual refleja un estilo de vida desordenado, desorientado. No tiene objetivos claros.

Curiosamente al comenzar y durante el trastorno menciona que tenía thinspos, aunque no se pone reglas a si misma y tampoco recurre a la autoflagelación. No se refiere a la anorexia y bulimia bajo los nombres de Ana y Mía, posiblemente debido a su poco interés en los sitios web que las promueven. Siempre fueron solitarias ya que en su infancia y hasta hoy afirman no tener amigos o muy pocos.

Han asistido a centros de recuperación pero los han encontrado con efectos negativos, posiblemente por su condición de antisocial (ya que los tratamientos son grupales) o porque no querían admitir su condición, como es el mismo caso que las que lo llaman “estilo de vida”. Fueron bulímicas -el trastorno considerado dentro de las “princesas” como el de menor poder de voluntad- y a pesar de ya haber superado la edad liceal, no han terminado secundaria en su mayoría.

Conclusiones

Como conclusión, recordare aquellas hipótesis planteadas originalmente. La primera en la lista fue *“la anorexia y bulimia son hechos sociales en términos durkhemianos”*. Si bien no son hechos sociales universales, lo son en cuanto la definición de Durkheim maneja los términos de que tales hechos son coercitivos, exteriores al individuo; que al individuo con estos padecimientos lo hacen sentir una necesidad de justificar porque no cuida de su cuerpo frente a sus semejantes. Es decir, por ejemplo en el caso de las “carreras”, aquella que no había sumado los puntos suficientes tenía que disculparse (como mínimo) con excusas del tipo “fue el cumpleaños de mi amiga”, etc.

La segunda, *“el rechazo al propio cuerpo, manifestado como anorexia y/o bulimia es un fenómeno que surge en la adolescencia debido a que en esta etapa comienza la segunda socialización”*, es compleja de verificar. Esta hipótesis da por sentado que en la adolescencia comienza la etapa mencionada. Si tomamos esta hipótesis al pie de la letra, podríamos decir que no se cumple, ya que se han encontrado casos de bulimia desde los 11 años por ejemplo, en una entrevistada. Esto significa que comenzó el trastorno previo a la adolescencia. Pero por otro lado, si consideramos la hipótesis sacando este concepto de que la segunda socialización necesariamente comienza en la adolescencia, podríamos decir que la hipótesis es apropiada, quedando redactada de la siguiente manera, *“el rechazo al propio cuerpo, manifestado como anorexia y/o bulimia es un fenómeno que surge en la etapa en que comienza la segunda socialización”*. No se debe olvidar que los términos niñez, adolescencia y adultez se han vuelto muy escurridizos conceptualmente y que se vuelve arriesgado asegurar una hipótesis utilizándolos.

La tercera hipótesis, “*existe una violencia difusa y difícil de discernir con relación al derrumbe de los lugares simbólicos familiares y grupales, permitiendo así una degradación del sentido de pertenencia, el cual es uno de los factores que inciden en dichos fenómenos*”, podríamos asegurar que es cierta. Tanto por las descripciones de la psicóloga entrevistada como por las respuestas a las preguntas del tipo “¿con quien vivís?”, se comprueba que los hogares de las entrevistadas no son lo que llamaríamos “tradicionales” ni “estables emocionalmente”.

Si bien deben existir numerosos estudios cuantitativos que comprueben que el sexo femenino observa una mayor frecuencia en estos trastornos, la cuarta hipótesis en esta investigación no se puede tomar como 100% segura. “*Las mujeres son más propensas a sufrir anorexia o bulimia*”. Se realizaron entrevistas solo a mujeres, no por una decisión metodológica ni de otro tipo, sino por surgió así.

La penúltima hipótesis es “*la propensión a desarrollar esta patología crece, conforme aumenta la exposición a los medios de comunicación y los estereotipos que éstos promueven.*” Esta hipótesis fue confirmada al entrevistar a la psicóloga y al escuchar muchas de las entrevistadas culpando a la televisión y los medios como principales responsables de estas enfermedades. Toda persona que mira televisión, le puede pasar, parafraseando a la psicóloga experta en el tema.

