

**UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**“Estudio Exploratorio Acerca de la Vivencia de un Grupo de
Mujeres Diagnosticadas con un Cuadro de Trastorno
Alimentario”**

Tesis para optar al Título de Psicóloga

Alumna : Virginia P. Piqué Gonzalez

Docente Guía : Beatriz Carrasco

Docente Informante : Carmen Fuentes

Santiago, Enero 1999

INDICE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| I. INTRODUCCION | 3 |
| II. JUSTIFICACIÓN | 8 |
| III. MARCO TEÓRICO | 11 |
| III. I. Introducción al Marco Teórico | 11 |
| III. II. El Modelo Bio-Médico y la Descripción de los Trastornos Alimentarios por.. | 11 |
| III. III. El Contexto Familiar del Trastorno Alimentario. | 15 |
| III. IV. Aspectos Socioculturales y Psicosociales | 24 |
| IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 35 |
| IV. I. Pregunta central | 37 |
| IV. II. Objetivos | 37 |
| V. METODOLOGÍA. | 39 |
| V. I. Justificación de Metodología Utilizada | 39 |
| V. II. Universo y Muestra: | 41 |
| V. III. Instrumento de Recolección de datos | 43 |
| V. IV. Procedimiento del Análisis de Resultados | 44 |
| V. V. Datos de Información General de la muestra al momento de la entrevista: | 45 |
| VI. PRESENTACION DE RESULTADOS | 55 |
| VI. I. Explicaciones y significaciones acerca del diagnóstico de trastorno alimentario. | 53 |
| VI. II. Explicaciones y significados acerca del alimento | 64 |
| VI. III. Experiencias acerca de su cuerpo y su imagen corporal: | 84 |
| VI. IV. Percepción y significado de la interacción familiar: | 114 |
| VI. V. Experiencia acerca del tratamiento: | 134 |
| VII. Discusión | 152 |
| PRIMER APARTADO: EXPLICACIONES Y SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AL T.A. | 152 |
| SEGUNDO APARTADO: SIGNIFICACIÓN DEL ALIMENTO Y DE LOS INTENTOS POR CONTROLAR LA INGESTA | 157 |
| TERCER APARTADO: EXPERIENCIAS ACERCA DEL CUERPO, IMAGEN CORPORAL Y DESARROLLO DE LA PROPIA IDENTIDAD. | 158 |
| CUARTO APARTADO: PARTICIPACIÓN DEL CONTEXTO FAMILIAR EN EL TRASTORNO ALIMENTARIO | 163 |
| QUINTO APARTADO: VIVENCIAS RELACIONADAS CON LOS TRATAMIENTOS | 164 |
| REFLEXIONES: | 166 |
| ALCANCES: | 170 |
| VIII. CONCLUSIONES. | 171 |
| SÍNTESIS FINAL: | 176 |

I. INTRODUCCION

En este estudio, me propongo abordar los problemas que presentan algunas mujeres adolescentes y jóvenes adultas en su relación con el alimento.

Desde el punto de vista de la salud, estas jóvenes se ven afectadas por los efectos y consecuencias que produce mantener a lo largo del tiempo una relación inadecuada con el comer. Aún cuando no existen estadísticas oficiales definitivas acerca del porcentaje de prevalencia en la población adolescente y joven-adulta de nuestro país, el Doctor Gonzalo Zúñiga, presidente de la Sociedad Chilena de la Obesidad, ha afirmado que “según estudios realizados en los ochenta, hasta el 1% de las jóvenes puede contraer anorexia nerviosa, porcentaje que llega al 20% entre modelos y bailarinas”.¹ Esta aproximación, sin embargo, no difiere sustancialmente de cifras obtenidas en estudios efectuados en otros países; por ejemplo, una investigación llevada a cabo en 1994, Canadá, arrojó los siguientes resultados:

- un 10% de las mujeres desarrolla en forma transitoria o permanente un desorden de la alimentación no específico;
- el 5% de la población femenina padece de bulimia nerviosa,
- el 2% de las estudiantes, anorexia nerviosa.

La incidencia por muerte en la anorexia nerviosa ha crecido del 5 al 7% en los últimos 10 años, según cifras de la OPS.²

Además, la mantención de una conducta con características de “desorden de la alimentación” implica graves consecuencias sobre la calidad de vida de las personas que están siendo afectadas, así lo señala Rausch³ :

“Cuando existe un T.A, el problema no es solamente la comida. También los hay de orden psicológico, que no siempre el observador los puede detectar. La persona está obsesionada por la comida y el peso. Esta obsesión puede hacer que tenga atracones, ayunos, vómitos autoprovocados, actividad física compulsiva u otras comidas centradas en

1 El Mercurio de Stgo, 1997; (pág: A-16).

2 Crispo R; Figueroa E; Guelar D. Anorexia-Bulimia. Edit. Gedisa; Barcelona España, 1996. (pág: 22).

3 Rausch C. La esclavitud de las dietas. Edit. Paidós, Bs. As. Argentina, 1996, (pág: 36).

la comida. Esto le genera una preocupación constante que tiñe su existencia y condiciona su estado de ánimo”

Por esto se hace necesario la participación de los profesionales de la salud no sólo en su tratamiento sino también en su prevención, resultando fundamental la realización de estudios e investigaciones que incorporen y aporten nuevos elementos. Es éste último aspecto el que me ha llevado a interesarme en el estudio de este problema.

Habitualmente este tema ha sido abordado desde un enfoque bio-médico, el cual ubica el “problema” en el individuo, hace un diagnóstico que permite clasificarlo, y homogeneiza la sintomatología que presentan todos aquellos individuos pertenecientes a una determinada categoría.

El enfoque teórico escogido para el presente trabajo es la perspectiva de GÉNERO, pues éste, en tanto construcción cultural y psicosocial, define desde nuestra cultura a las personas, prescribiendo un ideal de mujer y otro de hombre. Esto significa en la práctica, la adscripción de características, formas y funciones para cada individuo, hombre o mujer. De este modo, la mujer se define como tal al conjugarse las influencias de su cultura con factores psicobiológicos individuales.

Con el fin de evitar confusiones respecto a la conceptualización de conceptos asociados al Género, presentaré las principales definiciones⁴

- a) Género: categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado que facilita un modo de decodificar el significado que las culturas otorgan a la diferencia sexual, y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana.
- b) Identidad de género: en tanto categoría individual, se entiende como el sello particular que cada persona posee, con respecto al género al cual se adscribe. Involucra la conciencia interna y experiencia de género.
- c) Rol de género: se refiere a las expectativas socialmente creadas sobre el comportamiento masculino y femenino. Estos acogen todas las expectativas asociadas a la masculinidad y feminidad, que van más allá de las diferencias biológicas. Los roles constituyen una trama de comportamientos sociales y psicológicos, actitudes y valores que la sociedad designa para cada sexo.
- d) Perspectiva de género: modelo teórico que se desarrolla a partir de la idea que el comportamiento no sólo es un fenómeno dado por los factores

4 Lamas M. La antropología feminista y la categoría de género en Revista Nueva Antropología, volumen 8, N°30. Mexico, 1986, (pág: 173-198).

biológicos, sino que son tanto o más importantes las variables culturales; de esta forma se abre posibilidades de estudio de las diferencias entre los sexos como construcciones simbólicas y sociales.

Por otra parte, cada contexto sociocultural, y cada persona, atribuye un significado al acto de comer. En la relación que la cultura establece con el alimento, subyacen códigos que definen formas de relación con el comer, y estas interactúan con las representaciones que provienen de experiencias individuales, contribuyendo a determinar las conductas que en la cotidianidad despliega la persona. Así, “la acción de comer, no representa sólo una conducta biológica destinada a la supervivencia, sino que tiene una gran significación sociocultural, e incluso personal”⁵

En este sentido, el papel que juega en el proceso de socialización es fundamental, pues entrega una visión estereotipada y enfatiza las características y conductas que son atribuidas a cada sexo. Desde esta lectura se abre la posibilidad de entender cómo las expectativas de rol que la sociedad tiene respecto a la mujer, pueden estar actuando e influyendo en que ella manifieste una relación inadecuada con el alimento.

Considero que es necesario complementar la perspectiva genérica con un enfoque interaccional, dado que la persona no sólo se constituye intraindividualmente, sino que además se va configurando en el interjuego relacional, por lo que no es posible considerar estos aspectos por separado.

En los contenidos que se presentan a lo largo de este estudio se revisarán los **antecedentes** acerca de este tema, la perspectiva desde la cual ha sido abordado y la **relevancia** que podría tener la presente investigación, para una mayor comprensión de este fenómeno.

Posteriormente se expondrá el **Marco Teórico**, constituido por la síntesis de los hallazgos en el tema, organizados de acuerdo a:

- la perspectiva bio-médica: en este punto se encontrarán detallados los rasgos que caracterizan a cada uno de estos cuadros, con la intención de brindar información respecto a los criterios que están a la base del diagnóstico médico, así como de facilitar la comprensión de la sintomatología que subyace a dichos trastornos.

5 Cervera. S. Los trastornos del Peso, Edit. Rialp, Madrid, 1990. (pág:78).

- la perspectiva relacional, en la que se conceptualizará, en un abordaje sistémico, la interacción al interior de la familia y su relación con la aparición de alteraciones en la conducta alimentaria. Complementaré este enfoque abordando los hallazgos evolutivo-relacionales, es decir, cómo la adolescencia como etapa individual, transcurre en un soporte interaccional familiar.

- el contexto sociocultural, que influye y ejerce presión, así como impone y regula ciertos modelos de comportamiento, de modo que los individuos de un mismo contexto comparten formas de vivenciar y experimentar el mundo y de responder frente a las situaciones que le toca vivir.

De este modo, se pretende abordar aquellos aspectos que se hallan involucrados y participan en la configuración y manifestación de los comúnmente llamados "Trastornos de la Alimentación".

Se revisarán también los términos básicos que forman parte del tema, su conceptualización, y la posible relación entre ellos.

A continuación del Marco Teórico, se expondrá el **planteamiento del problema** de investigación, incorporando en éste: la pregunta central, las preguntas-guías del estudio y los **objetivos** del presente trabajo .

Posteriormente se abordarán los **aspectos metodológicos**, como por ejemplo, el carácter descriptivo-exploratorio del estudio que se realizará, las características del grupo de sujetos que proporcionarán la información, los diferentes aspectos que participan en el fenómeno de acuerdo a lo visto en el Marco Teórico, cómo estos aspectos se incluyen en el instrumento de recolección de datos, y las características de éste instrumento. Es importante también mencionar que aquí el abordaje de este tema se hará desde la propia vivencia y experiencia de las jóvenes entrevistadas, en relación a su problema con el comer, con el objetivo de complementar los hallazgos de otros estudios centrados principalmente en los aspectos psicopatológicos, y profundizar en los aspectos psicosociales involucrados.

El **análisis de datos** dará origen a la presentación de resultados que de él se deriven y su relación con los objetivos planteados.

Finalmente, conforme a los resultados que se generen de este trabajo, se llevará a cabo una **discusión** que incorpore aquellos aspectos más

relevantes, y se harán recomendaciones de acuerdo a las implicancias observadas.

Las expectativas que me he planteado en este estudio, son aportar antecedentes a la construcción psicosocial de estos “trastornos”, con la ayuda de los relatos y significados que para las afectadas tienen los aspectos interaccionales y de género que intervienen en él.

II. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la alimentación resultan un cuadro de enorme complejidad dado que para su aparición, desarrollo y prevalencia, coexisten factores individuales (biológicos, físicos y psicológicos), con otros socioculturales, antropológicos, económicos e incluso políticos, dificultando la posibilidad de llevar a cabo un examen e investigación exhaustiva de los componentes que lo constituyen.

Aún ante la ausencia -en nuestro país- de registros oficiales respecto a la incidencia que tiene en la población el T.A., de todos modos se reconoce que ellos han ido en aumento (Behar R. Vivanco N. Carrasco E). Por otra parte, si bien se carece de información precisa acerca de la efectividad de los tratamientos efectuados, resulta indiscutible que este problema afecta a un grupo importante de nuestra población, sobretodo mujeres jóvenes, poniendo en riesgo su salud mental, y deteriorándose su salud física (ausencia de menstruación, irritación gástrica y esofágica, paro cardíaco u otras complicaciones fisiológicas) al extremo de provocarse la muerte (Tannenhaus N. op.cit) . “La muerte se produce en porcentajes que oscilan entre el 5% y el 10%, y puede ocurrir tanto en la fase aguda del proceso como en el transcurso evolutivo del mismo, siendo las dos causas fundamentales de muerte: las complicaciones metabólicas derivadas de la caquexia, y los actos suicidas”⁶ (Behar, R.).

Por otra parte, ninguno de los restantes miembros de su familia queda libre de verse afectado de alguna manera; todos ellos sufren al participar de un contexto familiar “disfuncional”, en que tiende a hacerse cada vez más crónica una dinámica de mantenimiento del problema. En nuestro país se ha investigado el rol de la familia en la aparición de los T.A, arrojando resultados como que ellas presentan un “gran contraste entre una apariencia de unión y normalidad y la existencia entre sus miembros de conflictos subterráneos e inconfesados...”⁷

La importancia de estudiar este tema también radica en que la gran mayoría de los casos afecta a mujeres, las que constituyen una población de gran influencia en la sociedad en general, tanto por su creciente participación

⁶ Behar R. Figueroa G. Apreciaciones de Interes sobre Anorexia Nerviosa y Bulimia; cap. Anorexia Nerviosa: El surgimiento de una Psicopatología Femenina Contemporanea. Compilación de trabajos 1992-1997. (pág.:26).

⁷ Doerr O.; Petrasic J.; Morales E. El rol de la familia en las patogénesis de la anorexia nerviosa. *Acta psiquiátrica.Psicológica. América Latina* 1988, 34 (pág:36).

en la vida pública, como por la fundamental función de socialización para las nuevas generaciones. “Desde mediados de la década de los 60’, no sólo la A.N, sino también la Bulimia, han adquirido progresivamente características epidémicas...Hoy se estima que al menos el 10% de las mujeres americanas han experimentado algún Trastorno del Hábito del Comer durante sus vidas” (Behar R. op.cit. pág:72)

Otra razón importante que justifica este estudio, es que la mayoría de los casos de T.A se dan en personas adolescentes o jóvenes, es decir, en una edad clave para el curso de su vida: durante este período ocurren cambios fisiológicos fundamentales en el sistema nervioso, muscular, reproductivo, y otros; se construye la identidad, se prepara para ingresar a la vida adulta, se inicia el acercamiento íntimo al sexo opuesto, etc, lo que lo hace decisivo en cuanto al desarrollo del futuro adulto en nuestra sociedad. “En un sondeo preliminar efectuado por el Depto. de Psiquiatría de la U. de Valparaíso en 1991 en muchachas adolescentes en edad escolar de diversos establecimientos educacionales de la V Región, el 18% de ellas evidenció rasgos subclínicos o latentes compatibles con A. Nerviosa y/o Bulimia” (Behar R. op.cit. pág:78).

Desde otro punto de vista, estudiar estos complejos “trastornos”, desde una perspectiva sociocultural, puede ayudar a ejemplificar y esclarecer las dificultades que tiene la mujer en nuestra sociedad y nuestra cultura.

En particular, debido al indudable impacto que ejerce la cultura a través del establecimiento de códigos sociales, y la inclusión de prácticas sociales acordes, así como la construcción de metáforas y representaciones sociales sobre las personas y sus vidas, considero esencial el aporte que puede significar -para los profesionales de la S.M que están trabajando en relación a este tema- conocer las significaciones y explicaciones que las jóvenes están dando a la gestación y mantención de su problema.

Por otra parte, podría ser un aporte importante, de este estudio, la complementación de la perspectiva psicosocial con la búsqueda de definiciones y explicaciones desde las propias involucradas, posibilitando una mirada ampliada del fenómeno que le permita al lector comprender que las interpretaciones, que hacen las mujeres acerca de su T.A está relacionado con su propia vivencia, por lo tanto con el modo en que define su mundo.

Finalmente considero que esta clase de investigación es útil para desarrollar otros estudios más profundos en el tema, de modo que sirva para

aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente pocos conocidos y obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida de las personas involucradas en un fenómeno con características de T.A.

III. MARCO TEÓRICO

III. I. Introducción al Marco Teórico:

Los llamados “Trastornos Alimentarios” (T.A) han sido considerados un fenómeno típico de esta última mitad del siglo XX. Es en Occidente, que desde hace 25 años aproximadamente, se les considera “enfermedades”, o como síntomas de otros cuadros más patológicos, por lo que se transforman en objeto de estudio de la medicina, de la psiquiatría, y más recientemente de la psicología. (Behar, R. op.cit)

Los T.A ocurren en una sociedad en particular: la sociedad post-industrial de fin de siglo, que se caracteriza por drásticos cambios en las formas de vida, incluyendo el ingreso de la mujer al campo laboral.

Las innovaciones en el campo de la economía y tecnología van determinando y dictando nuevas formas y estilos de vida: la mujer sale del hogar, comienza a ser exigida en ámbitos distintos simultáneamente, disminuye el tiempo que se dedica a la elaboración y consumo del alimento. En gran medida, debido a esto, se pierde el significado de comer como un “espacio de convivencia”. No es extraño que surja a fines del siglo XX, en algunas mujeres, una relación inadecuada y problemática con el alimento.

A continuación abordaré el tema de los T.A. desde el modelo tradicional bio-médico, que ha tratado estos problemas en base a la descripción de los síntomas que presentan y la clasificación en categorías diagnósticas.

III. II. El Modelo Bio-Médico y la Descripción de los Trastornos Alimentarios por el DSM-IV:

El modelo biomédico se ha caracterizado por la reducción de las formas complejas de la vida a ciertos elementos fundamentales, para luego sintetizarlos comprendiendo en ellos al hombre y sus enfermedades.

Esta visión que se instala en el campo de la biología, domina la actitud de los médicos ante la salud y la enfermedad. La tarea del médico se limita a intervenir física o químicamente para corregir las “fallas” que se producen en

el sujeto. El saber médico se transforma en un saber sobre la enfermedad, no sobre el individuo, el que interesa al médico sólo como terreno en el que evoluciona la enfermedad, sin integrar la influencia que tienen las diversas formas de vida y de cultura en el ser humano en relación al “enfermar”, ni la articulación entre salud, familia y sociedad.

El abordaje bio-médico ha estado dirigido a la resolución de la “anormalidad” física principalmente, utilizando para ello medicamentos para aliviar algunos “síntomas y facilitar la recuperación, por lo que ha resultado útil en el tratamiento de pacientes con T.A, pues en gran medida se ha preocupado del riesgo de muerte de la paciente así como de evitar un mayor deterioro físico y/o de una depresión que agrave el cuadro. Por otra parte, este modelo ha resultado insuficiente al no reconocer la multicausalidad de estos trastornos, deja fuera información que permite visualizar elementos de contexto en que se desenvuelve cada sujeto, la interrelación entre los factores bio-psico-sociales, así como las significaciones que el sujeto asigna a su propia vida. Por otra parte, esta postura implica a la vez una estandarización de los cuerpos y una homogeneización de los tratamientos, lo que disminuye la posibilidad de que ellos resulten efectivos.

De acuerdo al DSM IV, los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Entre aquellos trastornos especificados que aparecen clasificados, destacan la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. La primera estaría caracterizada por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. En tanto que la bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de ambos es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

La categoría “trastorno de la conducta alimentaria no especificada” (TANE), se refiere a los Trastornos del Hábito del Comer (T.H.C) que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Dentro de estos últimos, considero para efectos de mi estudio, el Trastorno del Comer Compulsivo, caracterizado por atracones recurrentes, en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada, típica de la bulimia nerviosa.

1.- Anorexia Nerviosa:

- ◆ *Intenso temor de convertirse en obesa que no disminuye a medida que la pérdida de peso progresa.*
- ◆ *Distorsión de la imagen corporal; por ej. sentirse "gorda" aún estando muy delgada.*
- ◆ *Perdida significativa de peso (al menos el 25% de su peso corporal normal).*
- ◆ *Rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal.*
- ◆ *No hay una enfermedad física que produzca la pérdida de peso.*
- ◆ *Amenorrea (pérdida de la menstruación).*

Fuera de restringir su dieta, las anorécticas pueden acelerar la pérdida de peso provocándose el vómito, tomando purgantes, diuréticos o realizando rigurosos ejercicios físicos.

Aquellas personas que inician una dieta, y son más vulnerables, al comenzar a perder peso, sienten que adquieren una nueva forma de control sobre ciertos aspectos de su vida en los cuales no se sentían eficaces o fuertes.

2.- Bulimia :

- ◆ *Episodio de comilona con conciencia de que el patrón alimentario es anormal.*
- ◆ *Intentos repetidos para perder peso a través de dietas severamente estrictas, vómitos provocados, uso de purgantes, diurético o ejercicio físico excesivo.*
- ◆ *Temor de no ser capaz de parar de comer voluntariamente.*
- ◆ *Ánimo depresivo.*
- ◆ *Pensamientos de autodesprecio a continuación de las comilonas.*

La comilona habitualmente ocurre en secreto. Puede ser planeada de antemano o surgir de repente al primer mordisco de alimento. La bulímica constantemente esta tratando de controlar su urgencia de comer. Cuando la comilona empieza todos los sentimientos se bloquean; el alimento actúa como anestesia. La comilona deja a la bulímica agotada e incómoda, con sensación de vergüenza y culpa.

3.- *El Comer Compulsivo*

- ◆ *Comilonas episódicas con conciencia de que el patrón alimentario es anormal.*
- ◆ *Temor de no ser capaz de parar de comer voluntariamente.*
- ◆ *Animo depresivo.*
- ◆ *Pensamientos de autodesprecio a continuación de las comilonas.*

Un comedor compulsivo puede o no ser obeso. El cuadro se instala gradualmente al comienzo de la niñez cuando se forman los hábitos alimentarios. A veces la familia usa el alimento para expresar sentimientos para sentirse mejor o para llenar el tiempo vacío. Cuando el CC aparece en la adultez temprana generalmente es a consecuencia de un estrés que provoca sentimientos y emociones que el paciente no puede manejar apropiadamente.

Desafortunadamente el C.C todavía no es tomado lo suficientemente en serio en nuestra cultura. Esta afección es un problema que puede interferir gravemente la vida de una persona en varios sentidos (Behar, R. op.cit pág: 6-11).

III. III. El Contexto Familiar del Trastorno Alimentario.

Cuando los hijos ingresan a la adolescencia y necesitan fuertemente individuarse y construir su identidad, la familia debe cumplir con el desafío de apoyarlos en estas y otras necesidades. Munichin ha señalado que entre las tareas esenciales de la familia con respecto al individuo “son apoyar la individuación al tiempo que entrega un sentimiento de pertenencia”⁸

Apoyar la **individuación** significa para los padres especialmente estar dispuestos a la progresiva “separación”, lo que para algunos de ellos resulta intolerable.

Stierlin⁹ ha señalado que el significado de la **individuación** pasa por poder llevar a cabo ciertas modificaciones internas, que son propias de este proceso:

1. Ser capaz y estar dispuesto a trazar fronteras internas y externas...(límites establecidos en relación a los otros particularmente referidos a el propio cuerpo y sus necesidades)
2. Ser capaz y estar dispuesto a definir y alcanzar satisfactoriamente metas y objetivos propios que difieran de los declarados deseables por el medio.
3. Ser capaz y estar dispuesto a aceptar una amplia gama de aspectos contradictorios y a menudo penosos de sí mismo, y resistir la tensión producida por esa ambivalencia.
4. Ser capaz y estar dispuesto a asumir responsabilidad por la propia conducta (algo estrechamente relacionado con el punto 3).

La individuación, en este sentido, se ve acompañada de manera característica por un sentido de libertad personal y autonomía.

En este sentido ha ganado fuerza una visión evolutiva de los T.A apoyada en estudios del desarrollo, en datos epidemiológicos y estudios de seguimiento¹⁰

Algunos de los estudios e investigaciones realizados con familias de jóvenes afectadas por un T.A, anorexia principalmente, han arrojado la

⁸ Munichin S. Técnicas de Terapia Familiar; Edit. Paidós, Barcelona; 1984. (pág:25).

⁹ Stierlin H. Que hay detrás de la puerta de la familia; Edit. Gedisa, Barcelona; 1990. (pág:30).

¹⁰ Carrasco E. Tiempo, individuación, encuadre. Un enfoque evolutivo en la terapia sistémica en adolescentes, con anorexia o bulimia, IV Jornadas de Terapia Familiar. Stgo, Octubre 1998.

información de que la mayor dificultad que presenta la familia para enfrentar el proceso de separación, está asociado a que éste involucra la necesidad de incorporar cambios y efectuar sucesivas reestructuraciones en la organización familiar. En caso de que la familia no cuente con las condiciones y respuestas para hacerles frente, o la suficiente flexibilidad para adaptarse a ellos “no está preparada para la tragedia de la separación y la reestructuración desencadenada por la adolescencia” (Stierlin. H. op.cit . pág:50).

Un T.A. es una patología “evolutiva, y está asentada en una fase singular del desarrollo individual y familiar. El proceso de individuación relacional en la adolescente tiene una dinámica propia...que se sincroniza no sólo con los procesos familiares, sino también con procesos neurobiológicos.” (Carrasco E. op.cit).

Por el contrario, si la familia es capaz de adaptarse con flexibilidad a los cambios evolutivos , y de esta forma apoyar la individuación de su hijo(a) adolescente, y a la vez es capaz de reevaluar sus propias reglas, habrá logrado superar con éxito un momento clave de su ciclo vital, y el(la) adolescente habrá logrado integrar “las habilidades necesarias para enfrentar las exigencias del mundo externo” (Rausch, C. op.cit pág:64). Es por esto que se habla de “co-evolución”, ya que tanto el sistema familiar como sus individuos evolucionan, variando la manera de relacionarse entre los miembros del sistema, aunque el vínculo permanezca.

Sin embargo, en algunas familias, ocurre lo que Jackson denominó “operación rescate”, vale decir emerge al interior de la familia un sujeto -hijo(a)- que con su “enfermedad” permite desviar o evitar la conflictiva y la posibilidad de cambio en las relaciones, recuperándose el equilibrio y estabilidad, aún cuando ella vaya en desmedro del desarrollo y la autonomía del hijo(a) sintomático, y también en desmedro de la evolución de la familia. Stierlin ha dicho “que los síntomas anoréxicos y la atención que se le brinda (a la joven) a raíz de ellos, vuelven a unir a la familia. Ya no hay riesgo de separación”. Y más adelante agrega: “...las cosas quedan como estaban y la unidad familiar vuelve a asentarse sobre bases firmes...La familia ha recuperado un equilibrio que se garantiza duradero gracias a los síntomas que se han vuelto parte integral de la interacción familiar” (Stierlin H. pág:55).

Resulta comprensible que, ante la presencia de una hija con un T.A, sobretodo en los casos de anorexia y bulimia, la familia se reúna en torno de ella, y subordine gran parte de su actividad a este tema, ya que es la vida del hijo(a) la que está en grave riesgo. “La vida familiar se estabiliza alrededor de

este tema, que es aún más amenazante que el originario de la separación”.¹¹ Se considera entonces desde esta perspectiva, que el síntoma en este tipo de jóvenes se transforma en elemento que preserva el equilibrio familiar e impide la natural evolución de la familia.

Por otra parte, es importante considerar el espacio y significado que ocupa el compartir el alimento. Por algún motivo los sucesos familiares, y también sociales, en nuestra cultura al menos, generalmente están acompañados por una comida. Si bien en estos tiempos se ha desinvertido al alimentarse de mucha de su simbología y significado, no se puede ignorar que la persona que va a ser alimentada, al participar del acto de comer, pone en juego sus receptores sensoriales, sus intenciones, su historia personal y familiar, etc., los que inciden en su relación con el alimento. La comida tiene una significación, un sentido y un lugar en cada individuo y en todas las edades de la vida. Nutre y acompaña y nos habla de recibir amor, de recibir cuidados.

Una joven que logra mantener una actitud de rechazo ante el alimento, acompañada de una decisión férrea por obtener una baja en su peso, puede estar significando su búsqueda de autonomía al interior de su familia,...y “una de las maneras de hacerlo está en contravenir los valores familiares que afirman que el brindar comodidad física y abundante comida es la auténtica expresión de genuino amor” (Stierlin H. op.cit pág:50). Por lo tanto, con esa actitud, ella está dando cuenta de un rechazo a “esa expresión de amor, desafiando un principio central del credo familiar e iniciando su individuación en *contra* de los padres” (Id. anterior, pág:51).

Con ello no sólo está indicando necesidad de autonomía frente a ellos, “sino también respecto de su propio cuerpo”. Ludewig afirma que la anorexia “es un fenómeno profundamente interactivo...es un caso paradigmático de conflicto entre autonomía y control, es decir, de individuación”. (Carrasco E. op.cit).

Lo que se va aclarando a través de estos autores es que “lo que a primera vista parecía un avance hacia la individuación y la autonomía, se ve ahora como algo más parecido a una limitación de la autonomía y la libertad personal...”(Stierlin . op.cit. pág.:51)

¹¹ Ludewig K. Un enfoque sistémico al problema psicossomático ejemplificado en la anorexia nerviosa en adolescentes . *Revista Chilena de Psicología Clínica*. año IX, N°13, 1990. (pág:37).

Ciertamente en jóvenes afectadas por un T.A, las problemáticas de la adolescencia están íntimamente ligadas a él; ya que este período se caracteriza por la fuerte necesidad de diferenciarse de sus padres y ser cada vez más autónoma. Así pues, “la joven, incapaz de hacer los ajustes necesarios para adecuarse a la nueva situación, se vuelve hacia la comida como el área sobre la cual puede ejercer un control, que siente perdido en otros terrenos.” (Rausch. C op.cit pág.:63).

Así como el hijo(a) necesita lograr individuación, también tiene como tarea de la edad la construcción de su propia identidad. La identidad se construye en la interacción que el niño tiene con los otros, especialmente con los miembros de su familia u otros significativos. En este proceso resulta fundamental el lugar que se le ha atribuido al interior de su familia, así como la importancia que ella tiene para él. De esta forma, el individuo va adquiriendo un sentido de sí mismo y de su propia valía. “Para el niño su identidad le viene, en su punto de partida, del exterior y resulta de la interacción que le une a su entorno, y del lugar que le asigna su medio familiar”¹².

En el proceso de construcción de la propia identidad es fundamental la configuración de la autoimagen, y en particular, de la imagen del propio cuerpo. Además ésta se constituirá en el constructo interno en que se va a sustentar o apoyar la autoestima, y será un referente fundamental para el intercambio y desarrollo social del individuo.

*...la adolescencia es una de las etapas de la vida en que más atento se está al propio cuerpo, a sus características y desarrollo, a sus semejanzas y diferencias respecto al cuerpo de los demás.*¹³

Por lo general existe dificultad de parte de los adolescentes para incluir su imagen corporal, debido al rápido cambio que el cuerpo va experimentando en esta etapa. La falta de estabilidad que surge en el intento de acomodarse y adecuarse a los cambios de su cuerpo a un ritmo acorde al proceso total que está experimentando, hacen sentirse inseguro e incómodo consigo mismo al adolescente. En ocasiones la falta de capacidad para adaptarse a los cambios corporales, y la lucha por adecuarse a las demandas sociales que presentan las jóvenes con T.A. facilitan la aparición de distorsiones a nivel perceptual, en relación a su propio cuerpo; estos dos componentes han sido relacionados para la perpetuación de un T.A: No

¹² Marc E.; Picard D. La interacción Social. Edit. Paidós, Barcelona, 1992. (pág:64).

¹³ Palacios J. Psicología Evolutiva, cap.: ¿Qué es la Adolescencia?. Edt. Alianza, 1992. (pág:303)

resulta extraño que sea durante la adolescencia, considerada uno “de los períodos en que el joven se encuentra más susceptible a la mirada de los otros, producto de la inseguridad que le generan los rápidos cambios que están operando en su propio cuerpo” (Palacios, J. op.cit. pág.:303), se produzca el más alto porcentaje de personas que se ven afectadas por un T.A, y ello, asociado a la presencia de una “norma estética que equipara esbeltez con belleza” (Rausch C. op.cit pág.:70), hace que se manifieste a través de “una distorsión y desvalorización de la imagen del propio cuerpo”¹⁴.

“ El ambiente familiar, escolar o comunitario sensibilizado puede ser el factor determinante que haga que la adolescente experimente los rápidos cambios corporales a que se halla sometida, como una amenaza del modelo estético cultural vigentes y con ello a su autoestima, autoconfianza y seguridad, y se decida a adelgazar a través de una restricción intensa de la dieta”. (Cervera S. op.cit. pág.:93).

En familias con integrantes que se hallan transitando la etapa adolescente, la preocupación por el aspecto corporal y la valoración que de éste se hace la familia, junto a la valoración de las conductas de autocontrol, son factores predisponentes para un T.A. Se ha descubierto que en algunas familias en las cuales se presenta un desorden alimentario, los padres aparecen “como guiados por el éxito, el rendimiento y los tradicionales conceptos de feminidad y aspecto físico, con una preocupación constante por temas vinculados a la comida, la apariencia y el control”. Por otra parte “algunos estudios muestran que *las opiniones y los juicios de los padres, respecto del tamaño de las diversas zonas del cuerpo*, influyen en la paciente, y podrían condicionar la evolución del trastorno”. (Rausch. C. op.cit. pág.:50)

En la etapa de transición de la adolescencia a la adultez, son también factores de riesgo de adquirir un T.A...“la historia evolutiva previa a la adolescencia, la relación con los adultos y los iguales significativos, el éxito o el fracaso académico” (Palacios. J. op.cit. pág.:304)

Sin embargo, no es posible responsabilizar a la familia como la única responsable de la presentación y desarrollo de un T.A, por cuanto ellos se constituyen en el interjuego e interrelación de distintos factores, intra y extrafamiliares.

“ cuando alguien en una familia desarrolla un trastorno alimentario suele desarrollar un estrés que agrava o bien oculta dificultades previas, ya

¹⁴ Anorexia y Bulimia. Los libros de cabecera Buena Salud. Edit. El Obelisco, Bs.As. 1996. (pág:90)

que inevitablemente involucra a los componentes del sistema familiar” (Rausch C. op.cit. pág.:43).

Posteriormente, la interacción que se da al interior del grupo familiar cuando uno de sus miembros presenta algún tipo de T.A, afecta al contexto en su totalidad: “Los otros integrantes de la familia están implicados o bien por la manera como influyen en las situaciones conflictivas de las que participan, o bien por el modo como responden a la sintomatología del paciente” (Rausch C. id. anterior), ya que muchas veces son los intentos de solución reiterados, y que no funcionan, los que mantienen la situación sin que se produzcan cambios.

Es importante dejar en claro que la presencia de un hijo(a) con un T.A, constituye un gran impacto en la familia y a los padres les resulta generalmente incomprensible e inaceptable la presencia del trastorno en la paciente, generando oscilaciones entre una preocupación, un intenso malestar, y una gran impotencia...”(Carrasco E. op.cit). La participación de los padres en relación a la hija(o) que está afectada por un trastorno alimentario, se reduce en un primer momento a acompañarla por su tránsito por una serie de tratamientos interrumpidos. Cuando los padres llevan a la paciente para que inicie un nuevo tratamiento con otro profesional, “llevan algún tiempo probando distintas actitudes: obligarla a comer o dejarla que lo haga por sí misma; acompañarla o aislarla; vigilarla o no; enojarse o tratarla dulcemente”. (Carrasco E. id. anterior)

En cuanto al momento del diagnóstico, los padres reciben habitualmente -de parte de los médicos- una confirmación “de que el problema es *interno*, está en su psiquis, o en su biología, pero ajeno a su voluntad y a la posibilidad de sus familiares de contribuir a su mejoría...la paciente a su vez, “afirma que su único problema es la actitud de los padres” (id anterior).

En cuanto a factores individuales e interaccionales que participan del problema, se hace necesario integrar los que se han identificado en diferentes investigaciones:

- * En las mujeres, los T.A están más asociados a la presión social que en los varones, en quienes las variables familiares parecen desempeñar un papel más importante.
- * No existen diferencias entre pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y la población en general con respecto a las variables “padres

separados” u “orden de nacimiento”. Esto significa que estos factores no predisponen ni facilitan el desarrollo de esta patología.

* Las familias de las personas con anorexia nerviosa suelen inhibir la agresión y la hostilidad. La falta de estrategias para resolver conflictos en estas familias se asocia a su baja tolerancia y a la dificultad para reconocer y resolver problemas. Este hecho algunas veces organiza rígidamente las interacciones familiares, dando por resultado una parodia de armonía. (Rausch C. op.cit. pág.:43-44).

* En las familias con una hija con anorexia “la traición y la huida son realidades existenciales, en la misma medida en que lo es el juego del martirio”.(Stierlin H. op.cit pág.:43)

También se han encontrado otras características:

- * Escasa comunicación entre sus miembros;
- * Sobreprotección por parte de los padres;
- * Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa;
- * Ausencia de límites generacionales (por ejemplo: jóvenes con papel de madres);
- * Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos;
- * Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo;
- * Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico. (Crispo y otros op.cit. pág.:81)
- * El desarrollo (de estas jóvenes) es profundamente alterado por la patología (Carrasco E. op.cit). Es decir, procesos fundamentales en el desarrollo psicológico se ven profundamente trastornados en los cuadros de T.A
- * El alimento se expresa y hace presente a diario en la vida del sujeto, por lo que “el tema de la comida sigue preocupándola, acosándola y dictando así gran parte de sus actos” (Stierlin H. op.cit. pág.:50); por ejemplo en el caso de las jóvenes “anorécticas” se ha señalado que tienden a preocuparse de la alimentación de los suyos en desmedro de la suya propia.
- * la joven en su intento por responder satisfactoriamente a las demandas de su rol, le produce, paralelamente, lo que “afectaría mayormente a la anoréctica por su inherente modo de ser. Estas pacientes son exageradamente sumisas, serviciales, adaptables y muy consideradas con sus seres significativos La anoréctica comparte con su familia una serie de valores éticos que tienen que ver con principios de esfuerzo individual y autosuperación (Behar R. op.cit. pág.:90).

En cuanto a **supuestos básicos, o de valores**, que son compartidos por la familia de la paciente con anorexia, ellos se expresan en frases como: *"la abnegación eleva a la persona (...) las necesidades y deseos propios no son tan importantes como los de los demás"* (Stierlin H. op.cit. pág.:34). Esta insistencia en la cohesión familiar, el **autosacrificio** y la abnegación, o renuncia personal, pronto se manifiestan en una dinámica de unión que seguramente habrá de interferir seriamente en los progresos efectuados en pos de la individuación, y en la co-individuación y co-evolución a través de toda la familia"(Id. anterior pág.:36). Un elemento concomitante con este autosacrificio, es un marcado "**autocontrol**", lo que por lo general se refleja en un ajustarse a las normas impuestas por el medio". (Id anterior).

La búsqueda de la adaptación social "también entraña la interiorización de **ideales de logros**, como los que emanan de las expectativas y valores de la sociedad". En estas familias, con frecuencia los hijos están "deseosos de satisfacer las expectativas de sus padres y, por lo tanto, son los mas influidos por las actitudes y juicios de valor de éstos"(Id. anterior pág.:38).

La persona diagnosticada con un cuadro de anorexia, presenta "antecedentes de haberse acomodado con aparente facilidad a los requerimientos y las necesidades de los demás; cuando tiene ideas contrarias a las esperables, no sabe cómo expresarlas ni resolver el conflicto que ello le provoca". (Rausch C. op.cit pág.:117). Entonces, en forma inadvertida, la joven comienza a eliminar elementos de su alimentación hasta llegar a la exageración. Estas premisas se manifiestan a nivel relacional "*en una tendencia hacia la fusión, el desmantelamiento u oscurecimiento de fronteras entre individuos y generaciones, y una gran sensibilidad...hacia los procesos mentales y emocionales de los demás*" (Stierlin H. op.cit. pág.:40).

La mayoría de los autores concuerdan en señalar que las niñas anorécticas provienen, en general, "de familias con una gran cohesión y armonía familiar" (Rausch C. op.cit. pág.:62); sin embargo, las reacomodaciones que implica la etapa adolescente, a algunas familias no les son fáciles, "porque amenazan su precario equilibrio...A medida que los hijos crecen, es necesario ir delegando en ellos responsabilidades, decisiones y funciones que previamente asumían los padres. (Id. anterior pág.:141)

En cuanto a la bulimia, parece haber coincidencia en que no es sólo un conjunto de hábitos alimentarios caóticos, sino que entraña mucho sufrimiento y ciertos rasgos de personalidad. Rasgos como: baja autoestima,

dificultad en el funcionamiento social y **gran necesidad de aprobación externa**, son cruciales para el desarrollo de la Bulimia. Estas pacientes son personas que, comparadas con las sanas, suelen manifestar mayor ansiedad, mayor depresión, mayor dependencia química (alcohol, cigarrillos o drogas), más impulsividad, más conflictos y trastornos sexuales, y mayor susceptibilidad en las relaciones interpersonales (Id. anterior pág.:141).

“No hay una familia típica para que se presente la bulimia nerviosa...sin embargo comparada con las familias de las anoréxicas nerviosas, en familias con un miembro bulímico parece haber mayor grado de conflicto familiar y, en general, mayor expresión de desajuste emocional” (Id. anterior pág.:144). Según las estadísticas, los demás miembros de la familia hacen mayor abuso de sustancias químicas (alcohol especialmente), tienen más antecedentes de depresión y tienen más antecedentes de obesidad (Id. anterior pág.:142). La hija con bulimia, presenta problemas a su familia, no sólo, “por sus desarreglos con la comida, sino por su desorden, mentiras, transgresiones, manejo caótico del tiempo y del dinero, y suele tener dificultad para tener un trabajo estable.”(Id. anterior).

Para el caso de jóvenes afectadas por un T.A del tipo comer compulsivo, no fue posible encontrar información acerca de probables características que pudiesen presentar las familias con integrantes con estas características.

III. IV. Aspectos Socioculturales y Psicosociales

Los distintos autores que serán revisados a lo largo de esta sección reconocen en la actualidad, que los T.A se hallan multideterminados, debido a que no es posible identificar tan sólo una causa en el origen del desarrollo de dichos trastornos. Además, cada individuo es único en la configuración de características y en la participación de las diversas causas. Algunos autores identifican causas ubicadas en distinto momento del proceso de construcción de un T.A; de este modo, cada caso presenta factores causales “predisponentes”, factores “gatillantes” y factores “perpetuantes” del problema.

Así entonces, podemos afirmar que los T.A., son claramente de índole bio-psico-social, ya que ellos, como se señalará más adelante, permiten la presentación de conductas que:

- a) ocurren en un organismo determinado, y especialmente si es mujer;
- b) reflejan un cierto tipo de vulnerabilidad individual en cuanto a personalidad y maduración;
- c) ocurren en una familia con determinadas características previas a la aparición del trastorno y que sufre, además, el efecto de la presencia del problema una vez que éste se instala;
- d) ocurren predominantemente en una sociedad en particular: la postindustrial de fin de siglo, marcada por una ética y una estética determinadas, para este caso, la de dar prioridad a la imagen externa por encima de otros valores (Crispo y otros op.cit. pág.:19).

En este momento, en nuestro contexto social actual, adquiere preponderancia tanto como modelo de éxito, como exponente de salud la cultura de la delgadez; así entonces, el alimento (más allá de su directa relación con el vivir, el placer y asociado a una expresión afectiva), el cuerpo (como continente de una psiquis y un yo) sumado a las exigencias paradójales de la cultura, van actuando como facilitadores en la aparición de los Trastornos Alimentarios (T.A). Para Cervera (1990), la relación alimento-cuerpo deja entrever en los Trastornos Alimentarios (T.A.), o Trastornos del Hábito del Comer (THC), una conflictiva que se expresa en la comida (voracidad y/o ausencia de apetito o de alimento) de manera

manifiesta, ocultando en lo latente aparentemente un conflicto emocional que se debate en el cuerpo del sujeto que lo padece.

“Un trastorno alimentario no es solamente un problema vinculado a la comida o peso sino que se debe, en gran medida, al intento desviado de responder a dificultades o conflictos de distintos órdenes (Rausch C. op.cit.pág.:69).

Las estadísticas indican un aumento en los niveles de consumo de los jóvenes, sobre todo adolescentes, y de las mujeres, de artículos de diario revistas y libros que destacan entre sus temas aquellos concernientes a dietas, deportes, moda y estética. Por otra parte es posible percibir un notable aumento en la compra de artículos que están directamente relacionados con los temas mencionados. “En Estados Unidos, la industria de la esbeltez mueve 32 mil millones de dólares...Dieta, cuidado de la piel y cirugía estética son los mandatos que emanan de las revistas actuales para la mujer” (Id. anterior pág.:25). De ello ha resultado en forma paralela aumento en el número de consultas por trastornos de la conducta alimentaria en mujeres principalmente adolescentes y jóvenes adultas.

La preocupación por la estética y la apariencia personal, se han transformado en temas que son de interés y ocupan principalmente a los adolescentes y mujeres jóvenes adultas y por otra parte, a profesionales de ciertas áreas de la salud física y mental.

“ Pese a ello el tema no ha sido objeto de estudios en profundidad en el país - salvo publicaciones puntuales - y tanto el Ministerio de Salud como el Instituto de Salud Pública- carecen de estadísticas. Esto se explica porque los casos se concentran en un sector específico de la población y no constituye epidemia (El Mercurio op.cit. pág.:A-16).

Los trastornos socioculturales asociados al rol de la mujer, como vimos anteriormente, están relacionados con cambios históricos que han ocurrido desde las sociedades agrícolas o artesanales, hasta la pequeña familia moderna, propia de las sociedades industrializadas.

“En las últimas tres décadas cuando se produce el mayor ingreso de la mujer en el campo laboral, las dietas y la delgadez se transformaron en una obsesión cultural masificada. En esta época se considera atractiva, deseable y exitosa a la mujer sólo cuando es delgada y bella” (Rausch C. op.cit. pág.:24).

Paralelamente, la sociedad y cultura occidental instaura y promueve estilos de vida y formas de relación a las mujeres, haciéndoles demandas y exigencias ante las cuales se les hace necesario responder de manera pasiva, o

generando desde sí mismas recursos que les permitan sortear o encontrar alternativas satisfactorias ante cada situación que se les presenta.

“La paradoja de la mujer de nuestra era: es que, a pesar de haber adquirido mayor independencia económica, educativa y autonomía como nunca antes en la historia de la humanidad, se sienta aún insegura frente a su propio cuerpo y se somete sin vacilar a este mandato cultural absurdo” (Rausch c. op.cit pág.:23).

Es así como la imagen de la mujer ha ido cambiando progresivamente: la sociedad ha permitido que salga del hogar y participe del mundo externo. El tener éxito en el trabajo y obtener ciertos beneficios económicos le han dado seguridad, e independencia. Un nuevo concepto más liberal de la mujer postula que, junto con lograr satisfacciones en el posible rol de madre y esposa, es necesario que logre la realización de sus potencialidades... “gradualmente la mujer se ha inclinado por abandonar la vida doméstica/privada en favor de la productividad volcada hacia la sociedad; pero sin dejar por esto de experimentar una poderosa conflictiva entre sus roles paralelos de madre y esposa y su desafío en la realización individual. Se ha dicho por ello que la mujer actual se encuentra atrapada en un complejo dilema entre sentimientos de culpabilidad y frustración”¹⁵

Se puede pensar entonces que en la mujer se genera un “conflicto” de roles, al vivenciar la confrontación entre los diversos roles esperables, con las propias expectativas respecto de su vida. “..esta cultura, construida por otros, describe y adscribe un rol femenino. El estereotipo tradicional de la mujer la describe a ésta como un ser dependiente, pasivo, frágil, fundamentalmente orientada hacia los demás y que obtiene sus satisfacciones de los logros de otras personas”.¹⁶ “..La adaptación al rol genérico femenino, de “connotación inferior” a la del varón, le exige responder a las peticiones propias de su rol que no consideran el que ella desarrolle rasgos como: “ ser activa, productiva , independiente, e incluso competente ...Culturalmente hablando, la feminidad y la consumación de objetivos individuales son finalidades mutuamente excluyentes” (Behar R. op.cit pág.:72)

Si bien la mujer ha logrado un progresivo desarrollo en el ámbito individual, y una incorporación al mundo profesional y laboral, no ha quedado exenta del requerimiento que le hace esta tendencia cultural de la delgadez,... “en épocas en que abundan los alimentos, la delgadez es signo de autodisciplina. Cuando las mujeres sienten presión por demostrar su habilidad

¹⁵ Behar R. Roles Genéricos y Anorexia Nerviosa. Acta Psiquiátrica América Latina, 1992. (pág.:120).

¹⁶ Sepulveda M. Unger C. Comer compulsivo. un nuevo trastorno de la conducta Alimentaria. Tesis para optar al grado de Lic. en psicología. U-Central, 1993.

y capacidad intelectuales, eligen la figura delgada; pero no es así cuando la mujer permanece en el hogar.”(Rausch C. op.cit pág.:24). Se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso: cuantos menos kilos, más logros.

Por otra parte, la sociedad comunica claramente que lo que se espera de una mujer es que sea atractiva físicamente, y los medios de comunicación refuerzan esta idea al exponer a través de mensajes y anuncios publicitarios, cómo “deben ser”: poseer un cuerpo estándar, que corresponde a una imagen corporal “perfecta”, desarrollar una carrera profesional, casarse y ser una madre “ideal”. “El poder de las influencias socioculturales es enorme. Los medios masivos de comunicación bombardean a las personas con imágenes que asocian la felicidad a la figura esbelta...Si a esto le agregamos la industria de los productos dietéticos y los institutos que venden la ilusión de una figura ideal, se comprende que las personas susceptibles sucumban a esta presión” (Id. anterior). Además, la adherencia de la mujer a un modelo establecido socialmente como atractivo físico femenino, representa una garantía de la aceptación, valoración y búsqueda de parte del varón. Podemos concluir, entonces, que paulatinamente nuestra sociedad cambió el modelo ideal de mujer-madre, por un modelo ideal de mujer asociado al éxito social basado en la apariencia corporal.

“El gran número de mujeres que ha caído presa de estos perplejizantes cuadros, ha hecho pensar a ciertos autores en la posible relación existente entre las intensas renovaciones sociales y la rigurosidad de los mecanismos de control ponderal. De hecho, los científicos sociales, catalogan actualmente a los trastornos de la conducta alimentaria como uno de los síndromes ligados a la cultura, en este caso occidental” (Behar R. op.cit. pág.:72).

Conforme a lo expuesto, se puede inferir que la socialización recibida por las personas de esta sociedad, ha enfatizado y entregado una visión estereotipada de los roles atribuidos a cada sexo, lo que se ha llamado “Género”:

“En cada cultura, la diferencia sexual es la constante alrededor de la cual se organiza la sociedad. La oposición binaria hombre/mujer, clave en la trama de los procesos de significación, instaura una simbolización de todos los aspectos de la vida: el *género*. Esta simbolización cultural de la diferencia anatómica toma forma en un conjunto de prácticas, ideas discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. Así, mediante el proceso de

constitución del *género*, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que es “propio” de cada sexo”.¹⁷

Más adelante la misma autora agrega:

“...se construye el género en un doble movimiento: como una especie de “filtro” cultural con el que interpretamos el mundo, y también como una especie de armadura con la que constreñimos nuestra vida..., el género, no sólo marca los sexos sino marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano”.

De esta manera, la comprensión del concepto de Género nos abre la posibilidad de ver cómo las expectativas de rol que la sociedad tiene con respecto a la mujer, en este caso, afectan e inciden en la gran proporción de mujeres en la manifestación de los T.A., dado que las conductas inadecuadas con la alimentación, surgen en relación a determinados conflictos que parecen expresarse en un peculiar modo de relacionarse con el alimento, el cuerpo y los otros: “las conductas bulímicas y anoréxicas surgen en relación a determinadas conflictivas...existiendo una similitud entre la peculiar modalidad de relación con el alimento y el cuerpo y el vínculo con los otros. Por todo esto..., no se trata solamente de modificar una conducta alimentaria” (Cervera S. op.cit. pág.:68)

La belleza, la juventud, el maquillaje, el vestuario, representan medios que le permiten a la mujer exaltar la apariencia corporal y develar su atractivo personal con el fin de elevar la autoestima y reforzar la seguridad en si misma:

“La imagen que dicta la moda es la de una figura delgada. Las mujeres adoptan masivamente dietas estrictas para bajar de peso. Si no fueran tan comunes las dietas, los trastornos alimentarios no serían tan frecuentes.”(Rausch C. op.cit. pág.:25)

¹⁷ Lamas M. Género e identidad, cap:Cuerpo e Identidad. Edit. Uniandes, Bogotá Colombia,1995. (pág.:63)

De este modo la mujer, como ser humano, se define como tal al conjugarse las influencias externas con los factores psicobiológicos individuales; el entorno influye en ella a través de la incorporación de patrones de apariencia física, resultando en un aumento en el número de mujeres jóvenes que padecen algún trastorno alimentario en las últimas décadas. Para J. Toro ¹⁸, “la adquisición de las conductas genéricas, y más concretamente de las implicadas en el papel femenino, están empapadas de culto al cuerpo...La mujer, es decir la adolescente, la casi niña, está siendo presionada intensamente para “castigar” a su cuerpo situándolo dentro de unas dimensiones que en la mayoría de los casos no corresponden a las propias de lo que podríamos denominar espontaneidad biológica femenina”. En tanto, basada en la idea de que en la vida cotidiana las mujeres hay numerosos factores, producto de su socialización, que implican problemas de la salud mental, A. Daskal ¹⁹ agrega:

“Si el encierro dentro del estereotipo femenino produce ciertas sintomatologías características, esta diversidad de alternativas que existen para las mujeres hoy, produce también ciertos malestares que requieren atención y estudio”.

Este modelo de delgadez corporal ha instaurado su presencia, transformándose en un referente para las jóvenes, que las lleva a comparar sus propios cuerpos en relación a las imágenes que promueven los medios de comunicación.

“Un importante elemento de la autestima femenina se deriva de la corporalidad. Frecuentemente la mujer expresa incomodidad con su cuerpo y las sensaciones propias de él “ (Behar R. op.cit. pág.:56).

La generación de una opinión equivocada de si mismo y del propio cuerpo, constituye un riesgo, ya que crea la posibilidad de que “surjan sujetos vulnerables tanto mujeres como hombres, cuyo afán de lo superior e insuperable se confirma... y se traslada a una patología tan autodestructiva como el T.A.” (Behar R. op.cit. pág.:72).

Por otra parte, existen otras presiones complementarias que la sociedad ejerce sobre adolescentes y mujeres jóvenes, como por ejemplo, la difusión de los valores nutricionales de los alimentos, la importancia del control de la ingesta de calorías, la preocupación por mantener dentro de márgenes “normales” la relación peso-talla, el interés por evitar las consecuencias del consumo de grasas sobre la piel (celulitis), etc. Debido a esto la mujer se ha visto en la necesidad de ir trabajando su cuerpo, en y

¹⁸ Toro J. Factores Socio-Culturales, *Revista de Psiquiatría. Fac. Medicina Barna*.1988. (pág.:106)

¹⁹ Daskal A.M. Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres. Primer Congreso Nacional “Mujer y Salud Mental” (mim. pág.:24)

sobre el, efectuando las transformaciones y cambios “adecuados” que le permitan tener cabida en un mundo donde se es uno si se ajusta a una imagen corporal definida externamente, aún cuando las condiciones biológicas, genéticas y físicas no concuerden con la norma. Este desajuste entre lo que se es y lo que se “debe” y “desea” ser, puede gatillar enormes conflictos a nivel psicoemocional, produciendo una verdadera obsesión por operar cambios en la apariencia física.

“lo que implica una presión colectiva ejercida por todos y sobre todos los miembros del conjunto femenino. Quienes encajen en el modelo sociocultural, se sentirán gratificados socialmente por ello, y autónomamente en el momento en que ya hallan interiorizado la normativa” (Toro, J. op.cit. pág.:102).

Es por esto que, ante la presión social de adecuarse a la imagen estética y de deseabilidad social prescrita para la mujer, en cada una de ellas se genera un alto nivel de autoexigencia, empujándola al logro de la perfección, y presionándola implacablemente para que se someta a la tiranía de los dictados de la moda y la estética corporal del momento. “Cada época histórica está signada por un modelo estético del cuerpo basado en determinados estereotipos e ideales que marcan el límite entre lo bello y lo que no lo es”. (Buena Salud op.cit.pág.:13)

Al surgir el deseo y ansia de acceder a distintos objetivos y metas, queda comprometida la pretensión de alcanzarlos, lo que de alguna manera le significa al sujeto desarrollar altos niveles de autoexigencia y de perfección personal y social; aspecto que es característico en cada uno de los trastorno de la ingesta: la tendencia a evaluar de manera crítica la propia conducta, propendiendo a responder a la demanda de los demás con un rendimiento mayor que el requerido lo que, en cierta forma, contribuye a precipitar una desproporción entre la motivación de bajar de peso y otras motivaciones importantes.

“Quienes no cumplan con lo exigido experimentaran la correspondiente ansiedad por su alejamiento respecto del estereotipo, siendo desestimados o autodesestimándose” (Toro, J. op.cit. pág.:102).

Respecto al último aspecto citado cabe destacar la disociación que opera actualmente entre necesidades laborales y necesidades psicobiológicas, dejando entrever un nivel de enajenación y distorsión respecto a la utilidad y función que desempeña nuestro cuerpo, apareciendo éste como un elemento o aparato más para ser utilizado como una máquina que se puede y suele regular, cambiar y corregir “..., en los 80’, aparecerá una *medicalización de la*

vida: la ideología de la salud que dirige los programas de las academias de gimnasia, los productos dietéticos: los cuerpos sanos y fuertes. La disciplina corporal y sexual...será entendida como una nueva pedagogía del cuerpo: el *autocontrol* representa la posibilidad insospechada de *modelar* el propio cuerpo.²⁰ (Kogan).

En cierta medida se puede decir que la cultura occidental se ha vuelto más y más consciente del cuerpo, lo que ha dado paso a prácticas y representaciones que implican una mayor manipulación sobre él y sobre las personas que lo poseen : la sobreestimación actual de la apariencia ha transformado este aspecto en un factor de éxito social y de prestigio público y político. Se exhorta a la gente a ejercer autocontrol y demostrar autonomía en situaciones en que los excesos, en vez de transformarse en facilitadores al momento de tomar decisiones, pueden plantear profundos conflictos y fracasos.

Michel Foucault (1987) ha estudiado largamente las formas en que la sociedad occidental organizó sus controles sociales y su hegemonía ideológica a través del control del cuerpo de la mujer, entre otros mecanismos. "La valoración del cuerpo debe ser enlazada con el proceso de crecimiento y establecimiento de la hegemonía burguesa...en virtud de lo que la *cultura* de su propio cuerpo podría representar políticamente, económicamente e históricamente" (Kogan L. op.cit. pág.:35)

Las formas de alimentación varían según las culturas ya que en definitiva son una manifestación de las mismas y cada sociedad establece sus propios códigos según concepciones específicas, sobre la salud e higiene alimentaria " (Cervera S. op.cit. pág.:78).

Por lo mismo, es posible pensar que los desórdenes alimenticios son expresión corporal de relaciones sociales conflictivas plenas de un significado simbolizado en el cuerpo y en los alimentos.

"Ante la multiplicidad de productos para elegir, el comedor moderno tendría menor control individual ante el alimento que antes en el sentido que sus preferencias parecerían ser más el producto de nuestro sistema económico social, donde el comer, el apetito y el gusto adquieren una extrema complejidad" (Behar R. op.cit. pág.:73).

²⁰ Kogan L. Genero-Cuerpo-Sexo: Apuntes para una Sociología del cuerpo. *Debates en Sociología* N°18, 1993. (pág.:50)

Es probable que la mujer, al estar sometida a altos niveles de exigencia, de presión, y expuesta a demandas confusas y contradictorias, desarrolle altos niveles de estrés. “El efecto principal del estrés es estimular una serie de cambios químicos, físicos y psíquicos que nos preparan para enfrentar una situación (sentida y/o vivida y/o percibida como) potencialmente peligrosa”²¹

Por lo tanto, es posible plantearse la hipótesis de que la presencia de situaciones que superan los niveles de tolerancia del individuo, al mantenerse en el tiempo, pueden generar una pérdida de la flexibilización del individuo, lo que constituye en él una reorganización inadecuada, y esto sería lo que intervendría en la aparición de alteraciones en la conducta alimentaria y, posteriormente en una cronificación de la alteración.

“Desde la amplísima perspectiva biopsicosocial, la A.N. sería la respuesta de una persona dada frente a una circunstancia vital crítica, que constituye un paradigma de interdependencia mutua entre cuerpo y psique como entidad integral. Al mismo tiempo la A.N. cumpliría con los postulados de un síndrome general de adaptación, tal y cual lo reseña Seyle y cuyos eventos gatillantes cubren un vasto espectro...”
(Behar R. op.cit. pág.:13)

Además se suma, a esta particular forma que tienen los individuos de responder -una vez que se ha superado el nivel de tolerancia de éste hacia exigencias provenientes del medio ambiente- el que los conflictos vividos pueden “expresarse” en el cuerpo: “...el apego al rol tradicional obstaculiza la posibilidad de otras propuestas en su vida diferentes de las esperables. El *deber* hacer prevalece sobre el *deseo* hacer. Esta adaptación pasiva se expresa en los síntomas descritos que las hace acudir al médico...” (Burín M. op.cit. pág.:193). Esto, sumado a las demandas y expectativas sociales dirigidas hacia la mujer, (planteadas de manera abierta, encubierta y paradójicamente), que les exigen que sean: maternas y femeninas a la vez, atentas y generosas para con los demás, y a la vez sexualmente deseables, puede traducirse en un “trastorno” corporal lleno de significados.

“El cuerpo se convierte entonces, en un nudo o centro de expresiones, deseos, contradicciones, paradojas, protesta, colusión y resistencia que la persona maneja...Existe un sujeto, una subjetividad que interpreta -aunque sea penosamente- los mensajes externos. Las mujeres no son sólo cuerpos objetivados, son sujetos con cuerpos objetivados.” (Kogan L. op.cit. pág.:44).

²¹ Burín M. El malestar de las mujeres: La Tranquilidad Recetada. Edit. Paidós, Bs.As. 1991. (pág.:196)

En el campo de las ciencias sociales han surgido innumerables estudios que han reconocido la importancia que tienen las representaciones mentales del mundo social. Para Denise Jodelet²², “el concepto de **representaciones sociales** designa una forma de conocimiento común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio designan una forma de pensamiento social(...). En tanto tales, presentan características específicas a nivel de la organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica”. Tanto los códigos, símbolos y conceptos que interpretan y son propios de una sociedad determinada, son transmitidos paulatinamente a través de las generaciones, “re-elaborados a través de la interacción entre individuos y grupos y reconstruidos por los actores sociales en base a la experiencia”. (Id. anterior).

Las representaciones sociales ejercen gran impacto en la vida de las personas, pues ellas participan de sus percepciones a través de categorías construídas por los seres humanos en función de los significados que históricamente se les han ido atribuyendo. Por ejemplo, la recolección, producción y elaboración de los alimentos así como el acto de comer, implican comportamientos socioculturales, son actos significativos asentados en categorías creadas en la interacción social y en las relaciones del hombre con la naturaleza sesgada por la cultura. También se puede identificar el papel de las representaciones sociales en otros ámbitos, por ejemplo en aquel relacionado con el cumplimiento de roles y funciones adscritas socioculturalmente, de acuerdo al sexo y género del sujeto; en el caso de las mujeres es posible reconocer el “instinto materno” (Chodrow, N.) el cual la subordina al hogar y la crianza de los hijos como un destino natural del género, que la vuelve dependiente y la descalifica en comparación con la productividad intelectual del varón socialmente valorada. . “Buena parte de la población a nivel de los valores, creencias e ideología se acoge al tipo ideal, y el horizonte simbólico y el imaginario colectivo están teñidos por la definición ideal tradicional” (Lamas M. op.cit. pág.:186).

²² Winkler M.I. Representaciones Sociales de prácticas mágico-religiosas en una comuna urbana. dic. 1996. Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología. (pág.:3-4)

Es en este contexto, entonces, que se puede situar el sentido y relevancia que adquiere la perspectiva de género como una construcción cultural y psicosocial, dado que la cultura moldea a las personas prescribiendo un ideal de mujer y otro de hombre; de acuerdo al sexo que biológicamente tiene cada individuo, la sociedad puede suponer ciertas características, formas y funciones. Por otra parte, Ana María Daskal señala que la relevancia que adquiere esta perspectiva se relaciona con *“la necesidad de tener siempre muy presente la idea de un contexto de gran complejidad, diversidad y con existencia de contradicciones muy profundas en las prescripciones para varones y mujeres...”* (op.cit. pág.:24)

No es sólo la preocupación, en el contexto social y cultural por el aspecto corporal lo que propicia una mayor posibilidad de que un sujeto tienda o caiga en una conducta alimentaria inadecuada. Además, se requiere para la configuración de un cuadro con características de trastorno alimentario, la influencia de formas de conducta, de ideas, de estilo de crianza, de patrones familiares desarrollados en torno a la comida, y el nivel socioeconómico así como las conductas promovidas por la sociedad y la cultura. Al respecto señala Kogan “en el sector socioeconómico alto se advierte que la subordinación de la mujer se construye exigiéndole un abundante trabajo de apariencia física, a tal punto que se borran los propios límites de su identidad personal, al tratar de imitar los ideales de belleza de turno”.(op.cit.pág.:48).

Sin embargo, esta categoría requiere para su continuidad no sólo del contexto socio-cultural, sino también del soporte interaccional a nivel familiar, pues es a interior de la familia que los seres humanos conocen y aprenden los primeros elementos para su desarrollo ulterior, la familia de hecho, constituye el principal espacio de socialización del sujeto.

“Las relaciones entre el género y la familia se ven como una relación dialéctica. Al mismo tiempo que estructura las relaciones familiares, el género está constituida por éstas.”(Lamas M. op.cit. pág.:184).

En el presente estudio, considerando el enfoque global en que se constituye un T.A, y la relevancia que adquiere el **contexto relacional** y **genérico** en su manifestación y mantenimiento. Se abordará la interrelación entre ambas perspectivas a partir de los relatos, percepciones, explicaciones y atribuciones que hace un grupo de mujeres de su experiencia.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Anorexia Nerviosa ha sido conocida desde la antigüedad...“se le atribuye a Simone Porta, médico napolitano del siglo XVI la 1ª publicación...” (Behar R. op.cit. pág.:13), sin embargo, es sólo desde mediados del siglo XX que ha sido catalogada como enfermedad, siendo incorporada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-III.

En la actualidad se distingue principalmente un trio de “trastornos de la alimentación”: el rechazo compulsivo de alimentos (Anorexia Nerviosa), la sobrealimentación compulsiva (Bulimia Nerviosa) y el sobrepeso crónico (Obesidad); siendo la mirada tradicional la que originó las primeras investigaciones en el tema, reconociendo a cada uno de estos trastornos como enfermedad en sí o como síntomas de otros cuadros patológicos. Posteriormente, se incorporó otro grupo de “trastornos”, considerados también alteraciones de la conducta alimentaria, denominados: Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE), los que no se corresponden con los criterios diagnósticos estrictos de la Anorexia o Bulimia Nerviosa

Fundamentados en los criterios diagnósticos y en los estudios y avances que se han desarrollado en el campo de los “trastornos alimentarios” durante las dos últimas décadas, los autores dedicados al tema señalan que las personas que los poseen, presentan algunos rasgos o características en común: una baja autoestima, una preocupación excesiva por la imagen física y el peso corporal (que conduce al uso de prácticas reiterativas para controlarlo), acompañado de un temor exagerado a engordar. Por otra parte, en la actualidad, se reconoce que “son claramente de índole bio-psico-social”(coexisten factores socioculturales, familiares e individuales), lo que significa que ellos están *multideterminados*, vale decir, que no tienen *una causa* en el origen de su desarrollo (Crispo y otros op.cit. pág.: 19).

“...existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un “trastorno de la alimentación”, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.” (Crispo y otros op.cit. pág.: 51).

Son los modelos Psicoanalítico, Conductista, Cognitivo-Conductual y Sistémico, los que han proporcionado los principales aportes en la descripción y explicación de los T.A., y estos modelos también han “sido utilizados en terapias individuales, familiares y de grupo, tanto para pacientes ambulatorios como internados”, en los casos de tratamientos en anorécticas²³

Aunque la descripción que actualmente se hace de los T.A, así como la multicausalidad de factores intervinientes en la anorexia, la bulimia y otros “trastornos de la conducta alimentaria”, deja en evidencia el entrettejido bio-psico-sociocultural que interviene en la génesis y evolución de los mismos, se hace necesario complementar estas explicaciones con las que están presentes en las mismas jóvenes que han desarrollado un T.A.

Para abordar el tema escogido utilizaré el conjunto de interpretaciones y significados de las propias mujeres de este estudio, entendiendo que “las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas”.²⁴

Por otra parte, es la perspectiva de Género la que permite acceder a la organización de la realidad y la subjetividad de las mujeres , lo que lo hace un elemento preponderante si estamos atentos y observamos que son mujeres las que tienen una mayor predisposición a contraer algún tipo de trastorno alimentario o algún tipo de conducta que altera la relación con el alimento, con su cuerpo y con los otros. Ello expresa:

“... la estrecha relación existente entre los malestares femeninos,...con la vida cotidiana de las mujeres. Lo que ha facilitado poner de relieve la importancia que el rol o la actividad designada tienen en la producción de efectos psicológicos”. (Burín M. op.cit. pág.:192).

²³ Rausch C. Bay L. Anorexia y Bulimia. Amenazas a la autonomía. Edit Paidós, 1993. (pág.:61)

²⁴ Taylor J. Bogdan R. Introducción a los Métodos Cualitativos de investigación . Edit Paidós, 1994. (pág.:24)

IV. I. Pregunta central:

¿Cuáles son las vivencias, significaciones, percepciones, atribuciones, que expresan las mujeres diagnosticadas con un cuadro de T.A, y entrevistadas para este estudio, en relación al inicio, evolución y mantenimiento de su problema con el alimento?.

Preguntas guías:

1. ¿Cuáles son los significados del T.A asociados a identidad femenina, motivaciones y preocupaciones femeninas?
2. ¿Cuál es la percepción e imagen de cuerpo femenino que estas jóvenes toman como referente corporal al evaluar su propio cuerpo?
3. ¿Cuáles son las expectativas, presiones, exigencias y modelos que aparecen asociados al trastorno alimentario en la interacción familiar?
4. ¿Cuáles son las características personales y de auto-percepción asociadas al Género Femenino?.

IV. II. Objetivos

Objetivo general:

Describir lo que un grupo de mujeres -diagnosticadas con T.A- piensan, sienten y suponen que ha generado su trastorno alimenticio y los elementos y/o aspectos que se hallan asociados a él.

Objetivos específicos:

1. Explorar y describir la lectura (cómo vivencian), que hacen las mujeres respecto a la aparición del trastorno, las explicaciones y atribuciones de causalidad que ellas se dan, y cómo ello tendría correspondencia con el “ser mujer”.
2. Conocer qué piensan y/o sienten que es para ellas, y qué creen que los otros esperan de ellas en cuanto a “ser mujer” (cumplimiento de rol).
3. Explicar cómo experimentan y se relacionan con su cuerpo y qué percepciones, sentimientos y emociones han ido experimentando frente a su cuerpo desde el inicio de la pubertad
4. Entender cómo era su relación con el alimento antes del desarrollo del “trastorno” y cómo es actualmente.
5. Descubrir aquellos sentimientos que preceden acompañan y siguen al acto de comer inadecuado.

V. METODOLOGÍA.

V. I. Justificación de Metodología Utilizada:

La presente tesis corresponde a un estudio cualitativo de tipo Fenomenológico ya que el interés de este estudio es la descripción de la vivencia de un grupo de mujeres afectadas por un T.A.

La opción de una Metodología Cualitativa se basa en que un estudio de este tipo, comienza con interrogantes vagamente formuladas, y traducidas en objetivos, estudiando a las personas en el contexto de su pasado y en sus situaciones actuales, lo cual permite experimentar la realidad tal como los otros la significan, no dando nada por sobreentendido. Así también, este tipo de investigación produce principalmente datos descriptivos obtenidos desde la perspectiva del actor social; en este sentido, las personas a estudiar son consideradas como un todo, no reducidas a variables. Estos estudios *“están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace. Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente, y viendo los documentos que producen, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo (...). (Taylor, S. op.cit. pág.:21).*

Para De Schutter (1986), la Investigación Cualitativa constituye una forma de estudio de la realidad social que utiliza como materia básica para sus propósitos la descripción, clasificación y explicación; esto permite comprender del modo más profundo posible una situación determinada ²⁵. Por otra parte, Taylor y Bogdan, señalan: la frase *metodología cualitativa* se refiere en su más amplio sentido a *la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.*(op.cit.pág.:20). Según lo plantea Jacob (1994), la metodología cualitativa, recibe su nombre porque se refiere a cualidades de lo estudiado, es decir, a la descripción de características del objeto en estudio.

En cuanto a la Fenomenología, el análisis que es posible realizar parte de la idea de que “la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo” (Taylor J. op.cit. pág.:21). El situarse desde la posición que asume el sujeto frente a las situaciones, y la

²⁵ Sierra R. Técnicas de Investigación social. Edit. Paraninfo, Madrid, España. 1991.

forma en que vive y cómo experimenta los acontecimientos y hechos, se halla influido por el tipo de experiencia y los significados sociales aprendidos; “las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas” “Y son sus interpretaciones y definiciones de las situaciones lo que determina la acción” (Id. anterior pág.:24).

El proceso de interpretación que lleva a cabo el individuo, está constituido por significados otorgados, los que predisponen a actuar de una manera determinada: “el proceso de interpretación es un proceso dinámico. La manera en que una persona interprete algo dependerá de los significados de que se disponga y de cómo se aprecie una situación” (Id. anterior pág.:25). Si bien los significados aparecen desde una posición personal y única, ya que son elaborados internamente a nivel intraindividual; con la influencia de los significados compartidos a nivel interaccional.

De esta forma se pretende “poder acceder a las distinciones” que las entrevistadas hagan respecto a lo que para ellas significa haber vivenciado, o estar vivenciando, un THC y las explicaciones que ellas proporcionen respecto de la manifestación e incidencia que tuvo dicho trastorno en la vida cotidiana. Esto implica adoptar una perspectiva holística, desde la cual, tanto las personas como los fenómenos no se reducen a variables, sino que son estudiadas en contexto, dejando de lado por parte del investigador la predominancia de sus creencias personales, otorgando validez a todas las perspectivas.

Por las características de la investigación, es una investigación básica, (de tipo descriptivo-exploratoria) porque busca comprender un fenómeno social, pudiendo servir eventualmente de fundamento a otra investigación, por lo tanto, no se pretende generalizar sino poner énfasis en la importancia de la reflexión que de él se genere.

Además, este tipo de investigación no parte con hipótesis pre concebidas, ni tampoco se preocupa de probarlas, pero si es posible ayudará a construirlas. De aquí que el interés de este estudio es derivar hipótesis a partir de los datos obtenidos en él, pudiendo éstas ser utilizadas por investigaciones futuras.

Por último, el instrumento a utilizar será la entrevista, en que los datos se obtienen directamente de la muestra. Específicamente, la técnica para

obtener la información requerida, será la entrevista semi-estructurada en profundidad, técnica que intenta provocar y capturar el modo en que los sujetos se posicionan frente a distintos fenómenos. A través de ellas se pretende obtener semejanzas y diferencias, constituyéndose el discurso en el objeto privilegiado de la investigación siendo el lenguaje no sólo el instrumento sino que el objeto mismo del estudio. (Beltrán, J. 1989).

V. II. Universo y Muestra:

El Universo ha sido definido como: la totalidad de mujeres que padecen o han padecido un cuadro de T.A (Anorexia, Bulimia y Comer Compulsivo), durante los últimos 5 años, y que han sido diagnosticadas por un profesional médico, y habitan en la ciudad de Santiago de Chile y pertenecen a un nivel socio-económico medio y medio-alto. Se encuentran en el rango de edad entre los 15 y 28 años.

En un muestreo teórico el número de “casos” estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada “caso” para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social.

La Muestra de estudio está constituidoLas entrevistadas serán por 123 mujeres, con las mismas características anteriormente mencionadas, con un mínimo de un año de evolución del cuadro entre los 15 y 35 años, correspondientes a los niveles socioeconómicos medio y medio-alto que habitan en la ciudad de Santiago. (En un muestreo teórico el número de “casos” estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada “caso” para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social).

La muestra no es estadísticamente representativa del universo, sino que corresponde a un grupo de adolescentes y jóvenes, con las características señaladas del universo, dispuestas a ser entrevistadas (existe dificultad para acceder a este tipo de población, pues los profesionales que tienden a hacer tratamientos, son renuentes a autorizar la participación de estas jóvenes en algún tipo de investigación).

Las entrevistas fueron concertadas a través de contactos personales con los profesionales Psiquiatras, Psicólogos o Médicos Generales tratantes, y/o a partir del contacto directo con las

entrevistadas, dado el conocimiento del diagnóstico y tratamiento de dichos trastornos. Se llevaron a cabo durante un período de seis meses²⁶, dada la gran dificultad para establecer el contacto con profesionales que hallan realizado tratamiento a pacientes con este diagnóstico, obtener su autorización para acceder a la población tratada²⁷, y por los criterios planteados desde este estudio para conformar la muestra²⁸. Para su realización se requirió en promedio el establecimiento de sólo una sesión de entrevista²⁹, efectuada habitualmente en los lugares actuales de tratamiento (Centros Médicos), trabajo y/o residencia de las jóvenes.

26 Desde el mes de Diciembre de 1997 y hasta el mes de Mayo de 1998

27 Cabe destacar que los profesionales -fundamentalmente Psiquiatras- se mostraron muy reuentes a autorizar el acceso a las pacientes que tratan por tales trastornos. Entre los argumentos que señalaron, mencionaron razones "éticas" aludiendo a que son "pacientes delicadas y fragiles que no pueden colocar en manos de estudiantes de psicología", ni tampoco prestarlas para exhibición, y consideran que autorizar una entrevista puede interpretarse como una falta de responsabilidad personal como profesional. De la misma manera señalaron que se necesitaba un manejo mayor para lidiar con estas pacientes, pues el trastorno es un problema difícil, que se debe evaluar y que la realización de una entrevista podía generar resultados perjudiciales o generar una recaída o representar un retroceso para sus tratamientos. No obstante, aquellos que autorizaron el contacto con las entrevistadas, señalaron hacerlo sólo con aquellas pacientes que para ellos muestran gran avance en su tratamiento, que han salido de él, o bien que a su juicio se encuentran "fuera de peligro".

28 Cabe recordar que los criterios definían tres subgrupos proporcionales en la muestra por cada tipo de trastorno alimentario que se encontraran en período de adolescencia y de adultez joven

29 En este sentido se destaca la gran disponibilidad mostrada por las jóvenes frente a la entrevista, la dedicación y tiempo prestado en la sesión, que en algunas ocasiones tomó más de tres horas.

V. III. Instrumento de recolección de datos

Para este estudio la entrevista parece ser el instrumento adecuado, puesto que allí se conjugan ciertos datos socio demográficos, como nivel socioeconómico, edad y sexo, con otros que correspondan a la experiencia de las jóvenes y su modo de construir la realidad.

Es pertinente explicar que este tipo de entrevistas permite explorar en el ámbito de los significados asignados por este grupo de mujeres a su propia experiencia, por lo que este estudio asume al lenguaje como generativo, ya que queda de manifiesto que el lenguaje trae ciertos mundos a la mano y no otros, lo cual aumenta aún más la complejidad del tema, que ya es una dificultad en sí misma. Como dice Watzlawick “con la búsqueda, con la pregunta, se construye el fenómeno y se constituye el problema”.

El tipo de entrevista consiste en un encuentro “cara a cara” entre el entrevistador y el entrevistado. Su objetivo es acceder a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, expresadas con sus propias palabras. Siguen el modelo de un diálogo fluido, y no de un intercambio establecido de preguntas y respuestas. Por lo que la tarea del investigador es no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas, por lo que el establecimiento del “rapport” (entendido como: *compartir el mundo simbólico de los informantes, su lenguaje y sus perspectivas*. Taylor. op.cit. pág.:55) con los informantes es fundamental, que permita inicialmente preguntas no directivas e indagar lo que es importante antes de enfocar los intereses de la investigación (Id.anterior pág.:101).

La entrevista será concertada directamente con la entrevistada y, por tanto realizada previa autorización de ésta, asegurándole privacidad total y anonimato.

V. IV. Procedimiento del Análisis de Resultados:

El análisis de datos es un proceso dinámico y creativo, en el que se intenta obtener una comprensión más profunda de lo que es estudiado, y se continúan refinando las interpretaciones. Como lo señala López-Aranguren³⁰, “en la actualidad se reconoce que el análisis de contenido puede tener tanto un fin descriptivo como un fin inferencial, y puede utilizar tanto técnicas de análisis cuantitativo como técnicas de análisis cualitativo; también hay acuerdo en que el análisis no está limitado al contenido manifiesto de los mensajes sino que puede extenderse a su contenido latente”. Para aquellos estudios cuyo interés se centra en el contenido, “El objetivo central es entonces la descripción de ese contenido, de su fondo o de su forma. Por lo general, las investigaciones en las que el objetivo principal es la descripción son las investigaciones de carácter exploratorio...” (Id. anterior pág.:466).

La identificación del fenómeno de estudio de esta investigación, requiere para su análisis de los datos la utilización de la técnica cualitativa, ya que ella permite acceder al conjunto de interpretaciones y significados de las propias mujeres de este estudio.

En un primer momento se procederá a la contextualización de la muestra, entendiendo por esto la identificación de “datos duros” o variables que es posible identificar y que tienen relación con los sujetos entrevistados. Esto, a su vez, ayuda a visualizar de manera ampliada, el contexto general en que se ubican estas mujeres, lo que también le da sentido a la experiencia que están relatando.

La totalidad de los relatos obtenidos en las entrevistas será transcrita, para posteriormente organizar la información de acuerdo a grandes áreas temáticas, constituidas en función de los objetivos de este estudio. Luego se procederá a seleccionar cuidadosamente aquellos relatos que tengan relación con cada una de las áreas temáticas más pertinentes, extrayendo de ellos sus diferencias y semejanzas y agrupando los datos dispersos, lo que es respaldado con los relatos, conservando la coherencia de éstos.

Finalmente, se realizará una selección de sub-contenidos a lo largo del estudio, agrupando los relatos que configuran un fenómeno que responde en

³⁰ López E. El análisis de la Realidad Social. Edit. Alianza, 1994. (pág.:462)

cierta forma a las preguntas de la investigación. Estos hallazgos se relacionarán, con elementos del encuadre teórico.

El paso siguiente será agrupar los significados y explicaciones referidos a un mismo aspecto relacionado con las vivencias e interpretaciones para con el T.A., logrando una síntesis de la información proporcionada por las jóvenes y reorganizada en sub-temas.

En las Conclusiones explicaré lo más relevante de cada uno de los sub-temas, privilegiando la mirada Interaccional y Socio-Cultural.

V. V. Datos de información general de la muestra al momento de la entrevista:

V. V.I Datos demográficos:

El número total de personas que fueron entrevistadas para este estudio es de trece mujeres. Todas ellas son mujeres jóvenes entre 15 y 28 años de edad, que han sido diagnosticadas con algún tipo de Trastorno Alimentario hace a lo menos un año, y que han realizado y/o actualmente se encuentran realizando algún tipo de tratamiento.

Los datos de información general de estas jóvenes al momento de realización de la entrevista se resumen a continuación a partir de los siguientes cuadros:

• *Población entrevistada por edad*

31 Desde el mes de Diciembre de 1997 y hasta el mes de Mayo de 1998

32 Cabe destacar que los profesionales -fundamentalmente Psiquiatras- se mostraron muy renuentes a autorizar el acceso a las pacientes que tratan por tales trastornos. Entre los argumentos que señalaron, mencionaron razones "éticas" aludiendo a que son "pacientes delicadas y frágiles que no pueden colocar en manos de estudiantes de psicología", ni tampoco prestarlas para exhibición, y consideran que autorizar una entrevista puede interpretarse como una falta de responsabilidad personal como profesional. De la misma manera señalaron que se necesitaba un manejo mayor para lidiar con estas pacientes, pues el trastorno es un problema difícil, que se debe evaluar y que la realización de una entrevista podía generar resultados perjudiciales o generar una recaída o representar un retroceso para sus tratamientos. No obstante, aquellos que autorizaron el contacto con las entrevistadas, señalaron hacerlo sólo con aquellas pacientes que para ellos muestran gran avance en su tratamiento, que han salido de él, o bien que a su juicio se encuentran "fuera de peligro".

33 Cabe recordar que los criterios definían tres subgrupos proporcionales en la muestra por cada tipo de trastorno alimentario que se encontraran en periodo de adolescencia y de adultez joven

34 En este sentido se destaca la gran disponibilidad mostrada por las jóvenes frente a la entrevista, la dedicación y tiempo prestado en la sesión, que en algunas ocasiones tomó más de tres horas.

| GRUPOS ETÁREOS | NÚMERO DE ENTREVISTADAS | |
|----------------|-------------------------|-------|
| | Nº | % |
| 15 - 18 años | 6 | 46 % |
| 19 años o más | 7 | 54 % |
| TOTAL | 13 | 100 % |

Las entrevistadas son mujeres jóvenes entre 15 y 28 años de edad. De acuerdo a los criterios definidos para la conformación de la muestra, un 46% de ellas se ubica entre los 15 y 18 años de edad (grupo etáreo que las define como adolescentes) y el 54% restante desde los 19 años y más (grupo etáreo que las define como adultas jóvenes).

- *Población entrevistada por estado civil*

| ESTADO CIVIL | NÚMERO DE ENTREVISTADOS | |
|--------------|-------------------------|------|
| | Nº | % |
| Soltera | 11 | 85 % |
| Casada | 2 | 15% |
| TOTAL | 13 | 100% |

Respecto a su estado civil, un 85% de las entrevistadas se encuentran solteras, y en la actualidad la mayoría no mantiene relación de pareja. Sólo un 15% se encuentran casadas y han formado su propia familia recientemente.

• *Población entrevistada por situación ocupacional*

| SITUACIÓN OCUPACIONAL | NÚMERO DE ENTREVISTADAS | |
|--------------------------|----------------------------|-------|
| | Nº | % |
| Estudia | 11 | 84,6% |
| Trabaja | 1 | 7,7% |
| Otros | 1 | 7,7% |
| TOTAL | 13 | 100 |

Respecto a la situación ocupacional, casi el 85% de las entrevistadas se encuentra estudiando, cursando estudios medios, superiores, o se encuentra egresada de carreras profesionales en trámite de titulación. No obstante, al momento de la entrevista un 15% de ellas había congelado sus estudios temporalmente y no estaba realizando otra actividad ocupacional. Del 15 % restante de las entrevistadas, sólo un 7,7% trabaja remuneradamente y el 7,7 % desempeña labores domesticas.

• *Población entrevistada por estrato socio económico*

| ESTRATO SOCIOECONÓMICO | NÚMERO DE ENTREVISTADOS | |
|---------------------------|----------------------------|-----|
| | Nº | % |
| Medio | 5 | 38% |
| Medio- alto | 8 | 62% |
| TOTAL | 13 | 100 |

Dadas las características de la situación socio-económica que refieren las entrevistadas, en un 62% de ellas es posible ubicarlas como pertenecientes a un estrato medio-alto, y el 38% restante pertenecería a un estrato medio.

Población entrevistada de acuerdo al lugar que ocupa en su grupo familiar

| LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA | N° DE ENTREVISTADAS | |
|-------------------------------|---------------------|-------|
| | N° | % |
| Hija mayor | 9 | 69,2% |
| Hija menor | 2 | 15,4% |
| Hija intermedia | 1 | 7,7% |
| Hija única | 1 | 7,7% |
| TOTAL | 13 | 100 |

Cabe señalar que respecto a la situación familiar de las entrevistadas, un 85% de ellas se encuentra viviendo con sus padres o familias de origen, las restantes han formado su propia familia. No obstante, en relación al lugar que ocupan las entrevistadas en sus respectivos grupos familiares de origen, casi en un 70% son las hijas mayores, que en un 53% provienen de familias de entre tres y cinco hermanos. De las restantes, en un 15% son las hijas menores en familias de cuatro o cinco hermanos, en un 7,7% tienen un lugar intermedio y también en un 7,7% son hijas únicas.

VI. V. II. Información general relativa al diagnóstico y tratamiento:

Tal como fue señalado, las trece jóvenes entrevistadas para este estudio han sido diagnosticadas con algún tipo de Trastorno Alimentario hace a lo menos un año, y han recibido o actualmente se encuentran realizando algún tipo de tratamiento con profesionales psiquiatras, psicólogos o médicos generales.

Los datos de información general relativos al momento del diagnóstico y tratamiento de las entrevistadas, se resumen a continuación a partir de los siguientes cuadros:

• *Población entrevistada según el tipo de diagnóstico recibido*

| DIAGNÓSTICO | NÚMERO DE ENTREVISTADAS | |
|---------------------|-------------------------|-----|
| | Nº | % |
| Anorexia | 5 | 38% |
| Bulimia | 4 | 31% |
| Comedora Compulsiva | 4 | 31% |
| TOTAL | 13 | 100 |

De acuerdo a los criterios definidos para la conformación de la muestra, un 38% de las entrevistadas han sido diagnosticadas con anorexia, un 31% con bulimia y el 31% restante como comedora compulsiva.

• *Edad de las entrevistadas al momento de ser diagnosticadas*

| GRUPOS ETÁREOS | NÚMERO DE ENTREVISTADAS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO | | | | |
|--------------------|---------------------------------------------------|---------|---------------------|----|-----|
| | Anorexia | Bulimia | Comedora Compulsiva | Nº | % |
| Menor de 14 años | - | - | 1 (8 %) | 1 | 8% |
| Entre 14 y 18 años | 4 (31%) | 2 (15%) | 1 (8%) | 7 | 54% |
| Entre 19 - 23 años | 1 (8%) | 2 (15%) | 2 (15 %) | 5 | 38% |
| TOTAL | 5 (40%) | 4 (30%) | 4 (30%) | 13 | 100 |

Respecto a la edad al momento de recibir el diagnóstico de trastorno alimentario por un profesional, el 54% de las jóvenes fue diagnosticada entre los 14 y 18 años de edad (adolescencia), y el diagnóstico en el 31% de los casos correspondió a anorexia, en un 15% a bulimia y en un 8% a comedora compulsiva.

De las restantes, el 38% de las jóvenes fue diagnosticada entre los 19 y 23 años (adultez joven), correspondiendo en un 15% a bulimia, en otro 15% a comedora compulsiva y sólo en un 8% a anorexia. Únicamente el 8% de las entrevistas fue diagnosticada antes de los 14 años, como comedora compulsiva.

En este sentido, se aprecia que el tiempo transcurrido desde que fueron diagnosticadas hasta el momento de la entrevista, en el 92 % de las entrevistadas, va desde 1 a 3 años.

• *Población entrevistada por diagnóstico y tipo de profesional que lo realiza*

| PROFESIONAL QUE REALIZA EL DIAGNÓSTICO | NÚMERO DE ENTREVISTADAS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO | | | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------|---------|---------------------|----|-----|
| | Anorexia | Bulimia | Comedora Compulsiva | Nº | % |
| Psiquiatra | 4 | 3 | - | 7 | 54% |
| Psicólogo | - | 1 | 2 | 3 | 23% |
| Nutricionista | 1 | - | 1 | 2 | 15% |
| Pediatra | - | - | 1 | 1 | 8% |
| TOTAL | 5 | 4 | 4 | 13 | 100 |

En un 54% de los casos, el diagnóstico fue realizado por profesionales psiquiatras, en un 23% lo realizaron profesionales psicólogos, en un 15% nutricionistas y sólo en un 8% pediatras.

Respecto al tipo de trastorno alimentario diagnosticado en las entrevistadas, se observa que en los casos en que se define un cuadro de anorexia o bulimia, son los psiquiatras los profesionales que fundamentalmente lo hacen, no así en los casos en que se define como comedora compulsiva donde existe mayor diversidad de profesionales que participan.

• *Población entrevistadas por diagnóstico y tipo de tratamiento recibido*

| TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO | NÚMERO DE ENTREVISTADAS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------|---------|---------------------|----|-----|
| | Anorexia | Bulimia | Comedora Compulsiva | Nº | % |
| Terapia individual | 3 | 2 | 3 | 8 | 62% |
| Terapia Familiar | 2 | 2 | - | 4 | 31% |
| Terapia Grupal | - | - | 1 | 1 | 8% |
| TOTAL | 5 | 4 | 4 | 13 | 100 |

Respecto al tipo de tratamiento recibido por las jóvenes una vez realizado el diagnóstico, en un 62% corresponde a terapia individual, en un 31% terapia familiar y sólo en un 8% terapia grupal. En este sentido se observa entre las entrevistadas, que aquellas diagnosticadas con anorexia y bulimia fundamentalmente realizaron terapia individual y familiar, y aquellas diagnosticadas como comedoras compulsivas realizaron además de la terapia individual, la terapia grupal.

• *Población entrevistadas por diagnóstico y tiempo de duración del tratamiento*

| TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO | NÚMERO DE ENTREVISTADAS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------------------|---------|---------------------|----|-----|
| | Anorexia | Bulimia | Comedora Compulsiva | Nº | % |
| Hasta 1 año 11 meses | 2 | 3 | 2 | 7 | 54% |
| Entre 2 y 3 años 11 meses | 2 | 1 | - | 3 | 23% |
| Desde 4 años o más | 1 | - | 2 | 3 | 23% |
| TOTAL | 5 | 4 | 4 | 13 | 100 |

Respecto al tiempo de duración del tratamiento, un 54% de las entrevistadas refiere un periodo de tratamiento que va hasta 1 año y 11 meses, un 23% entre 2 y 3 años 11 meses, mientras que el 23% restante más de 4 años.

- *Población entrevistada por diagnóstico y número de profesionales que participan en tratamiento*

| NUMERO DE PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL TRATAMIENTO | NÚMERO DE ENTREVISTADAS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO | | | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------|---------------------|----|-----|
| | Anorexia | Bulimia | Comedora Compulsiva | Nº | % |
| Solo un profesional | 2 | 3 | - | 5 | 38% |
| Dos profesionales | 1 | 1 | 2 | 4 | 31% |
| Tres o más profesionales | 2 | - | 2 | 4 | 31% |
| TOTAL | 5 | 4 | 4 | 13 | 100 |

Respecto al número de profesionales que participan durante el periodo de tratamiento, en un 38% de las jóvenes ha sido solo uno, en un 31% dos, y en el 31% restante tres o más.

- *Población entrevistada por diagnóstico y antecedentes familiares con trastorno alimentario*

| ANTECEDENTES FAMILIARES CON TRASTORNO | NÚMERO DE ENTREVISTADAS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|---------|---------------------|----|-----|
| | Anorexia | Bulimia | Comedora Compulsiva | Nº | % |
| Tiene | 4 | 4 | 3 | 11 | 85% |
| No tiene | 1 | - | 1 | 2 | 15% |
| TOTAL | 5 | 4 | 4 | 13 | 100 |

El 85 % de las entrevistadas tiene antecedentes de familiares diagnosticados con algún tipo de trastorno alimentario, sólo un 15% no tiene.

VI. PRESENTACION DE RESULTADOS

VI. I. Explicaciones y significaciones acerca del diagnóstico de trastorno alimentario.

VI. II. I.- Definiciones y descripciones acerca de lo que les ocurre a las mujeres de la muestra:

A partir del relato de las entrevistadas se advierte que en general manejan alguna explicación acerca de lo que les ocurre, destacando la forma en que conciben y experimentan lo que les pasa desde su experiencia particular, o bien aludiendo a múltiples referencias teóricas-diagnósticas.

En las definiciones que las entrevistadas hacen acerca de lo que les ocurre desde su experiencia, reconocen tener alguna dificultad o problema en relación a la comida, particularmente con la manera de comer o alimentarse, y con sus efectos a nivel corporal, o bien relacionado con su deseo de estar flaca. Manifiestan que las dificultades están vinculadas al alimentarse mal, obsesión por la comida, tener ataques de comer y luego arrepentirse por temor a engordar, o bien no querer comer, para lograr ser flaca, a pesar de sentir hambre.

" Al principio yo estuve super mal, y ahora yo digo anorexia cuando en el fondo por la forma con que yo me enfrento como..., porque tengo un rollo con la comida. (Mariela)

...comer demasiado... que me alimento mal, comer mal, comida chatarra, cuestiones así. (Javiera)

Hay periodos en que como- vomito, hay periodos en que no como y vomito igual, hay periodos en que no como, hay periodos en que como más o menos; es relativo, paso por todas las etapas. (Cristina)

(...) se me ha provocado como una obsesión por lo que como, todo el rato pienso en eso (....) hay veces que me bajan ataques, osea que me bajan ataques de comer, después me arrepiento porque voy a engordar y no se qué, y vomitaba. (Mara)

Mi problema es que no quiero comer, quiero comer lo mínimo, porque cada vez quiero ser más flaca, no quiero engordar, tengo miedo a engordar y no quiero comer. (Valeria)

Ganas de estar flaca no más, o sea enflacar no más... (Fabiola)

Otras definiciones expresan referencias más teóricas aludiendo a la identificación con una categoría diagnóstica, o bien a la descripción y reconocimiento de un cuadro psiquiátrico.

Aparece reconocimiento de dificultades con la comida relacionadas con la restricción del alimento, su compulsión al comer y con las estrategias desarrolladas para evitar los efectos posibles que la comida tendría en la apariencia corporal. Para las entrevistadas, comer está asociado a engordar y a las consecuencias estéticas y físicas del “estar gorda”.

Tengo las dos cosas: bulimia y anorexia. La anorexia es restringir la comida, restringir el alimento, o sea decir: ya no como más porque quiero ser flaca. Pero la bulimia, yo creo que hay 2 tipos de bulimia: una en que se come todo, todo y no se vomita, entonces que es obesa, es un ansia por comer ; y la otra bulimia es la que yo tenía, que es como comer con ansia, es como comer a escondidas, es como los atracones grandes y toda la cuestión y después uno los vomita, uno lo puede hacer vomitar y con laxantes. (Camila)

Bulimia es comer compulsivamente, es una compulsión atroz al comer y después, y ya después que sacias el hambre, que quedai hasta aquí, entonces sentís que tienes una culpabilidad enorme y pensai en cómo sacarte toda esa comida que has consumido, porque estás conciente de que has consumido una tracalada de comida, y lo más “sano” son los vómitos, porque por lo menos en mi vivencia yo pensaba que vomitando no iba a engordar. (Sofía)

Obesidad más que nada es una cuestión de estética, un problema de salud, problemas al corazón, cosas así, osea más allá de decir: soy gorda, me veo fea; me voy a morir, esta mal. (Javiera).

Destacan además la naturaleza del “problema”, las manifestaciones más características, las consecuencias en el entorno, la población que lo presenta, la gravedad que puede alcanzar.

(...) es una cuestión mentalque..... que uno se vé distinto a lo que te ven, que, que no te importa lo que digan los demás, si no te encierras en un mundo donde pa tí lo único que importa es la comida, no comer; que dejai de lado tu familia, que..... no te importa nada, nada, nada.(Catalina)

Es un trastorno alimentario que solemos presentar las mujeres y que se caracteriza por una obsesión por estar delgada al punto de comer prácticamente nada, esto acompañado de una imagen distorsionada de la imagen corporal, tanto así que aunque estés en los huesos no hay forma de hacerte tomar conciencia de que tienes un problema y de lo raquítica que estás.(Mariela)

(...)es un trastorno de la alimentación, que la gente no se ve, que se mira al espejo y se ve gorda, cosas así. (Fabiola)

(...), consiste en ataques sucesivos, digamos, y sorprendidos, imprevistos, de ansiedad por comer, episodios en los que uno no tiene ningún control sobre la comida, solamente se engulle, no saboreas nada y posteriormente al verse saturada de comida se provoca vómitos, en mi caso, porque hay bulimia sin vómitos pero el mío es con vómitos. (Alejandra)

Sé que es dejar de comer(...), dejar de comer porque se siente gorda, que aunque esté en los huesos se siente gorda (Valeria)

Es posible apreciar desde las entrevistadas conocimiento y manejo del problema, vale decir, del cuadro que les ha sido diagnosticado, cuya principal fuente de información proviene desde las amigas y sus experiencias, médicos, la familia, así como de algunos medios de comunicación, como lo es la televisión, revistas y textos científicos que tratan el tema.

Claro, yo ví el reportajeContacto creo que era, y yo lo grabé para el colegio, teníamos que hacer un trabajo... y ya y la anorexia era para mí una cuestión super lejana, onda las gallas que salían ahí eran pero flaquísimas, osea huesos, y a mí me dijeron si tú tienes un cuadro anoréxico, y yo ¿pero cómo? .(Catalina)

He sabido por los doctores, cuando mi mamá iba entonces yo escuchaba y aprovechaba para aprender, y también de libros de medicina. (Cristina)

Por mis amigas, entre las compañeras de colegio se habla de eso, además que conozco amigas que tenían el problema antes que yo, por la televisión, las revistas, todo. (Carolina)

Esto empezó porque yo empecé a trabajar en una empresa haciendo mi práctica, donde la niña que era mi tutora era muy gordita y ella vivía haciendo dietas y tenía el libro de la dieta Scarsdale y yo la leí y me empecé a meter en esta cosa(...)ahí como que se desencadenó toda esta historia. Yo sabía que funcionaba, creo que alguna vez ví una película del asunto...y en la noche era como patético porque yo de repente estaba así en el refrigerador y me acordaba de esa imagen sin querer imitarla(...); y el caso de la niña de los Carpenters también, que tuvo anorexia, no bulimia; y el caso de Lady Diana, más reciente. (Alejandra)

Por amigas, televisión, películas y también educación en la casa, yo también sabía que esto era un problema: anorexia, bulimia, que ahora los separan más los cuadros, antes los cuadros eran uno solo; yo sabía, así me informé. (Sofía)

A nivel del manejo de información y conocimiento respecto a los distintos cuadros, resulta importante destacar que la mayoría de las entrevistadas reconoce que tiene o ha tenido contacto directo (con personas significativas como familiares o amigas) o indirecto (personas conocidas),

todas mujeres, que han padecido en algún momento algún problema de características similares al de ellas.

Tengo una tía, amiga de mi mamá que tiene atracones de comida, es obesa, obesa y tiene bulimia. bueno y mi mamá tampoco nunca se ha alimentado muy bien, o sea yo también creo que mi mamá es enferma un poco(...), es como esclava también de ser flaca.(Camila)

Mi mamá tiene problemas, pero es por un cambio de dieta; le ha costado bajar de peso, porque como es un problema a las tiroides, porque mi mamá come poquísimo. (Cristina)

Por la cuestión que tiene mi hermana, ella siempre ha estado a dieta, la que tiene una cuestión de sobrepeso, no sé por qué, pero tienden a comer más y a buscar la comida, o sea en mi casa la cocina está cerrada con llave, entonces pa ella en mi casa siempre ha habido como comidas especiales...y obviamente pa mi mamá que se pone a dieta, pero pa mi papá nunca. (Fabiola)

Mi hermana también tuvo bulimia, mi hermana mayor, nadie supo hasta que ella lo había pasado(...), lo contó hace poco cuando supieron lo mío(...). Y obesidad mi abuela (Mara)

Y por el lado de mi papá, mis tías cuando eran chicas eran enormes de gordas, enormes, mi papá siempre fue flaco cuando era chico pero ahora está más macizo, es más gordo, ya es más viejo, entonces como que están los dos extremos(...).(Catalina) Tengo una hermana que tiene problemas pero al revés de los míos, ella es, no es obesa pero sí tiene tendencia a engordar y ha pasado por problemas de ese tipo...también tuvo un episodio en su vida de bulimia. (Alejandra)

Conozco una niña del colegio(...) y estuvo internada un tiempo por anorexia. Mi cuñada, la hermana de mi pololo, tiene 24 y ella si que es loca, tiene anorexia desde hace como 5 años(...), ella si que está perdida, yo encuentro que el caso más trágico es el de ella. Y hay otra niña del colegio(...) y estuvo internada durante el 2° semestre. Y otra amiga, mi mejor amiga(...) que estuvo internada, pesó 20 kilos..., pero fue como por ellas...(.), yo creo que lo hice por ella(Carolina)

Tengo una compañera mía del liceo..., pero es que ella estuvo mal, estuvo internada, se trató de suicidar. No sé si me habrá afectado, pero creo que yo tal vez no llegué mal, mal porque...porque en el fondo ví eso...igual como que impacta. (Fabiola)

Conozco una persona que está super mal con anorexia y...conozco amigas que han tenido anorexia y amigas que tienen bulimia. (Mariela)

Conozco una amiga que tuvo anorexia del colegio y una amiga que también estuvo con principio de bulimia, eso fue después de lo mío. (Mara)

Una amiga que es bulimica y yo creo que nos hicimos amigas por eso(Sofía)

He conocido personas que han tenido anorexia(...)(Alejandra)

VI. II. II. Situaciones asociadas a la aparición de un problema con la comida:

Gran parte de las entrevistadas manifiesta que las dificultades relacionadas con la comida comienzan a partir de la experiencia de las dietas, por una preocupación asociada a la disminución de peso o como una forma de lograr adelgazar.

Algunas señalan haber realizado dieta, motivadas por el hecho de sentirse y/o percibirse gordas, y a partir de la experiencia y resultados obtenidos por personas cercanas a ellas o por otras jóvenes de su edad. Destacan que son los distintos resultados obtenidos al hacer dieta, los cuales les permiten reconocer su efectividad, les indican la necesidad de cambiar la estrategia, o bien de asumirla o integrarla a su vida. En este sentido algunas descubren su dificultad para bajar de peso, las consecuencias negativas asociadas, otras estrategias más efectivas o de menores consecuencias en lo personal, y así también, para otras, aparece como algo divertido o se transforma en una meta personal de gran valor, hasta el punto de perder el control.

El año ante pasado, como que ahí estaba mi prima, igual tenemos las dos la misma edad, y ella empezó con un dieta y bajo "n" de peso y yo no quería ser menos, entonces igual me puse a dieta y todo el atao, pero onda relajado. Después ya pasé a primero el año pasado y onda la exigencia es mucho mayor.... todo distinto, entonces me encerré mucho en el estudio y como que dejé todo, todo de lado, entonces dejé de comer. (Catalina)

Después de los 14, 15, 16, cuando empecé a bajar de peso, me cambié de colegio a un colegio de mujeres, igual las cosas ahí fueron diferentes y ahí empecé, además que el tema de las dietas se habla mucho más, entonces ahí empecé a internarme más. (Cristina)

(...) cuando empecé a hacer dietas (...), porque no empecé a vomitar de un día pa otro osea empecé con todo un proceso antes, porque yo me sentía super fea, osea me sentía super gorda. Que me encontraba gorda, hice un tiempo dieta, típicas dietas milagrosas, todas esas estúpidas que te dicen que vas a bajar como 10 kilos, entonces al final con eso como que me aburrí, me moría de hambre con las dietas esas, y al final empecé a vomitar(...). (Carolina)

(...)es que fue una dieta onda el verano, ya, así como divertida porque ya igual bajé un poco de peso, pero igual seguí y todo el atado(...). (Catalina)

Como dieta, las típicas dietas que están como en las revistas , ah y después..., o sea dieta de que me preocupaba de, de no sé po, de no comer ni siquiera proteínas ,¿cachai?, como que cada vez se fue reduciendo más, o sea al principio era como una dieta así como típica y después era lo menos posible nomás, y esc lo llamaba dieta, ¿cachai?.(Mariela)

(...), a los 13 años ya me preocupé, hacía dietas, toda la cuestión, pero no sé, nunca me bajoneaba; después, como de a poco, después cuando empecé con los vómitos y todo, allí como que me bajoneaba y todo, ahí como que fué cuando empezó. (Mara)

Al principio una dieta que quizá yo quería que me durara hasta lo que yo bajara lo que yo quería conseguir, (...) y como que ya no es una dieta, mi vida es así, mi forma de vivir es así. (Valeria).

Otras jóvenes relatan que el problema comienza a partir de dificultades para mantener el peso o las continuas oscilaciones de éste, o como una forma de alivio frente al comer, y es ello lo que las motiva a buscar estrategias efectivas como el “vómito” para resolverlo.

Antes de que se produjera la bulimia, siempre, yo te diría que desde que empezó mi adolescencia, alrededor de los 14 años yo empecé con estos problemas de como mantener mi peso, de oscilaciones, por ejemplo, después en el verano bajaba de peso...y en el invierno me ponía a subir de peso. (Alejandra)

(...), a los 15 años era flaca(...), después de la regla empecé a subir pero normal, o sea hacía dieta y volvía, me mantenía. Del 93' en adelante allí la cuestión se disparó, subía-bajaba; y el 95', fue cuando se me desencadenó el hecho de vomitar .empecé con vómitos inducidos al principio, después solo (...).(Sofía)

La verdad es que en un principio pensé que lo podía controlar sola porque comenzó como algo, como una tontera, un juego, como una manera de aliviarme de comer tanto porque siempre he sido golosa, entonces fue una forma de botar un poco de comida pero sin llegar a que fuera un vicio; era bastante espaciada en periodos de tiempo, pero después esta cosa se empezó a agudizar, se empezó a hacer muy seguido, las cantidades de comida aumentaron, yo aumenté de peso y el problema ya se empezó a hacer grave ya a mediados del año pasado, julio, y ya sabía obviamente exactamente de qué se trataba el tema.(Alejandra)

Otras entrevistadas señalan que las dificultades asociadas a la comida se suscitan a partir de ciertos hechos o situaciones circunstanciales acontecidos en su vida, que las motivan a preocuparse de su peso o de adelgazar. Entre ellas mencionan la baja considerable de peso como resultado de viaje o enfermedades, termino de relaciones afectivas, experiencias de discriminación por ser gorda, consecuencias de accidente.

Empezó con una enfermedad que me dió, con la típica peste cristal, que como yo allí estaba muy grande me dió muy fuerte, entonces yo bajé un par de kilos. En ése tiempo pesaba 67 kilos y media 1.55, tenía 14, 13 año (...). (Cristina)

(...) en esa época..... había terminado con alguién, terminé de pololear (...)y como que me empecé a bajonear y pensaba que si estaba más flaca iba a ser como más bonita y me iba a sentir como más segura (...) ya habían pasado como, como tres años ya con el rollo y ya me sentía mal, empecé a cachar que estaba mal, porque antes (...)como que lo negaba (...) me empecé a aislar "n" y cachaba que no me veía bien porque estaba super flaca pesaba como treinta y ocho kilos (...).(Mariela)

Es que los niños son muy crueles, osea cuando yo era chica me acuerdo de que me molestaron n, que me hicieron sufrir "n" y yo no lo decía en mi casa, yo no lo decía en mi casa....y onda los doctores que siempre tenía que estar bajando de peso, siempre, y después que mi prima estaba super flaca, super flaca, y yo onda que igual me sentí como pucha, no po. (Catalina)

Lo que pasa es que yo hice un viaje (...) y volví como con nueve kilos menos de lo que pesaba normalmente, entonces de ahí en el viaje, me acostumbré a comer una vez al día por cambio de horario (...), entonces como que se me achico la guata y volví acá y seguí comiendo nada y seguí bajando, seguí bajando..... al final ya me gustó la cosa y bajé, bajé, bajé y después fué una cosa que no la podía controlar. (Fabiola)

Sufri un accidente automovilístico que me marcó n, en que mis viejos quedaron muy mal y ahí yo empecé a comer; a los 19 años, saliendo del Colegio, y me tuve que hacer cargo de todo lo que es la casa..... y la carga era muy grande, yo no me la podía y me bajó la depre y mis viejos mal, todos en crisis, y ahí empecé a engordar sin darme cuenta, cuando la ropa ya no me cruzaba y en esa época como para tranquilizarme mucho chocolate, café, coca-cola y tritón todo el día, esa era mi alimentación y se fue haciendo hábito, todos los días (...)y no me daba cuenta en el sentido de qué tan gorda estaba, pasaba poniéndome la ropa de mi vieja, notaba que estaba gorda pero nunca tanto y seguía, seguía, seguía y como que estaba preocupada de otras cosas y no me preocupaba de mí en absoluto, nada. (Sandra)

VI. II. III. Cómo llegan a consultar: motivaciones, razones y criterios:

En general las entrevistadas manifiestan que la llegada a consultar a un especialista está dada a partir de una decisión personal o desde la intervención de terceros. Aquellas jóvenes que deciden consultar por iniciativa propia manifiestan que la decisión surge desde el malestar personal, las manifestaciones de deterioro físico, de los cambios experimentados en la apariencia personal y/o de las observaciones realizadas por personas

significativas, que la llevan a darse cuenta o tomar conciencia de la necesidad de solicitar ayuda.

Yo le conté a mi mamá, no, le conté a mi papá, un tiempo que yo estaba, ya como que estaba volviendo loca, (.....), y yo al final le dije a mi papá qué me pasaba y me dijo que me iba a apoyar, y yo lo único que quería era salir porque estaba super triste, en realidad estaba super ahogada, estaba como metida en un hoyo del cual no podía salir en verdad...y fuimos con mi mamá donde una psicóloga. (Carolina)

La caída del pelo y la ausencia de regla me llevó a consultar a un endocrinólogo, porque para mí no había nada más terrible que ver como el pelo se me caía de a mechones, y él fue quién me derivó a mi psiquiatra; ella me ayudó mucho, "n". (Mariela)

Me empecé a dar cuenta más que nada porque la ropa mía ya no me quedaba y andaba vestida con ropa de vieja, me sentía mal, me había descuidado mucho, ya no me arreglaba siquiera, además que todos, mi familia, mi marido me hacían comentarios, así que ahí tomé la decisión de ir donde un especialista (...). (Sandra)

Otras reconocen que aún cuando ellas toman la decisión de acudir a un especialista, manifiestan que su motivación surge a partir de la influencia de familiares o personas cercanas que les comentan acerca de su apariencia física, o que las sorprenden en conductas que mantenían ocultas.

La decisión es mía, porque yo estoy preocupada, entonces digo: pucha, a lo mejor esto me resulta, a lo mejor esto lo voy a hacer, entonces voy y lo hacía, ahora no tengo esa actitud, es cierto ya no hago eso. (Pamela)

... todo el mundo me lo decía, que yo tenía sobrepeso, era evidente que tenía sobrepeso porque era más gorda que todas mis compañeras, (...) ése fue el primer dato, además me molestaban mucho, me decían: guatona, chancha y cosas así, entonces yo sufría hartito con eso (...), yo dije bueno, en realidad yo más que hacerlo por mí lo hice por los demás, pa que me dejaran de güevear en realidad (...) porque a mí me molestaban por esto cachai, y me puse a hacer dieta nomás, fui al doctor, el doctor me dió una dieta terrible, la dieta más horrible que se pueda hacer. (Pamela).

... Lo que sucedió fue bien triste porque me sorprendió en el acto de vomitar mi marido y eso como que me impulsó un poco en la determinación de terminar con el problema (...)y bueno, al darme cuenta que esto estaba afectando a muchas personas, aparte de mí, tomo la decisión de hacerme ver por un especialista. (Alejandra)

Un grupo de las jóvenes manifiesta que son otras personas, principalmente sus padres, quienes, al darse cuenta de cambios en su

aparición física las llevan a consultar. En otros casos, ellas solicitan ayuda a los padres al sentirse afectadas en su condición física; sin embargo ello no va acompañado de un “darse cuenta” de las jóvenes respecto a cambios que podrían estar operando en su fisonomía.

Realmente no fui yo la que se dió cuenta sino que fueron mis papás los que se dieron cuenta y me metieron a una clínica. (Cristina)

... mis papás se dieron cuenta como en julio una cosa así, y en Agosto me mandaron a una nutricionista y todo el atao. Y yo no me daba cuenta que estaba haciendo, o sea mi papá me decía : oye estás super flaca y no se qué , y yo : no na que ver y déjenme tranquila. (...) yo le pedi a mi mamá que me llevará al pediatra porque onda no tenía fuerzas para hacer educación física, nada, osea super deteriorada. (Catalina)

Para otras entrevistadas también existe participación de los padres al momento de llegar a consultar, aunque en estos casos, la intervención la perciben como signos de preocupación porque ellos les hacen observaciones sobre las conductas que exhiben hacia la comida, ante el hecho que dejan de compartir el alimento con la familia, o porque son sorprendidas en conductas que mantenían ocultas, despertando interés y atención por el estado actual de las jóvenes. Por otra parte, también hay quienes relatan ser hoy las que deciden acudir a un especialista en comparación a etapas anteriores de su vida en que habían sido sus padres quienes tomaban la decisión.

...mi mamá me quiso llevar porque dijo que ya era mucha la obsesión y realmente soy obsesiva, o sea me pregunto: ¿habré comido mucho? a cada rato. (Mara).

Mi mamá me llevó a consultar un especialista y él me dijo que realmente era una conducta alimenticia extraña, pero que no era un problema mayor; es que en ése tiempo había bajado 5 kilos recién. (Cristina)

Mi papá no se daba cuenta porque él no estaba en la semana, como trabaja, mi mamá no más sabía, mi hermana no. Cuando ese verano, en 2º me fui de vacaciones, me acusaron mis tías donde estaba, que yo vomitaba todas las comidas que comía, entonces mi abuela no soportó eso y me acusó, entonces ahí mis papás recién se dieron cuenta como estaba porque ahí ellos tampoco me veían tan flaca porque como me veían todos los días (.....) y ahí se preocuparon, ya como que le tomaron asunto. (.....). Y ya este año fueron firmes con la cuestión, o sea ya me llevaron al psicólogo; a fines del año pasado mi profesora se dio cuenta que estaba medio flaca (.....).(Valeria).

Cuando era más chica era mi mamá la que me llevaba, pero ahora mi mamá me preguntó y yo le dije que sí. (...).(Javiera)

VI. II. IV. El diagnóstico como experiencia:

Las entrevistadas relatan haber tenido diversas reacciones cuando acuden a consultar y el especialista les refiere que aquello que les pasa corresponde a un tipo determinado de trastorno de la alimentación.

Entre aquellas que recibieron el diagnóstico de anorexia, sólo algunas manifiestan no haber tenido conocimiento del diagnóstico sino hasta ese momento, en cambio otras reconocen haber tenido alguna noción o sospecha al respecto. Estas últimas manifiestan que el ser diagnosticada como “anoréctica”, es un hecho vivido con extrañeza, escepticismo e incredulidad, al mismo tiempo que experimentan satisfacción y placer, pues el diagnóstico es sinónimo de “enfermedad”, y representa a la vez un logro personal que le da la certeza de “estar flaca”.

Cuando volví fue el doctor que me dijo, pero antes no, yo no, nada. (Fabiola)...o sea yo nunca me imaginé que a mí me iba a pasar po, o sea no po(Catalina)

Yo tenía alguna idea de lo que me pasaba pero cuando mi psiquiatra me lo corroboró fue como bien extraño recuerdo: entre que no la podía creer que tuviera anorexia, pero al mismo tiempo sentir una especie de alegría, orgullo, tal vez no tanto por tener esta enfermedad sino por el contar con la certeza de que estaba flaca, flaca, flaca. (Mariela)

Estaba escéptica un tiempo, no sé por qué no me sentía así, sentía que era como un logro, lograr porque estaba, estaba teniendo el control, y para mí tener el control es tener lo principal.(Cristina)

Sin embargo, para una de las jóvenes, el diagnóstico de anorexia genera más bien contradicción y confusión, pues le resulta difícil comprender cómo al mismo tiempo que se siente bien, que es reconocida y aprobada por estar delgada, les señala un especialista que lo que tiene es una “enfermedad”.

(...) como dos días antes de ir al pediatra una galla me dijo: oye estás super flaca, no te había visto, pero te veí super bien. Y yo quede como bacán poh. Y después que me dicen que estoy enferma, que tengo esto, que tengo lo otro, como que hice los dos parámetros, ¿y a quién le hago caso? ; osea, yo me sentía bien igual, osea verme flaca, porque..... no se si tanto con mi cuerpo pero igual me sentía bien porque era más flaca, porque siempre tuve como una tranca que era una de las más gorditas. (Catalina).

Yo me cerré...me encerré en una cuestión p' que no se metieran, porque al principio, o sea yo dije: ¡no, yo no tengo anorexia!, ¡están enfermos!, ¿cómo?. Ahora no es difícil reconocerlo, al principio sí, onda que se metieran en mi mundo, no po. (Catalina)

VI. II. V. Significado e importancia actual del T.A.:

Hay ciertos hechos o acontecimientos que lleva a las jóvenes a tomar conciencia de lo que les pasa. Entre ellos enuncian, principalmente, problemas de salud que se habrían originado ante la presentación del problema, y que las impulsa a tratar de resolverlo. También señalan, "pasarle y sentirse mal" y "atrapada" en la situación. En tanto, en otras existe la conciencia del problema desde siempre, pero la preocupación por intentar hacer algo al respecto surge en la adolescencia, producto de los comentarios que les hacían de su estado; o al verse expuestas a una situación social de gran cuestionamiento.

La verdad es que no tomé conciencia hasta que escuché la palabra infarto, cuando escuché la palabra muerte, recién me vino un ataque de pánico. (Alejandra)

(...)al darme cuenta fue cuando decidí que quería hacer algo, tratar de mejorarlo y fue cuando empecé a ir al psicólogo. Es como que ella se dió cuenta y me dijo que esto tenía que parar, entonces empezamos a hablar y ahí como que me di cuenta también. La diferencia es que por lo menos ya tengo ganas de tratar de mejorarlo, tratar de cambiar eso. (Mara)

Cuando estaba gorda tuve problemas al corazón, me descubrieron un soplo y me preocupé, y también fue una de las cosas que me llevó a que me preocupara de adelgazar. (Sandra)

Mi mamá es enfermera así que yo estaba al tanto de lo que me sucedía, cuando consulté fue por lo de la depresión, no salió lo de la bulimia. Al darme cuenta me sentí culpable, muy culpable porque sabís que te está autodestruyendo, que te está haciendo pero pobre, jugos gástricos, esófago; muy culpable de no ser capaz tú de tener fuerza de voluntad, de ser tú capaz de decir: ¡ya, paro!, ya no como esto, quiero ser regia, privilegio esto y no lo otro. (Sofía)

Lo pasé mal, lo pasé super mal, o sea de hecho cuando estuve mal, mal, mal, me sentía pésimo y me quería morir cachai, sentía que estaba como atrapada en una cuestión. (Mariela)

(...) desde que recuerdo en realidad que soy, soy gorda. Yo creo que esto lo tengo desde que soy chica, pero conciencia de que, de que tenía que bajar de peso, porque ya todo el mundo me obligaba en realidad; como a los 13 años, a los 13 años yo empecé a hacer todo lo posible por bajar de peso. (Pamela)

Si, siempre he sido gorda, la verdad siempre he tenido el problema, pero bueno es porque mi mamá y mi abuelita son así, y yo igual como hartó,. Antes no era problema porque no me incomodaba. es que no era tan importante. Es que de repente dije: "¡ya!, o sea ya no puedo seguir así, no más" (...), siempre me están presionando por eso, (Patricia)

(...) otra amiga comentó en el curso que yo era una loca, que era una bulímica, y ella me defendió porque ella tiene lo mismo pero es secreto, nadie lo sabe, y otras amigas saltaron y también me defendieron y he tenido apoyo. Me hizo aterrizar y enfrentar un poco la realidad. (Sofía)

VI. II. Explicaciones y significados acerca del alimento

VI. III. I. Antecedentes del hábito del comer personal y familiar:

Se reconoce a través de los relatos de las entrevistadas, que éstas conservan recuerdos respecto a los hábitos de comida que tuvieron en la etapa de su niñez. Los contenidos apuntan a la preocupación que había respecto a la comida a nivel personal y familiar, tipo de alimentación, las personas con quienes solían compartir sus comidas, los lugares en que se reunían a comer, la presencia y cumplimiento de horarios de comida, así como la cantidad de comidas que se realizaba en el día.

Las jóvenes hoy se refieren respecto a los que eran sus hábitos cuando niñas, los que aparecen asociados a comer cosas que les gustaban: golosinas más que nada, y por otra parte revelar la ausencia de preocupación que tenían por subir del peso en ese momento, aún cuando percibían preocupación de parte de la familia por el consumo de ese tipo de alimentos .

(...), entonces siempre en mi casa habían chocolates, helados, galletas, todas esas cuestiones, entonces como que ella me hacía comer rico y ella también es gordita (...), como que nos incitaba a comer cuestiones, entonces como que yo siempre me acostumbré a eso, igual cuando era chica era golosa, o sea cuando chica no me preocupaba del peso, de nada. (Catalina)

Mira, yo me acuerdo cuando era chica..., me acuerdo que comía dulces y chocolates(...), comíamos en la cama, tomábamos desayuno ahí(...), yo me acuerdo, por ejemplo que nos obligaban a comer ciertas cosas, ponle tú lentejas(...), y en general comíamos solas, y ahora comemos todos juntos, ahora que estamos más en mi casa. (Pamela)

Por otra parte, aparece en muchas de ellas, como dato relevante, recuerdos asociados al compartir los momentos de comida. Queda de manifiesto la ausencia y no participación de parte de uno o de ambos padres, durante las comidas, (por razones de trabajo), quedando al cuidado de “nanas” o en compañía de hermanos u otras personas. Sin embargo, esto no

era sinónimo de ausencia al momento de hacer comentarios respecto a la forma en que comían.

(...), como pasé "n" tiempo con mi nana porque mis dos papás trabajaban, entonces comía con ellos en la mesa, o con mi hermana, em,...era mala eso sí para comer aparte de que pasaba enferma del estómago, todo me caía mal(...)...pero me acuerdo que cuando más chica era buena p' comer y me retaban y me decían el ratoncito, y me retaban porque comía mucho, me comía las cosas de los otros; no me restringían pero me decían, ¿cachai?, como pesado...o que iba a engordar o no sé qué cosa (Mariela)

Comía con mi nana y mis hermanos generalmente porque mis papás trabajan(...)y comía de todo, era super buena p' comer. (Carolina)

Mi mamá onda igual se preocupaba..., pero es que mi mamá en ese tiempo no estaba en la casa, porque mi mamá trabajaba todo el día.(...), y yo con las únicas personas que estaba era con las nanas. Las nanas qué te van a decir.(Catalina)

Comía con la pura mamá y mi hermana, mi papá no estaba, pero ahora es la cuestión que no quiero comer acompañada (...) porque no me gusta comer con otra gente, me siento rara, me siento como que lo estoy comiendo y después que lo comí no lo sentí, que lo engordé así; siento que si voy a comer esas cosas que son pocas como que tengo sentirle el sabor, sentirle el gusto, o sea comerla de una manera diferente, o sea no comer así por comer. (Valeria)

Comía de todo cuando chica, comía y no engordaba(...). Comía con mi nana, con amigas que llegaban a almorzar a la casa(...), no tenía ningún lugar específico, comía la comida, la comida diaria (antes)... no tenía esa compulsión por comer, o sea comía normal (Sofía)

También otras refieren que, a nivel familiar, la reunión en torno a las comidas tenían una connotación de importancia; sin embargo estos momentos para compartir también constituían espacios de conflicto que derivaban en estados de desagrado, que posteriormente llevaron a cambios en los hábitos de comer en familia que tenían; y para otras jóvenes, los espacios de reunión familiar, si bien los hubo, hoy en día no los identifican con el agrado de compartir en familia.

“Cuando estábamos juntos con mis papás, sí, o sea teníamos que, ponle tú, a la hora de almuerzo era como clave que teníamos que estar todos juntos y era en el comedor(...), yo me acuerdo que evitaba comer con ellos, o sea ir al comedor y comer con ellos; bueno, había también todo un rollo que ahora me acordé, que siempre que almorzábamos los domingos todos juntos, siempre peleábamos...entonces yo lloraba, entonces era como super desagradable...y bueno fue un poco por eso que después como que evitaba como comer con ellos(...), y no me gustaba conversar con ellos y porque iba a tener que comer comida po, entonces no; ponle me traía una bandejita p’ acá y al principio como que...no, mis papás son como medio negadores, entonces como que no me gñevaron mucho pero después me empezaron a retar po, se enojaban.(Mariela)

Cuando era chica, chica, almorzaba con mi abuelita porque mi papá trabajaba y mi mamá estudiaba, y después más grande en mi casa con mi mami. Mi abuelita siempre con los horarios y siempre harta comida a todos(...), pero en mi casa no, es el almuerzo y las onces, lo que prepara mi mamá. Hubo un tiempo en que sí, que nos sentábamos todos juntos en la mesa a comer, ahora ya no porque cada uno anda por su lado, sólo el domingo o el sábado al desayuno, pero siempre es en la mesa, cada uno por separado. (Patricia)

Existen otros recuerdos en que las jóvenes asocian el estar en familia con el compartir de acuerdo a una cierta estructura y rutina familiar establecida para con los horarios y cantidades de comida, lo que evalúan positivamente. Sin embargo, la calidad de la alimentación era aparentemente restringida a cierto tipo de alimentos.

Me cuenta mi mamá que yo era muy mañosa, que no quería comer nada, que era así desnutrida, bien flaca; pero después, cuando yo empecé a vivir aquí en Stgo., mi padrastro, me acuerdo que comía hartito, comía a los horarios, comía bien, comía hartito pero no andaba goloseando, a lo mejor por eso no era gorda, pero me acuerdo que comía hartito, comía un montón hasta que ya no podía más, no podía ni caminar, pero no engordaba. (Valeria)

En mi casa éramos como muy ordenados(...)había las 4 comidas del día(...) y había una costumbre bastante divertida en mi casa, en la noche en mi casa siempre se tomaba un aperitivo antes de cenar(...)(...)era como “el” minuto para reunirse de la familia. En mi casa no muchas grasas, no tanto dulces, no tanta torta, de repente los fines de semana. La verdad es que el almuerzo era un desorden porque cada uno tiene un horario distinto(...), entonces no podíamos almorzar juntos; en la noche a veces podíamos comer juntos.(Alejandra)

(...)cuando empecé a ir al colegio mi mamá me empezó a dar fruta y cosas más dietéticas, y a mí me cargaba porque no disfrutaba de las cosas típicas que comen los niños a esa edad. (Carolina)

En otro grupo de entrevistadas aparecen antecedentes que refieren a un desorden respecto a las comidas(cantidad y horarios), y la forma en que se comía; lo que evalúan como despreocupación familiar y desorden alimentario lo que consideran pudo haber derivado en los actuales problemas con la alimentación.

En mi casa no había horarios, todos juntos y en la noche tirados en la cama de mis viejos los fines de semana. En la semana almorzaba yo y mi hermana y mis viejos trabajaban todo el día(...). En mi casa nunca hubo mucha preocupación, nunca tomé leche (...), frutas las típicas, guisos nunca y me acostumbé como a cosas más ricas(...), cosas como que te suben de peso siempre. (Sandra)

En cuanto a horarios había un desorden alimentario. Comía sola durante mucho tiempo, mis papás trabajaban, comía acá en la cocina, cualquier cosa. Cuando comencé con todo este cuento(...)cuando uno llegaba comía y punto...me afectó en la cantidad de comida que uno se sirve, porque cuando uno come así, corriendo, no mide la cantidad, comes por comer de repente, ni siquiera por necesidad. Desde más o menos los 14 años que tengo problemas con la alimentación. (Cristina)

Harto mal; es que mi papá, estaba yo chica y salía siempre con él a comer y todo, mi papá es relajado, super tentado p' comer, entonces yo iba a comer con él a puro sandwich y todo eso. (Fabiola)

Como hábito el comer rápido, siempre he comido muy rápido, bueno en mi familia era como sistemático las comidas apuradas (Alejandra)

VII. II. II. Sucesión de cambios en los hábitos del comer:

Las entrevistadas desde sus relatos van dando cuenta de cambios de hábitos que perciben estarían asociados a la presentación de su problema; es así como podemos reconocer un durante y un después, que se configuraría desde y a partir de la manifestación del problema.

Los cambios de hábitos que ellas asocian a la presencia de un problema vinculado a la comida, apuntan a la restricción o evitación del consumo de ciertos tipos de comidas, generalmente aquellas de alto contenido calórico. Algunas, por ejemplo, realizan conteo y controlan la cantidad de calorías ingeridas, la cantidad de comida consumida en relación al pasado. También está la provocación de vómitos como estrategia de control frente al consumo de alimentos. Relatan algunas, la integración de “rituales” a sus hábitos cotidianos, como lo es el elegir personalmente lo que se come, seleccionar el lugar y horario en que se va a comer. Por último algunas

refieren el mentir como una forma de evitar situaciones problemáticas de conflicto y/o para que no las hagan comer.

Si antes me comía altos de lechuga yo sola...y después nada...O sea yo me acuerdo, tengo como una imagen grabada de una vez que estábamos almorzando, que había en mi casa hamburguesas(...)y yo le dije a mi nana que me sacara una hamburguesa y que me partieran la mitad de lo que me habían servido, y esa mitad creo que yo la partí de nuevo y dejé un poco y me comí la hamburguesa, y eso fue todo lo que comí ese día. Y después en la noche mi mamá llegaba y yo comía ensalada pero no comía ni chocolates, ni galletas, nada, o sea como que me había olvidado de eso. (Catalina)

(...)yo me acuerdo que cuando tenía anorexia no tomaba desayuno, no comía hasta las tres de la tarde y comía un poquitito, y después en la noche otro poquitito, y así; ahora tomo desayuno. (Catalina)

(...)Cuando estaba mal, mal, muy mal tenía "n" rituales, por ejemplo la típica cuestión...me lavaba los dientes antes de comer algo...o sea, después yo lei porque yo nunca supe; como, como en el fondo uno come y se lava los dientes, y lavarse los dientes está asociado al haber comido y de estar satisfecha...y me hizo así pleno sentido. Y bueno, me lavaba los dientes, me echaba lo que yo quería comer en el plato, venía para acá, para la pieza con mi bandejita, o en la noche como en horas determinadas, como típicas cosas nocturnas que uno hace, rituales nocturnos...Bueno, bueno se me han pasado "n", "n" rituales, pero como que me quedó donde, la cuestión como de yo elegir lo que voy a comer, ¿cachai?, como de que me gusta como de yo servirme, o sea como que me llegue un plato como que me desagrade(...); como eso me quedó, o como comer más en la noche. Eso.(Mariela)

...comía muy poco, super poco, nunca me salté las comidas, eso sí. O sea, más que nada estaba como con las calorías cada vez que comía. (Fabiola)

(...) yo comía ensalada, pero no comía ni chocolates, ni galletas, nada, o sea como que me había olvidado de eso...los evitaba porque no los tenía...se me habían olvidado, o sea se me habían borrado de la cabeza. . (Catalina)

Comía poco de lo que había en mi casa, o sea un poquito de...lo que cocinaban siempre, pero poco; o a veces, por ejemplo, no almorzaba, me quedaba en el colegio y no almorzaba, no comía nada hasta la tarde. Mentía si me preguntaban ¿almorzaste?, y yo decía: sí, me comí un sandwich con no sé qué. .. (Catalina)

(...)nada que yo cachara que me podía engordar, y no sé p'o, tampoco tomaba, ¿cachai?, nada, o sea nada; eran puros, ponle tú, huevitos..., lechuga, tomate, nunca pan, nunca bebida, nunca jugo, pero siempre comía algo. Comía como una comida fuerte una vez al día, y lo otro como tonteritas así como un vasito de leche como dos veces al día o más, pero eran cosas super livianas. (Mariela).

(...)me daba hambre pero poco, como que me acostumbré de en el fondo tener como el control de la cuestión, como de que ya, no sí, ya nada me gustaba, como que ya el chocolate no era rico(...)(Mariela).

Antes evitaba totalmente los azúcares, las masas, lo aceitoso, fueron retirados inmediatamente, y si es que sobrevivía en el día, de repente sino tenía nada de comer digamos en cuanto a tener pastas, dulces, agarraba un dulce y con eso me alimentaba en el día... (Cristina).

Empecé a comer menos de todo, comer de a poquito, no comer a deshoras y nada de dulces, masas, grasas y chocolates, cosas de muchas calorías, y cuando son muchas las ganas de comer todo, todo, todo menos pan, hasta reventar y luego vomitarlo hasta sentirme vacía(...) porque mis papás siguen cuidando que no haya cosas engordantes y que se cocine sanito; claro que ahora como menos veces sola, sino a veces no como. (Carolina)

VII. II. III. Hábitos actuales:

En lo que respecta a los hábitos que mantienen actualmente, es posible observar desde sus relatos, que para las entrevistadas, los cambios están centrados principalmente en la eliminación, evitación, restricción de aquellas comidas de alto contenido calórico o considerado por ellas engordantes, los que en la mayoría de las veces son aquellos alimentos que más les gustan. Al mismo tiempo, incorporan a su dieta ciertos alimentos que, por el contrario, son de bajo contenido calórico. Las jóvenes hoy mantienen, además, horarios de comida y control sobre las cantidades consumidas, así como la presencia de conductas relacionadas con el comer que cumplen férreamente, en función de si comparten o no los momentos de comida con otras personas.. Además efectúan una evaluación en términos de calidad de su alimentación y de la relación que mantienen actualmente con la comida.

(...) onda trato de no comer frituras y todo el atado, como todas las proteínas, todas las cuestiones(...). Como en mi casa, en el comedor, no me gusta comer en mi pieza. Prefiero comer acompañada.(Catalina)

Comía con la pura mamá y mi hermana, mi papá no estaba pero ahora es la cuestión que no quiero comer acompañada, o sea por mí es que soy bien rara para comer, porque si estoy comiendo el florero tiene que estar de ese lado, el mantel de tal forma, la puerta cerrada, no sé p'o tengo un montón de mañas así para comer; y la hora del quáker es como la hora en que yo, no sé es lo que más me gusta comer en el día porque es fruta nomás, entonces ahí tengo que ponerme un pañito acá, no sé tengo que estar a tal hora porque tiene que ser a las 8:05 que yo me hago el quáker, y no puedo pasarme el minuto, tiene que ser la hora justa, y si a esa hora llegan visitas yo me voy a encerrar a la pieza a comer porque no me gusta comer con otra gente, me siento rara, me siento como que lo que estoy comiendo y que después que lo comí no lo sentí, que lo engordé así; siento que si voy a comer esas cosas que son pocas como que tengo que sentirle el sabor, sentirle el gusto, o sea comerlo de una manera diferente, o sea no comer así por comer. (Valeria)

Me siento más cómoda cuando salgo con mis amigas, con mi pareja. Como acá, como sola, o sea me traigo mi bandeja porque no hay nadie. Antes no era así, ahora me gusta comer con amigas, y cuando estoy con mis papás me gusta ir a comer con ellos, cuando estoy bien con ellos. Sí, ahora recién estoy disfrutando lo que como. (Mariela).

El único cambio es que ahora como más fruta y verdura, antes no comía casi nada esas cuestiones, ahora la fruta y la verdura es mi vida, y lo único es que he ido quitando cosas cada vez más. (Valeria)

Por ejemplo yo ahora todo lo que hago es esperar pa poder comer, o sea lo único en que pienso es en comida, en comer, y cuando chica me pasaba todo el día jugando y me desagradaba cuando me llamaban porque tenía que ir a comer, lo odiaba, como que me tenían que obligar pa comer y ahora es al revés. Comía a las horas; ahora como a cada rato, voy al refrigerador a comer cualquier cosa, normalmente como así; casi siempre en la cocina. (Mara)

Ahora como en mi pieza, antes comía con mi familia, con mis papás nunca porque estaban trabajando: Ahora almuerzo siempre sola porque quedamos 3 nomás(...). Se hace el puro almuerzo y uno se lo sirve. (...). De repente si hay algo rico me lo como para que no se lo coman los demás...(.) Lo que me gusta generalmente no hay mucho para comérselo, tendría que yo comprarlo todo, por eso como harta comida.(Javiera)

Hago varias comidas y son puros desórdenes. Como mucho, aunque ahora como más verduras, pero jamás sacaría las papas fritas. Trato un poco de ordenar la alimentación pero no lo cumplo. (Javiera)

(...)porque decía si está ahí para que lo voy a dejar, pero ahora no es así. Como de todo, y no es que coma tanto sino que como mal, puras cosas que me engordan...(.) Ahora estoy comiendo más lento. (Patricia)

Por ejemplo ahora estoy comiendo mucha más fruta, cosa que no hacía antes y algo de verduras y me está gustando. Ahora sí que me alimento bien. Me cuesta pero intento comer de manera adecuada poniendo horarios, pero hay días que no me resulta, intento llevar como un orden pero ahora me siento como tan controlada que ahora no tengo miedo a caer, sé que me voy a poder controlar, pero siento que si me viene una crisis me voy a ir a pique y me voy a devorar todo. (Sandra)

Bueno yo por ejemplo dejé de comer azúcar(...), uso pura sacarina(...), no como muchos dulces, no, eso también lo eliminé de mi vida, los dulces, pero me gusta lo salado...así que por ese lado no sirvió de mucho(...), hay cosas que yo no, que ahora tampoco hago como comer a deshoras, en salirme de ciertos horarios, no comer más allá de las 9 de la noche...bueno, y comer la cantidad, las veces necesarias nada más para el día en lo posible, o sea yo igual no salgo cuando ando comiendo compulsivamente. (Pamela)

Es que tendría que hablar como de etapas... Bueno, cuando estaba mal, mal, mal, el criterio eran las calorías, nada más que eso, y como la idea de que no, no podía comer ponle tú más, más de una comida más o menos sólida una vez al día, porque lo más probable que iba a engordar, ni siquiera tomaba agua, o sea tomaba super poca agua, ni siquiera, porque tenía la fantasía así, que si entraba líquido iba a engordar. Después cuando empecé a engordar el criterio p' comer y no comer eran cosas, o sea comer cosas alimenticias pero que no me engordaran(...). Y ahora...es que de repente no tengo un criterio...es como que a veces tengo un criterio en la semana(...).(Mariela)

Evito las carnes rojas; antes era porque ¡ya!, que muy calórica, que la grasa, ya no me gusta. Bueno el pan, típico como el pan hallulla, la marraqueta, no el de molde o integral. Y el queso trato de comer poco. (Mariela).

Dejé de comer tallarines, ya no como tallarines pero nunca, nunca fueron una cosa así que me volviera loca por los tallarines. La carne roja ya no como, mayonesa porque yo tengo el colesterol alto. Es que igual si como tengo que comer muy poco por orden del doctor. El único como ritual es tratar de comer siempre como a la misma hora, no más, todos los días, pero ya no. (Fabiola)

No, como lo menos posible(...), trato de comer lo menos posible para no perder el control. (Carolina)

Evito lo que sean masas, arroz..., papas, azúcar porque engordan. Evito acompañada papas y arroz porque tienen la mayor cantidad de calorías, y fideos también.. He incorporado a mi alimentación y en mayor cantidad las como las ensaladas porque tienen menos calorías. (Cristina)

VII. II. IV. Circunstancias que influyen en su relación con la comida actualmente:

Se desprende desde los relatos, que las jóvenes consideran de gran importancia el lugar donde van a servirse la comida, si van a comer junto a otras personas. Asimismo consideran que ello influye en el cómo comen y de qué manera, tomando conciencia de que la presencia de ciertas personas provoca en ellas alteraciones en la forma de ingerir .

Para mí es como sagrado el lugar donde como , pero ellos (padres) me critican por eso(...). Para mí tiene que ser en el comedor, no puede ser en otro lado, y tiene que ser en esa silla y a tal hora.(Valeria)

Me siento cómoda por lo general parada en la cocina cuando me dan estos ataques, y en mi casa la verdad que no se utiliza mucho el comedor(...), entonces pa qué voy a comer yo sola, poner la mesa pa mí sola..., pero prefiero, la verdad, en el comedor y como Dios manda, que haya como un ambiente, pero se hace difícil(...). La verdad es que odio comer sola, no me gusta(...), es más fácil pa mí sentarme en la cama con el televisor prendido que me acompaña, a sentarme en el comedor viendo a nadie, sola.(Alejandra)

(...). Bueno, yo como parada frente al refrigerador cuando como a deshoras, y otras veces como encerrada en mi pieza porque no quiero que nadie me moleste ni nada, o viendo tele cuando no hay nadie. (Mara)

(...) en mi pieza, aunque cuando estoy con más gente me gusta comer en el comedor(...), me siento bien comiendo acompañada.(Carolina)

Prefiero comer en mi casa, sola, lo importante es estar sola. Cuando está mi papá como normal, no ando picoteando no ando jugando con la comida. Para evitar las peleas, realmente para evitar todo tipo de desagradados porque no es nada de agradable estar peleando todo el día por la comida.(Cristina)

Pero yo me saboteo y me compro las cuestiones igual y las escondo, o sea yo jamás en público yo voy a comer harto, o sea yo en público yo voy a comer poquito(...)paso mucho sola y cuando me siento sola aprovecho esos momentos de comer (...).Cómoda, en la pieza estando sola y comiendo a granel. (Sofía)

Las entrevistadas identifican la influencia de distintos factores en su forma de comer, las cantidades ingeridas y el tipo de comida que comen. Uno de las condicionantes que sienten las afecta, es el estado de ánimo, vale decir el cómo se sienten consigo mismas, cómo se autoexperimentan. Cuando su estado de ánimo es positivo suelen autoregularse, pero si es negativo incide en la pérdida de control frente al alimento y aparecen las conductas regulatorias y los sentimientos de desagrado; incluso la comida llega a adquirir un significado negativo.

Mi manera de comer está mejor, pero no por eso está bien. No está ordenada, de partida por un asunto de que no siento hambre, no estoy escuchando mucho a mi estómago(...), pero cuando te dan estos ataques, que ahora han disminuido, pero en algún momento fueron como muy seguidos, varios en el día, es cuando me siento sola o triste, o con rabia, pero en general con sentimientos negativos. (Alejandra)

...influye "n" el ánimo; si estoy bien, me siento bien(...)voy a tratar de comer menos, y cuando ando depresiva o sea no me importa nada, o sea como lo que venga, pero igual me engaño y me digo: total no engorda, total al vomitar no voy a engordar. (Sofía)

(...)cuando estoy más o menos bien y cuando estoy como más en mi centro, creo yo, ahí opto y digo: bueno, ya no voy a seguir comiendo y no sigo comiendo(...), pero cuando ando mal, me siento mal, me siento culpable y me da, y como más y sigo comiendo(...). (Pamela)

Todo lo que es dulce, o sea no puedo parar hasta que se acabe(...). He tenido predilección por las cosas dulces, además que es como lo prohibido, no sé, es como un autocastigo porque hay veces en que estoy apenada, estoy con pena y voy a comer, o tengo rabia con algo, conmigo misma y también como, o sea a veces lo hago como castigo también, si me peleo con mi mamá o cosas así. Siempre he comido así, aunque ahora como mucho más y más impulsivamente que cuando era más chica. (Mara)

En otras jóvenes el estado de ánimo influye en el comer pero en cuanto a la calidad de la comida, la forma en que comen y la posibilidad de disfrutarla, pudiendo provocar la evitación de la comida o alterar las cantidades de comida a consumir.

Contenta me da lo mismo e incluso como más sanito. Cuando así como medio amargada: destrucción. (...)cuando me siento bien o cuando estoy muy relajada me preocupo menos de comer, o sea como que no ando con la idea. Cuando ando como estresada, triste, como que, como que quiero comer más, pero una cosa así como de ¡gual!, como de saciarme (Mariela)

...ando deprimida y al otro día hay que almorzar, ando enojada, no quiero comerlo y me lo como enojada y las cuestiones las boto. Todas las cuestiones me las preparo yo; trato de inventar algo para no comer (...). Aunque me sienta bien o mal, igual voy a comer lo mismo, lo único que lo como diferente porque lo estoy comiendo con más ánimo, disfrutándolo más. (Valeria)

Rara vez, pero de repente me pasa que a última hora me enojo, me enojo y eso me quita el hambre y no quiero saber nada más de nadie. (Fabiola)

Si estoy agresiva evito comer; cuando estoy más contenta evito comer; tengo que estar como término medio. (Cristina)

Cuando estoy deprimida no me dan ganas de comer, (...), onda como porque ya como, ¿cachai?, y cuando estoy bien, cualquier cosa. (Catalina)

(...), de repente cuando estoy bajoneá, depre, y me siento mal conmigo misma(...), típico que no me van a dar ganas de comer; pero cuando estoy feliz, contenta(...), tengo "n" ganas de todo y como mejor, como que disfruto lo que como, es que cuando estoy bien con todo, conmigo misma, ni siquiera pienso en no engordar, ni en vomitar. (Carolina)

Cuando estoy alegre como harto y cuando estoy triste como más. Cuando estoy así como más triste siempre como más dulces, galletas y chocolates que me compro yo misma y bebida, y cuando estoy más contenta como que en el fondo como lo mismo. cuando no tengo ganas de comer no como. (Patricia)

Por otra parte, el estado de ánimo puede afectar en cuanto al disfrute de lo que comen, así como en cuanto a la preocupación y dedicación que manifiestan por aquello que van a comer.

Influye generalmente cuando me siento sola. Nunca lo disfruto yo creo, nunca sé lo que como, yo creo, aparte, que lo como tan rápido pensando en lo que voy a comer después, que al final no disfruto nada. De repente me puede influir en lo que como el libro de la anti-dieta, que lo leí y de repente trato de ceñirme a eso, que si voy a comer por lo menos para ordenarme un poco, pero a veces no resulta. (Mara)

Si estoy bajoneada me voy a comer algo rápido, lo que caiga, y cuando estoy bien salgo a comprar, busco lo que me gusta, me preocupo mucho más. (Sandra)

Cuando me siento bien o cuando estoy muy relajada, me preocupo menos de comer, o sea como que no ando con la idea. Cuando ando como estresada, triste como que, como que quiero comer más, pero una cosa así como de saciarme. (Mariela)

A la inversa, también les ocurre que el sólo hecho de comer genera cambios en su estado de ánimo de manera negativa.

... pero comiendo me deprimó, me encierro en mi pieza si como. (Valeria)

Para algunas entrevistadas el comer se asocia al desarrollo de otras actividades complementarias al acto de comer; vale decir, hay cierto tipo de actividades que ellas asocian, por distintas razones, al comer.

Cuando tengo que estudiar, no puedo estudiar sino como. (...) Cuando como suelo ver tele, me pongo a comer y prendo la tele porque no tengo nada más que hacer. (Javiera)

Más cómoda en mi pieza, lo que pasa es que en mi pieza está la tele. (...) Cuando veo la tele no pesco lo que como la verdad, siempre como viendo tele. (Patricia)

Otro factor que sienten afecta su relación con la comida, es la presencia de terceros al momento de comer. Para algunas de ellas, resulta más cómodo estar solas cuando las ganas de comer son muchas, o prefieren comer cierto tipo de alimentos solas, aquellos que les son conflictivos de comer frente a los demás; o puede ser que la presencia de otras personas les influya, en términos de ejercer control sobre las cantidades o el tipo de alimento a consumir.

Para otras jóvenes, existen ciertas personas, generalmente sus padres, quienes afectan esta relación negativamente e impiden disfrutar el alimento o inciden a un punto tal que sienten que esa presencia les impide comer. También hay reconocimiento que actualmente no son otros los que afectan, sino que recae en ellas la responsabilidad frente a la conducta que tienen hacia la comida.

En el comedor más cómoda(...), no sé si le pasa a todos los gordos, pero a mí me pasa, hay momentos en que a mí me gustaría poder estar sola para poder comérmelo todo...y hay momentos en que no me importa, porque quiero comer normal nomás y quiero compartir con los demás, entonces no, depende, depende de cómo esté yo, si tengo, si estoy con ansiedad y con esas ganas de comer que me dan a veces, que quiero comer, comer, comer y no puedo estar con los demás porque a mí me da vergüenza comer así p'ó, entonces en ese minuto, claro, yo preferiría que no estuviera nadie. (Pamela)

Estando acompañada, la verdad, es que soy capaz de comer varias cosas(...), pero de repente es como si te regalan un chocolate tú no te lo vas a comer cuando haya alguien porque no lo vas a poder ir a vomitar, esperas quedarte sola. (Alejandra)

Cuando está mi mamá me hago la tonta y como menos y si está también mi papá me restrinjo. (Javiera)

Estando mi mamá trato ni de mirar el pan, el pan fuera de la mirada de ella. Pan, dulces, chocolates, pasteles y todos sus derivados los como por sedentarismo, me gusta comerlos en la pieza y ver televisión. (Sofía)

Yo siento que mi papá, mi padrastro, es él que me hace como que no coma, porque cuando él me reta, yo no quiero comer, apenas trago, apenas las cuestiones las como (...). En cambio cuando él anda feliz, así como que las cosas me las como con más ánimo (...), pero cuando él me ha criticado todo el día porque soy así no como nada y es peor porque como menos. (...) como que él, es él quién me ha llevado a todo esto, como que estando él yo no quiero comer (...) a veces pienso porque él como que me quita todo este ánimo por comer, por ser normal, por ser natural; cuando está él yo cambio mi forma de ser (...).(Valeria).

Antes influían mis papás, pero ahora soy yo. (Carolina)

También manifiestan que el tema de la comida ocupa gran parte de sus pensamientos, así como parte importante de su tiempo. La atención está dirigida al control de las calorías especialmente, en cuanto a transformarse en una prioridad, o el tema se centra en torno a la comida y el comer por considerar que es un impedimento para alcanzar diversos objetivos.

Vivo pendiente de eso, de las calorías especialmente. Me gustaría que no fuera tanto. (Cristina)

No lo pienso de sobremanera, no, pero igual ocupan mi tiempo, pero no de sobremanera (Mariela)

Me preocupo pero no de manera exagerada(...) Yo gozo comiendo, o sea yo me levanto y pensando qué voy a comer, paso gran parte en eso(...). (Alejandra)

Mucho pensar en lo que quiero comer, en lo que voy a comer, y ando como repitiéndome a mi misma que tengo que hacerlo porque podría comprarme tal cosa que aparece en una revista. Yo me siento capaz, como que lo llevo bien grabado. (Patricia)

En cuanto al tiempo que le dedican, lo relacionan con distintos aspectos: la organización del día en función del comer, de las cantidades de calorías que se permiten consumir y en la ocupación por aquello que se va comer; aunque esta atención aparece vinculada al temor a engordar. Así también hay quienes evitan dedicarle tal atención, transformándose posteriormente en evidente preocupación por el tema. Finalmente, hay quien no le dedica tiempo, pues el comer está en función de la sensación de hambre.

Todo el día, todo el día; estar pensando 3 horas lo que vai a almorzar, 3 horas antes de ir a almorzar que vai a ir a comer. (Fabiola)

Todo el tiempo yo me despierto pensando qué voy a comer(...). Ando pensando todos los días qué voy a comer después y voy sacando cuentas con la calculadora cuántas calorías y yo sé que según mi estatura tengo que consumir como 1700, pero yo consumo 700, 600 y tantas, algo así. (Valeria)

Todo el día, todo el tiempo pienso en la comida porque no quiero volver a ser gorda y además todo a tu alrededor gira en torno a la comida dietética, al gimnasio, a lo flaco, regio, estupendo, entonces cómo no voy a pensar en eso. (Carolina)

Vivo pendiente de eso, de las calorías especialmente. Me gustaría que no fuera tanto. (Cristina)

Siento que a pesar del tiempo que le dedico a hacerlo, es menos; me dedico mucho tiempo a pensar en que no lo hago, entonces en el fondo me preocupo igual, es la misma preocupación(...), pero en el fondo estoy todo el tiempo recordando. (Pamela)

Nunca estoy pendiente de lo que voy a comer, si tengo hambre voy y como lo que sea. (Javiera)

VII. II. V. Vivencias y significaciones de la comida (antes y ahora):;

Aparece reiteradamente en las entrevistadas, el asociar el estar en familia y el compartir momentos agradables en torno a la comida, generalmente estos momentos corresponden a situaciones particulares como lo es la celebración de acontecimientos significativos para la familia, o ser estas las ocasiones que se tienen para tener cerca todos los miembros de la familia. También para ellas los momentos de compartir la comida adquieren importancia, porque implica estar en familia y no se asocia a estar sola.

Los momentos compartidos: la pascua, los cumpleaños, el Año nuevo, todas esas cosas; nos juntamos todos, aparte de nosotros, toda la familia, el choclón en el fondo. (Fabiola)

Generalmente nos juntamos todos, todos y siempre en mi casa y se hace un asado, a mi papá le encanta eso, le encanta tener la casa llena de gente(...). Siempre cuando nos reunimos siempre la pasamos bien, todos en familia y tiene que estar presente la comida. (Patricia)

La verdad es que mi familia es así, de reunirse en torno de comidas, como cumpleaños, santos, cosas así. (Javiera)

Mucho asado, de juntarnos los fines de semana, de invitar gente(...) y eso ya se paró con lo de mi papá (...), pero antes todos vinculados con todos, éramos como super unidos, pero como con el accidente quedamos como en una isla, eso pasó ahora y como que nos unimos mucho más entre nosotros para no sentirnos tan solos. Los momentos de comer pa mí son re importantes, como que todos juntos, es como comer y estar con alguien, como que todos juntos(...), o sea con la ansiedad he comido sola, pero pa mí comer es estar con alguien y lo asocio con estar con la familia o con alguien (Sandra)

Los momentos agradables en familia es comer cosas ricas todos juntos, cosas que no hay siempre y hartó(...), ahí nadie se preocupa de nada, todo super bien, es como si no pasara nada y lo pasamos chanco. (Carolina)

Los espacios de reunión, siempre que había que celebrar un asado, una torta, una once. (Cristina)

Generalmente cuando estamos todos reunidos es en festividades y siempre tratamos de hacer lo más ameno posible pero casi siempre se produce algún problema con alguno de nosotros, fuerte, o sea problema chico pero siempre hay algo. (Mara)

Comiendo principalmente, creo que cuando estamos juntos es cuando generalmente estamos comiendo, la otra mayor parte del tiempo cada uno está haciendo lo que hace. (Pamela)

Pa que se reúnan todos los hermanos va a ser una cosa muy especial: cumpleaños, la pascua, los fines de semana, pero casi nunca. (Javiera)

Los momentos de estar juntos bien, bien, excepto cuando vamos a comer afuera, a restaurantes, porque mi papá se pone a discutir con mi mamá porque mi mamá no come(...), mi mamá igual siempre come poco...yo lo veía como cuidarse ella pa estar flaca y yo gorda, y a veces quizás todavía lo veo así. (Catalina)

Yo creo que el único momento en que estamos todos juntos es cuando arrendamos una película para ver, y no sé a mí me gusta porque nos reímos todos juntos(...), pero son pocos los momentos, porque cada uno tiene su lugar, entonces no estamos todos reunidos. (Valeria)

Nos encanta viajar en carpa y ahí vamos todos(...), pero cuando estamos los fines de semana aquí nadie se pesca. (Patricia)

Los espacios que me recuerdo era entretenido, o sea era el espacio y la hora que teníamos para compartir con mis padres(...).(Alejandra)

Aparecen otros aspectos que se asocian a la relación que tienen las jóvenes con la comida y el acto de comer. Al momento de perder el control sobre lo que están comiendo, suelen sentirse mal consigo mismas y frente a ello, resuelven ejercer más control sobre lo que comen. Frente a situaciones similares (pérdida de control), otras enfrentan su propia pérdida de control con sentimientos de culpa, lo que las impulsa a deshacerse de lo comido (provocándose vómito). Para otras, el comer pasa por las ganas que se tengan y por el gusto de comer aquello que desean. En cuanto a la percepción que tienen sobre lo que comen, si bien hay evaluación negativa, ésta se haya supeditada a otros aspectos que consideran más relevantes y que les proporcionan felicidad. Para otras, la evaluación negativa de la forma en que se alimentan las ha llevado a buscar la ayuda de un especialista, puesto que todavía existe el temor de no ser capaz de autocontrolarse.

Cuando voy a mi casa y me dejan ensaladitas y me tiento y ahí me muero, me tiento mucho y ahí siento que ya la cagué, que la ensaladita se fué. Me siento mal, pero digo: ya, si comí de manera abundante ya no como hasta mañana, como que me castigo un poco, aunque me cago de hambre. (Sandra)

Según el antojo que tenga de comer y de las ansias de comer depende qué cosa como. (Mara).

Cuando miro el plato que voy a almorzar o sea lo miro así y yo veo, yo sé que es poco, lo veo bien fome el plato pero a mí no me importa, no me afecta, pero yo sé que no está bien. De repente, hay pocas veces que como así, como feliz,; no se, yo lo como una persona normal yo creo, pero lo único que yo como, como que no me influye tanto, es el Quaker; si yo no comiendo soy feliz. (Valeria).

De partida no como en forma ordenada, he tratado de ordenarme porque, bueno, tengo una nutricionista que está tratando de reordenar mi alimentación, pero es un desorden completo. (...). Esta cosa es muy como complicada, tú no degustas lo que comes, engulles solamente, es una cosa de llenarte y llenarte y cuando ya estás a full vas a vomitar.(...). Todavía está bastante desordenada porque yo creo que me cuesta mucho todavía sentir hambre. Últimamente no puedo comer tranquila, o sea siempre estoy pensando en que no me vaya a venir un ataque y trato, en lo posible, de que si estoy comiendo algo, sea lo más sano posible. (Alejandra)

Las jóvenes perciben la existencia de un problema que relacionan con el vínculo que mantienen con la comida; en el relato, el vómito surge como respuesta frente a su deseo no controlado de comer lo que se evita, generándose en ellas sentimientos como rabia, sensación de estar "enfermas". Sin embargo, la "normalidad" les aparece como sinónimo de comer sin control; y otras lo identifican con el comer sin saber por qué lo hacen lo que les indica la presencia de un problema, y situaciones en que creen haber comido excesivamente y posteriormente se sienten mal , y quienes evalúan el cómo comen en función del ritmo al comer y al perder el control también experimentan sentimientos de culpabilidad. Por otra parte están quienes reconocen e identifican el comer en ocasiones, en cantidad cierto tipo de alimentos , generalmente los que no se permiten, lo que una vez más consideran las afecta negativamente, de ahí que posteriormente incurran en conductas que les ayuden a resolver lo hecho.

...todavía vomito, todavía, porque onda a veces me dan ganas de comer chocolates, chocolates, chocolates y me doy cuanta por qué comí si no tengo ganas, y chao. Después me siento mal, o sea ¡pucha!, de nuevo empezar con la misma cuestión y que no quiero...Me da rabia, me da rabia que no me puedo controlar, o sea...en mi casa hay un tarro así en que siempre ponemos galletas, y onda que empiezo con una, con otra, con otra, hasta que no paro... (Catalina)

Aunque sé que estoy enferma, como que no quiero mejorarme en el fondo, igual quiero estar más flaca, por mí dejaría de comer, porque si me mejoro a lo mejor voy a ser como normal y voy a empezar a comer(...) y tengo miedo de que eso después se me pase esta cuestión y empiece a comer pero descontroladamente...(Valeria)

(...)creo que me pasa frecuentemente...en que por ejemplo me he dado cuenta incluso cuando estoy comiendo que no tengo hambre, ahora me pasa eso afortunadamente y puedo parar(...), es super claro porque estoy comiendo y digo...pero ¿para qué estoy comiendo?, yo no tengo hambre ahora(...), me pasa que me doy cuenta que tengo la idea fija de ir a comer por ejemplo, y se me queda la idea ahí y no lo puedo evitar y hago otras cosas para que se me olvide(...); eso creo que refleja claramente que tengo un problema. (Pamela)

Cuando estoy comiendo muy rápido, estoy muy compulsiva, o sea muy rápido(...), o sea estoy consciente de que estoy comiendo compulsivamente, que estoy mal en ese momento. Culpable me siento, no siempre cuando como de manera desmedida. Cuando como bien siento un poquito de culpabilidad, pero soportable(...), lo disfruto, pero me descontrolo cuando yo sé que me di un atracón comiendo "n". (Sofía)

Tomo conciencia cuando lo hago pero ya me lo comí, ya que voy a reventar, que ya comí mucho, que se acabó, después digo: ¿y ahora qué hago?. Me siento mal, ¿ahora qué hago?, me empiezo a urgir.(Javiera)

En otras jóvenes la identificación de algún tipo de problema con la comida pasa por el orden en sus comidas, en cuanto a cantidad, horarios, tipos de comida, lapso entre comidas, lo que evalúan como desorden; además, consideran que no corresponde a una forma normal o natural debido a que sienten que esta situación se les escapa de control, generando sentimientos negativos y de desagrado hacia si mismas.

No es equilibrada, no, es que como cualquier tontera, o sea desorden, no como nada, o sea no como nada definido ni en horas definidas, ni cantidades definidas: todo depende del momento y de las ansias que tenga; o sea, es una forma desordenada de comer. (Mara)

Me doy cuenta por la forma en que como, las cantidades de comida que como, con cuánto intervalo de tiempo entre cada comida dejo; ahí me doy cuenta que finalmente es harto, o sea yo nunca voy a poder comer como una persona normal a no ser que esté con una dieta(...). O sea trato de pararlo, pero muchas veces no puedo, me hace deprimirme también, es como un círculo vicioso, falta de autoestima también. Como porque como nomás. (Mara)

... yo creo que, de hecho decido, si no quiero esto no lo como...lo que me cuesta más es parar de comer, cuando me dan estos ataques de comer, comer, comer. (Catalina)

Me doy cuenta en que me da por comer cosas como muy chatarra entre comillas, o como muy calóricas, y de repente sigo comiendo aunque no, aunque esté bien sigo comiendo. Sé que el no comer, o comer menos no es, no lo veo como natural.... o sea, siento que es adecuado en el sentido de que en todo hay que tener como un equilibrio, o sea que si, no sé, o sea que si ayer me lo comí todo, hoy día me tengo que cuidar, pero siento que es inadecuado porque igual es como penca, es como ir en contra de como de tu cuerpo, que tenís hambre y tenís que cuidarte aunque tengai hambre y es como desagradable. (Mariela).

Ocurre en ciertos casos, que la vivencia de sentimientos desagradables hacia ellas al momento de comer no está asociado a la sensación de comer mucho, sino por el contrario al hecho de consumir mínimamente algo que se han prohibido, o cuando desarrollan conductas que consideran inadecuadas.

.....a fines del 97' mis papás todavía no se daban cuenta de lo que yo realmente tenía, no sabían de semanas que yo no almorzaba, entonces yo creo que ahí me sentía bien porque lo único que comía era una manzana en el día y después en la tarde un poco de quáker; en cambio ahora, de repente igual no como,(...) pero igual en la noche comía alguna cosa, alguna golosina, algo así porque ya no lo soportaba, si era demasiado, no tanto el hambre, era como una manía. algo así, y después me sentía mal más encima porque lo comía, entonces ahí me sentía gorda. (Valeria)

Cuando empiezo a picar, esa cuestión, ya me empieza a afectar, ya me doy cuenta de que no...siento angustia. O vomito o evito comer. Cuando como me siento mal. (Cristina)

Hay también vivencias de conflicto en relación a la comida; existe la sensación de no disfrutar el comer porque aparece invariablemente el temor a engordar, y surgen sentimientos de confusión al ignorar las razones por las cuales se tiene las conductas que se tienen.

Yo creo que como pésimo, que no lo disfruto mucho, que pienso que me sentiría mejor sino tuviera que comer; o que me lo pudiera comer todo, sobretodo aquello más prohibido y no tener que preocuparme que voy a engordar. (Camila)

No sé realmente por qué hago todas estas cuestiones. (Valeria)

En ocasiones, la comida adquiere significados que en la vivencia de las jóvenes tiene connotación negativa: resulta insoportable la sensación de hambre, asocian el comer con el engordar instantáneamente y ello provoca cambios en su estado anímico y genera la aparición de conductas de reparación o compensatorias, no es posible disfrutar el momento de comer y

por ello se opta por evitarlo, y también existe la sensación que son las situaciones estresantes las que las ubican en una posición de vulnerabilidad frente a la comida.

(...) y el hambre que a veces no lo soporto, como que no lo soporto pero igual tengo que no comer, esa es mi meta. (Valeria)

Me siento mal, me voy, me encierro en mi pieza, me pongo a pensar en lo que comí, cuántas calorías comí, eh, no sé, que me veo gorda, en que mañana, otro día voy a amanecer con güata porque comí eso, que no sé p'o, me deprimó, me pongo a llorar, hasta a veces me da la locura y me pongo a tirar todas las cuestiones que encuentro en mi pieza, me pego en la cabeza, no sé p'o, me da mucha rabia; digo: ¿pa qué me lo comí?, ¿por qué no me lo aguanté?, ¿por que no me comí una fruta, una cosa así?, entonces ahí las ganas de querer vomitarlo y me pongo paños en la guata para bajar esa sensación de que me siento satisfecha, no sé p'o, me pongo a hacer abdominales, ejercicios, todo eso para eliminarlo. (Valeria)

O sea que me puedo dominar, estoy tratando de incorporar como hábitos, pero encerrada y sola me tiento y me tiran las manos, o sea sola trato de no caer; pero sé que si voy a tener un dramón igual que el accidente o cualquier cosa, siento que voy a volver a engordar y sé que mi salida va a ser comer. (Sandra)

Evito acompañada el chocolate..., chocolates y pan...los como en mi pieza y cuando estoy sola las galletas, porque el tarro está en el comedor(...), entonces como que me vuelvo a sacar las galletas, como que no me puedo controlar; o sea digo ¡ya!, me voy a lavar los dientes, no me voy a volver a acordar, pero ¡no puedo!, como que tengo que ir y tengo que sacar una galleta, tengo que comerme un chocolate. (...). (Catalina)

(...), es tanto la obsesión por comer, o sea con la comida, pero que hay veces que me bajan ataques de comer, después me arrepiento porque voy a engordar y no sé qué, y vomitaba. (Carolina)

Cuando estoy comiendo sé que tengo que parar, cuando me dan esos ataques de comer y comer, sé que tengo que parar porque sino, lo voy a lamentar, que estoy llena, que ya no necesito comer más, me siento satisfecha, pero sigo haciéndolo y no sé por qué no puedo parar y esas cosas como que se escapan de mi control(...)(Mara)

(...)yo comía, comía y comía y vomitaba, me lo vomitaba todo, y lo más penca aún es no poder controlarlo, o sea estoy consciente que la estoy cagando, estoy consciente que te estoy autodestruyendo pero no podís parar. (Sofía)

Es que me calmaba el hecho de comer, o sea como que me entretenía, como que necesitaba hacer algo y donde podía descargar mi rabia era en eso, además que me sentía super sola. (Carolina)

El comer no es un acto que genere satisfacción, de hecho algunas comen, pero lo consideran una obligación, aunque prefieren no hacerlo, pues temen perder el control sobre lo que van a comer y empezar a engordar experimentando el fracaso. Pero también este sentimiento de obligatoriedad genera la oportunidad de eliminar, vomitando, el alimento ingerido. Una de las jóvenes evalúa su relación con la comida negativamente porque no le resulta agradable comer, porque prefiere no comer.

