***PSICOLOGÍA
IBEROAMERICANA***

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Bojorquez Chapela, Ietza

La Relación entre Cultura y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Cuatro Enfoques Conceptuales

Psicología Iberoamericana, vol. 13, núm. 2, 2005, pp. 96-103

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133926983007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La Relación entre Cultura y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Cuatro Enfoques Conceptuales

Culture and Eating Disorders: Four Conceptual Approaches

Ietza Bojorquez Chapela*

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Resumen

Se revisan cuatro enfoques acerca de la relación entre cultura y enfermedad mental y se muestra cómo éstos han sido aplicados en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. La primera aproximación sugiere que las enfermedades mentales son resultado de causas universales y que toman formas diversas de acuerdo a la cultura. La segunda, que la organización social es en sí misma patogénica. La tercera aproximación entiende a los trastornos mentales como expresiones culturalmente validadas de problemas en las relaciones de poder. Por último, se expone el enfoque que considera a la enfermedad mental como una construcción del discurso psiquiátrico.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, cultura, sociedad, psicopatología, síndrome ligado a la cultura

Abstract

Four different approaches to the understanding of the culture-mental disease relationship are discussed in regards to their relevance in the treatment of the eating disorders. The first approach suggests that mental disorders are the result of universal causes, adopting different forms according to the cultural environment. The second is focused on the pathogenic effects of social organization. The third considers mental disorders as culturally validated expressions of tensions in power relationships. The last one understands mental disease as a construction of psychiatric discourse.

Key words: Eating disorders, culture, society, psychiatry, culture-bound syndrome

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son una entidad de la nosología psiquiátrica que en las últimas décadas ha llamado poderosamente la atención de médicos, investigadores en diversos campos, y del público en general. El interés en ellos podría parecer excesivo, dada la escasa frecuencia con que se presentan en la población: una incidencia aproxi-

mada de dos por 10 mil habitantes al año en población general, en los países del primer mundo (Van Hoeken, Lucas & Hoek, 1998).¹

Acerca de las posibles causas de los TCA, se han propuesto diferentes modelos, de los cuales los más aceptados son los multicausales.² En ellos se plantea que los TCA son el paso final de una compleja red de interacciones entre lo biológico, lo psicodinámico, lo familiar, y lo social o cultural.

* Estudiante del doctorado en Epidemiología. Dirigir Correspondencia a: Insurgentes Sur 4411, 4-404, México DF, 14430. Correo electrónico: ietza@prodigy.net.mx

¹ Sin embargo, en el grupo considerado de mayor riesgo, esto es, en mujeres jóvenes de niveles socioeconómicos medios y altos, se han encontrado frecuencias mayores, como 8.3% de prevalencia de TCA en universitarias mexicanas (Mancilla, Álvarez, López, Mercado, Manriquez & Román, 1998). Por otra parte, de entre los trastornos psiquiátricos, la anorexia nervosa es la que muestra un índice más elevado de mortalidad.

² Por ejemplo: Garner y Garfinkel (1980), Connors (1996), Striegel-Moore (1997), Johnson (1987).

Es este último elemento el que tomaremos como tema en el presente trabajo; mostraremos cuatro diferentes enfoques acerca de la posible relación entre cultura y TCA, y cómo éstos provienen, a su vez, de conceptualizaciones diferentes acerca de la relación entre cultura y trastornos psiquiátricos en general.

Los TA como enfermedad ligada a lo cultural

En los años setenta, Hilde Bruch, psiquiatra y psicoanalista que había trabajado durante un par de décadas con pacientes afectados por lo que ahora conocemos como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), escribió en el prólogo de su libro *The Golden Cage* (Bruch, 1978): “las enfermedades nuevas son escasas, y es prácticamente inusitado el caso de una enfermedad que afecte selectivamente a las jóvenes, ricas y hermosas”. La noción de la anorexia como un padecimiento propio de mujeres que gozan de buena posición social se encuentra desde las primeras definiciones de la entidad nosológica, hechas casi en paralelo por William Gull y Charles Lasègue en el año 1873 (Brumberg, 2000; Nasser & Katzman, 1999). Estos dos médicos describieron un síndrome, caracterizado por ayuno prolongado que conducía a la emaciación, e incluso a la muerte, y que parecía relacionado con factores psicológicos y familiares, el cual afectaba a jóvenes hijas de la burguesía en Francia e Inglaterra.

Durante las primeras décadas de estudio de la anorexia, los casos observados siguieron siendo casi exclusivamente mujeres, jóvenes, caucásicas, de nivel socioeconómico elevado, generalmente con nivel educativo alto, y habitantes de los países industrializados del norte de América y Europa. Para la década de los noventa, el panorama ya no era tan claro. La exclusividad de clase de los TA había sido puesta seriamente en duda (Gard & Freeman, 1996). Estudios en grupos sociales diversos demostraron la presencia de TCA en frecuencias comparables a las encontradas en caucásicas de la clase media y alta (Gordon, 1998). La sobrerrepresentación previa de sujetos de nivel socioeconómico alto, proponen algunos, se debió a un problema de acceso a la atención psiquiátrica, y al hecho de que la caracterización sintomática misma de los TA privilegiaba (y aún lo hace) las manifestaciones típicas en esa población, dejando de lado síndromes que podrían ser los más frecuentes en otros grupos sociales (Lee, 1995 & 1996; Striegel-Moore, 1997). Otra posibilidad que se plantea es que la au-

sencia de casos en estratos sociales bajos o países pobres haya sido real en décadas previas, y que el mayor número de casos encontrado actualmente se deba a la adopción por esos grupos de elementos culturales que los ponen en riesgo para este problema.

“Los americanos exportan trastornos de la alimentación junto con hamburguesas Mc Donald’s, películas de Disney, e imágenes de Michael Jordan”, dice Joan Brumberg (2000, p. 11). Esta historiadora, que en 1988 publicó la primera edición de su libro *Fasting Girls: the History of Anorexia Nervosa*, señala en el prólogo de la última edición que los TCA son cada vez más frecuentes, que se han vuelto parte de la experiencia femenina en el mundo entero, y que su aumento corre parejo con la “occidentalización”. “La cultura es la variable crítica que explica por qué y cómo la anorexia nerviosa se convirtió en la psicopatología característica de la adolescente en la última parte del siglo xx”, concluye Brumberg.

Así, la relación entre cultura y TCA ha sido ampliamente aceptada. Sin embargo, las propuestas acerca de la forma de esta relación dependen del modelo desde el cual se piense la determinación cultural de la psicopatología. Revisaremos a continuación cuatro de estos modelos, y su aplicación al caso de los TCA. Es importante señalar que la agrupación de enfoques teóricos en estas categorías es, además de arbitraria, una simplificación extrema que, sin embargo, puede servir de guía en este complejo territorio.

La “vieja psiquiatría transcultural”:³ patogenia y patoplastia

Cuando, a finales del siglo XIX y comienzos del XX, los antropólogos exploraban las regiones aún no industrializadas del planeta, no iban sólo en busca de viñetas pintorescas. Pretendían conocer “lo humano”, las cualidades esenciales de la especie y cómo estas cualidades eran moldeadas por el desarrollo cultural. Esta empresa tenía como bases, entre otras, la de creer en una jerarquía del desarrollo de las sociedades, una serie de pasos por los cuales tenían que pasar todos los grupos humanos, si querían llegar al pináculo representado por la Europa occidental y la Norteamérica anglosajona de entonces. El universalismo implicaba también la creencia en un modelo único, del cual los casos particulares representaban excepciones más o menos desafortunadas.

³ Littlewood, 1990.

Los primeros psiquiatras transculturales, antropólogos o médicos con intereses antropológicos, buscaron en las culturas "primitivas" manifestaciones de los trastornos que por entonces, en los albores de la psiquiatría moderna, empezaban a ser tipificados. Entre ellos se encontraba Kraepelin, quien, en Java, observó síndromes parecidos a los que había delineado en Alemania, y se preguntó cuáles eran los rasgos esenciales de una entidad psiquiátrica, desarrollando un modelo según el cual los rasgos universales son centrales, y lo cultural les proporciona una cubierta. En 1923, Birnbaum planteó la diferencia entre factores *patogénicos*, los cuales causan la enfermedad, y *patoplásticos*, que dan "contenido, colorido y contorno a las enfermedades individuales cuya forma y características básicas ya estaban biológicamente establecidas" (Birnbaum, citado en Littlewood, 1990, p. 309).

En conclusión, para estos primeros estudiosos de los trastornos psiquiátricos a través del mundo, la enfermedad mental era una entidad real, con elementos centrales inamovibles, de origen primariamente biológico, y la cultura influenciaba solamente las manifestaciones sintomáticas específicas.

La psiquiatría social: la cultura como factor patógeno y la enfermedad socialmente definida

Englobamos en este apartado a las diversas corrientes que señalan a la sociedad como fuente de enfermedad para sus miembros.⁴ Las reflexiones en este sentido no son privativas de nuestra época. La noción del pasado como un reino de paz y armonía, y de la civilización como fuente de males, se encuentra registrada al menos desde los tiempos del Antiguo Testamento. En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, este tema se repite enfáticamente. La ciudad, la sociedad moderna, el énfasis en el consumo y la alienación, son denunciados como factores de riesgo que llevan a los sujetos a enfermar. Aún más radicalmente, se propone que la sociedad misma está enferma, y que los sujetos a los que se les pone la etiqueta de enfermos son productos de esta patología social, o incluso rebeldes que se resisten a entrar en el rol de normalidad que se pretende asignarles. Otro elemento que se resalta desde esta óptica, es el hecho

de que la enfermedad mental es definida socialmente, y que la normalidad tiene un significado no sólo estadístico, sino que hace referencia a aquello que es correcto, socialmente aceptable. La anormalidad o enfermedad mental, consiste en la incapacidad del sujeto de cumplir con su función social, la cual, siendo definida en circunstancias particulares, podría, en el caso de sociedades injustas, llegar a ser dañina.

Así, de acuerdo con la psiquiatría social, la enfermedad mental es producto sobre todo de causas sociales, e incluso puede cuestionarse su existencia, dado que la etiqueta de enfermo mental es aplicada por cada sociedad según sus propias necesidades.

El síndrome étnico o ligado a la cultura

El término *síndrome étnico* fue acuñado por Devereux (1980), quien lo utilizó, en principio, para referirse a fenómenos que un observador occidental podía considerar padecimientos psiquiátricos y que se presentaban en grupos humanos específicos, generalmente en zonas lejanas al mundo industrializado. De acuerdo con este autor, las características de un síndrome étnico son:

- Ser frecuente en la cultura en cuestión.
- Ser exageraciones de comportamientos normales en la cultura en cuestión, de modo que se presentan en grados de intensidad, con formas subclínicas.
- Expresar conflictos centrales y tensiones psicológicas de la cultura, que se hacen más graves en el sujeto que lo sufre.
- Proporcionar a quien lo sufre un patrón para enfermar, una manera aceptable de ser anormal.
- Dado que el trastorno reproduce comportamientos valiosos, pero es al mismo tiempo expresión de anormalidad, provoca respuestas altamente ambivalentes en los otros (admiración, temor, respeto y reacciones punitivas). Es objeto de gran interés para los miembros de la cultura.

Con un planteamiento más radical, Littlewood y Lipsedge (1987) proponen que los "síndromes ligados a la cultura" no deberían definirse por su ocurrencia en grupos humanos no occidentales. La cultura occidental moderna, dicen estos autores, tiene también sus propios síndromes étnicos. El común denominador de estos trastornos es proporcionar a sujetos en posición subordinada una vía para la negociación

⁴ Cfr., por ejemplo, las revisiones del tema en Swab y Schwab (1982, cap. 2) y Gerhardt (1989, cap. 4).

de sus conflictos. Las características del síndrome ligado a la cultura, de acuerdo con ellos, serían:

- Presentarse como un patrón de comportamiento específico a una cultura, que es considerado indeseable por sus miembros.
- Exceptuar a quien los sufre de la responsabilidad normal.
- El comportamiento tiene calidad dramática, siendo habitualmente una exageración del comportamiento esperado en los sujetos.
- Se presenta en sujetos subordinados, en situaciones en que ocurren oposiciones de poder y la articulación cotidiana de las relaciones no es suficiente para solucionar el problema percibido.

Estos trastornos permiten al sujeto salir de su rol normal y entrar en un espacio legitimado de excepción. El proceso, si se completa, tiene la forma de un rito de paso, que permite una reinserción del individuo en el grupo una vez que se han renegociado los conflictos. La salida del orden normal, y la vuelta a éste, es certificada en los síndromes étnicos por el especialista reconocido por cada cultura. En las sociedades occidentales, plantean Littlewood y Lipsedge, este papel corresponde al psiquiatra, quien da título de validez al estatus especial del sujeto.

Desde esta perspectiva, los trastornos mentales considerados síndromes étnicos son el resultado de conflictos sociales, y la manera en que se manifiestan no es arbitraria, sino que está estrechamente relacionada con los significados que la cultura particular les atribuye. Estos comportamientos, entonces, tienen una función instrumental (son medios para obtener un fin) y simbólica (comunican algo a quienes los observan).

La construcción social de la enfermedad mental

De acuerdo con el construccionismo social,⁵ la realidad que experimentamos los seres humanos es socialmente determinada. No vemos el mundo tal como es, sino tal como nos permite verlo la serie de afirmaciones que hemos aprendido en tanto que miembros de una sociedad, a las cuales se denomina *discursos*. Los discursos consisten en sistemas de afirmaciones, a

partir de las cuales se construyen objetos, "realidades". Hay que apuntar que estas afirmaciones no son solamente cosas dichas, sino también las acciones que las sostienen. Los discursos, por otra parte, no son inocentes. En ellos se negocian posiciones de poder, y se encuentran en permanente lucha unos con otros, siendo como son el medio a través del cual las personas se relacionan y negocian sus poderes respectivos.

La identidad de los sujetos se define en posiciones discursivas. El posicionamiento discursivo determina lo que el sujeto puede hacer, decir o experimentar.

El discurso psiquiátrico, que forma parte del discurso médico, establece en nuestra sociedad los límites de lo que es normal y anormal, y proporciona así posiciones posibles a los sujetos. Las categorías nosológicas son parte del discurso de la psiquiatría, y dependen de las relaciones de poder que se establecen al interior de ésta y en las relaciones sociales que la incluyen (Parker, Georgaca, Harper, McLaughlin & Stowell-Smith, 1995).

El construccionismo social aplicado al ámbito de los trastornos psiquiátricos implica que, dado que los seres humanos percibimos el mundo sólo a través de lo social, la única manera de entender a estos trastornos, como a cualquier otro fenómeno, es en el contexto social. Las entidades nosológicas son parte de un discurso, relativo, como cualquier otro, y es imposible no sólo entenderlas, sino incluso percibir las, fuera de un contexto cultural.

Aplicación de estos modelos al caso de los TCA

Patogenia y patoplastia

De acuerdo con este enfoque, las manifestaciones actuales de los TCA serían la forma culturalmente determinada de una patología básica. En este marco, por ejemplo, lo que actualmente llamamos anorexia nerviosa compartiría una base común con manifestaciones registradas en épocas pasadas, tales como las santas anoréxicas medievales. Otro ejemplo de la manifestación culturalmente diversa de un mismo padecimiento sería el reporte de Lee (1993) de que en China alrededor de un 50% de pacientes diagnosticadas con anorexia presentan una forma atípica, sin el componente de miedo a engordar.

La crítica a esta postura observa que la patoplastia por sí misma no explicaría el aumento en la frecuencia de los TCA en nuestra época, ni el hecho de que conductas similares, que podrían incluso considerar-

⁵ Para una introducción a esta línea de pensamiento y su relación con la psicología, véase Burr, 1995. En cuanto a su aplicación al campo de la psiquiatría, Parker *et al.*, 1995.

se TCA subclínicos, sean constantes en gran parte de las mujeres del mundo occidental. Casos como el de Fidji (Becker, Burwell, Gilman, Herzog & Hamburg, 2002), en donde tras la introducción de la televisión con series norteamericanas empezaron a presentarse actitudes y conductas alimentarias de riesgo entre mujeres adolescentes, tampoco podrían comprenderse, ya que si el supuesto factor patogénico esencial hubiera estado previamente presente, esas mujeres deberían haber presentado algún tipo de manifestación alimentaria anormal aun antes de verse expuestas a la influencia de los medios de comunicación con mensajes occidentales.

La sociedad como factor patógeno

Dentro de este enfoque, podemos distinguir dos líneas de pensamiento prominentes entre los investigadores de la relación cultura-TCA. En primer lugar, aquellos que consideran que el aumento en la frecuencia de TCA en las últimas décadas se debe a la influencia de los medios en la promoción de un ideal de belleza imposible de alcanzar para gran parte de las mujeres. Y, en segundo, los que proponen que la época moderna presenta dificultades particulares para el bienestar de las mismas.

En la primera línea, Garner y Garfinkel (Garfinkel & Garner, 1982; Garner & Garfinkel, 1980), analizan la relación entre el cada vez más delgado ideal de belleza femenina en occidente, y el aumento en los casos de anorexia nerviosa y otros TCA. Según estos autores, el componente cultural en los TCA consistiría en una presión social sobre las mujeres para mantener una silueta delgada, que en sujetos con elevado perfeccionismo, baja autoestima u otros componentes psicopatológicos previos, o sujetos situados en medios altamente competitivos y que enfatizan la figura, como podrían ser las escuelas de danza o de modelos, contribuyen a precipitar estas enfermedades. Ante la obvia sugerencia de que, si la influencia de los medios fuera tan importante, todas las mujeres estarían enfermas de TCA, se responde, por un lado, que la influencia cultural es mediada por diversos elementos en la historia, la personalidad, y las circunstancias particulares de cada sujeto. Otra respuesta es que, efectivamente, casi todas las mujeres occidentales muestran actitudes y conductas alimentarias similares a las de un TCA, pero que éstas se presentan en un *continuum*, desde la mujer "normal" que hace die-

ta y se preocupa por su figura, y es socialmente alabada por ello, hasta la enferma que se considera requiere tratamiento psiquiátrico.⁶

En cuanto a los factores de riesgo implícitos en el ser mujer en la época moderna, el más frecuentemente mencionado es el de la doble exigencia. Por una parte, las mujeres son educadas para ceder, entender la postura del otro, dar importancia a lo relacional, no demostrar su agresividad, y otras actitudes que forman parte de la feminidad tradicional. Al mismo tiempo, se les exige que sean competitivas, que busquen el éxito a nivel personal, que sean independientes y actúen, en general, de un modo para el cual no fueron preparadas. El ideal de la "súper mujer" que se promueve implica ser capaces de combinar el éxito en una profesión con el cuidado de la familia de un modo similar a como se hacía en generaciones anteriores, y al mismo tiempo mantener la silueta esbelta y atlética que los medios promulgan. Esta combinación de exigencias coloca a las mujeres en una situación ambivalente y bajo presión; ambos factores determinantes de mala salud mental.

Otra manera de ver el mismo asunto, es pensar los TCA como un ejemplo de los trastornos que las mujeres experimentan cada vez que a una promesa de igualdad entre los sexos sigue una realidad en la que esta igualdad aún se encuentra lejos. El "síndrome sin nombre", en el que los sujetos experimentan un descontento vago y constante, y manifestaciones físicas diversas, ha sido propuesto como la patología detrás de, por ejemplo, la histeria a principios del siglo XX, y los TCA a finales del mismo (Silverstein & Perlick, 1995).