Por último, esta hipótesis no se comprueba en lo absoluto: “*dicha propensión se expresa con mayor énfasis en clases sociales con mayor poder adquisitivo*”. Quedo anulada debido a las diferencias en ocupaciones de los jefes de hogar en donde vivían las entrevistadas. Si bien la ocupación no se traduce exactamente en poder adquisitivo, es el indicador que se uso.

Bibliografía

- BAUMAN, Z. (2000) “*Modernidad Líquida*” Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica
- BORDO, S (1993) “*El Feminismo, la cultura occidental y el cuerpo*” en <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/laventan/Ventana14/14-1.pdf>
- BOURDIEU, P y WACQUANT, L (2005) “*Una Invitación a la sociología reflexiva*” en <http://www.scribd.com/doc/16619960/BOURDIEU-y-WACQUANTUna-invitecion-a-la-sociologia-reflexiva-cap-2>
- CALVARIO PARRA, E (2008) “*Sobre la enfermedad: reflexiones teóricas desde el interaccionismo simbólico*” en

<http://enlaceacademico.uson.mx/work/resources/LocalContent/73636/1/5sobrelaenfermedad.pdf>

- DOUGLAS, M (1978) “*Simbolos Naturales. Exploraciones en Cosmologia*” Madrid. Alianza
- GOFFMAN, E (1988) “*Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*” Buenos aires. Amorrortu
- JACOBS BRUMBERG, J (1988) “*Fasting girls, the emergence of anorexia nervosa as a modern disease*” Harvard University Press
- LATINI, C (2006) “*Abzurdah*” Buenos Aires. Editorial Planeta.
- LE BRETON, D. (2002) “*Adolescencia Bajo Riesgo. Cuerpo a cuerpo con el mundo*” Montevideo. Trilce
- LOPEZ, A (2007) “*La anorexia y la bulimia nerviosa en el marco de la sociedad contemporánea*” en <http://www.obets.ua.es/aulab/aulab/docus/Anorexia-AL.htm>
- LYOTARD, J. (1979) “*La condición postmoderna: Informe sobre el saber*” en http://isaiasgarde.myfil.es/get_file?path=/lyotard-jean-francois-la-condic.pdf
- MARCUSE, H. (1964) “*El Hombre Unidimensional*” Beacon Press.
- MERTON, R. (1975) “*El análisis estructural en la Sociología*” University Of Chicago Press
- PATERNAIN, R. (2007) “*La teoría de los cuatro escalones*” en <http://www.rau.edu.uy/fcs/soc/Publicaciones/Documentos/DocTrab80.pdf>
- RAMIREZ DE OLANO, I. (2001) “*La realidad del mito: un apunte sociológico sobre la anorexia*” en <http://www.monografias.com/trabajos7/anor/anor.shtml?monosearch>
- SANDOVAL, C. (2002) “*Metodología de la investigación cualitativa*” Bogotá. ARFO Editores.
- SILVA DALEIRO, S. (2000) “*La muerte está de moda*” Trabajo presentado en la Mesa de Antropología y Salud, en Encuentro con la Antropología Social y Cultural, mayo 2000, Montevideo.
- THOMAS, W. (1928) “*Los niños en América: problemas conductuales y programas*” Nueva York. Knopf
- TURNER, B. (1989) “*The body and society: Explorations in Social Theory*” Oxford. Blackwell.
- VALLES, M. (1997) “*Técnicas cualitativas de investigación social*” Madrid. Síntesis.

- BALLARINO, F (2011) “*Anoréxicas y bulímicas crean códigos secretos en Internet*” en <http://www.diarioperfil.com.ar/edimp/0551/articulo.php?art=27458&ed=0551>
- [Www.ana-principessa-mia.blogspot.com/](http://www.ana-principessa-mia.blogspot.com/)
- [Www.comiendo-aire.blogspot.com](http://www.comiendo-aire.blogspot.com)
- www.fotolog.com/iironiicaah
- www.miss-confusedx.blogspot.com
- www.mydscontrol.blogspot.com/
- www.myperfectionsecret.blogspot.com
- www.princesistasuruguayas.blogspot.com
- prinzessinlorelaiwannabeana.blogspot.com
- www.sadangel-sadlife.blogspot.com
- Www.sweet-princess.blogspot.com/
- www.untouched4.blogspot.com

Organiza:
Comisión de Investigación Científica



Apoya:

