



*Trastornos de
la conducta
alimentaria en
relación con
la imagen:
anorexia y
bulimia en
las mujeres*



EMAKUNDE
EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDIA
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Erakunde Autonomiaduna

Organismo Autónomo del

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

*Trastornos de
la conducta
alimentaria en
relación con
la imagen:
anorexia y
bulimia en
las mujeres*

EMAKUNDE/
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Vitoria-Gasteiz 1996

TÍTULO: "Trastornos de la conducta alimentaria en relación con la imagen: anorexia y bulimia en las mujeres"

EDITA: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer. C/ Manuel Iradier, 36. 01005 Vitoria-Gasteiz

COORDINA: Ana Rincón

FECHA: Noviembre, 1996

Nº DE PÁGINAS: 203

Nº DE EJEMPLARES: 1.000

DESCRIPTORES: Anorexia, alimentación, imagen de la mujer, autoimagen, simposios

DISEÑO GRÁFICO: Ana Badiola e Isabel Madinabeitia

ILUSTRACIÓN: M^º José Gamboa

FOTOCOMPOSICIÓN: Rali, S.A. C/ Particular de Costa, 8-10 . Bilbao

IMPRESIÓN: Gráficas Santamaría. C/ Bekolarra, 4. Vitoria-Gasteiz.

ISBN: 84-87595-46-4

DEPÓSITO LEGAL: VI-501-96

PROGRAMA DE LAS JORNADAS "TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON LA IMAGEN: ANOREXIA Y BULIMIA EN LAS MUJERES"

Vitoria-Gasteiz, 23-24 de noviembre de 1995

Día 23

9.30 h. APERTURA

Excmo Sr. D. Iñaki Azkuna Urreta

Consejero del Departamento de Sanidad

Coordinación: Dña. Margarita Hernanz Manrique

Directora-médica del Hospital Psiquiátrico y Servicio extrahospitalario en Araba.

10.00 h. DETERMINANTES DE GÉNERO EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DE LA NIÑA

Ponente: Dña. Emilce Dio Bleichmar

Psiquiatra-Psicoanalista. Prof. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

COLOQUIO

11.00 h. CONSTRUCCIÓN DEL IDEAL FEMENINO DESDE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. INCIDENCIA DE LA PUBLICIDAD Y LA IMAGEN

Ponente: Dña. Maite Menchaca Castellano

Publicista. Donostia.

COLOQUIO

12.30 h. DESCANSO

13.00 h. PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Ponente: Dña. Maite Urizar Uribe

Psiquiatra. Galdakao y Basauri.

COLOQUIO

14.00 h. COMIDA

15.30 h. ALTERACIONES NEUROENDOCRINOLÓGICAS Y METABÓLICAS EN LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

Ponente: Dña. Carme Valls i Llobet
Endocrinóloga. Barcelona.

COLOQUIO

DÍA 24

Coordinación: Dña. Maite Urizar Uribe
Psiquiatra. Galdakao y Basauri.

10.00 h. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Ponente: D. Angel Padierna Acero
Psiquiatra. Hospital de Galdakao.

COLOQUIO

11.00 h. COMUNICACIONES:

1- OBJETIVOS Y EXPERIENCIAS DE LA ASOCIACIÓN CONTRA LA ANOREXIA Y BULIMIA DE EUSKADI -ACABE-

Ponente: Dña Garbiñe Agirre San Sebastián
Presidenta de la Asociación.

2- REFLEXIONES SOBRE "EL MITO DE LA BELLEZA"

Ponente: Dña. Begoña Muruaga Laca.
Filóloga y miembro del Forum Feminista María de Maeztu.

COLOQUIO

12.00 h. DESCANSO

12.30 h. MESA REDONDA: PREVENCIÓN, ALTERNATIVAS, DIAGNÓSTICOS, MEDIOS Y TRATAMIENTOS DESDE LA PERSPECTIVA MÉDICA Y PSICO-SOCIAL ADECUADOS

Propuestas.

Participan las personas ponentes de ambos días.

14.30 h. CLAUSURA DE LAS JORNADAS

Ilma. Sra. Dña. Txaro Arteaga Ansa
Directora de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
---------------------------	---

DETERMINANTES DE GÉNERO EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DE LA NIÑA	11
--	----

Emilce Dio Bleichmar

CONSTRUCCIÓN DEL IDEAL FEMENINO DESDE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. INCIDENCIA DE LA PUBLICIDAD Y LA IMAGEN	39
--	----

Maite Menchaca Castellano

PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	59
---	----

Maite Urizar Uribe

ALTERACIONES NEUROENDOCRINOLÓGICAS Y METABÓLICAS EN LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA	65
---	----

Carme Valls i Llobet

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	75
---	----

Angel Padierna Acero

OBJETIVOS Y EXPERIENCIAS DE LA ASOCIACIÓN CONTRA LA ANOREXIA Y BULIMIA DE EUSKADI -ACABE-	87
--	----

Garbiñe Agirre San Sebastián

REFLEXIONES SOBRE "EL MITO DE LA BELLEZA"	95
--	----

Begoña Muruaga Laca

Presentación

Los trastornos en la conducta alimentaria deben considerarse como un hecho complejo en el origen del cual se sitúa la asimilación de los modelos estéticos corporales actuales promovidos por la publicidad y los medios de comunicación. La delgadez se ha convertido en un modelo a alcanzar debido a que, a menudo, se asocia a un determinado estatus social y económico, mayor valía social y capacidad profesional.

Esta sobrevaloración del aspecto físico de las mujeres puede generar una gran ansiedad en algunas adolescentes, en un momento en el que quieren incorporarse y ser aceptadas por la sociedad como adultas de pleno derecho.

Una característica de la personalidad de las jóvenes que sufren anorexia es el perfeccionismo, son personas con un alto rendimiento laboral o escolar hasta que la enfermedad les impide hacerlo. También son perfeccionistas con su cuerpo de donde se derivan algunos de sus males.

En una etapa crítica de la vida, como es la adolescencia, en la que por la acumulación de cambios el equilibrio psicológico es más vulnerable, una gran cantidad de jóvenes inician regímenes de adelgazamiento, demostrándose a sí mismas que pueden controlar su cuerpo y junto con esto lograr un mayor grado de autoafirmación y de aceptación social. De aquí a la repetición abusiva de los regímenes hay una frágil barrera. Cuando la percepción de la propia imagen deja de corresponderse con la realidad (la persona se sigue viendo gorda a pesar de estar muy delgada) es cuando se ha roto el equilibrio psicológico y aparece la anorexia que va a producir un enorme deterioro físico, acompañado de una incapacidad de seguir desarrollando las actividades habituales. Esta enfermedad afecta principalmente a las mujeres aunque cada año se produce un aumento significativo en los hombres.

Por otro lado la bulimia, en general, afecta a mujeres que ya han pasado la adolescencia y es un trastorno crónico más difícil de detectar, y por tanto de tratar, porque estas personas pueden seguir llevando una vida relativamente normal y su aspecto físico no es revelador de la enfermedad aunque los trastornos físicos y psíquicos existen realmente.

Es preciso favorecer la autoestima de las mujeres y los estilos de vida saludables, además de fomentar otros valores que no estén relacionados con la apariencia física. Es necesario, asimismo, reforzar otros aspectos que tienen relación con la personalidad, formación, cultura e inteligencia.

Con la publicación de las ponencias de estas jornadas se pretende difundir un mayor conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria que afectan sobre todo a las mujeres, establecer su relación con los cánones y estereotipos sociales y culturales impuestos y buscar las vías para que, socialmente, y sobre todo a través de los medios de comunicación, se presente la imagen de las mujeres en toda su diversidad.


Txaro Arteaga Ansa
Directora de EMAKUNDE/
Instituto Vasco de la Mujer

EMILCE DIO BLEICHMAR
Psiquiatra-Psicoanalista.
Prof. Universidad Pontificia
Comillas.
Madrid

Determinantes
de género en la
construcción
de la imagen
corporal de la
niña

1.

Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosa

- Brevísimos antecedentes históricos.
- Caracterización del trastorno.
- Factores predisponentes.
- Multideterminación del trastorno.
- Anorexia y Depresión.

1.1

INCREMENTO DE LA INCIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS TREINTA AÑOS

1.1.1

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los primeros relatos sobre esta enfermedad datan de la Edad Media y hasta hace pocas décadas compartía con otros trastornos que afectan sobre todo a mujeres la calificación de "enfermedad misteriosa".

Liduína de Shiedam, se dice de esta Santa del siglo XIV, que vivió durante años alimentándose "solo de trocitos de manzana del tamaño de una hostia". Es frecuente entre las chicas que vemos actualmente que coman, por ejemplo, sólo algunas porciones de jamón serrano en todo el día.

Santa Willgefortis, hija del rey de Portugal siendo doncella, ayunó y le rezó a Dios, rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Al cabo de un tiempo de adoptar un régimen de plegarias, ascetismo y dieta de inanición, su rostro y cuerpo comenzaron a cubrirse de vello. Como consecuencia de la disminución brusca del aporte calórico se producen cambios neuroendocrinos que alteran el equilibrio hormonal y no es raro una virilización aparente como el crecimiento del vello.

En 1874, Sir William Gull acuñó el nombre de anorexia histérica y se instituyó su carácter de enfermedad mental. Durante el presente siglo comenzaron las descripciones por médicos/as y psiquiatras. La tradición francesa a partir de Charcot y hasta la fecha es encuadrarla bajo la comprensión de un fenómeno histórico particular. El vertiginoso aumento de

su incidencia en los últimos treinta años es entendido como uno de los tantos rostros de la histeria. Una de sus formas “postmodernas” de expresión.

Su pertenencia a la categoría de histeria debe leerse en términos de un trastorno de mujeres y psicogenético.

En las tres últimas décadas hemos asistido a un incremento enorme de la incidencia de los trastornos de alimentación y también de su estudio y tratamiento, lo que nos permite, afortunadamente, tener respuestas y recursos para comenzar a resolver el enigma.

1.2

CUADRO CLÍNICO

1.2.1

ANOREXIA

Un conjunto de cambios físicos, emocionales y de comportamiento que le ocurren a personas que disminuyen la alimentación porque desarrollan un rechazo a la comida y a ganar peso. El síntoma principal es una pérdida de peso muy importante debido a una restricción extrema de calorías. En los casos extremos, cuando la pérdida de peso es mayor del 15% –entre el 15% y el 25%– puede sobrevenir la muerte. El 90% de las personas afectadas son mujeres que presentan los siguientes síntomas físicos: amenorrea, hipotermia, edema, bradicardia, hipotensión y constipación .

Desde las descripciones de Brunch (1978) se reconoce:

- **ANOREXIA PURA**

- obsesión por la delgadez;
- fobia a estar gorda;
- aguda distorsión de la imagen del cuerpo;
- confusión acerca de las necesidades y estados corporales.

- **ANOREXIA ATÍPICA**

Un síntoma entre varios

- disgusto por la comida;
- temor al envenenamiento;
- negación ascética o moral de la comida.

El término "anorexia nerviosa" es incorrecto, porque sugiere que las mujeres anoréxicas no pasan hambre como lo hace la gente normal. Este no es el caso. Al contrario, porque se encuentran constantemente en un estado extremadamente hambriento, las anoréxicas están obsesionadas con la comida y el acto de comer. A menudo se dedican a actividades relacionadas con la alimentación, como cocinar, y pasarán largas horas en la cocina preparando comida para otras personas. Bruch describe el caso de una paciente anoréxica de quince años quien, a pesar de estar delgadísima, "empezaba a preparar pasteles y galletas cuando llegaba a casa del colegio y no permitía que sus padres se fueran a la cama hasta que se hubieran comido hasta el último pedazo". (Bruch, 1978, p. 8).

- BULIMIA

Alimentación compulsiva y excesiva acompañada de temor a engordar.

Sufrimiento por los atracones, la comida es engullida sin saborearla, por lo general se realizan en secreto, a escondidas. Malestar físico por la alimentación excesiva, vergüenza y remordimientos posteriores. Intentos de anular lo hecho recurriendo a vómitos autoinducidos, laxantes y diuréticos. El atracón se utiliza para aliviar transitoriamente el malestar emocional que puede tener distintos orígenes, todos vinculados a trastornos de ansiedad y depresión. Permanente preocupación por la comida. Obesas, normales o anoréxicas con conductas bulímicas.

Los síntomas son en su mayoría secundarios a vómitos y al uso de diuréticos y laxantes:

- 1) Dolores de garganta o de estómago (contenido de ácidos gástricos lesionando las mucosas).
- 2) Dolores abdominales, náuseas con posterioridad al "atracon" y también debido a ello, sudoraciones, taquicardia, somnolencia y letargo.
- 3) Diarrea o estreñimiento.
- 4) Irregularidades menstruales (50%).

1.3

CONDICIONES DE PREDISPOSICIÓN EN LA INFANCIA

SIGNOS DE PRE-ANOREXIA

a) Patrón de interacción familiar (discutible, fracaso en la descripción de un perfil coherente).

Madres: intrusivas, sobreprotectoras, perfeccionistas, ansiosas.

b) Hábitos de alimentación.

Fisiología normal: contracciones de estómago, secreción de jugo gástrico y descarga salival ante el olor a comida.

Fracaso en la respuesta volitiva a estos signos físicos, goce en sentirse hambrientas.

Desnutrición crónica conlleva alteraciones bioquímicas, que afectan el pensamiento, los sentimientos y la conducta.

El problema de los espacios libres y vacíos, el tiempo debe ser planeado y productivo.

Como se hallan en estado de carencia alimenticia, están todo el día pensando en temas relacionados con la comida

c) Abuso sexual.

d) Entrenamiento deportivo intenso.

Entrenamientos deportivos son cada vez más sistematizados, sofisticados y exigentes, tanto en términos de esfuerzo como de tiempo. Bailarinas alta incidencia de anorexia.

Un efecto observado es cierta distorsión de la percepción de la imagen del cuerpo.

Producción elevada de endorfinas, genera un estado de exaltación.

1.4

FORMAS DE COMIENZO

Cuadro que hace su aparición en la juventud o adolescencia pero que tiene raíces en la infancia. Basado en estos datos es posible delinear un perfil de las características infantiles que predisponen al desarrollo de anorexia. Este perfil puede ser usado por padres y madres y educadores/as para detectar signos de preanorexia en los/as niños/as y combatir su aparición.

Se observa su comienzo cuando un/a adolescente confronta una nueva experiencia como mudarse a una nueva ciudad, comenzar nuevos estudios o sufrir una separación o ruptura de una relación afectiva importante. La incertidumbre de la nueva situación genera sentimientos de ansiedad, depresión y dudas sobre su sí misma, que pueden afectar temporalmente el apetito. Si la chica recibe elogios y reforzamientos sociales, por ejemplo: "oye qué guapa que estás" o "qué buena", comienza a sentirse muy orgullosa de su físico e instituye y utiliza la pérdida de peso como un fin en sí mismo.

1.5

FACTORES PREDISPONENTES

1.5.1

COMPORTAMIENTO INFANTIL CON LA ALIMENTACIÓN

Myra alternaba la auto-privación y la alimentación compulsiva. Estaba muy preocupada por el tiempo y los espacios vacíos de su vida. Con el fin de evitar estos espacios vacíos, elaboraba listas detalladas de lo que tenía que hacer cada día. Si aun así había un tiempo disponible, corría al restaurante más cercano y se atiborraba de comida. Comía no cuando experimentaba la sensación de hambre, sino cuando sentía miedo o ansiedad por no saber cómo emplear su tiempo libre. La privación autoimpuesta de las anoréxicas resulta, por tanto, de un intento contrafóbico de ganar control sobre sus vidas y sus necesidades corporales.

El estado fisiológico de necesidad nutricional (contracciones del estómago, secreción de jugo gástrico y secreción de jugo salival ante el olor de comida), es normal, pareciera instalarse un trastorno en la percepción y conciencia de ese estado.

1.5.2

ANTECEDENTES FAMILIARES E INTERACCIÓN FAMILIAR

Hermanas o antecedentes de personas obesas en la familia que puedan haber creado la idea que ser gordo/a es algo tormentoso y negativo para la ideología familiar. Minuchin describe algunos rasgos que se suelen observar pero no tienen carácter constante, sobreprotección, atrapamiento, rigidez, evitación en la resolución de problemas o la tendencia a promover la emancipación y simultáneamente temer que no puedan vivir separados.

Entre los patrones descritos de la relación madre-hija figuran: una madre intrusiva, sobreprotectora, ansiosa y perfeccionista, frustrada en sus objetivos que vuelca sus aspiraciones sobre las hijas. El rol femenino está menos definido que en las generaciones pasadas y existiría una lucha por la identidad, y el conflicto sería causado por la dificultad en reconciliar las características tradicionales que representa la madre con las oportunidades disponibles para las mujeres en el mundo actual.

1.5.3

ABUSO SEXUAL

Mientras que 60 de las 158 pacientes tenían una historia de abuso sexual frente a las 98 que no la tenían, el 50 % de las pacientes anoréxicas y bulímicas había sufrido abuso sexual, comparado con el 28% del grupo de diagnósticos mixtos. Del 50% que había sufrido experiencias sexuales adversas, el 85% tuvieron lugar antes de los 17 años; en otras palabras, principalmente durante la infancia y adolescencia. También era significativa la alta incidencia de la depresión en la población que había sufrido abusos.

La explicación de por qué los abusos sexuales en la infancia conducirían a la anorexia es que las víctimas del abuso sufren una aguda distorsión de la imagen corporal. Hall y col. afirman que 11 de las pacientes habían llevado a cabo algún intento de suicidio y sufrido baja autoestima, confusión en cuanto a la imagen corporal, baja autoconfianza y sentimientos de invalidez e inutilidad.

Algunas de las pacientes anoréxicas se empeñaron en perder tanto peso que parecieran "esqueléticas" en un intento de "disgustar" al individuo que las había asaltado (Hall y col., 1989, p.78). Una de las pacientes entrevistadas afirmó sentir un gran placer cuando el familiar masculino que había abusado de ella la miró con desaprobación a causa de su delgadez. La entrevistada dijo: "Me sentí segura por vez primera".

1.5.4

ENTRENAMIENTO DEPORTIVO INTENSO

Se ha pensado desde hace un tiempo que cuanto antes empiece una atleta a entrenarse, más lejos llegará en su carrera atlética. En consecuencia, el entrenamiento atlético de las niñas se ha vuelto progresivamente más sistemático, sofisticado y exigente, tanto en términos de esfuerzo como de tiempo requeridos a la joven atleta (Rowley, 1987).

1.6

TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y DEPRESIÓN

- Relevante su presencia en el cuadro de anorexia nerviosa y más todavía en el de bulimia.
- Condición predisponente, asociada o consecuencia del cuadro de inanición.
- Síntomas similares: falta de energía, trastornos del sueño, retracción social, disminución del deseo sexual y falta de placer en las actividades, dificultades de concentración, irritabilidad.

1.7

MULTIDETERMINACIÓN

Los trastornos de la alimentación no se pueden comprender atendiendo a un único factor:

- Ni a un aspecto orgánico -neuroendocrino.
- Ni a una supuesta conflictiva familiar.
- Ni a los trastornos de personalidad subyacentes.

Se trata de un trastorno extremadamente complejo en el que es necesario considerar actualmente la importancia de los factores socioculturales: el cambio de los patrones de estimación de la delgadez y la gordura, el status social, la abundante disponibilidad de alimentos por la mayoría de la población y los mensajes contradictorios sobre nutrición y alimentación –permanente invitación a saborear deliciosos platos y simultáneamente fuertes demandas acerca del control del peso. Estudios que muestran que, tanto en Europa como en USA, el 70% de las mujeres se considera con sobrepeso.

Cualquier explicación resulta reduccionista, las manifestaciones clínicas son la resultante de múltiples factores predisponentes y desencadenantes y su interacción con la capacidad de la mujer para hacer frente a las demandas en un momento dado.

La anorexia nerviosa y la bulimia no son trastornos exclusivamente físicos, ni tampoco exclusivamente psicológicos, sino una combinación de los dos, pero tienen como punto de partida el investimento, la sobreimportancia que tiene la apariencia corporal en la conformación del ideal de feminidad

1.8

CONDICIONES PREMÓRBIDAS EN LAS MUJERES QUE SUFREN ANOREXIA

¿Cuáles son las condiciones opresivas y estresantes que debemos encarar en la prevención de los trastornos de la alimentación? Nos apoyamos en estudios de crítica social, de análisis de los mensajes de los medios de comunicación, en investigaciones cuantitativas y cualitativas sobre adolescentes mujeres. El 95% de las personas anoréxicas son mujeres, pero estos estudios muestran que el 99% de las mujeres se hallan descontentas con sus cuerpos en la sociedad occidental.

Factores culturales y sociales vinculados con TA son:

- La objetalización del cuerpo de las mujeres y la ansiedad ante los standards cada vez más exigentes sobre la apariencia física.

-
- La violencia hacia las mujeres y sus cuerpos.
 - La supresión de la auténtica naturaleza femenina, el poder de sus capacidades para las relaciones humanas.
 - La devaluación del rol femenino en nuestra cultura y los conflictos que enfrentan las adolescentes para asumir la feminidad.

Es posible pensar intervenciones correctivas en cualquiera de estos niveles:

- Trabajar para limitar la objetalización del cuerpo de las mujeres.
- Reforzar la toma de conciencia y la autoprotección de las mujeres hacia sus cuerpos y la autodefensa hacia el acoso y el abuso sexual.
- Favorecer la autoestima de las mujeres y la participación en deportes para reenfocar su interés en el cuidado de las formas exteriores.
- Favorecer la autoestima de las mujeres en otras áreas que no sean la apariencia de sus cuerpos.
- Favorecer las subculturas o culturas alternativas en las escuelas y comunidades.
- Tener en cuenta que los factores de riesgo están tan estrechamente mezclados en nuestra cultura que los planos de intervención correctiva pueden acentuar más que disminuir el problema. Ej. control del peso durante el embarazo. La evaluación de estas intervenciones muestra que es improductivo y sin resultados luchar contra la presión social y económica y recomiendan profundizar el estudio hacia los factores de prevención y diagnóstico precoz.

Los tratamientos tampoco se hallan exentos de los factores de riesgo. Estrechar lazos entre los y las profesionales dedicados a remediar estos trastornos y las comunidades. La importancia de la valoración, del juicio afectivo en la percepción de las medidas y la apariencia corporal.

1.9

TRATAMIENTO MULTIFOCAL

- Individual, psicoterapia y psicofármacos.
- Familiar, orientación a los padres y madres y grupos de autoayuda tanto para la familia como para la adolescente.

2.

El cuerpo entero como órgano sexual en los formatos de la feminidad

El estudio pormenorizado y específico de la constitución de la subjetividad de la niña muestra, con sorprendente frecuencia, la operatoria de los mecanismos de aislamiento y escisión en la construcción y constitución del significado sexual. La eficacia de estos mecanismos se constata con mayor facilidad en los trastornos. El desvelamiento que se ha desarrollado en la última década sobre los abusos sexuales que sufren los/as niños/as, en mayor proporción las niñas, nos ha permitido poner atención y estudiar las formas habituales de procesamiento mental que realizan las niñas con una experiencia sexual traumática. Queda bien claro, que no pudiendo hacer nada con la experiencia externa, el dominio de acción y de operatoria posible es la mente.

Dean Eyre, publicó el caso de una mujer obesa que en el curso de su tratamiento y después de un laborioso trabajo de análisis, la paciente recuerda que alrededor de los cuatro años comenzó a rechazar dormir la siesta con su padre y que éste abusaba de ella, pero que "ella se iba del cuarto". Eyre añade, que al escuchar lo que la paciente decía y por la forma en que lo decía, él se sintió muy confundido y pensó que había escuchado o que había entendido mal, pero al mismo tiempo, no le parecía adecuado averiguar o inquirir en ese momento. Cuando ella lo repitió varias veces en otras sesiones, se animó a presentarle sus dudas sobre lo que ella, realmente, quería decir cuando decía "que se iba del cuarto". A lo que la paciente respondió: "...that mentally, she had left the room. She was unaware of what was going on, physically..." A partir de ese momento, la paciente recupera sus recuerdos, que no habían llegado a estar completamente olvidados, reprimidos, sino aislados del curso asociativo.

Freud (1926) insiste al describir el mecanismo de aislamiento que los efectos del mismo son los mismos que sobrevienen a raíz de la represión con amnesia, "...permanecen conscientes, más son 'aislados' de una manera no representable, de suerte que se alcanza más o menos el mismo resultado que mediante la amnesia histérica" (p. 153). Agrega que se trata de un verdadero tabú al contacto y curiosamente enfatiza que todo remite en realidad al contacto corporal y da como ejemplo que "Tener contacto con una mujer es en el lenguaje usual un eufemismo para decir que se la aprovechó como objeto sexual" (p. 117).

Pero no es mi intención centrarme en el tema de los abusos sexuales, tema estrella en la actualidad, sino en la constitución del significado sexual en la niña normal y en el papel que tienen los mecanismos psíquicos de aislamiento y escisión en dicha constitución.

Nadie dudaría en considerar que la apariencia del cuerpo femenino es su máximo sostén narcisista. La belleza y la estética corporal, el emblema máximo de la mujer en la oposición feminidad/masculinidad, y que el cuerpo del que estamos hablando es aquel atravesado por el significado sexual.

La nena linda de la primera infancia se convierte en la latente “que no va a tener ningún problema en la vida”, en la púber inquietante y ya completado el ciclo hormonal, en la “bomba” adolescente. Sin solución de continuidad, al menos, en los calificativos que recibe por sus atributos anatómicos, la nena linda será la mujer linda. Sabemos cómo la mente femenina se ocupa de este tema, la preocupación de la mujer sobre la apariencia de su cuerpo es equivalente a la preocupación del niño y del hombre sobre su miembro genital. En términos de una equivalencia entre representaciones del cuerpo que sostengan la creencia en una completud, en un atributo que garantice un acceso al otro sexo, el pene y el cuerpo entero se instituyen como equivalentes. (En términos laconianos ambos serían equivalentes en su valor fálico).

Ahora bien, ¿cómo y de qué forma comienza, se instituye, se desarrolla y se consolida el cuerpo de la niña como un órgano de sexualidad?

2.1

TRANSPARENCIAS

Estos son dibujos realizados por niñas tomadas al azar, parte de material aportado por alumnos/as del último año de la carrera de Psicología de la Universidad Comilla de Madrid, quienes deben presentar el estudio de un/a niño/a. Vemos que las niñas de todas las edades dibujan un perfil femenino en el cual el cuerpo se halla representado de manera que los atributos sexuales se hallan remarcados. La redondez de las formas de las caderas, senos voluminosos y prominentes, piernas descubiertas, largas cabelleras aparecen casi sin muchas variaciones, desde la más pequeña, la niña de 4 años. Creo que se trata de un material fácilmente contrastable por cualquiera.

¿Qué nos sugieren estos dibujos? ¿Podemos pensar que la actividad autoerótica de la niña de 4 años es similar a la de 13 años y que la sexualización de la representación del cuer-

po ejemplificada por el dibujo, no hace más que orientarnos hacia los fundamentos de actividad masturbatoria y fantasmal de las niñas? ¿Es correlativa la sexualización de la apariencia imaginaria del cuerpo con la sexualización de sus actividades? ¿Se constata la misma frecuencia e intensidad de actividad masturbatoria y representaciones sexualizadas del cuerpo infantil? Y si nos interrogamos en otra dirección, ¿las miradas sobre el cuerpo materno reenvían sobre la niña esos cuerpos hipersexualizados? ¿Es la intensidad de carga de su pulsión la que hipersexualiza el universo femenino o la niña incorpora un formato existente en el mundo que la rodea, real y de ficción, en que el cuerpo femenino está marcado en forma insistente y universal con atributos de sexualidad, de mensajes portadores de sexualidad que serán inscritos inicialmente en forma "inocente", bajo el modo "sexual-presexual" que caracteriza la época temprana para abrocharse posteriormente al significado sexual en todas sus dimensiones?

Las muñecas siempre han sido y serán el manual de instrucciones y de educación sentimental de las niñas. Las Barbis actuales son un buen ejemplo de la forma silenciosa y legitimada de implantación exógena en la mente infantil de un modelo tipificante de feminidad portador de mensajes, de significaciones sexuales. La tipificación es preexistente a la niña, ella la encuentra y la recrea en sus versiones imaginarias del yo corporal que va instituyendo como polo narcisista simbolizante y estructurante de su ser femenino. Ser femenino que se ofrece a las niñas crecientemente hipersexualizado, y que se instituye como un ideal del yo femenino hipersexualizado pero que cursa, por lo general, no integrado ni a fantasmas sexuales ni a actividades autoeróticas. Se trata más bien de un moldeamiento hipersexualizado de la representación del ser femenino no integrado, aislado en sus conexiones asociativas al ser sexuado. El punto que quiero enfatizar es el carácter pasivo de la niña en el proceso de estructuración de su ser femenino, de su ideal del yo femenino y el carácter exógeno de la implantación en su subjetividad de formas hipersexualizadas de su identidad de género.

2.2

AMENAZA DE PÉRDIDA DE AMOR

A su vez, esta sexualización del cuerpo por medio de los formatos preexistentes se constituye junto a una condena y renuncia a la sexualidad en general como condición diferencial entre la nena y el varón. Mientras en el varón la ley del padre exige renunciar sólo a la ma-

dre para tener acceso a todas las demás mujeres, en el caso de la nena la prohibición consiste en una renuncia a la sexualidad en su conjunto, no al padre para tener acceso a todos los hombres, sino a la sexualidad en tanto actividad para poder acceder al amor de un hombre y por su intermedio gozar de una sexualidad que no amenace su narcisismo, su honra.

“No se hace eso, eso es feo, no es de niñas”, dirá una mamá a su nena observando una maniobra autoerótica, un gesto masturbatorio abierto en su hija. En rigor, no consiste en una prohibición sino en una amenaza de efectos poderosos, pues se trata de una amenaza al eje del ideal del yo, una amenaza de pérdida de amor, de estima, de riesgo de poner en peligro las posibilidades de ser admirada. Amenaza formulada por una adulta, la madre, que funciona normativamente escindida en su propia subjetividad entre un cuerpo sexualizado para atraer la mirada y un cuerpo sexualizado para gozar de la pulsión y que mantiene aislado el significado sexual de la belleza.

Al hilo de esta reflexión debemos reparar en un hecho de la clínica sumamente curioso, ¿por qué la masturbación compulsiva como motivo de consulta en la infancia siempre tiene como paciente a una pequeña niña y nunca un varón? Pareciera que cuando se da en el varón no se considera sintomática, y esto es un hecho de observación corriente, que el autoerotismo automático y frecuente del niño varón –el llevarse la mano a los genitales, en presencia de cualquier adulto/a– sea considerado un comportamiento normal. Pareciera que en la niña el curso habitual es una mayor represión de las actividades autoeróticas y un aislamiento del significado sexual de la apariencia y atributos de su cuerpo.

2.3

EL CUERPO ENTERO COMO ATRIBUTO QUE ATRAE LA MIRADA

Con anterioridad he desarrollado la idea del campo de la mirada –mirar-ser mirada– como el espacio intersubjetivo más frecuente de experiencia de la seducción infantil padre-adulto-niña normal (Dio Bleichmar, 1994). El cuerpo de la niña, sus atributos, atraen la mirada de un adulto varón que vehiculiza una intensidad particular, una mirada portadora de un mensaje sexual que la niña interpreta como tal. La mirada con significado sexual inaugura un espacio intersubjetivo, silencioso y secreto que implanta una codificación de su cuerpo como cuerpo provocador.

Pero habrá que reparar que la provocación consiste no en la intencionalidad del acto, sino en la posesión de un atributo, y si bien se trata de una experiencia inicialmente pasiva es confrontada por la mente infantil como un acto activo. La experiencia despertará excitaciones en la niña quien se encontrará excitada sin haber iniciado ella, a partir de un deseo propio, la experiencia sexual. A su vez, esta capacidad de poseer un atributo, una cualidad de atracción sitúa al sujeto poseedor del atributo en una posición un tanto ambigua, ya que se confunde con la voluntad de atraer. Esta específica forma de acceder a la capacidad de atracción, de poder sobre los otros, establece una peculiar relación de la niña con su cuerpo en tanto atributo de la identidad que genera sexualidad por la sola existencia y presencia. Debemos reparar cómo es inscrita por la mente de la niña esta experiencia y esta toma de conciencia de la significación sexual del encuentro de miradas. Con anterioridad me he referido a la teoría sexual infantil de la mujer provocadora como la forma de inscripción y de simbolización habitual de esta vicisitud de la construcción del significado sexual en la niña (Dio Bleichmar, 1994).