La opresión sobre las mujeres, según algunos autores, se relaciona con el hecho de que el modelo ideal de ser humano tiene características que tradicionalmente han sido masculinas, y no sólo masculinas, sino occidentales y de las clases altas.⁷ En este sentido, la presión por aproximarse a un modelo que no es propio, sino que ha sido determinado por otros, enferma a los sujetos, sean estos mujeres, miembros de grupos étnicos no blancos, o personas cuyo nivel económico les impide alcanzar ese ideal (Fallon, Katzman & Wooley, 1994). En el caso específico de las mujeres, el intento por llegar a ser ese sujeto ideal, y la imposibilidad de conseguirlo, hace que los esfuerzos

⁶ Apoyando la teoría del *continuum*, véase Unikel y Gómez (1999 a y b).

⁷ Ésta es una noción básica del feminismo, que toma diversas formas empezando desde los planteamientos de Simone de Beauvoir en *El segundo sexo*. Para una revisión de estos temas, cfr. entre otros, Lamas, 1996.

se concentren en lo que aparentemente es más fácil controlar, el cuerpo. El extremo de este intento de control, de conseguir lo inalcanzable, sería la presencia de un TCA (Bordo, 1993).

Los TCA como síndrome étnico

Si revisamos las características de los síndromes étnicos, podemos ver que son perfectamente aplicables a los TCA (Gordon, 1990; Littlewood & Lipsedge, 1987). Los TCA son cada vez más frecuentes en la cultura occidental, son el extremo de una serie de comportamientos y actitudes que esta cultura considera altamente valiosos, y podrían leerse como la expresión de conflictos comunes. El elevado interés que los TCA despiertan, que, como dijimos, parecería desproporcionado a su frecuencia, así como la respuesta ambivalente que despiertan, puede entenderse como resultado de su expresión hacia estos conflictos.

Si entendemos los síndromes ligados a la cultura como lo hacen Littlewood y Lipsedge, el paralelo es aún más obvio. Los TCA se presentan en sujetos subordinados (mujeres), que no pueden negociar sus conflictos por otras vías. Legitimados como conducta anómala válida por los profesionales de la psiquiatría, proporcionan el molde que el individuo adopta, un lenguaje aceptado para decir el malestar. Considerados como un ritual (recordemos los tres pasos mencionados por estos autores), los TCA resultarían ser, quizá, un ritual incompleto, en el que el regreso a la normalidad se ve mermado por la falta de una negociación del conflicto de poderes.

La construcción social de los TCA

La visión de los TCA como producto de discursos los sitúa sobre todo en dos vías: una se refiere al discurso psiquiátrico y sus características, la otra, al discurso de la feminidad y los estereotipos de ésta.⁸ En ambos casos, el ser una mujer con un TCA implica la adopción de una postura de sujeto, la cual se negocia

en el terreno de las relaciones, de modo que el producto final, la construcción de una enferma de TCA, es resultado de una red compleja de interacciones (Swartz, 1987).

Como dijimos antes, desde esta óptica se subraya la arbitrariedad de las categorías nosológicas psiquiátricas, las cuales se definen no sólo como resultado de hechos objetivos, sino también en razón de relaciones de poder. Una vez creada la categoría TCA, se “descubren” entonces casos de ésta. Visto de esta manera, las anoréxicas “atípicas” estudiadas por Lee serían más bien efecto de la aplicación de una categoría occidental a mujeres miembros de otra cultura, a las que tal vez se entendería mejor desde su propia óptica (Lee, 1995, 1996). Otro efecto de la constitución de esta categoría sería su paso al discurso “popular”, el de los no profesionales, en el que se observaría tanto la aplicación de la categoría a comportamientos que antes hubieran sido nombrados de otra manera, como la utilización de ésta en la construcción del rol de enfermo de algunos sujetos. El rol de enfermo surge siempre de una negociación entre el paciente y el profesional, y en el caso de, por ejemplo, la anorexia, el negociar este rol proporciona a ambas partes la tranquilidad de moverse en territorio válido, un territorio en el que se cumplen las características del discurso psiquiátrico de individualizar el problema y reducirlo a manifestaciones formales (Swartz, *op. cit.*).