2.4

ESCISIÓN Y AISLAMIENTO DE SU CUERPO ENTERO COMO ÓRGANO SEXUAL

Para sustraerse a este permanente interjuego entre la mirada que se “provoca” y el encuentro entre el que mira y la que es mirada, pareciera que la mayoría de las niñas a medida que su cuerpo se va dotando de atributos sexuales, desarrollan toda una gama de procedimientos para eliminar o lograr alguna forma de control sobre una situación que escapa a su control. Esta es una de las paradojas de la feminidad, la falta de control o la amenaza a la pérdida de control sobre el propio cuerpo. Veamos las diferencias de la niña en relación al varón, para el niño se trata de una amenaza de pérdida de control sobre un impulso sexual, o de un deseo irrefrenable que puede despertar ansiedad, pero cursa en un espacio privado, en el secreto intrapsíquico de su fantasma o en la intimidad de sus actividades autoeróticas, actividades que se puede tener o no tener. En el caso de la niña y de la mujer, es el cuerpo entero el que se debe o quiere controlar y el cuerpo entero tiene un carácter público, normalmente exhibicionista ya que se expone y es expuesto más allá de la propia intención o deseo sexual de la niña.

Creo que la tramitación corriente que desarrollan las niñas del significado del cuerpo entero como órgano sexual y como órgano sexual expuesto a la mirada sexualizante y erotizante de otros, sigue el siguiente curso. Grados variables de represión e inhibición de la pulsión y grados variables de aislamiento del significado sexual de los comportamientos vinculados a la estética, belleza y gracia del cuerpo. Grados variables de escisión del yo, en que la niña por una parte continúa dibujando sirenas, coristas y chicas en tanga, y simultáneamente, sólo acepta vestirse con pantalones o desarrolla un cuadro de anorexia nerviosa que despoja a su cuerpo de todo vestigio de mensaje sexual. Finalmente debemos también considerar el aislamiento y la renegación por medio de las novelizaciones románticas de la violencia sexual que inaugura la pubertad.

Bibliografía

- BORDO, S. : "Whose body is this? Feminism, medicine and the conceptualization of eating disorders". Trabajo presentado en: *Eating Disorders and Body Image: Can Feminist and Medical Approaches Work Together?* Department of Psychiatry, the Toronto Hospital, and Continuing Medical Education, University of Toronto, 1993.
- BRUNCH, H.: *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa*. New York, Vintage Books, 1978.
- BRUNCH, H.: "Anorexia Nervosa: Therapy and Theory". *Amer. J. Psychiatry*, 139, 1531-1534, 1982.
- DIO BLEICHMAR, E.: "La femme provocatrice: une théorie sexuelle infantile (les effets du regard sexuel de l'adulte sur la subjectivité de la petite fille)". En: *Colloque International de Psychanalyse*. J. L. e. Collaborateurs (comp.). París, PUF, 131-142, 1994.
- DIO BLEICHMAR, E.: *Resistencias del Psicoanálisis al Concepto de Género. Tres al Cuarto*, 5, 22-25, 1995.
- EYRE, D.: "Therapy with a Sexually Abused Woman". *Int. J. Psycho-Anal.*, 72, 403-415, 1991.
- FREUD, S.: *Inhibición, síntoma y angustia*, S.E., vol. XX. Buenos Aires, Amorrortu, 1926.
- GILLIGAN, C.: *In a different voice*. Cambridge, Harvard University Press, 1982.
- KEARNEY-COOKE, A.: "Group treatment of sexual abuse among women with eating disorders". *Women and Therapy*, 7(1), 52, 1988.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B.: *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in Context*. Mass. Cambridge, Harvard University Press, 1978.
- ORBACH, S.: "Visibility/invisibility: Social considerations in anorexia nervosa-A feminist perspective". En: *Theory and treatment of anorexia and bulimia: Biomedical, sociocultural and psychological perspectives*. S. W. E. (comp.). Nueva York, Brunner/Mazel, 1985.
- PIRAN, N.: *Prevention of eating disorders*. 1990.
- PIRAN, N.: "Prevention Series Introduction". *Journal of Treatment and Prevention of Eating Disorders*, 1, 105-108, 1993.
- PROBST, M., VANDEREYCKEN, W., VAN COPPENOLLE, H., VANDERLINDEN, J.: "The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire". *Journal of Treatment and Prevention of Eating Disorders*, 3, 133-144, 1995.

-
- RAICH, R. M., DEUS, J., MUÑOZ, M. J., PÉREZ, O., REQUENA, A.: "Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 210-220, 1991.
- RAUSCH HERSCOVICI, C., BAY, L.: *Anorexia nerviosa y bulimia*. Buenos Aires, Paidós, 1991.
- SHAW, J., WALLER, G.: "The Media's Impact on Body Image: Implications for Prevention and Treatment". *The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 115-122, 1995.
- SHONTZ, F.: "Body Image and Physical Disabilities". En: *Body Images Development Deviance and Change*. T. C. y. T. Pruzinsky (comp.). New York-London, Guilford, 149-169, 1990.
- SMEETS, M., PANHUYSEN, G.: "What can be Learned from Body Size Estimation? It All Depends on Your Theory". *Journal of Treatment and Prevention of Eating Disorders*, 3, 101-114, 1995.
- SMOLAK, L., LEVINE, M. P.: "Toward an Empirical Basis for Primary Prevention of Eating Problems with Elementary School Children". *The Journal of Treatment & Prevention*, 2 (4), 293-305, 1994.
- STEINER- ADAIR, C.: "The body politic: normal female adolescent development and the development of eating disorders". En: *Making connections: The relational worlds of adolescent girls at Emma Willard School*. C. Gilligan, N. P. Lyons, & T. J. H. (Eds.) (comp.). Cambridge, Harvard University Press, 1990.
- WOLF, N.: *The beauty myth*. Nueva York, Vintage Books, 1991.
- WOOLEY, O., WOOLEY, S.: "The Beverly Hills eating disorder: The mass marketing of anorexia". *International Journal of Eating Disorders*, 1, 57-69, 1982.

Anexo 1.

QUESTIONARIO EDES (EATING DISORDER EVALUATION SCALE)

FECHA:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

¿DÓNDE VIVES?

- Independiente
- Con mi padre y/o madre
- Con mi marido/mujer/compañero/a
- Con alguien más

Especifica quién:

¿A QUÉ TE DEDICAS?

- Estudio
- Trabajo
- Estoy buscando empleo
- No estudio ni trabajo

ESTADO CIVIL:

- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Soltero/a pero con pareja
- Soltero/a y sin pareja

CUÁL ES TU ACTUAL

- Peso
- Altura

CUÁL FUE DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES

- Tu peso más alto
- Tu peso más bajo

CON QUÉ FRECUENCIA TE SUCEDIERON LAS SIGUIENTES COSAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (pon una X en la celda correspondiente):

	Nunca	A veces	Semanalmente	Diariamente
Comer poco				
Dieta estricta				
Vomitarse				
Comer demasiado o compulsivamente				
Uso de laxantes				

EN QUÉ GRADO ESTÁS PREOCUPADO/A POR:

	En absoluto	Ligeramente	Mucho	Muchísimo
La comida, cocinar, comer, los dulces				
El peso, el aspecto, la forma corporal				

CON QUÉ REGULARIDAD SE HAN PRODUCIDO TUS MENSTRUACIONES DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

- Regularmente (como mínimo una vez al mes)
- Irregularmente (Con más de un mes entre una y otra)
- Raramente (por ejemplo 1 ó 2 veces en seis meses)
- Ausentes (desde.....)

¿Tomas la píldora (hormonas)? SI / NO

CÓMO PIENSAS ACERCA DE LA SEXUALIDAD:

- Muy positivamente
Es algo agradable de mi vida
- Positivamente
Es importante, pero puedo pasar sin ello
- Indiferentemente
No tiene importancia para mí
- Negativamente
Es algo horrible o desagradable

CÓMO ES TU ACTUAL VIDA SEXUAL (INCLUIDA LA MASTURBACIÓN):

- Muy agradable y satisfactoria
Sin problemas
- Buena o variable
Algunas veces es un problema (por ejemplo poca satisfacción)
- Insatisfactoria
Pocos contactos sexuales, sin satisfacción
- Inexistente
Sin contactos sexuales, ni masturbación

CÓMO FUNCIONA TU RELACIÓN ACTUAL CON TU FAMILIA (PRINCIPALMENTE TU PADRE Y MADRE):

- Positiva
Nos relacionamos muy bien, me dan libertad
- Normal o variable
Vivo mi vida, pero no tengo suficiente independencia
- Insatisfactoria
Mis lazos con el hogar son demasiado fuertes; hay demasiado conflicto
- Mal
Soy completamente dependiente de ellos; hay un gran conflicto

CÓMO SON TUS CONTACTOS FUERA DE TU FAMILIA, CON LOS/AS AMIGOS/AS O CONOCIDOS/AS:

- Positivas
Tengo muchos/as amigos/as; establezco relaciones fácilmente
- Normales o variables
Tengo algunas relaciones buenas, pero desearía tener más o mejores
- Insatisfactorias
Tengo muy pocos/as amigos/as; es difícil establecer relaciones
- Malas
Me siento muy solo/a, sin relaciones

CÓMO FUNCIONAN TUS ACTIVIDADES ACTUALES (ESTUDIOS, TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS):

- Bien, satisfactoriamente (sin problemas)
- Normalmente o con variaciones

- Insatisfactoriamente (muchos problemas)
- Mal (me gustaría hacer algo totalmente diferente)

HAS EXPERIMENTADO ALGO DE LO SIGUIENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

Nervios, tensión, irritabilidad, fatiga SÍ / NO

Insomnio habitual (o ingestión de somníferos) SÍ / NO

Fuerte ansiedad (o ingestión de tranquilizantes) SÍ / NO

Depresión, tensión nerviosa SÍ / NO

Intentos de suicidio o autoagresiones físicas importantes SÍ / NO

Confusión (p. ej. oír voces, ver fantasmas) SÍ / NO

Abuso del alcohol, drogas o medicinas SÍ / NO

HAS ESTADO EN TRATAMIENTO DURANTE EL AÑO PASADO CON UN/A PSIQUIATRA,
PSICÓLOGO/A O PSICOTERAPEUTA:

- No
- Sí
 - Mientras estabas ingresado/a en un hospital
Durante cuántos días:
 - Sin ser ingresado/a en un hospital
Número de sesiones:

Por favor, comprueba que hayas respondido a todas las preguntas.

Vandereycken, W.: "The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES)".
Eating Disorders, 1 (2), 119-12, 1993.

**RECOMENDACIONES PARA LOS
PROGRAMAS INFANTILES
DE PREVENCIÓN**

1. Aceptación de diversas formas corporales. Esto requiere discusión de las causas del tamaño y la forma del cuerpo y de los prejuicios contra la gente gruesa. También debería incluir, especialmente entre los/as escolares más mayores, información concerniente a los cambios puberales.
2. Entender que la forma del cuerpo no cambia infinitamente.
3. Aprender sobre la clase de nutrición adecuada, incluyendo la importancia de las grasas en la dieta y la ingestión mínima de calorías.
4. Discusión sobre los efectos negativos de las dietas así como la ausencia de efectos positivos a largo plazo.
5. Consideración de los efectos positivos del ejercicio moderado y los efectos negativos del ejercicio excesivo o compensatorio.
6. Desarrollo de estrategias para resistir las burlas, las presiones para hacer dieta, la propaganda sobre la importancia de la delgadez, etc.

-
- El compromiso y la colaboración de los padres/madres es imprescindible
 - Material adaptado al nivel de los/as niños/as:
Probablemente es mejor enunciar "positivamente", por ejemplo: "los/as niños/as deben jugar una hora diaria o más al aire libre", en lugar de aconsejar que limiten su tiempo de televisión.
 - Las múltiples repeticiones de un punto son valiosas.
Es de mucha ayuda sugerir vías para integrar el mensaje en las lecciones de literatura, matemáticas, ciencias e historia.
 - Proponer nuevas formas de categorizar/evaluar a las personas que no sean en términos de género, sino de cualidades personales.

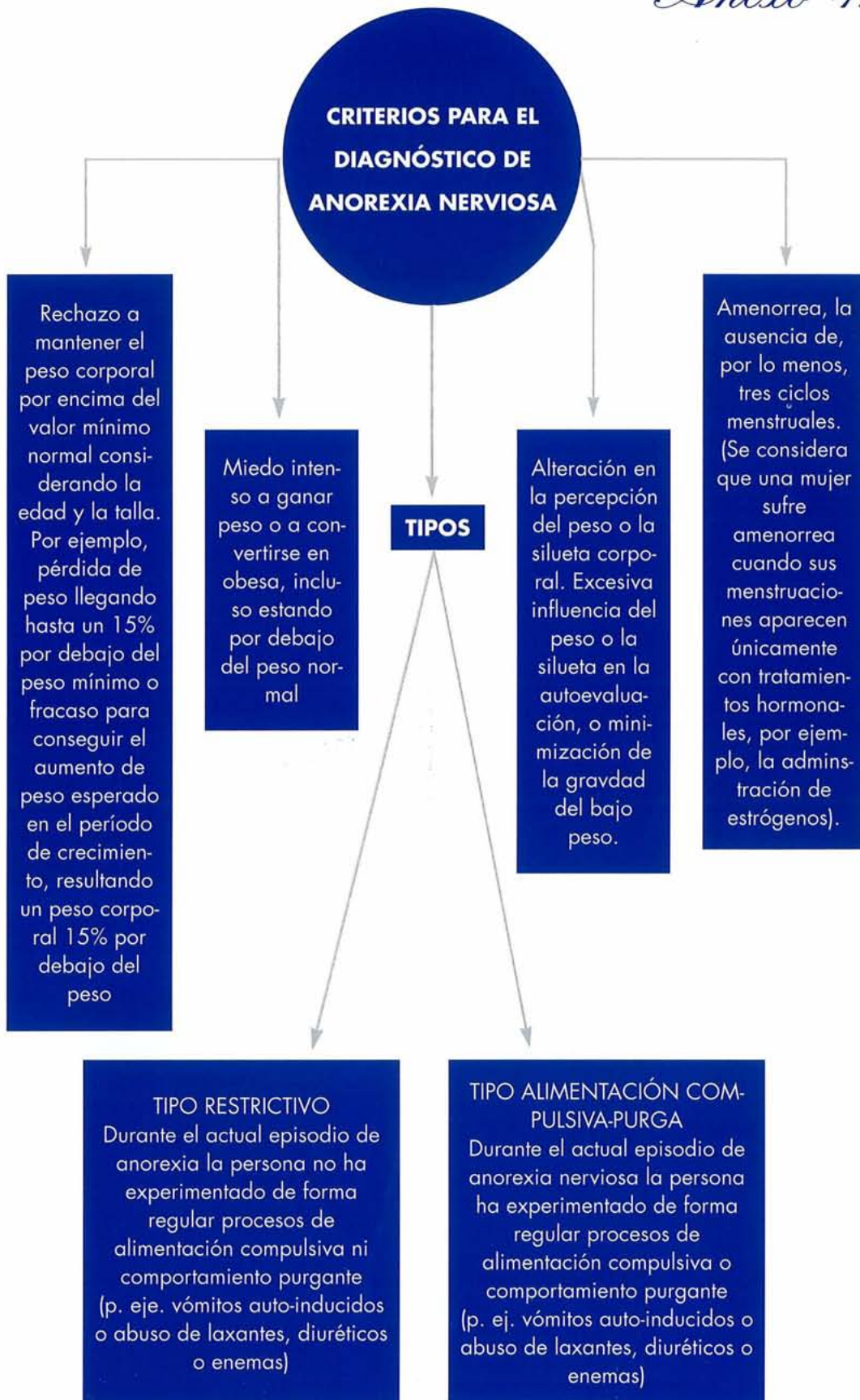
Smolak, L. y Levine, M.P.: "Toward an empirical basis for primary prevention of eating problems with elementary school children".
Eating Disorders, 2 (4), 293-307, 1994.

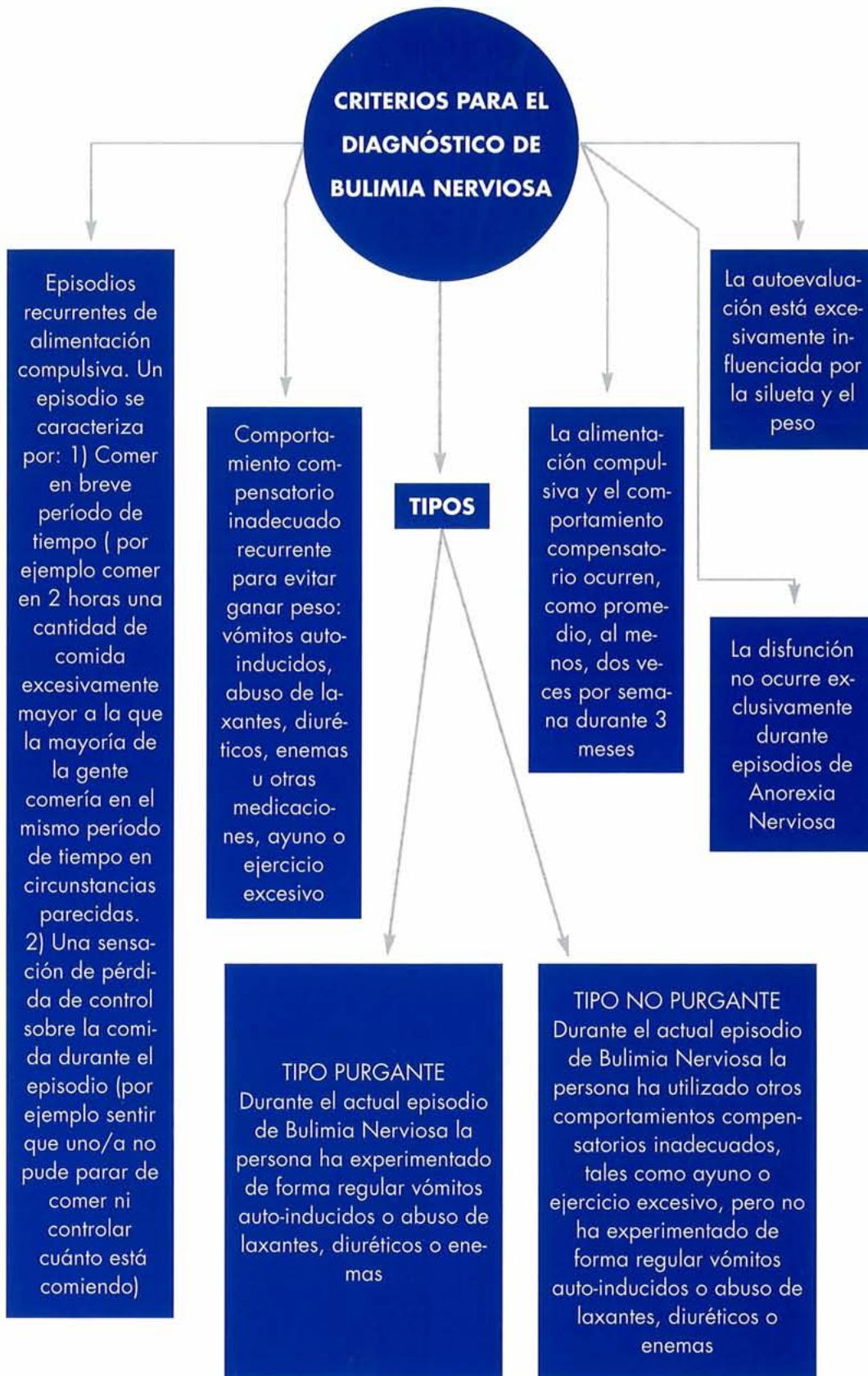
Anexo 3.

TEST DE ACTITUD HACIA EL CUERPO

1. Cuando comparo mi cuerpo con el de gente como yo, me siento descontenta.
2. Mi cuerpo parece ser una cosa entumecida.
3. Mis caderas me parecen demasiado anchas.
4. Me siento a gusto con mi cuerpo.
5. Tengo un enorme deseo de adelgazar.
6. Creo que mis pechos son demasiado grandes.
7. Tiendo a esconder mi cuerpo (por ejemplo con ropa ancha).
8. Cuando me miro al espejo, me siento insatisfecha con mi cuerpo.
9. Me resulta fácil relajarme físicamente.
10. Creo que estoy demasiado delgada.
11. Siento mi cuerpo como una carga.
12. Me parece como si mi cuerpo no fuera mío.
13. Algunas partes de mi cuerpo parecen hinchadas.
14. Mi cuerpo es una amenaza para mí.
15. Mi aspecto corporal es muy importante para mí.
16. Mi tripa es como si estuviera embarazada.
17. Me siento tensa en mi cuerpo.
18. Envidio a otras personas por su aspecto físico.
19. Están ocurriendo cosas en mi cuerpo que me asustan.
20. Observo mi aspecto en el espejo.

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H. y Vanderlinden, J. :
"The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric.
Characteristics of a new questionnaire". *Eating Disorders*, 3 (2), 133-144, 1995.

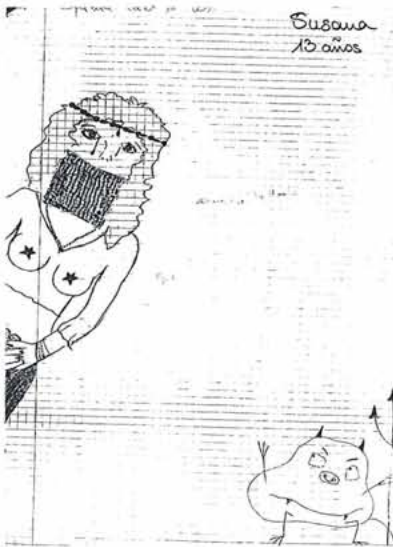




Anexo 6.



Mónica
9 años



Susana
13 años

Isabel
11 años



MAITE MENCHACA CASTELLANO
Publicista. Donostia

*Construcción
del ideal
femenino desde
los medios de
comunicación.
Incidencia de
la publicidad
y la imagen*

Imaginemos: Venus es obesa

Si nos encontráramos en una sociedad que a lo largo de los siglos hubiera valorado la obesidad posiblemente sus representaciones, Venus, La Gioconda, etc., serían obesas, los efebos griegos serían obesos, en definitiva todos los modelos o musas que han inspirado a pintores y escultores serían obesos (me refiero naturalmente a las representaciones anónimas y no a retratos o representaciones históricas).

No ha sido así, salvo algunas excepciones, como es el caso de Rubens, los cuerpos que nos ha cedido la historia plástica son generalmente proporcionados, sin volúmenes excesivos. ¿Eran en su época reflejo de la realidad?, seguramente no (en muchos casos la mayoría de la población sería bastante más delgada), pero aun cuando no eran reflejo de lo real, sí eran reflejo de lo ideal. Sin duda la estética, basada fundamentalmente en la proporción ha marcado los cánones.

La preocupación por la estética ha pertenecido siempre a las élites, pero se supone que siempre ha sido admirada por la mayoría. Eso no quiere decir que en Grecia la mayoría de la población aspirara a tener cuerpos como los de sus esculturas, quizá el cuerpo no tuviera entonces la importancia que le damos ahora. Lo que es indudable es que ni entonces ni ahora encontraremos en Grecia efebos del nivel de aquellas representaciones escultóricas. El problema de hoy es que aspiramos a ser una escultura, porque todos los días vemos esculturas (televisión, revistas, etc.) y además nos dicen que es más saludable ser así, incluso que es imprescindible ser así para vivir más y tener mejor calidad de vida, para gustar, para tener éxito, para tener amigos/as, etc.

Indudablemente en los tiempos de auge de la civilización griega ninguno de estos condicionamientos existía. Hagamos unas reflexiones a continuación sobre algunos valores implantados con fuerza en nuestra sociedad actual.

2.

Cuatro reflexiones

- RESPECTO A LA VALORACIÓN DE LA BELLEZA:

La búsqueda del ideal parece una constante histórica, y queramos admitirlo o no todos y todas estamos en ella.

- RESPECTO A LA VALORACIÓN DE LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN Y PUBLICIDAD:

Valoramos en exceso su fuerza y con frecuencia tiramos hacia ellos los balones por tirarlos fuera, es más sencillo.

- RESPECTO A LA EFICACIA DE CUALQUIER SOLUCIÓN:

Si no se establecen las causas de un problema, difícilmente las acciones que emprendamos aportaran soluciones (en el caso de la anorexia las causas son muy confusas).

- RESPECTO A LA FERVENTE FE EN EL PODER DE LA ALIMENTACIÓN:

Han surgido doctrinas respecto a esta y a otros muchos aspectos relacionados con el cuerpo y la salud que están convirtiendo en manía colectiva el hacerse con la verdad sobre lo bueno y lo malo de lo que se ingiere, sobre sus calorías, los hidratos, las grasas, los colorantes, las aportaciones de ácido fólico, de vitamina a, b, c,.....alimentos complementarios y excluyentes y un largo etcétera.

Empecemos por hacernos algunas preguntas:

¿De dónde vienen las modas?

¿Cómo se crean?

¿Quién las difunde?

¿Quién las sigue?

La moda o la tradición de grabar la piel de las jóvenes en una tribu africana tendrá sin duda un significado y un principio, la niña o la joven lo admite, es la tradición, son las marcas del tránsito a la madurez, a pesar del dolor y de lo absurdo que nos parezca, la joven las desea y las llevará con orgullo. Son signos o símbolos sociales. son tradiciones con su expresión estética en el cuerpo.

- La tradición y las creencias colectivas pueden crear modas, hippys, punkis. La imitación de las clases de élite puede crear y expandir las modas. Todas ellas son símbolos sociales, de movimientos de reivindicaciones, de poder, de ideología, de raza, de sexo...

Si nos cruzamos con personas que no se visten dentro de los cauces normales de la moda, enseguida volveremos la cabeza con sorpresa. Precisamente las personas que se distinguen

cuando llegan a ser un colectivo pueden crear nuevas corrientes de moda, al distinguirse de las universalmente aceptadas. Siempre se mantiene una mayoría que no cambia radicalmente, que es conservadora y sus cambios se producen moderadamente, impulsados por los disidentes que generalmente quieren manifiesta algo más que una forma de vestir, implican a menudo una forma de pensar, un determinado comportamiento del colectivo, etc. Pero los cambios sociales, los que llegan a calar y producen modificaciones de la moda en toda la población se producen muy muy despacio, de generación a generación, incluso más.

La publicidad debe conocer siempre estos movimientos, para valorar los cambios que se producen, los radicales y los moderados, así que utiliza sondeos, dinámicas de grupo, entrevistas en profundidad, etc.

3.

Sondeos, dinámicas de grupo, entrevistas en profundidad, etc.

Son estudios que se realizan sobre muestras de población para obtener una idea objetiva de qué sienten, qué les gusta, qué les disgusta. Estos datos cuando se refieren a productos son de gran ayuda para saber dónde están los puntos negativos o positivos de una marca determinada, una colonia, un detergente.

Una prueba dentro de estos test puede ser la siguiente: estamos testando una colonia y queremos saber qué posición ocupa su imagen de marca junto a otras de la competencia, proponemos a los o las entrevistadas que asocien unas fotografías de mujeres a las colonias que pueden utilizar cada una de esas personas de las imágenes, este análisis junto a otros en la misma línea me permitirá obtener información sobre si mi marca está desfasada, si se considera de bajo nivel, si el aroma es demasiado fuerte, si lo consideran de hombre o mujer, si la imagen de quien se supone que lo va a usar es clásica o moderna, si su perfil es de ama de casa, etc.

Este análisis será vital porque los/as modelos publicitarios/as deben conseguir que el público se identifique con ellos/as, les debe gustar, caer bien.

4.

El papel de la publicidad: difundir el modelo, no crearlo. ¿Cómo se crea el modelo?

Personas expertas en materias relacionadas con la historia o la psicología lo habrán analizado más profundamente, pero desde el punto de vista de la influencia de la publicidad y los medios de difusión deseo hacer un ligero análisis histórico. Me remito a la colección "Historia de la vida privada" en su apartado Cuerpo de damas de uno de los tomos referidos al siglo XX: la admiración por la obesidad es característica de todas las sociedades subalimentadas, así en las ciudades italianas de la Edad Media, "popolo grasso" designaba a la aristocracia dirigente y "popolo magro" al hombre de a pie (a la mujer ni se la menciona). De cualquier forma las representaciones plásticas siguen sin reflejar aun en esas sociedades a personajes obesos, en todo caso barrigas ligeramente pronunciadas en ellos y nalgas y muslos bien nutridos en ellas con torso superior más bien reducido.

El cuidado del cuerpo fue provocado por el deseo de aparentar y comenzó a instalarse en las clases de élite. En este ámbito empezó a valorarse la verticalidad, en contraste con las espaldas curvadas (consecuencia del trabajo duro del campo), de las clases populares. Hasta el siglo XIX no se introdujo en las clases rurales la inquietud por la estética corporal. De cualquier forma en los siglos anteriores las mujeres iban cubiertas con cantidad de enaguas, sobreenaguas, faldas, delantales. Lo que nos llevaría a suponer que al no verse ligeras de ropa los cuerpos podían pasar como aceptables, manteniendo en todo caso una cintura más o menos marcada.

El arte es el que expone cuerpos desnudos tanto de mujeres como de hombres y por ellos se puede suponer que los cuerpos obesos, me refiero a los claramente obesos, no han sido nunca del agrado de los artistas, hay por supuesto diversidad en los cánones estéticos, desde los cuerpos musculosos de Miguel Ángel hasta las mujeres celulíticas de Rubens y los escuálidos rostros y figuras del Greco. Todos ellos más que responder a una realidad social, que nunca habrá sido uniforme, responderían como ya he dicho a un ideal social o al propio del artista.

5.

*¿Cómo se crea el corsé?,
¿quién lo difundió?*

Ignoro totalmente quien lo creó, pero ha permanecido en el torso de las mujeres durante más de veinte siglos. Y seguramente creando serios problemas de salud. Las griegas ya lo usaban y en el siglo XIX estuvo en la cresta de la ola. En el XX fue sustituido por la faja. En resumen, la cintura de la mujer, sus formas, han sido muy valoradas a lo largo de la historia.

La difusión de las modas sería en aquellas épocas más lenta, pero sin medios de difusión existían modas, se difundían y se seguían.

6.

*La publicidad es un molino
movido por el viento. La
publicidad y los medios de
difusión se basan en la
identificación. ¿Con quién
queremos identificar?*

Para vender una colonia, un detergente, un coche o una enciclopedia analizaremos cuál es el público objetivo, como es, qué le gusta, su edad, nivel cultural, etc. Las personas que protagonicen la campaña serán atractivas para este público, porque debemos conseguir que se identifiquen con estos/as protagonistas. Estas personas son generalmente delgadas, tienen buen tipo, son guapas o por lo menos resultan agradables físicamente.

Son los estereotipos de la publicidad, que en muchos casos tanto perjudican en el camino de la igualdad, referida ésta sobre todo al papel de la mujer como guapa y sólo guapa y por lo general tonta.

Pero si somos sinceros y sinceras, todos y todas queremos ser guapos y guapas –por lo menos lo suficiente como para gustar, agradar, ser admirados y admiradas–

La publicidad persigue que los actores y actrices de los spot nos gusten, nos agraden (siempre que sea ese su papel en el spot, no siempre el papel del protagonista es gustar puede también ser un bufón, personaje ridículo, etc).

Sin viento la publicidad no funciona y el viento es la base sociocultural de la publicidad. Esta la investiga, la conoce y la utiliza.

En el caso de la anorexia y bulimia dudo mucho que la publicidad (dejo a un lado las dietas que comentaré más adelante) sea causa, aunque lo es indirectamente en la transmisión de valores en la época de desarrollo de las niñas y jóvenes, y esto indirectamente a mi juicio incide peligrosamente (por supuesto junto a otros factores) en el proceso que lleva a muchas jóvenes a la anorexia.

Ejemplos de la actuación de la publicidad que evidencian la dificultad de utilizar otros modelos:

(mi pretensión es descartar la preocupación por los modelos para encaminarla a la eliminación de otros estereotipos con mayor poder de influencia).

- El Corte Inglés saca su campaña primavera-verano, imaginemos que los modelos son chicos y chicas rellenos o lo son algunos de ellos ¿qué imagen de moda transmitirán? ¿cómo se percibirá? Aunque personalmente me niego a que esto siga siendo así e incluso me atrevería a decir que con algo de creatividad y riesgo podría vencerse esta inercia, lo que sin duda no vamos a conseguir es que se modifique hoy en día el valor sociocultural de la delgadez, por tanto la publicidad no será pionera sin consenso y resultados, su único objetivo es vender, con el menor costo y la mayor eficacia.
- Danone pretende vender yogur con sus cuerpos Danone, pero no quiere vender yogur sólo a las personas que tienen ese cuerpo –vendería muy poco– quiere captar clientes transmitiendo la idea de que ese yogur no engorda, ¿por qué? porque es una preocupación social. Ahora bien, si nos encontrásemos en la cultura de la obesidad, Danone fabricaría un yogur con muchas calorías y los cuerpos Danone serían gordísimos. Danone no crea la corriente socio-cultural, pero al beneficiarse de ella la fomenta.
- Dyc sin embargo ha querido romper esta inercia con “para gente sin complejos” y presenta a tres señores bien metidos en grasas. Admite que estar gordo puede ser motivo de complejo y le da la vuelta con humor. Son excepciones, en mi opinión muy arriesgadas para el/la anunciante porque puede surgir la asociación de Dyc el whisky que más engorda. Su objetivo prioritario ha sido llamar la atención.

El viento lo pone la sociedad.

8.

¿Cómo se ponen las modas de moda?

Tendremos que distinguir entre distintos tipos de modas: no es lo mismo hablar de delgadez que de las botas Martins.

En el primer caso son modas que provienen del momento histórico, social, económico y que se crean a lo largo del tiempo, aunque los medios de comunicación los potencien y asienten. Las modas no existirían si no existe una corriente social en disposición de crearlas, me refiero a las modas con fuerza social.

En el segundo caso es un lanzamiento simple de publicidad, aunque las Martins precisamente no han sido lanzadas por medios de masas, no ha utilizado los mass media, pero ha filtrado su marca ¿cómo? El caso es que este artículo se ha impuesto entre los y las jóvenes sin medios de masas, a no ser que hayan influido los skin-head, neo-nazis, etc. en sus apariciones en ellos y haya surgido la identificación. Espero que no.

¿Quién sigue la moda?

Hay personas que son sin duda más frágiles ante las modas, las captan inmediatamente, ¿son gente menos formada, son jóvenes en el momento de mayor indefinición e inseguridad?

Este sería quizá el punto más importante a analizar porque a mi juicio la publicidad al influenciar especialmente a los/as más jóvenes de la población puede contribuir –no a crear anoréxicas– pero sí a bombardear su ya potencial predisposición hasta lograr su enganche mediante alguna dieta que se publicita con insistencia.

Aunque las modas las seguimos en mayor o menor medida todos y todas a grandes rasgos, no todos nos incorporamos a ellas por estar en la cresta de la aparente modernidad sino que podemos seguirlas también por pasar desapercibidos/as, buen papel haríamos en la calle si fuésemos vestidos o vestidas como en el siglo pasado, ahora bien, de eso a que nos veamos obligados/as a vestirnos de azul porque es la moda primavera verano va un abismo.

La delgadez es una moda que parece haberse mantenido muy asentada durante todo este siglo, pasando por momentos mucho más radicales que el actual, por ejemplo en los años 20 y 30, con el ferviente apoyo de Coco Chanel, así lo podemos constatar en las películas de Greta Garbo o en la más reciente modelo Twilly. ¿Influían los medios de comunicación entonces?

Lo que parece que influyó fue la primera guerra mundial. Hacia los años veinte la mujer se afirmó en su independencia, impulsada quizá por los años pasados que la habían endurecido y preparado para ella. Se impone la moda a lo garcon (garsón), el pelo se corta, también la falda, la mujer se libera definitivamente del corsé y de los impedimentos del vestuario para moverse con más comodidad. Coco Chanel parece unirse al impulso e inicia sus creaciones, los perfumes, la moda. Una anécdota da idea de su personalidad: en aquel momento, 1918/20, Paul Poiret era uno de los más famosos modistos, gran artista también en campos diversos, y en un encuentro de Coco y Paul, éste le preguntó, al parecer con tono burlón (Coco Chanel era aficionada al negro y así iba vestida) –pero cómo, señorita, ¿es que usted va de duelo? –sí Sr. Poiret, por usted.

Eran tiempos de autoafirmación en los que despuntaba la inquietud de las mujeres por participar en todas las esferas. Fue entonces cuando se impusieron los cuerpos huesudos y con pocas formas, más delgados que ahora, ya que ni tan siquiera se veían caderas, ni pechos, ninguna protuberancia, indefinición sexual, unisex.

10.

¿Puede la publicidad implantar una moda?

No puede, pero sobre todo no quiere. Es más rentable utilizar las que existen. La publicidad nunca nada contracorriente.

Según Luis Rojas Marcos, que por cierto se ha hecho tan conocido por los medios de comunicación (aunque desde luego, éstos no lo han creado) responde a una pregunta en Babelia:

– Pregunta: ¿podría pedirse a los escritores, cineastas, periodistas, etc., que rebajen las dosis de violencia?

– Respuesta: se puede, pero el caso es que los medios de comunicación nos dan lo que nosotros pedimos, muchas obras o mensajes, indudablemente tienen una misión más o menos literaria, pero la mayoría de lo que vemos o leemos está empujado por el factor económico, el público y la audiencia.

La cultura del marketing condiciona a los medios y les obliga a dar lo que gusta, lo que se ve y lo que se lee, nos podríamos plantear la responsabilidad que tienen estos medios en los contenidos difundidos, pero entraríamos en un debate sobre sistemas económicos, empresas públicas y privadas, etc.

Los medios de comunicación no emiten un único mensaje

Los mensajes de los medios son variados, los de la publicidad también: se habla del Bollycao como un energético fabuloso y el siguiente spot habla de Biomanán. Cuestionemos si hay que hacer publicidad de determinados productos o si realmente lo que tenemos que cuestionar es su existencia.

La publicidad nunca tiene una única dirección porque está al servicio de la persona anunciante y entre tantas personas anunciantes y tantos productos se da de todo, unos engordan y otros adelgazan, unos dicen que tienen fibra (cuando a la población le preocupa la fibra) y otros sólo dicen que están buenísimos (aunque no tienen fibra, contienen colesterol y suman miles de calorías), quien compra estos últimos los compra porque están buenos. Planteémonos en todo caso si la publicidad tiene que decirlo todo, incluso lo que es malo o planteémonos si decir toda la verdad llevaría a la histeria colectiva sobre la salud y la forma física.

El 50% de la población sigue los hábitos alimenticios que engordan, luego no son sensibles a los mensajes visuales de modelos delgados y delgadas. Los niños y niñas de ahora son más gordos/as que los/as de antes y las mujeres de ahora, en su mayoría son también más gordas que las de hace veinte años (hablamos siempre de occidente).

En lo único que generalmente coinciden los medios y la publicidad es en abusar de un estereotipo de mujer y ese abuso no se realiza presentando a una modelo gorda o delgada, el abuso se produce cuando se da una importancia desmesurada al cuerpo de la mujer, cuando se la sitúa en un rol tradicional, cuando se la califica como ser de segunda, marginándola de los segmentos con poder de decisión, de la participación en todos los ámbitos y cuando el respeto a su persona está siempre ligado a su estado civil y a su maternidad. Todos estos condicionamientos de la mujer no los crean los medios pero al representarlos los asientan con fuerza.

la publicidad en este aspecto va a caminar al ritmo de la sociedad, ya se ven imágenes de hombres realizando el papel que siempre se ha atribuido a las mujeres.

La publicidad al competir entre sí se suma a todas las innovaciones, cuando gran parte de ella va en la misma línea es porque no quiere arriesgarse a introducir elementos nuevos, bien porque sabe que la población no lo aceptará o porque tiene duda sobre una identificación negativa del producto con la imagen que lo representa.

La publicidad pone de moda la moda

Es la pescadilla que se muerde la cola. La publicidad utiliza lo que está de moda, pero también lo pone de moda.

Hay que distinguir, sin embargo, que si bien puede ponerse de moda un determinado producto con una campaña de publicidad, no veremos nunca que la publicidad implante una moda que lleve consigo un cambio de costumbres socialmente admitidas, o de ideas o de valores o de modelos sociales. De lo contrario las dictaduras serían eternas y generalmente y a pesar de poseer todos los medios de comunicación son combatidas incesantemente.

La publicidad no puede convencer a nadie de algo de lo que no está convencido:

1. Porque no es creíble;
2. porque no le interesa;
3. porque no hay un presupuesto de empresa suficiente para llevar a cabo este empeño.

Los medios de difusión, bien orquestados pueden sin embargo llegar más lejos que la publicidad, aunque precisamente sus opiniones contrastadas impiden que se orqueste un objetivo común de convencimiento social.

Algo de esto ha ocurrido con la moda de la delgadez, pero también con las drogas, con el tabaco.

Las informaciones de los medios sobre el tabaquismo han contribuido sin duda a su disminución, pero ¿por qué? Fundamentalmente porque todo el mundo ya estaba convencido de que el tabaco era malo, si a esto le incorporamos una batalla informativa uniforme por todos los frentes, se logra, mediante la insistencia, seguidores/as.

Lo mismo está ocurriendo en este momento con la alimentación, las revistas, los periódicos, las emisoras de radio, la televisión, todos los medios dedican espacios a hablar de la correcta alimentación, se habla de calorías, de hidratos, de grasas saturadas. Hoy en día todos y todas, prestamos una cierta atención a las características de los alimentos. Algunas personas en exceso si son hipocondríacos y sobre todo en exceso las personas más sensibles e inseguras ante su presencia física: las adolescentes.

¿Puede la publicidad prescindir de la moda?

Sin duda no puede prescindir de las corrientes de moda, ahora bien, para ser un poco original tampoco puede apuntarse a las modas puntuales.

El problema fundamental es la identificación. En ella se fundamentan la mayoría de las campañas, aunque personalmente creo que la identificación no es rígida, puede ser aceptación, es decir no es necesario que nos sintamos identificados/as con la persona que nos vende el producto, ahora bien, nos tiene que caer simpático/a, ser agradable, etc., aunque en algunos casos también se juega con el factor de "creernos superiores", cuando el/la protagonista que tenemos en el mass media nos resulta mediocre, pero nos cae bien quizá por eso mismo. Otra cosa será analizar y medir cómo puede un personaje que reconocemos como mediocre actuar como prescriptor (el que recomienda, aconseja) de determinados productos.

SER GORDO/A ESTÁ DESPRESTIGIADO SOCIALMENTE:

- es un handicap para acceder a un puesto de trabajo;
- es un handicap para ligar;
- transmite la imagen de una salud dudosa;
- transmite la imagen de una persona más torpe, más vaga, menos inquieta...

En términos generales, aunque creo que pueden encontrarse muchas excepciones, no sería aconsejable utilizar un modelo grueso para presentar un producto:

- si el producto x lo utiliza una persona gorda y las personas gordas transmiten una determinada imagen el producto x transmite esa imagen, incluso aunque nos caiga maravillosamente.

No digamos si lo que se presenta es un producto de alimentación o moda de vestir, en definitiva artículos relacionados con la salud, la belleza, la forma física.

14.

*¿Podemos pedir a la
publicidad que haga un
esfuerzo en favor de romper
el estereotipo físico?*

Me temo que no vamos a tener mucho eco, pero sí se le puede pedir que incorpore modelos menos perfectos, que utilice gente más común o que investigue por lo menos si no cabe una mayor diversidad de modelos. Sobre todo en relación a la mujer.

Debo decir que hemos avanzado algo, porque hasta hace muy poco tiempo jamás se veía a una mujer entrada en años anunciando un producto, ni tampoco presentando un telediario o un programa de televisión, parece que hoy en día se empieza a admitir que las mujeres no nacemos con veinte años y morimos con veinticinco. Es un paso (lamentable tener que reconocerlo sólo como tal).

La publicidad de los milagros: las dietas ¿encienden la chispa?

Aquí debiera estar el verdadero blanco de las acusaciones, se ha confundido el poder que tiene la publicidad en general con el verdadero culpable: las dietas de las que se hace publicidad.

Es un matiz que conviene tener muy en cuenta, para así buscar las soluciones en la dirección adecuada.

La publicidad en un sentido global utiliza modelos aceptados socialmente como tales, es la publicidad de dietas la que puede encaminar a las adolescentes a hacer regímenes poco recomendables.

No voy a dar mi opinión sobre si son las dietas la chispa que enciende el peligroso camino a la anorexia, hay personas expertas más cualificadas que pueden analizarlo, aunque sí me permito decir que al parecer y por las opiniones dispares que se reflejan en los medios parece que las causas de la anorexia son todavía muy confusas.

Si queremos buscar vías de solución o contrarrestar los efectos de la publicidad de las dietas:

- Contrarrestémoslas con publicidad informativa, exijamos incluso a las cadenas de televisión una contraprestación por el engaño al que someten las dietas a las personas más indefensas.
- Pidamos incluso la supresión de esta publicidad.

Este es el camino. A partir de ahora posiblemente se podrán denunciar con más posibilidad de éxito en razón de la nueva consideración de delito publicitario.

16.

El delito publicitario en el Código Penal

La última redacción del artículo 285 del proyecto del nuevo Código Penal, ahora en debate en el Senado dice: "serán castigados con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a dieciocho meses, los fabricantes o comerciantes que en sus ofertas o publicidad manifiesten características inciertas de productos o servicios, de modo que puedan causar un perjuicio grave y manifiesto a los consumidores, sin perjuicio de la pena que corresponda aplicar por la comisión de otros delitos".

MAITE URIZAR URIBE

**Psiquiatra.
Galdakao y Basauri**

*Perspectiva
psicosomática
en los trastornos
de la
alimentación*

En mi exposición voy a tratar los “trastornos de la alimentación”, situándome en la franja de la adolescencia, aunque el problema puede afectar a otras edades de la vida, es en este período, en el que la epidemiología nos dice que es más numeroso y más agudo, pudiendo llegar a situaciones críticas.

La adolescencia se le conoce popularmente como la edad del cambio. Etimológicamente “adolescere” significa crecer, ciertamente la adolescencia es el paso entre la infancia y la edad adulta. En realidad, la adolescente no es ya una niña, ni aún una adulta. Este doble movimiento, pérdida de su infancia por un lado y búsqueda de un estado adulto estable por otro, constituye la esencia misma de la crisis, del “proceso psíquico”, que toda adolescente atraviesa.

Su comienzo determinado por la pubertad es más evidente que su terminación.

La información de que actualmente disponemos demuestra que los tipos de adolescencia varían mucho según las culturas, podemos establecer una relación proporcional entre la naturaleza de la adolescencia y el grado de complejidad de la sociedad a la que pertenece, en cuanto a su duración, por ejemplo, en las culturas africanas se determina por los “ritos de paso”, en nuestra sociedad, este período de la vida, se prolonga cada vez más, el status social de hecho y de derecho, está mal determinado y con frecuencia es contradictorio, la inserción social que define la madurez social como final de la adolescencia, es cada vez más incierta con el aumento del desempleo, por ejemplo, describir las líneas de fuerza alrededor de las cuales esta transformación corporal y psíquica se ordenará poco a poco es una tarea ardua y compleja.

Más que cualquier otra edad de la vida, la transformación morfológica puberal y la irrupción de la madurez sexual ponen en cuestionamiento la imagen del cuerpo que la niña había podido constituir progresivamente.

El cuerpo se transforma a un ritmo variable pero de forma global: la silueta cambia tanto para la adolescente como para los que la ven, y además esto ocurre para la niña que se encuentra en la pubertad, tanto si lo quiere como si no.

- El esquema corporal, término de connotación neurofisiológica, proveniente del registro sensoriomotor, corresponde a las diversas proyecciones corticales de esta sensorialidad, es evidente, que las modificaciones puberales se acompañan de una modificación sensible del esquema corporal. Por ejemplo, el cuerpo como referencia espacial varía, la adolescente se enfrenta a la transformación de este instrumento de medida y de referencia en relación con el entorno, que es la percepción de su propio cuerpo.

Ejemplo: en los tratamientos de adolescentes es casi constante el que hablen, como antes para dirigirse a su padre y madre tenían que mirar hacia arriba y ahora en muchos casos lo hacen hacia abajo.

- La imagen del cuerpo, sin embargo, pertenece al registro simbólico e imaginario. La base de la "imagen del cuerpo" es afectiva, su organización depende de la ontogénesis de las pulsiones libidinales y agresivas, de la importancia de los puntos de fijación y de las posibilidades de regresión a tal o cual estadio. Además, la constitución de la "imagen del cuerpo" implica el reconocimiento de un límite, es pues, un proceso simbólico de representación de un límite que tiene una función de imagen estabilizadora y de envolvimiento protector. Este proceder pone al cuerpo como objeto de investimiento y a su imagen como producto de este investimiento. La imagen del cuerpo, pues, está situada en el orden del fantasma y de la elaboración secundaria, representación que a su vez actúa sobre el cuerpo. Este tema es a todas luces claro, en el caso de las anoréxicas que tienen una imagen corporal de gordas, aunque puedan estar en estado caquéctico.

En la adolescencia lo esencial no es reconocerse solamente en un cuerpo, sino en un cuerpo sexuado.

Es evidente que toda conducta centrada sobre el cuerpo incluye en ella misma una parte de actuación y constituye con el paso al acto una dificultad o una defensa relativa frente a la elaboración mental. La simbolización parece menos elaborada, más próxima al comportamiento.

Creo que hay que situar los comportamientos alimentarios, en el marco más general de los trastornos del comportamiento en la adolescencia, o sea, en la "patología de la acción", en oposición a lo que quedará en el marco del espacio psíquico interno de los conflictos puramente mentalizados. Nos parece que en cuanto hay un trastorno del comportamiento esto traduce un cierto fracaso psíquico de los y las adolescentes para hacer frente a los conflictos normales de su edad. La pregunta inmediata que todos y todas nos estamos haciendo es, por qué un aparato psíquico se encuentra desbordado y exterioriza los conflictos a través del comportamiento.

La perspectiva psicósomática, nos puede dar una luz sobre este interrogante.

Para los/as que no estéis familiarizados/as con el tema, diremos que la psicósomática en el sentido más amplio del término, es una forma de analizar y comprender lo que ocurre en las personas, dejando atrás la dualidad cuerpo-mente, es pues, una concepción integradora y que parte de una perspectiva evolucionista, comprendiendo la enfermedad como un

movimiento contra evolutivo. El aparato mental arranca y se forma en estrecha relación con el aparato somático. En los estadios iniciales de la vida, las raíces de las funciones mentales, se instalan en el sistema sensorio-motor con el que se confunde parcialmente. Son muchas las funciones somáticas de relación, hoy nos ocupa una de ellas: la alimentación, que toman forma en función del entorno del lactante y del niño/a de la primera infancia, predeterminando algunos sistemas de actividades mentales privilegiados para el sujeto.

Ejemplo: Paciente bulímica, con poca tolerancia a la frustración y en la que predominaba la actuación, me relató que cuando era bebé, le daban la comida entre su madre y abuela, una cucharada cada una para no oírla llorar.

La construcción psíquica se va organizando poco a poco, a lo largo del desarrollo y se van consolidando modos de funcionamiento privilegiados, que son específicos para cada persona, funcionamientos a los que se vuelve con ocasión de situaciones difíciles, serían como los rellanos de una escalera, cuantos más mejor para parar los golpes. Esto es lo que llamamos puntos de fijación.

Es muy importante pues, la amplitud de estos puntos de fijación, cuantos más haya, mayor es la capacidad defensiva a nivel psíquico y cuantos menos puntos de fijación mayor fragilidad psíquica y por tanto más posibilidades de desbordamiento.

Otro concepto del que tenemos que echar mano para comprender la dinámica de este caso de los trastornos de la alimentación, es el de "traumatismo psíquico", en términos de economía psíquica, se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo en relación a la tolerancia del sujeto y su capacidad de control y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. El traumatismo puede tener un origen externo (un acontecimiento, una pérdida afectiva) o interno.

Con la llegada de la pubertad, se altera el equilibrio precedente, es necesario establecer un nuevo equilibrio y es el psiquismo quien se tiene que encargar de este trabajo.

En aquellas estructuras psíquicas con pocos puntos de fijación, la pubertad puede significar un aflujo de excitaciones excesivas y por tanto verse desbordados en su capacidad, no pudiendo recurrir a otro medio que no sea la descarga en el comportamiento.

Simplificando y resumiendo podemos decir que las diferencias estructurales a nivel del psiquismo son las que marcan la mayor o menor predisposición a los trastornos en el comportamiento y en este caso a los trastornos de la alimentación.

CARME VALLS I LLOBET
Endocrinóloga. Barcelona

*Alteraciones
neuroendocrino-
lógicas y
metabólicas en
la anorexia y
bulimia
nerviosa*

Introducción

1.

El síndrome de la anorexia nerviosa fue descrito ya en el siglo XIX por William Gull. Aunque es posible que sea un viejo trastorno recibe actualmente una mayor atención médica debido a un aumento de la prevalencia sobre todo entre mujeres jóvenes.

El síndrome de la anorexia nerviosa que se inicia con un deseo de adelgazamiento asociado a presiones sociales y alteraciones psicológicas acaba siendo una verdadera enfermedad endocrinológica y de nutrición.

La enfermedad endocrinológica tiene su origen en el cambio de neurotransmisores en el hipotálamo y representa biológicamente una adaptación del cuerpo a un estado crónico de ayuno y emaciación.

La bulimia se presenta muchas veces asociada a la anorexia y de hecho ya se ha asociado a ella en la nueva definición del DSM-IV (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders).

La anorexia nerviosa se presenta sobre todo entre mujeres blancas menores de 25 años y es frecuente en la adolescencia. Presentan: pérdida de peso, cambios en la conducta y amenorrea.

En la población general la incidencia es de 0,24 a 1,6 por 1000 personas, pero difiere según grupos de población. El síndrome se presenta en 1 de cada 100 adolescentes de clase media.

Las bailarinas profesionales de ballet presentan una incidencia de 1 de cada 20 a 1 de cada 5 dependiendo del nivel de competitividad de la compañía estudiada.

Estudios con animales de experimentación (ratas) han demostrado que un aumento de los niveles de actividad física y una restricción en la alimentación puede inducir a un estado de auto-emaciación, lo que indicaría un modelo animal para la anorexia basada en la actividad.

Es muy rara entre población negra, incluidas las bailarinas de ballet lo que hace pensar en unos mecanismos metabólicos más eficientes para manejar una gran actividad con una baja ingesta de calorías.

El riesgo entre gemelos/as es de un 6%. Se ha asociado también con el síndrome de Turner, diabetes Mellitus, y enfermedad de Cushing. La proporción mujeres/hombres es de 9/1 aunque el síndrome se está presentando en hombres que se preparan para una actividad deportiva con restricción en la dieta.

Aunque no exista un trastorno primario hipotalámico, la alteración de minerales y vitaminas (hierro, zinc, calcio, piridoxina, etc...) alteraría la secreción de neurotransmisores, por lo que se producen disfunciones entre diferentes áreas.

Cuando se altera el área media central, se altera el control y liberación de gonadotropinas lo que conduce a la amenorrea. El grupo del Servicio de Endocrinología de San Pablo en Barcelona dirigido por el profesor A. de Leiva ha demostrado un incremento de la secreción nocturna de la melatonina, hormona pineal, que no se inhibe igual que los controles durante el día. Cuando se altera el área hipotalámica anterior y posterior que controlan la termoregulación existe una mala adaptación a las temperaturas extremas y una constante sensación de frío en manos y pies. La alteración del área supraóptica y ventricular altera la sed y la conservación de agua. La disfunción de la zona ventromedial conduce a una ingesta de comida alterada y caprichosa y a un incremento de actividad física.

2.

*Criterios diagnósticos
provisionales en
anorexia nerviosa
Wilson et al:
J. Abnorm
Psychol 100(3):
362-365, 1991*

- A - Negativa a mantener el peso habitual en el rango mínimo por edad y altura, conduciendo al peso habitual a un 15% por debajo de lo esperado.
- B - Miedo intenso a ganar peso, o a convertirse en obesa, incluso cuando se está por debajo del peso necesario.
- C - Trastorno en la forma en que se experimenta el peso, tamaño o forma del propio cuerpo o de alguna parte del mismo. (La persona se "siente obesa" cuando está emaciada o cree que una zona del cuerpo está "demasiado gruesa" cuando está obviamente por debajo de lo que debiera pesar). Negación de la gravedad de la pérdida de peso y exagerada influencia del peso y forma corporal en la propia autoestima y autoevaluación.
- D - En las mujeres ausencia de tres menstruaciones consecutivas.

SUBTIPO BULÍMICO: En períodos de anorexia la persona realiza episodios recurrentes de bulimia compulsiva.

SUBTIPO NO BULÍMICO: Durante los períodos de anorexia la persona no tiene episodios recurrentes de bulimia.

3.

Bulimia

Si bien la bulimia está más presente entre grupos de edad mayores que en la adolescencia, también se presenta entre este grupo de edad asociada a períodos previos de anorexia.

En este caso las personas presentan períodos de hambre compulsiva y utilizan métodos agresivos (vómitos provocados, purgantes, laxantes) para eliminar las calorías.

El DSM III R. estima que la tasa de anorexia entre las chicas de 12 a 18 años oscila entre 1 de cada 800 a 1 de cada 100. Por ello en USA se espera que de 15.000 a 120.000 adolescentes sean anoréxicas en algún momento durante la adolescencia. 4,5 % de jóvenes por debajo de los 20 años serán bulímicas en algún momento. Algunas fuentes recientes indican que en sociedades industrialmente desarrolladas un 20% de las chicas tendrían algún tipo de bulimia.

Los episodios de hambre compulsiva aunque se ingieren grandes cantidades de hidratos de carbono, o comidas grasas (queso, conservas o cualquier comida que encuentren a mano) se alternan con períodos de ayuno y restricción alimentaria. (No se come nada en todo el día hasta las 7 u 8 de la tarde en que se inicia un ataque compulsivo de apetito). Se provoca entonces el vómito, se utilizan laxantes o también diuréticos.

Este síndrome puede presentarse en un 4 a 13% en adolescentes (14 a 17 años) y es más presente entre varones que la anorexia nerviosa: los/as bulímicos/as presentan caída de dientes, dilatación de parótidas, ruptura de estómago, alcalosis metabólica, espasmo carpopedal, hipercarotinamia y pancreatitis. Se ha demostrado una secreción alterada de colecistotkinina.

3.1

SÍNTOMAS FÍSICOS Y ANOREXIA

- Pérdida de peso.
- Amenorrea. Deficiencia fase luteínica. Anovulación.
- Hiperactividad (mental y motora).
- Conducta aberrante, irritabilidad, aislamiento.
- Retirada de la participación en actos sociales.
- Trastornos del sueño.
- Hiperacusia.
- Hiperestesia.

3.2

SIGNOS FÍSICOS

- Caquexia, emaciación, debilidad o deshidratación.
- Signos de shock.
- Procesos infecciosos encubiertos (neumonía, sepsis).
- Procesos inmunológicos. Alergia a tests de la piel.
- Piel (sequedad, palmas manos y pies amarillentos, descamación y apariencia "sucia" de la piel).
- Pérdida de pelo en cabeza y vello púbico.
- Presencia de lanugo o vello más oscuro en el cuerpo.
- Hipotermia (temperatura rectal por debajo de 36°).
- Bradipnea (compensación respiratoria para alcalosis).
- Bradicardia, corazón "tranquilo" (disminuye la tasa de metabolismo basal). Pecho inferior a 60 p.m.
- Hipotensión por debajo de 80/50 mm Hg.
- Soplo cardíaco (raro).
- Edema de extremidades inferiores.
- Signos de deficiencia de estrógenos (sequedad piel, osteoporosis, útero y cérvix pequeño, mucosa vaginal rosa grea.
- Signos androgénicos disminuidos (no acné, no grasa piel).

3.3

ALTERACIONES OBJETIVADAS POR LABORATORIO

3.3.1

QUÍMICAS

- Aumento de BUN. Secundaria a deshidratación.
- Hipercarotinemia.
- Aumento de colesterol sérico.
- Transferrina disminuida.
- Complemento bajo. Fibrinógeno y prealbúmina disminuidos.
- Fosfatasa alcalina y Dehidrogenasa láctica aumentada.

-
- Fósforo sérico disminuido (signo ominoso).
 - Magnesio y calcio disminuido. A veces calcio aumentado.
 - Zinc plasmático y en orina discriminado.
 - Cobre en orina disminuido.

3.3.2

ENDOCRINAS

- LH disminuida.
- FSH disminuida o con secreción alterada.
- GnRh Deficiente.
- Prolactina normal.
- Testosterona baja en hombres.
- 17 Estradiol disminuida en mujeres.
- Cortisol circulante aumentado (no se suprimen dexametadona).
- Glucosa basal disminuida o normal (Aumento unión insulina con células rojas).
- Deficiencia de hormona de crecimiento.
- T4 en límites bajos.
- T3 disminuida. Aumento T3 reversa. TSH normal.
- PTH aumentada por hipomagnesemia e hipocalcemia.

3.3.3

HEMATOLÓGICAS

- Leucopenia con relativos linfocitos.
- Trombocitopenia.
- VSG muy bajo.
- Anemia y Ferropenia.

3.4

TRATAMIENTO

Hay que tener en cuenta que la mortalidad de este síndrome oscila entre un 8 a 18%. La morbilidad persiste en la mitad de los casos durante años con trastornos de la conducta ali-

mentaria, depresiones, conductas obsesivo-compulsivas y problemas en las relaciones sociales.

La muerte se debe a caquexia, a sus complicaciones, incluyendo infecciones insuficiencia renal y cardíaca, arritmias y complicaciones en el equilibrio hidroelectrolítico.

El suicidio se presenta con una incidencia de 5 a 7 %. El tratamiento depende del tipo de anorexia y del consumo de laxantes, diuréticos o abusos de drogas

3.4.1

OBJETIVOS

- Restablecer el peso normal: Ingreso hospitalario si es preciso.
- Administración de minerales en carencia.
- Corrección de la anemia.
- Antidepresivos tricíclicos o fluoxetina.
- Terapia familiar.
- Psicoterapia.
- Psicoanálisis.
- Tratamiento de la osteoporosis (más de seis meses con amenorrea).

3.4.2

PREVENCIÓN

- Diagnóstico precoz.
- Tratamiento antes de que se presente todo el síntoma.
- A veces la consulta por amenorrea puede iniciar el proceso.

3.4.3

PRONÓSTICO

- La normalización del peso. Normalización de la menstruación.
- La ovulación no se normaliza hasta 1 año después.

Bibliografía

- GERACOTTI, T. D. M.; LIDDLE, R. A: *Impaired Cholecystokinin secretion in bulimia nervosa*. N. Engl. J. Med. 1988; 319: 683-8.
- MORLEY, J.E.: "Neuropeptide Regulation of Appetite and Weight". *Endocrine Rewies* 1987; 8: 256-287.
- PIRKE, K. M.; PLOOG, D. W : *The psychobiology of anorexia nervosa*, Springer Verlag, 1984.
- PIRKE, K. M.; VANDERDERECKEN, W.; PLOOG, D. W.: *The psychobiology of bulimia nervosa*. Springer Verlag, 1988.
- WARREN, MITCHEL P.: "Anorexia nerviosa" pp 2679-2691. *Endocrinology*. Vol. 3 Edited by Leslie J. De Groot, 1995.
- ROLLS B.J. y otros: "Food intake, hunger, and satiety after preloads in women with eating disorders". *Am J Clin Nutr* 1992; 55:1093-1103.
- VALLS-LLOBET, Carmen: *Mujeres y hombres: salud y diferencias*. Folio. 1994.

ANGEL PADIERNA ACERO

**Psiquiatra.
Hospital de Galdakao**

*Epidemiología
de los
trastornos de la
alimentación*

1.

- PREVALENCIA

La prevalencia de una enfermedad es el número total de casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad que existen en una población en un momento o periodo temporal dado.

- TASA DE PREVALENCIA=

Frecuencia de casos (todos)

----- (Por 100, 1.000, 10.000 o 100.000)

Población estudiada

- INCIDENCIA

La incidencia de una enfermedad sería el número de casos nuevos que surgen en una población en un periodo temporal dado, usualmente un año.

- TASA DE INCIDENCIA=

Nº de casos nuevos aparecidos durante un periodo limitado

----- (Por 100, 1.000, 10.000 o 100.000)

Población en riesgo a mitad del periodo

- ESTUDIOS DE CASO-CONTROL

Estudios de cohorte, que utilizan una estrategia alternativa, mediante la identificación de nuevos casos de un trastorno y los comparan con sujetos que no han desarrollado la enfermedad y de características similares para determinar el grado de exposición a algunos factores potenciales de riesgo.

TABLA 1.1. Utilidad de los diferentes tipos de estudios

ESTUDIOS DE PREVALENCIA	Detección de las necesidades sociales y médicas de una población dada
ESTUDIOS DE INCIDENCIA	Diferencias poblacionales en la aparición de un trastorno. Detección de posibles factores etiológicos
ESTUDIOS DE CASOS-CONTROLES	Detección de factores de riesgo. Inferencias etiológicas.

2.

Estudios de prevalencia

En la tabla 2.1., se recogen algunos estudios sobre la prevalencia de anorexia nerviosa en algunas poblaciones de riesgo especial por actividad o tipo de estudios o por rango de edad (adolescentes-jóvenes), en diferentes países del mundo desarrollado. De modo similar en la tabla 2.2. se recogen las cifras de prevalencia de la bulimia nerviosa.