La construcción de “mujer”, por otra parte, tiene una historia de estrecha relación con el discurso psiquiátrico. La equiparación de mujer y locura ha sido una constante en la época moderna, con una serie de trastornos “femeninos” que diagnostican como patológicos, rasgos que por otra parte son promovidos como componentes de la feminidad normal. La feminidad es, de entrada, anormal, cuando se la compara con el estándar de oro masculino, occidental, de clase alta. Cuando, por ejemplo, se define al *ser humano* maduro por características tales como la individuación, y se resta importancia a la capacidad de empatía, se está llevando a cabo un acto discursivo que permite diagnosticar como inmaduras a la mayor parte de las mujeres.⁹

Otra manera de entender la relación entre las construcciones discursivas y la presencia de TCA es considerar a las actitudes y conductas de riesgo como elementos que las mujeres utilizan en la demostración de su feminidad. En la constitución de los suje-

⁸ Una tercera vía podría ser contemplarlos a la luz del discurso de la modernidad, que afecta a hombres tanto como a mujeres (Giddens, 1995; Lipovétsky, 1986; Turner, 1992). La manera en que la modernidad coloca al yo como el proyecto principal de la gente se vería reflejada en este caso en la importancia dada a la silueta, el “proyecto cuerpo” (Brumberg, 1997). La noción de la plasticidad del cuerpo también contribuiría a la presencia de conductas extremas para su transformación (Bordo, 1991).

⁹ Cfr. Steiner-Adair (1986).

tos, el género es un elemento de enorme importancia, de ahí que constantemente necesitemos demostrar nuestra pertenencia a alguno de ellos.¹⁰ Así como los hombres pueden demostrar su masculinidad con conductas en muchas ocasiones riesgosas para su salud física, tales como el uso de alcohol o la falta de búsqueda de atención para sus problemas de salud (Courtenay, 2000); las mujeres pueden demostrar su feminidad restringiendo su ingesta de alimentos o preocupándose casi obsesivamente por su silueta corporal. Los TCA, entonces, serían el extremo en el *continuum* de una demostración de feminidad que, aún en los niveles iniciales, tiene efectos deletéreos tanto físicos como intelectuales y emocionales. El punto exacto en ese *continuum* en el que una mujer es clasificada como enferma depende de la mirada clasificadora. Por ejemplo, el psiquiatra cuenta con los indicadores del DSM-IV, para decir si una mujer es o no un caso de TCA. Sin embargo, como mencionan Smolak y Striegel-Moore (1996), un buen número de sujetos que solicitan ayuda no se encuentran dentro de estos criterios, esto es, estos sujetos o sus familias consideran que han cruzado la línea entre lo normal y lo patológico antes del punto en que la psiquiatría lo acepta, y no es difícil suponer que el caso contrario también pueda darse. Como mencionamos antes, la posición de un sujeto como enfermo depende de una negociación compleja entre diversos actores.

Conclusiones

Hemos revisado cuatro posturas diferentes acerca de cómo podría darse la relación de la cultura con la presencia de TCA, en el contexto de teorías diferentes acerca de la relación entre cultura y enfermedad mental. Sin creer que una de ellas pueda considerarse como la explicación "real", preferimos en cambio señalar que cada una nos permite mirar el problema desde un ángulo diferente, y esto a su vez nos da la oportunidad de enfocarlo de diferentes modos en la investigación, el tratamiento, la prevención y las políticas públicas. Por ejemplo, si consideramos los TCA como un síndrome ligado a la cultura, y a estos síndromes en general como manifestaciones de una relación de inequidad, o si nos preguntamos por qué en la construcción de la feminidad la silueta corporal ocupa un sitio tan importante, podemos empezar a cuestionar, como sugieren Katzman y Lee (1997), el papel central en los TCA del miedo a la gordura, para enfatizar en cambio el tema de la falta de poder que experimentan las mujeres. Siguiendo con este ejemplo, tal vez lo importante sería no tanto entender por qué una mujer alcanza niveles patológicos de preocupación por su silueta, sino cómo es que esa mujer encuentra en actitudes y conductas alimentarias patológicas la única vía por la cual negociar un cierto empoderamiento.

Referencias

- Becker, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E., Herzog, D. E. & Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180, 509-514.
- Bordo, S. (1991). "Material girl": the effacements of post-modern culture. En L. Goldstein (Ed.), *The female body: figures, styles, speculations*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight. Feminism, western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brumberg, J. J. (1997). *The body project: an intimate history of american girls*. Nueva York: Random House.
- Brumberg, J. J. (2000). *Fasting girls: the history of anorexia nervosa*. Nueva York: Vintage Books.
- Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. Londres: Routledge.
- Connors, M. E. (1996). Developmental vulnerabilities for eating disorders. En L. Smolak, P. Michael & R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50, 1385-1401.
- Devereux, G. (1980). Normal and abnormal. En G. Devereux, *Basic problems of ethnopsychiatry*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fallon, P., Katzman, M. & Wooley, S. C. (Eds.) (1994). *Feminist perspectives on eating disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Gard, M. C. & Freeman, C. P. (1996). The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socio-economic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 1-12.
- Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Nueva York: Bruner/Mazel.

¹⁰ Utilizamos la expresión "alguno de ellos", como un recordatorio de que la división de los seres humanos en "masculino" y "femenino" es solamente una opción entre muchas posibles.

- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Gerhardt, U. (1989). *Ideas about illness: an intellectual and political history of medical sociology*. Nueva York: New York University Press.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and Bulimia: anatomy of a social epidemic*. Oxford: Blackwell.
- Gordon, R. A. (1998). Concepts of eating disorders: a historical reflection. En H. W. Hoek, J. L. Treasure & M. A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Sussex: John Wiley and Sons.
- Johnson, C. & Connors, M. E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa: a biopsychosocial perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Katzman, M. & Lee, S. (1997). Beyond body image: the integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 385-394.
- Lamas, M. (Comp.) (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa/UNAM/PUEG.
- Lee, S. (1993). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*, 23, 999-1017.
- Lee, S. (1995). Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Social Science and Medicine*, 41(1), 25-36.
- Lee, S. (1996). Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western culture-bound syndrome. *Social Science and Medicine*, 42(1), 21-34.
- Lipovetsky, G. (1986). *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- Littlewood, R. (1990). From categories to contexts: a decade of the "New Cross-Cultural Psychiatry". *British Journal of Psychiatry*, 156, 308-327.
- Littlewood, R. & Lipsedge, M. (1987). The butterfly and the serpent: culture, psychopathology and biomedicine. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 289-335.
- Mancilla, J. M., Álvarez, G., López, X., Mercado, L., Manriquez, E. & Román, M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 34-58.
- Nasser, M. & Katzman, M. (1999). Eating disorders: transcultural perspectives inform prevention. En N. Piran, M. P. Levine & C. Steiner-Adair (Eds.), *Preventing eating disorders: a handbook of interventions and special challenges*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T. & Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing Psychopathology*. Londres: Sage.
- Silverstein, B. & Perlick, D. (1995). *The cost of competence: why inequality causes depression, eating disorders and illness in women*. Nueva York: Oxford University Press.
- Smolak, P. M. & Striegel-Moore, R. (Eds.) (1996). *The developmental psychopathology of eating disorders*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Steiner-Adair, C. (1986). The body politics: normal female adolescent development and the development of eating disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14, 95-114.
- Striegel-Moore, R. (1997). Risk factors for eating disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 817, 98-109.
- Swab, J. & Schwab, M. (1982). *Sociocultural roots of mental illness*. Nueva York: Plenum Medical Book Co.
- Swartz, L. (1987). Illness negotiation: the case of eating disorders. *Social Science and Medicine*, 24(7), 613-618.
- Turner, B. (1992). *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. Londres: Routledge.
- Unikel, C. & Gómez, G. (1999a). Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*, 7(3), 417-429.
- Unikel, C. & Gómez, G. (1999b). Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: grupo normal, con alto riesgo y clínico. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 141-151.
- Van Hoeken, D., Lucas, A. R. & Hoek, H. W. (1998). Epidemiology. En H. W. Hoek, J. L. Treasure & M. A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Sussex: John Wiley and Sons.