TABLA 2.1. Prevalencia de anorexia nerviosa en poblaciones femeninas vulnerables

SUJETOS	ÁREA	EDAD (Edad media o rango)	PREVALENCIA (%)
Estudiantes de ballet	Toronto	18.6+/- 0.3	6,5
	Sudeste de Inglaterra	15.6+/-1.6	7,0
Estudiantes de modelo	Toronto	21.4+/-0.3	7,0
Dietistas	UK	20-39	2,3
Escolares	•	Londres (escuelas privadas) 16+	1,0
		Londres (escuelas privadas) 16-18	1,1
		Londres (escuelas públicas) 16+	0,2
		Londres (escuelas públicas) 16-18	0,14
		Londres (escuelas públicas) 15	0,0
		Goteborg (Suecia) <= 15	0,84
Roma (Italia) 13-20	0,8		
Sur Australia 12-18	0,1		

(Estudios entre 1980-1990)

TABLA 2.2. Prevalencia de bulimia nerviosa en mujeres

SUJETOS PREVALENCIA	ÁREA	EDAD (RANGO)	(%)
Escolares	Londres	16-18	0,37
	Londres	14-16	0,99
A. Primaria	Londres	16-35	1,00
Población urbana	Christchurch Nueva Zelanda	18-44	0,70

Estudios realizados (1983- 1990)

A partir de los estudios anteriores, Hoek (1995), realiza una estimación conservadora de la prevalencia de los trastornos alimenticios en diferentes niveles poblacionales: comunidad, poblaciones que acuden y son detectadas por el/la médico/a de cabecera y las que son derivadas hacia los servicios especializados., en países como el Reino Unido y Holanda.

TABLA 2.3. Prevalencia anual por 100.000 mujeres jóvenes

ÁREA	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Comunidad	370	1500
Atención primaria	160	170
Servicios de salud mental	127	87

Aproximadamente el 43% de los casos comunitarios de Anorexia nerviosa son detectados por los/as médicos/as de cabecera y derivados a los servicios de salud mental (79%). Por el contrario sólo el 11 % de los casos de Bulimia nerviosa a nivel comunitario son detectados por los/as médicos/as de atención primaria y de estos sólo el 51% son derivados.

En nuestro medio, la C.A.E. , aplicando los resultados de los estudios anteriores podríamos obtener las siguientes estimaciones epidemiológicas.

2.1

HIPÓTESIS EPIDEMIOLÓGICAS

- Prevalencia probable aproximada de anorexia nerviosa en la C.A.E.:
1% total de mujeres de 14 -18 años: 700 - 775 casos
- Prevalencia probable aproximada de bulimia nerviosa en la C.A.E.:
1% total de mujeres de 14 - 65 años: 5.000 - 7.500 casos

3.

Estudios de incidencia

En las tablas 3.1. y 3.2. , se presenta un resumen de los principales estudios de la incidencia de los trastornos de la alimentación en diversos países.

TABLA 3.1. Incidencia de la anorexia nerviosa

ÁREA	AUTORES/AS	PERIODO	INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES POR AÑO
SURESTE	Theander 1970 *	1931-40	0,08
SUECIA		1941-50	0,19
		1951-60	0,45
NORESTE	Kendell 1973 #	1966-69	1,60
ESCOCIA	Szmukier 1986#	1978-82	4,06
CANTON	Willi &Grossman 1983*	1963-65	0,55
ZURICH	Willi et al. 1980 *	1973-75	1,12
		1983-85	1,43
MONROE	Kendell 1973#	1960-69	0,37
COUNTY, USA	Jones, 1980 #	1970-76	0,64
DINAMARCA	Nielsen 1990 @	1973-87	1,00
WELLINGTON, NUEVA ZELANDA	Hall & Hay 1991 }	1977-86	5,00
ROCHESTER, MINNESOTA(USA)	Lucas &cols. 1991	1935-79	8,20
HOLANDA (Consultas A.P.)	Hoek 1991	1985-86	6,3

11

* Basado en registros hospitalarios, sólo admisiones, pero incluyendo ingresos médicos, ginecológicos, pediátricos y psiquiátricos.

Estudios de registros de casos.

@ Registro nacional de ingresos psiquiátricos.

} Basado en las derivaciones a una unidad específica de trastornos de la alimentación.

| Estudios comunitarios , incluyendo pacientes no-hospitalizados.

TABLA 3.2. Incidencia de la bulimia nerviosa

ÁREA	AUTORES/AS	INCIDENCIA POR 100.000 HBTS/AÑO
HOLANDA	HOEK (1991)	9,9
NUEVA ZELANDA	HALL & HAY (1991)	6,0

En la C.A.E. , una extrapolación de estos datos epidemiológicos, nos permitiría realizar las siguientes estimaciones epidemiológicas.

3.1

HIPÓTESIS EPIDEMIOLÓGICAS

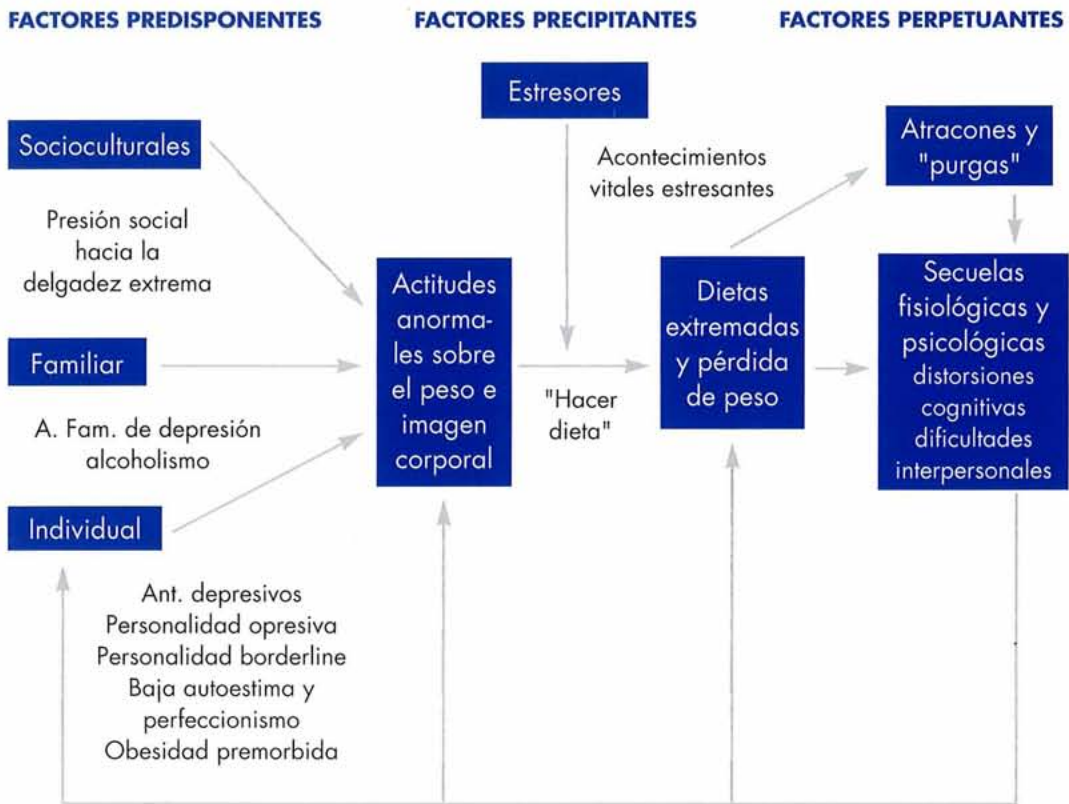
- Incidencia anual probable de anorexia nerviosa en la C.A.E.:
3-5 casos por 100.000 hbts. = 60-100 casos.
- Incidencia anual probable de bulimia nerviosa en la C.A.E.
8 casos por 100.000 hbts. = 160 casos.

4.

Desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la alimentación

En la figura 4.1. se resumen los principales factores de riesgo conocidos para el desarrollo de los trastornos de la alimentación, y en todo caso es necesario señalar que el conocimiento de la causa o etiología de estos trastornos sigue siendo muy incompleto.

FIGURA 4.1. La etiología multifactorial y tendente a la cronificación de los trastornos de la alimentación



5.

Evolución y pronóstico de los trastornos de la alimentación

En las tablas 5.1. y 5.2, se resumen los principales datos de evolución y pronóstico de los trastornos de la alimentación.

TABLA 5.1. Resumen de los resultados de 68 estudios de evolución de trastornos anoréxicos publicados entre 1953 y 1989 (3.104 pacientes en total)

	MEDIA	RANGO
Tamaño de la muestra	47	6-151
Indice de abandonos (%)	13	0-77
Duración del seguimiento (años)	—	< 1-33
Normalización del peso (%)	59	15-92
Normalización de la menstruación (%)	57	25-96
Normalización de los hábitos alimenticios(%)	49	21-97
Recuperación(%)	43	7-86
Mejoría(%)	36	1-69
Cronificación(%)	20	0-43
Mortalidad (%)	5	0-21

TABLA 5.2 Resumen de la evolución probable de la bulimia nerviosa con tratamiento

A LOS 2-10 AÑOS (CON TRAT. CBT)	%
Recuperación	50
Mejoría	30
Cronificación	20
Fallecimiento	2

6.

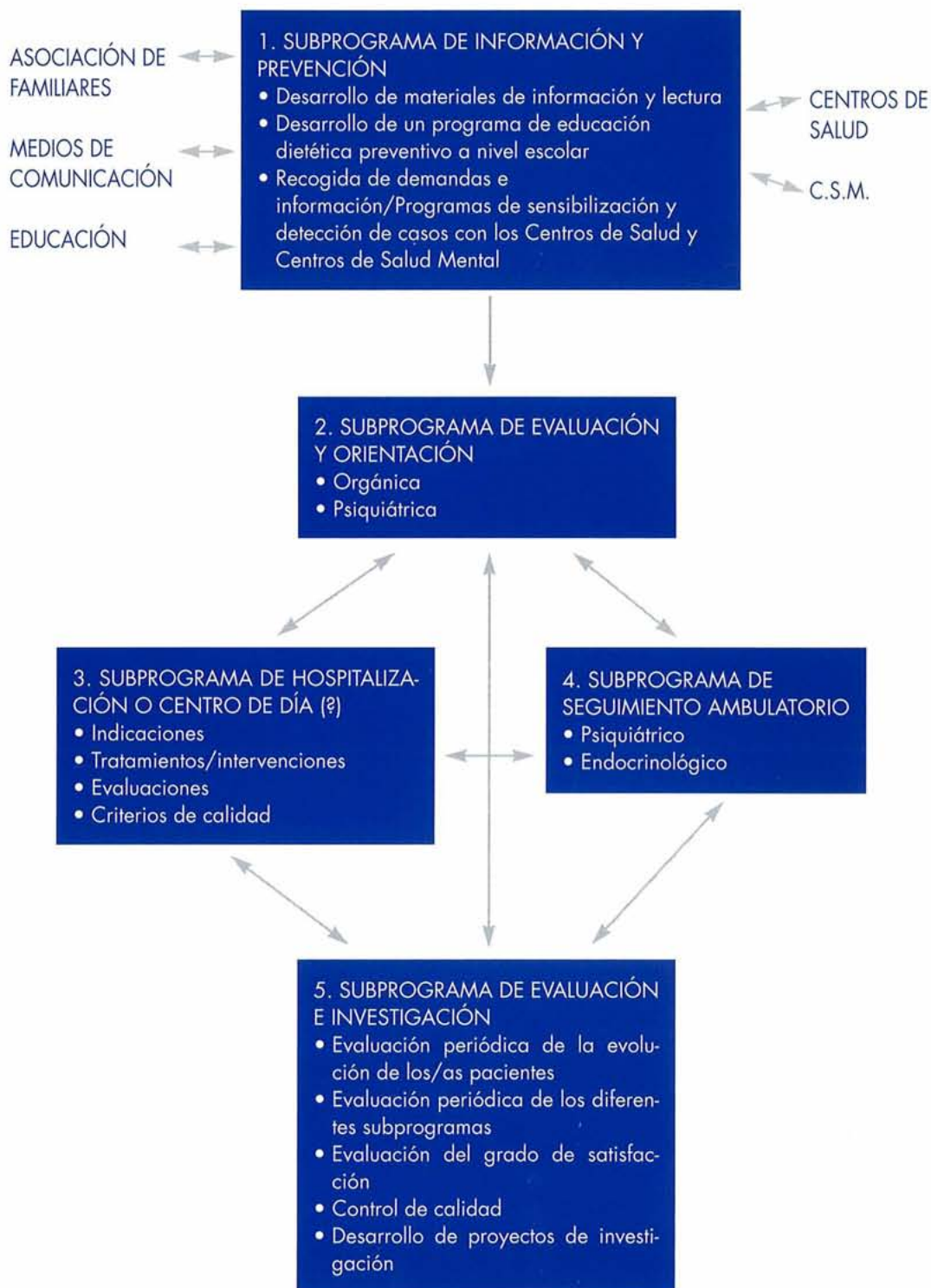
Necesidades asistenciales y preventivas frente a los trastornos de la alimentación

A modo de ilustración en la tabla 6.1. se presenta la demanda asistencial creciente por trastornos de la alimentación en la consulta externa del hospital de Galdakao, desde el inicio de la dedicación a este tipo de problemática en trabajo conjunto de los servicios de Psiquiatría y Endocrinología. En la figura 6.1. se describe someramente el modelo asistencial que propugnamos de desarrollo de Unidades de Trastornos de alimentación, que puedan disponer de recursos adecuados y suficientes, con base uniprovincial, para la acción preventiva y asistencial en estos trastornos.

TABLA 6.1. N° de Casos nuevos en la consulta externa del Hospital de Galdakao

1992	1993	1994	1995 (NOV)	TOTAL
8	17	51	65	141

FIGURA 6.1. Programa de trastornos de la alimentación (Hospital de Galdakao)



Bibliografia

- COOPER, Z.: "The Development and Maintenance of Eating Disorders" en: BROWNELL, K. D.; FAIRBURN, CH. G.: *Eating Disorders and Obesity*. Guilford Press. 1995: 199-206.
- GEORGE HSU, L. K.: "Outcome of Bulimia Nervosa" en: BROWNELL, K. D.; FAIRBURN, CH. G.: *Eating Disorders and Obesity*. Guilford Press. 1995: 238-244.
- HOEK, H. W.: "The Distribution of Eating Disorders" en: BROWNELL, K. D.; FAIRBURN, CH. G.: *Eating Disorders and Obesity*. Guilford Press. 1995: 207-211
- RUSSELL, G.F.M.: "Social Psychiatry of Eating Disorders" en: BHUGRA, D.; LEF, J.: *Principles of Social Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications. 1993. 273-297.
- STEINHAUSEN, H.: "The Course and Outcome of Anorexia Nervosa" en: BROWNELL, K. D.; FAIRBURN, CH. G.: *Eating Disorders and Obesity*. Guilford Press. 1995: 234-237.

**GARBIÑE AGIRRE SAN
SEBASTIAN**

**Presidenta de la Asociación
contra la anorexia y bulimia
de Euskadi**

*Objetivos y
experiencias de
la Asociación
contra la
anorexia y
bulimia de
Euskadi*

-A.C.A.B.E.-

Introducción

1.

La Asociación contra la anorexia y la bulimia, ACABE, se creó en la primavera de 1994. Más tarde, por razones de organización, se registró como ACABE-Bizkaia y ACABE-Gipuzkoa y los objetivos perseguidos son los siguientes :

- La lucha contra la anorexia y la bulimia.
- Concienciar a la Sociedad, Autoridades Sanitarias, a los/as jóvenes y Medios de Comunicación Social, de los graves daños y peligros que sufre la juventud, mayoritariamente femenina, como consecuencia de enfermedades por trastornos del comportamiento alimenticio (principalmente anorexia y bulimia).
- Dar información y asesoramiento a los familiares y allegados/as de las personas que padecen esta enfermedad, respetando siempre a los equipos médicos y psiquiátricos que atienden al paciente.
- Acercar al público en general consejos de prevención y difundir criterios para poder detectar y prevenir los T.A.

2.

Experiencia

En el tiempo que venimos trabajando, observamos que la conducta alimentaria de las chicas, así como la actitud de éstas frente a las comidas, es muy diferente a la de los chicos, y suponen un comportamiento de riesgo.

3.

Educación sanitaria

A la Asociación llegan chicas de 13-14 años demandando información y material para realizar trabajos escolares sobre anorexia y bulimia.

Hay una creciente demanda de asesoramiento a nuestra Asociación de colectivos de padres/madres, así como por parte de la dirección de centros escolares y de F.P.

A menudo, son los/as tutores/as los que vienen acompañando a las alumnas, con síntomas no detectados en el seno familiar.

Por todo ello, creemos necesaria una Campaña de Sensibilización, desde la salud y siempre en positivo, en Escuelas e Institutos (hay experiencia de la Generalitat de Catalunya).

4.

Atención médica en ambulatorios y centros de salud mental

Una vez detectada la enfermedad, y cuando ya la paciente está siendo tratada, observamos una grave falta de información a las chicas y a sus familiares, de síntomas, complicaciones, evolución y secuelas que llevan consigo los T.A.

Son frecuentes los casos en que desconocen las consecuencias de su amenorrea, o el deterioro de sus dientes –producto de sus frecuentes vómitos– o que su estado depresivo o falta de sueño son síntomas de su T.A., etc.

Vemos que por parte de los y las profesionales de atención primaria faltan criterios para detectar la enfermedad. Por supuesto, partimos de la base de que es muy minoritario el número de pacientes que han reconocido su enfermedad y piden ayuda.

Se dan casos donde el personal médico se limita a:

- Decirles simplemente que coman y mandarles alguna vitamina.
- Tratar algún síntoma de forma aislada.
- Enviarlas al ginecólogo/a (pasa el tiempo y ahí queda todo).
- Ven la analítica bien y les dicen que coman.
- Tienen colesterol alto (dato característico en anorexias y/o bulimias crónicas) y les dicen que supriman grasas (paradoja que ha llevado a algún que otro ingreso).

No existe la necesaria coordinación en la atención de esta patología (psiquiatra-endocrinólogo/a). Muchas veces se les pierde la pista y no hay seguimiento (el tratamiento medio es de 3 a 5 años).

La mala asistencia aumenta la probabilidad de que se cronifique.

En los Centros de Salud Mental el servicio que se presta al paciente y a sus familiares es muy diferente. Depende de la población y de su saturación. En algunos casos se han dado largas listas de espera, en otros el intervalo entre cita es exagerado y en muchos, la atención se limita sólo a la farmacológica.

Estimamos urgente y necesario un protocolo de detección precoz en atención primaria, tanto en pediatría como en medicina general, así como formación a este efecto para profesionales de la salud.

Existe una diferencia notable en el tratamiento de los T.A. en las provincias de Bizkaia y de Gipuzkoa. Es mejor la vizcaína, pero se debe a que allí, son algunos/as profesionales los/as que han visto la necesidad de trabajar de forma coordinada y tratan esta enfermedad de manera más conveniente. Se han realizado protocolos serios en el extranjero, donde se ha detectado el aumento de esta patología con varios años de antelación con respecto a nosotros/as.

En España existen estudios serios, como el realizado en Cataluña por el equipo de la endocrinóloga, Dra. Carme Valls, próximo a publicarse.

En Gipuzkoa no hay criterio de hospitalización, según fuentes consultadas y nuestra observación directa. Normalmente, y a partir de los 14 años, las chicas son ingresadas en el Psiquiátrico de San Sebastián (o planta de psiquiatría del Hospital de Gipuzkoa), pero las condiciones de internamiento son prácticamente las mismas que para otras patologías psíquicas (la Comunidad de Madrid cuenta con unidades, en algunos hospitales, específicas para estos trastornos, de forma multidisciplinaria, y con terapias también específicas para los trastornos que estamos comentando).

Como consecuencia de esta situación, se dan casos de primeros ingresos (no infantiles) en el Hospital de N.Sra. de Aranzazu, con resultados muy diferentes a los del "Psiquiátrico". Hay que destacar que la experiencia del primer ingreso puede suponer un fuerte "shock" al paciente, y que de necesitar un segundo ingreso, si éste es mayor de 18 años, sólo podría hacerse bajo mandato judicial.

La Asociación realizó una petición a Osakidetza solicitando la implantación de una unidad de T.A. por provincia. La respuesta fue que no las consideraban necesarias. No veían los suficientes casos :

	1993 11 casos de Anorexia
Ingresos hospitalarios en Gipuzkoa	1994 14 casos de Anorexia (de Bulimia no hay registros hospitalarios)
Centros de Salud Mental	Periodo 1989-1994 (6 años) 161 casos de A/B.

No se tienen en cuenta los intentos de suicidio (bastante frecuente en pacientes con bulimia). En los informes de atención de estos casos, no consta que la causa de la depresión de este comportamiento puede estar motivada por una bulimia.

A pesar del funcionamiento más que precario de la Asociación, en Gipuzkoa, (la Parroquia de M^ª Reina, de San Sebastián, nos cede una sala los jueves de 5,30 h. a 20,30 h. ; funcionamos con teléfonos particulares, con lo cual las personas interesadas tienen dificultad para localizarnos, etc.) la Asociación tiene registrados a lo largo de un año :

140 casos de Anorexia y Bulimia. El 90% son chicas.

En Bilbao, después de un año funcionando con dificultades semejantes a las de San Sebastián (han conseguido una subvención de 1.000.000 Ptas., y Osakidetza les cede 2 salas en el Ambulatorio de Deusto, 2 veces/semana, pero no les permiten dar a conocer su emplazamiento públicamente), tiene registrados:

225 casos de Anorexia y Bulimia. El 90% son chicas.

Es manifiesto que las cifras del 0,25 % que maneja Osakidetza no puede corresponder a la realidad.

Sólo los casos que llegan a la Asociación son la "punta del iceberg", y nos consta que muchos/as posibles usuarios/as no acuden a la Sanidad Pública y optan por la Privada, muy a su pesar, y con elevados costes económicos.

Para las enfermas más graves (cronificadas, con mal pronóstico), vemos necesaria la creación de centros de acogida, donde se pueda controlar su alimentación. En Gipuzkoa, tenemos registrados casi una docena de estados críticos en esta situación.

Así pues, en vista de lo expuesto, apelamos a las personas especialistas presentes en este seminario para que sensibilicen a los y las profesionales de la salud de la importancia de esta patología. Así mismo, nos gustaría que de estas jornadas se desprendiera la conveniencia de:

- Investigar los Trastornos Alimenticios.
- Detección precoz.
- Llamada de atención a los/as profesionales de nutrición que realizan dietas a adolescentes (muchos/as se han "enganchado" desde esta situación).
- Conveniencia de equipos multidisciplinarios: psiquiatra-endocrino/a...

y sobre todo :

- Implicar a los Estamentos Públicos (Sanidad, Educación, Mujer...) y tomar conciencia de la gravedad y del riesgo que tienen las mujeres jóvenes, ante la presión a todos los niveles y los estereotipos sociales cada vez más exigentes con ellas. En un futuro próximo las consecuencias podrían ser lamentables.

BEGOÑA MURUAGA LACA
Filóloga y miembro del Forum
Feminista María de Maeztu

Reflexiones
sobre "el mito
de la belleza"

Introducción

1.

La preocupación por el tema de la belleza es algo que en alguna ocasión y de una manera u otra hemos padecido todas las mujeres. La cuestión es que, lo que en una época preocupaba tan sólo a la juventud, hoy en cambio, es algo que permanece durante toda la vida. Pero una cosa es que haya inquietud y otra bien distinta que se convierta en un problema, y temo que, al menos en nuestra generación, sea más un problema que una inquietud. Por ello, y no por casualidad, se ha publicado en 1991 en nuestros medios, entre otros materiales, el trabajo titulado "El mito de la belleza" de Naomi Wolf, escritora feminista de los Estados Unidos.

Según sus palabras la difusión del mito de la belleza tiene lugar entre los años 30 y 40 del XIX, pero principalmente se centra en las características del mito durante la pasada década. En mi trabajo me ceñiré también a dicho período, tras explicar la manera en que hemos experimentado y "solucionado" este tema las mujeres de mi generación.

Lo que se conoce como "la segunda ola del feminismo", es decir, el movimiento feminista surgido en los Estados Unidos y Europa durante los años 60 y 70, se inspiró en los principios de la izquierda y fue compañero de viaje del movimiento hippy. No es extraño, por lo tanto, que dicho movimiento fuese enormemente beligerante con el mito de la belleza. A la libertad sexual de aquella época se sumaron otro tipo de libertades –o al menos lo creíamos así–, y entre esas libertades estaba la de liberar nuestro cuerpo de cualquier tipo de ataduras: eliminación de sostenes y fajas, vestidos amplios que no marcan las líneas del cuerpo, calzado cómodo, fuera maquillajes, etc.

Los citados elementos no eran sino un testimonio de la opresión hacia la mujer, elementos hostiles a la libertad personal y ejemplo de represión. El objetivo era llegar a ser lo más natural posible, ya que la naturalidad comportaba, además, la comodidad, por lo tanto...

Veinte años después las cosas han cambiado mucho en nuestra sociedad: y las feministas no han sido ajenas a ese cambio.

Según Naomi Wolf "actualmente un conjunto considerable de mujeres posee más medios económicos que nunca, más oportunidades y más derechos legales, pero en lo que hace referencia al nivel de satisfacción con nuestro cuerpo, quizá nos sintamos peor que nuestras todavía no liberadas abuelas (14)".

Yo diría que nuestras abuelas eran totalmente ajenas a esta inquietud. Entonces, y hasta hace bien poco, el atractivo físico de la mayor parte de las mujeres finalizaba al contraer matrimonio o con la maternidad, y el de las restantes con la menopausia. En nuestros días -afortunadamente- se han introducido nuevos elementos gracias a los cuales se ha producido una modificación sustancial en la percepción de nuestro cuerpo.

Por una parte, en la actualidad, ni el propio matrimonio ni la maternidad o la menopausia suponen una limitación equiparable a la que existía en otros tiempos (no voy a extenderme en la explicación de cuánto y cómo se dieron dichos cambios. Si hubiese interés para ello, en el debate podríamos retomar el tema).

Por otra parte, las mujeres nunca hemos tenido un nivel de bienestar semejante al que hoy disfrutamos, y no cabe la menor duda que eso tiene su influjo en el tema que hoy nos ocupa, el de la belleza.

En definitiva, vivimos la cultura del aspecto físico como nunca antes en la historia se ha vivido, con las consecuencias que ello produce en nuestra vida.

Si hace veinte años las feministas, y la ideología izquierdista en general, lucharon en contra de conceder excesiva importancia a la presencia exterior –por aquel entonces lo importante era el elemento intelectual, el cuerpo era considerado como simple envoltorio de la mente–, hoy, por el contrario, podríamos afirmar que lo que prevalece es la apariencia física.

Yo diría que, en nuestros días, transcurridos ya veinte años, estamos atrapadas por el mito de la belleza.

Todos/as conocemos cuáles son esas trampas, no obstante, conviene recordarlo constantemente.

- Es objetivo. El mito nos indica que la belleza es objetiva, que no se fundamenta en la subjetividad personal, sino en la imparcialidad y en la razón. En este ámbito no existe interés económico ni ideológico ni de ninguna otra especie. El mensaje tiene su base en la neutralidad.
- Es ahistórico. El mito actual no es algo que proviene de la moda, por el contrario siempre ha existido. (En ese sentido estoy de acuerdo con lo que se dijo ayer aquí: históricamente siempre se ha concedido mayor relevancia al cuerpo femenino que al masculino, de modo que la belleza ha sido considerada invariablemente como un atributo de la mujer). Sin embargo, en mi opinión, el modelo de belleza ha ido modificándose a través de la historia, de modo que lo que en cierta época fue hermoso hoy no lo sería y viceversa.
- El vínculo de la belleza con la sexualidad, y de la belleza con el amor. En esta cuestión lo que nos vende el mito es que cuanto más bella tanto más atractiva se es sexualmente, cuanto más bella más fascinante.

A mi parecer, los hombres se excitan más fácilmente que las mujeres ante un cuerpo hermoso (en el debate podríamos dialogar sobre sus causas), pero de ahí a disfrutar de unas relaciones sexualmente gratificantes, o al amor, hay un buen trecho, y no creo que ese nexo se pueda establecer tan fácilmente. Lo contrario en cambio es más habitual, esto es, que una mujer no bella, me refiero al sentido estereotipado de la belleza, puede en cambio ser muy atractiva y ser muy querida. Lo uno no excluye lo otro, pero pone la teoría en entredicho.

Naomi Wolf afirma lo siguiente respecto al deseo: "Así como algunos hombres se excitan con la presencia de una mujer hermosa, algunas mujeres sienten placer sexual al pensar en el dinero y el poder de un hombre". En última instancia, si el hombre obtiene prestigio con una mujer bonita, la mujer lo consigue con un hombre rico.

Aparte de eso, las relaciones basadas solamente en la belleza física deben ser excesivamente frustrantes para ambos, puesto que al sustentarse en el exhibicionismo necesitan la aprobación de los demás; pero, al fin y al cabo, la relación sexual siempre vuel-

ve al espacio privado y ahí la mujer bella exigirá al hombre que sea tratada como mujer, no como fetiche.

Por último, y para revolver más las cosas, decir que varias encuestas dirigidas a los hombres vienen a asegurar que las modelos les parecen demasiado delgadas.

A nosotras nos venden el arquetipo de las modelos como panacea de la felicidad, nos empeñamos en seguir ese arquetipo, y caemos en la cuenta de que no conseguimos la felicidad que se nos prometía, y asimismo, que los hombres no nos quieren así. ¿Hay mayor engaño que éste?

- El vínculo de la belleza con la salud. No me voy a extender sobre este tema que ha sido tema central de esta jornada.

No sé si hubiera podido realizarse la conexión con el modelo de belleza de antaño, pero no cabe la menor duda de que los modelos de belleza actuales parecen más cercanos a la enfermedad que a la salud. Es el caso de la anorexia. Y un nuevo dato: el 50 % de las mujeres europeas sigue algún tipo de dieta alimenticia sin consultar a su médico/a.

- No tiene edad. Nadie ignora que el cuerpo va cambiando con los años y que lo que en un período de la vida era beneficioso en otro puede ser perjudicial. Todos y todas sabemos que con la edad el pelo se vuelve cano, la piel se arruga y se engorda más fácilmente; también sabemos, por otra parte, que los productos que nos venden para conservar la juventud (cremas para adelgazar, para las arrugas, pastillas para no engordar, etc.) no sirven de nada, pero sin embargo...

El afán de prolongar la juventud viene de muy antiguo. El hombre siempre ha soñado con ello, tal y como se manifiesta en la literatura y se observa a nuestro alrededor. El problema estriba en que la gente se crea el milagro que debe convertir ese sueño en realidad: una crema, una operación. Por otro lado, no deberíamos olvidarnos de la industria que se mueve a su alrededor. Los datos que se relacionan a continuación se recogieron en los Estados Unidos y se refieren a gastos de:

- Dietética: 32.000 millones de dólares.
- Cosmética: 20.000 millones de dólares.
- Cirugía plástica: 3.000 millones de dólares.

Más allá del mito de la belleza

Afirma Naomi Wolf que la irrupción tan fuerte del mito de la belleza en los últimos años ha sido debido, en una gran proporción, a una reacción opuesta a las conquistas de las mujeres. En su opinión, en el caso de que las mujeres cediesen en sus logros y reivindicaciones esa presión disminuiría en gran medida. Por supuesto, de ningún modo estamos dispuestas a ceder. Por lo tanto debemos de reflexionar para seguir avanzando.

A juicio de Naomi Wolf, para conseguir que cada mujer decida sobre su apariencia, se hará preciso una tercera generación del feminismo. Sus propuestas van en esta dirección:

- a) Al igual que en un tiempo nos preguntábamos cuál debía ser nuestro espacio en la sociedad, hoy nos tendremos que preguntar cuál debe ser el lugar que debe ocupar el aspecto físico en nuestra vida.
- b) La autoestima debe plantearse como una cuestión política, al modo como se planteaban en otros tiempos el trabajo, la independencia económica, etc.
- c) Debemos recuperar el nexo intergeneracional, para evitar caer en la dependencia del mito. Sería lamentable que, a causa de nuestra incapacidad para conectar adultas con jóvenes, las mujeres del futuro tuviesen que enfrentarse a los mismos problemas que nosotras padecemos hace un tiempo.
- d) No deberíamos olvidar que una mujer no siempre se siente bella aunque lo sea en realidad, y que, por el contrario, muchas se sienten bellas aun no siendolo.
- e) En un momento en que tanta importancia se da al aspecto físico, deberemos aprender que eso no es un indicador suficiente para valorar a una persona, y añadiría algo que se mencionó ayer: mientras concedemos tanta importancia a la belleza física, los valores y otras cualidades de la persona permanecen en un segundo plano.
- f) Por último, dice N. Wolf: las mujeres reprochan a menudo a los hombres que no se les escucha, que con mirarlas tienen suficiente. En este momento las mujeres pecamos de lo mismo cuando damos tanta trascendencia a la belleza física.

Con lo que he expuesto no quiero negar el derecho a aspirar a un ideal de belleza, pero sin olvidarnos que precisamente es eso, un ideal, una meta que nunca se alcanza. Mientras tanto, es evidente que para romper con el mito se hace necesario la pluralidad de modelos y que en tales modelos deberá considerarse la edad, las necesidades personales, las peculiaridades físicas y psicológicas, etc.