Como porque ¡ya hay que comer!, pero si no me diera hambre prefería no comer, no estar sujeta a la típicas horas de almuerzo, onces, comida, que en mi casa siempre son así, que las cumplo porque igual rico, pero ese rico, ya bacán, de siempre lo mismo como que se alarga y no se si voy a poder parar después. (Catalina)

La fruta es lo que más como, o sea manzana, o sea si yo no como, no almuerzo,, como una manzana, pero de verduras, o sea igual las verduras comunes y corrientes, pero por mí no las comiera, las como por obligación. (Valeria)

Es que lo que pasa es que no tengo tampoco una buena relación con la comida, o sea pa mí no es algo muy agradable(...), pero en general como que no ando buscando la, la comida, y si tengo hambre como. Considero que actualmente me alimento bien (Mariela).

Algunas sienten que no tienen ningún poder de decisión sobre lo que comen, pues son otros los que lo determinan, ya sea los padres o doctores; sin embargo en ellas prevalece el deseo de no comer.

No tengo ese criterio. Mi papá, los doctores determinan lo que como(...) por mí no comería nunca; he estado dos semanas sin comer nada, sólo agua. (Cristina)

Existen quienes asocian tanto el alimentarse como el nutrirse, con el engordar y subir de peso, o uno de los dos conceptos aparece ligado a experiencias desagradables. Otras jóvenes los relacionan como sinónimos, y el resto hacen la distinción entre ambos términos: la nutrición tiene connotación positiva, pero alimentación no, porque se asocia a comer independiente de aquello que se come.

Nutrición es salud; alimentación es nutrición, están como relacionadas. (Catalina)
Nutrición se me imagina así como el niño gordito...hipercalórico. Y la alimentación es como una güevá asociada con placer. (Mariela).

No sé, nutrición es como comer de todo balanceado, pa mí es eso. Y alimentación es comer nomás. (Fabiola)

No sé, pa mí alimentación es comer, comer y comer cualquier cosa; y nutrición es comer más sano. (Carolina)

Alimentación es engordar; nutrición es subir de peso. (Cristina)

Alimentación es como lo que uno come; y nutrición es como más, ya como nutrir el cuerpo, más científico. (Mara)

Nutrición con comer qué sé yo, proteínas y cosas que te hagan bien; y alimentación podés tomarlo como comer cualquier cosa. (Sofía)

La palabra nutrición con los 4 grupos de alimentos, balancear durante el día con esos 4 grupos(...), es lo que más se acerca a la alimentación perfecta, tiene que ver con comer para vivir. La nutrición también con comer para vivir, pero comer lo correcto. (Alejandra)

VI. III. Experiencias acerca de su cuerpo y su imagen corporal:

VII. III. I.- Antecedentes de la preocupación por la imagen corporal:

Entre las temáticas por las cuales éstas jóvenes manifiestan interés, encontramos en sus relatos la preocupación que manifiestan hacia sus cuerpos y la autopercepción de su imagen corporal, la que es posible observar se constituye y/o es validada desde la mirada de los otros, o según cómo ellas creen, sienten, que las perciben corpóreamente. Algunas, de hecho, dan cuenta de esto a partir de los recuerdos que tienen en relación al momento en que consideran se empezó a poner de manifiesto y desde dónde se originó su preocupación por la imagen.

Los datos proporcionados por los pares y la influencia de los medios de comunicación en cuanto a la propuesta de modelos estéticos y de belleza en una etapa de transición (pubertad-adolescencia), sienten afectó su autopercepción y gatilló interés y preocupación por su imagen y la necesidad de efectuar cambios en ella.

Cuando yo sentí que me pasaba, que yo me sentía demasiado gorda, aparte de que muchas de mis amigas empezaron a adelgazar(...), entonces como que yo me sentí que era mucho más difícil pa mí que pal resto. (Carolina)

(...)una vez ví en una revista que una niña pesaba tanto, 48 kilos y tenía unos 25 años, y yo pesaba eso cuando tenía como 12 años, entonces yo pensé, no sé p'o, cómo voy a ser cuando tenga los 20 años si ahora peso esto, entonces como que me asusté así(...), pero cuando ya tenía 14 años hice un reportaje sobre esto(...) y comía harto, comía como una persona normal, y desde que hice ese reportaje como que ya me empecé a meter en la cuestión, además como que me ví al espejo y me encontré medio panzona, media gorda. Además porque yo tenía un pololo(...), entonces yo dije si me va a ver el verano cómo estoy comiendo, me va a ver un puerco, me va a ver gorda, entonces me asusté, dije: yo no quiero que me vea gorda, y me miraba de repente en los espejos de otras casas y encontraba que me veía gorda, encontraba que los pantalones me quedaban muy apretados, entonces quise hacer una dieta(...), y empecé así(...). Cuando entré a 2º, ahí empecé como firme una dieta, me acuerdo que un día comí completo y lloraba en mi cama por lo que había comido, o sea estaba demasiado desesperada(...), entonces se me ocurrió no almorzar y así todos los días(...) y de a poco cada vez menos cosas(...)(Valeria)

Entre los antecedentes que señalan respecto al peso, fundamentalmente se hace referencia a dos situaciones: no haber tenido nunca problemas de gordura; y haber tenido siempre problemas con el peso.

Nunca he sido gorda, cuando era chica era bien flaca, eh, hasta tenía hartos problemas para comer; mi mamá, no sé, me llevó al médico, estaba bien, casi desnutrida, cuando era bien chica, pero después empecé a estar normal. (Valeria)

Yo desde chica he sido gorda; mi mamá dice que nací como con 4 kilos(...), nací así, con este problema (...). (Javiera)

Gran parte de las jóvenes concuerdan en que anterior a la presentación del problema, tenían antecedentes de gordura o sobrepeso y/o tendencia a subir de peso u oscilaciones de éste, por lo que la referencia de los pares les generaba la sensación de mayor dificultad al momento de intentar disminuir de peso. Así también, sienten que las disminuciones en el peso (adelgazar) contribuyen gratamente a la erradicación del complejo que experimentaban por sus problemas de peso; incluso aparece el problema como la solución para poner fin a las oscilaciones de peso.

Me costaba, pero los bajaba, tendía a subir pero nunca, nunca fui de esas personas que suben y bajan. Yo creo que empecé a engordar a los 9, 10, 11, por ahí. (Fabiola)

Yo era más gorda, mucho más gorda, no era obesa, es que nunca fui obesa, pero sí gordita, pesaba como 53 kilos y era más gorda que mis compañeras, (...) a lo mejor porque era más buena pa comer, o por que era más baja que ellas (Carolina)

Tenía un sobrepeso, no sé, pesaba 62 kilos. Llegue a pesar 40 y mido un metro 61,62. (...), a mi me empezó a gustar estar flaca y todo, aparte que yo siempre había sido super acomplejada. Sí bajaba, siempre bajaba, pero nunca tan drásticamente como pa echarme 9 kilos en un mes. (...), no estaba gorda, no estaba rellenita. (Fabiola)

Ahora no tengo problemas para mantener mi peso, lo tuve antes de que viniera la anorexia, mi peso antes o era muy poco o era mucho, y así estuve como un año y medio.... es que estaba como ansiosa, cosas así, cuando tenía pena. (Mariela)

Era flaca y no hacía deporte, era quedadita(...). (Sandra)

La influencia que ejerce la preocupación de los otros y los comentarios que hacen en relación a la imagen corporal y el peso, genera diversos sentimientos; para algunas aún cuando se daban cuenta de su condición de sobrepeso era molesto y generaba sufrimiento, para otras era desagradable y generaba rabia; otras tienen vivencias que se relacionan con aislamiento y rechazo y discriminación de parte del sexo opuesto y la experiencia de tener que enfrentar dificultades físicas por tener sobrepeso las hace enfrentarse constantemente a su condición: hay que bajar de peso. Sin embargo para algunas no reviste ninguna importancia el ser aceptada o no por los otros en función de su imagen, consideran más relevante el cómo se sienten consigo mismas.

(...)todo el mundo andaba como pendiente, o sea como en general la gente que yo conozco, no toda, como de que: ¿cómo vai a comer eso si engorda?(...) y te están hablando de ¡qué lata! que mañana tenemos que ir, no sé p'o, al gimnasio para bajar esa guata, o sea una güevá desagradable. Me da rabia p'o, sí, me da rabia (Mariela).

Y siempre tuve esa tranca que yo no le gustaba a los gallos porque era gorda, o cuando era más chica me molestaban porque era gorda, entonces como que siempre me preocupó eso (...) tenía que bajar de peso porque estaba gorda, o sea todas esas cuestiones como que fueron acumulándose hasta que reventó la gorda. Pero en el colegio yo andaba sola(...), no tenía ganas de nada (...)(Catalina).

Si yo soy así no me importa que no me acepten, ninguna cuestión con tal de yo sentirme bien. (Valeria)

VII. III. II. Vivencias de los cambios corporales en la etapa pre adolescente y adolescente:

Para muchas prácticamente la etapa de los cambios del desarrollo no reviste mayor trascendencia, no indica un hito al interior de sus vidas: algunas jóvenes no recuerdan qué les ocurrió, otras consideran que fueron cambios sutiles y no les afectaron, para otras llegaron de improviso y fue decepcionante la experiencia o poco importante generando conflictos en relación al significado social de estos cambios y la propia vivencia. También hubo indiferencia, o marcó la expectativa que tenían otros en relación a lo que podría pasarle. Asimismo ellos fueron experimentados en función de los cambios corporales y la percepción de los pares masculinos frente a estos cambios. Para otras jóvenes generó la aparición de complejos en relación a los cambios corporales que se estaban experimentando y que diferían de los de sus pares mujeres. Sólo una joven recuerda con agrado y satisfacción los cambios de esa etapa en relación a sí misma y respecto al efecto que generó en otros.

De los cambios no me acuerdo, p'a nada. (Fabiola)

No estaba nada de preocupada de mi cuerpo, nada, ni cuenta me di(...)A mí me daba lo mismo. Siempre fui más alta que el resto de mi curso. (Mara)

No fue mucho el cambio en ese tiempo, porque no me pegué un estirón ni me crecieron mucho las pechugas, ni el trasero, ni las caderas, me di más cuenta porque me llegó la regla; pero bien, todo bien aunque igual me hubiera gustado haberme desarrollado más. (Carolina)

(...) no fueron cambios así como tan bruscos, siempre casi igual. no tenía nada de pechuga, siempre fui igual, el trasero tampoco se me agrandó nada, o sea fue casi normal, o sea era más cuadrada yo creo, no tenía tanta cintura, era más cuerpo de niña. No, es que como que el cambio de la adolescencia fue, fue un cambio pero yo justo en ese cambio empecé con la dieta, entonces como que no mostró como yo iba a ser realmente. Como fueron cambios casi nada, como que no los sentía tanto, así que no hubo tanta competencia de querer eliminarlos, no fue tanto así, fue un cuerpo normal nomás, no tuve algo exageradamente grande que yo quisiera bajar. (Valeria)

Los cambios, nada así que me afectara como psicológicamente, además que soy la menor de mi curso.... entonces siempre mis compañeras como que iban más adelantadas que yo, entonces las veía a ellas y decía: ¡ Ya puhh, a mí también me tendrá que pasar !. (Catalina).

(...) me llegó como...cuando era chica como que quería como cambiar, pero cuándo empezó todo, esto me llegó como de improviso, o sea yo sentí que de repente me indispuse, y como que me llegó y yo no tenía idea, como que lo tomé así como si no me importará pero me importaba (...) tengo como lagunas, así como que, como que lo negaba, así como que no hubiera pasado nada, una cosa así. (...) y mis amigas como que se veían más mujeres, porque yo era como chiquitita, y me acuerdo que a

mi me gustó , o sea yo quería ser así (...).Es que había algo como que no me calzaba (...), entonces yo decía: ¿ porque , por tener estos cambios como físicos voy a ser mujer? , o sea me parecía que era como, como un poquito injusto de que porque uno tuviera un cambio corporal tenía que responder a un cambio así, con un cambio psicológico instantáneo: ¡ Ya, hoy día soy mujer; me indispuse y soy mujer ! ; eso me molestaba.(Mariela)

Desde que era chiquita yo siempre quería crecer, siempre quería ser grande, pero después como que no me gustó, es como que tenía la imagen que pasar por esa etapa era como más distinto, pero fue un tiempo bien corto. Yo veía que mis compañeras se desarrollaban más lento que yo, como que pa' mi fue más rápido, cuando era más chica era más incomodo, ahora no, ahora es normal. Siempre me trataron como la líder , no se si será por eso, pero siempre me han tratado como algo más de lo que soy. Me siento cómoda por momentos con mi cuerpo. Nada especial los cambios, fue mas bien fome. (Patricia)

No tuve ningún rollo, lo fui asumiendo; en ese tiempo todo el mundo me decía que yo tenía un cuerpo espectacular, que iba a ser regia, estupenda.(Sofia)

La verdad es que yo creo que los tomé bien(...), los tomé con madurez, o sea yo lo tomé así pero en general lo tomé bien, igual el asunto del busto y todo eso no me causó mayores problemas porque tampoco fue una cosa así tan exagerada, fue bien gradual, muy de a poco. De repente me sentía un poco acomplejada porque yo tenía poco busto ponte, y veía que mis compañeras tenían mucho más que yo, y después eso como que se revirtió porque las otras se acomplejaban porque tenían mucho, que se veían gordas con todo y a mí me pasaba lo contrario. (Alejandra)

Me acuerdo es que a mí me llegó la regla cuando yo tenía como diez años, entonces a mí me llegó la regla antes, más o menos que me crecieran las pechugas, fue como super raro porque yo era como super chica y no me di mucha cuenta de lo que me pasó después (...), porque más encima a nadie de mis compañeras le había llegado la regla (...).y allí cuando me llegó la regla no crecí más y ahí todas mis compañeras empezaron a crecer, todas crecían y crecían y todas eran más altas que yo (...), , los compañeros típico se fijaban en esas cuestiones que a uno le crecían las pechugas, que era pechugona, unas con más pechugas que otras, (..) .Era en realidad como los compañeros los que connotaban más ese tipo de cambios p'o, sobretudo a las que se les notaban más p'o(...)(Pamela)

Yo lo único que quería era tener pechugas (...) . Yo repetí desde chica, entonces mis compañeras eran más chicas y yo me creía la muerte de hacer educación física y usar sostén; ya en media éramos iguales, en sexto básico era más la diferencia porque era más alta y tenía pechuga. En la etapa de media en el colegio ahí me sentía bien, super bien, y yo me preocupaba "n" de andar bien, de arreglarme; esa fue la etapa más rica en cuanto a mi cuerpo . Me sentía como super observada que atraía, que gustaba, me sentía bien. (Sandra)

Las jóvenes relatan que al producirse cambios en su imagen corporal, ellos son percibidos por las personas más cercanas, quienes tienden a comentarlos , sin embargo tales comentarios no tienen la misma connotación y provocan distintas reacciones en las jóvenes. Cuando son reiterados y apuntan a cambios percibidos favorablemente les hacen sentir bien. Sino es así, se dirigen en términos de consejos que se fundamentan en las desventajas

que les reporta mantenerse en esas condiciones, lo que actualmente aceptan como señal de preocupación hacia ellas, y hay otro tipo de comentarios que apuntan a reconocer los aspectos positivos que se observan en relación a la figura.

Si hay cambios de peso en mi, notorios, me lo dicen constantemente y eso me hace sentir super bien. (Sandra)

Cuando hay cambios como que la gente en general te da como consejos p' o, te dice: ¡pucha!, que tú eres tan bonita, que por qué tú no bajas de peso, que te va a hacer mal, que eso hace mal para el corazón y todo. Claro eso, ese es como el típico acercamiento que tienen los demás. Antes me daba rabia y me daban ganas de decirle que por qué no se van a freír monos al África y se dejan de meter en mi vida y me dejan ser, ser p' o, como soy nomás. Ahora entiendo, ahora entiendo que es la preocupación(...) lo dicen porque se preocupan de que me vaya a pasar algo porque es verdad, o sea yo he logrado entender eso, no lo había entendido, yo pensé que lo hacían para güevearme. (Pamela)

A mi siempre me han dicho que a pesar de que soy gorda tengo una bonita figura, además que me han dicho que soy bonita, entonces lo único que falta es arreglarme nomás. en cambios lo que haría sería bajar de peso nomás. Me gustan mis ojos. (Patricia)

Mis amigas igual son como más cuerpo pero flacas, así que no se nota mucho la diferencia, y no me afecta eso; más me da lata que sean más flacas que yo y que para ellas sea más fácil estar así. (Carolina)

Adquiere importancia en la evaluación de su situación, la opinión de otras personas respecto a su apariencia corporal. El corroborar lo delgadas que están por los comentarios que se les hacen, adquiere tal importancia, que las conductas de vómito no lo son tanto. El valor de las opiniones se manifiesta además en que los otros, al no reparar y verificar su estado de flacura, sienten rabia y, por otra parte, suelen validar más, los comentarios de personas desconocidas, antes que aquellos que provienen de parientes.

Todo el mundo me decía que estaba más flaca, más flaca y me confesaba de repente de vomitar, pero ninguna cosa así del otro mundo, y además estaba chochísima y en verdad hasta el día de hoy encuentro que hasta hace un mes yo pensaba, yo no entendía, o sea a mí me importaba un huevo. (Carolina)

Yo digo: no, si no es p' tanto, si estoy bien, pero en el fondo yo estoy feliz porque me están diciendo eso. porque ellos me están encontrando flaca y yo me miro así, si estoy flaca me encuentro mejor y yo por dentro feliz y contenta. Pero hay personas que dicen: no, si no es tan flaca, como que no sé, como que me quemo por dentro de rabia(.....). Valoro cuando me lo dicen otras personas extrañas porque creo que me están diciendo la verdad, en cambio parientes me lo dicen para que yo no siga adelgazando, yo pienso que me lo están diciendo para que yo me crea que estoy así. (Valeria)

VII. III. III. Relación con su propio cuerpo en la actualidad:

Existe para las entrevistadas una relación ingrata con su cuerpo, lo que manifiestan a través de la inconformidad e incomodidad que expresan en relación a éste, de ahí el deseo y/o necesidad de efectuar cambios en él. Estos cambios aluden principalmente al deseo de adelgazar aquellas zonas o partes del cuerpo que perciben gruesas o desproporcionadas en relación al resto del cuerpo, o que no son compatibles con un ideal estético personal. En cuanto a aquellas zonas que les agradan de sí mismas, refieren fundamentalmente al rostro o partes de él.

La posibilidad de tener un cuerpo que las satisfaga está claramente relacionada con tener una figura más delgada, así se expresa en su experiencia para aquellas que han tenido disminución de su peso, aún cuando algunas, en la búsqueda de tener un peso menor, no están dispuestas a realizar similares esfuerzos.

Me miro y veo , me veo una persona con , como que me sobrarian cosas eso es lo que me pasa yo pienso, me miro así y digo : ¡ ay, guacala!, me miro la guata, me toco la guata y me digo; todo esto que esta acá no debería estar porque sobra; después me toco acá y sobra acá, sobra en las piernas, sobra acá y digo: todo esto sobra, yo sin todo esto sería como son los seres humanos, es como, es eso, me impresiona me siento mal, me carga verme así obesa (...). ¿Cambios?. Sí, yo creo que sí, yo creo que estoy tratando, yo creo que esa es mi lucha conmigo misma. (Pamela)

Comodidad con nada, no nada, la verdad es que mi pelo, no nada. A lo mejor no me gusta, pero no me siento incómoda así; la verdad es que es como enredado, pero si yo fuera flaca no cambiaría nada, ningún cambio. Yo siempre he querido ser flaca, yo quiero pero no puedo. Si yo no fuera obesa sería no perfecta pero sería rico, excelente. (Javiera)

Cambiaría todo, todo lo que es rollo, todo eso....., igual me siento como ancha de espalda y quizás me gustaría ser menuda. Lo que más me gusta es mi cara. (B. Pereira)
Empecemos por lo malo: mis piernas las encuentro muy gorditas; mis pechugas, tengo una pechuga muy chica y una muy grande; y, bueno, de hecho el exceso de grasa en el abdomen. ¿Y las partes que acepto?: mi cara, mi pelo, mis ojos, mi nariz. A la pechuga le quitaría toda la grasa que tiene y la otra me la dejaría igual. (Sofía)

No cómoda, pero tampoco molesta, estoy conforme. Yo creo que de mi cuerpo rescato la cara, encuentro que tengo un rostro sino perfecto, si agradable; pero así de mi cuerpo, en realidad las manos me gustan, nada más, el resto no es mucho; las piernas me disgustan, llámase traste, cintura para abajo, todo me molesta. Las piernas me las adelgazaría, me haría así como una liposucción. (Alejandra)

Mirarme al espejo...hay momentos en que sí, pero hay otros que hay ciertas partes que las encuentro desproporcionadas, que me gustaría que fueran distintas, más flacas como las piernas y el estómago. Prefiero verme a un espejo y mirar sólo mi cara. (Carolina)

Me gusta, me gusta ser alta. Bueno, me desagrada el que estoy subida de peso, o sea con kilos de más. Me sacaría los kilos que tengo de más. (Mara)

Yo no digo que me guste ser gorda, yo no tengo problemas(...)(Javiera)

Más o menos, no me gusta que con el embarazo quedé con harta guatita; he tratado de hacer ejercicio, yo antes usaba bikini y ahora ni loca usaría. lo que me gusta de mi cuerpo son mis ojos, siempre me han recalcado eso. me pondría pechuga porque con dar pecho me llegó a la rodilla poco menos. (Sandra)

Me gusta que me encuentro como proporcionadita. Que no me gusta.... siempre he tenido el rollo así como que tengo poca cintura, eso no me gusta ¿ y lo demás ? , todo lo demás me gusta. Le haría un cambio pero con alguna ayuda externa, o sea yo no, yo no pasaría el suplicio que pase no comiendo. Ahora me siento cómoda con mi cuerpo. (Mariela)

Yo creo que... nunca me he sentido cómoda con mi cuerpo, si cuando estaba más delgada, cuando estaba delgada en realidad, cuando he bajado de peso (...). (Pamela)

Lo que me gusta es mis ojos, el pelo de repente, aunque lo tengo demasiado chuzo, eso. Y no me gusta que soy muy baja, tengo la guata muy blanda encuentro yo, que tengo las patas muy gordas. ¿Qué cambio yo?; me gustaría tener 3 kilos menos, 3, 4 ó 5 pa ser flaquita, así pa que de repente tú vai a una fiesta y engordai un kilito y ahí quedai relajada. (Carolina)

Lo que me gusta es que a veces me veo, no sé encuentro que me veo flaca, aunque se me notan los huesos cosas así, pero otras veces no encuentro que me veo nada de flaca, encuentro que me veo gorda(...), no sé yo ahora en el fondo no, no estoy conforme, yo por mí me encuentro que me veo más gorda que antes aunque yo sé que la ropa me queda igual(...). Me gustaría cambiar, no sé po, ser las piernas bien flacas(...), que se me noten bien los huesos(...), que todo sea más flaco. (Valeria)

(...) Digamos que yo, que yo no calzo en este cuerpo ni es lo que yo quiero... no es lo que yo quiero....digamos que este cuerpo no me sirve para lo que yo quiero realizar(...). Me siento incómoda con él por mi seguiría bajando de peso.(Cristina)

Para algunas entrevistadas la manifestación del problema y el sentirse insatisfechas consigo mismas no sólo condiciona su participación en espacios sociales, sino que además afecta su autoestima y genera la sensación de incapacidad de poder disminuir de peso, así como las lleva a idear estrategias para dejar de comer. Esta situación, para otras, se relaciona con las exigencias que se plantean conforme a sus expectativas, aunque actualmente no creen sea importante.

Yo diría que soy una persona bastante inestable en mi ánimo...pero...generalmente iría a una convivencia social y no tendría problemas; pero cuando tengo mi problema éste de que me empiezo a sentir fea, de que no puedo bajar de peso y empiezo a no quererme a mi misma, no quiero ver a nadie, y allí me pasa que no quiero ir a ningún lado en realidad(...); en realidad más que me vean es como, es como que yo estoy tan mal que no quiero compartir con los demás y voy a pasarla mal porque yo ya he pasado por esto p'o, entonces ya te ha pasado tantas veces, me he obligado a mi misma, típico eso, entonces yo dije no(...). (Pamela)

Si me quiero poner algo y no me gusta cómo me veo me siento mal, me siento gorda, fea, me siento pésimo, no me dan ganas de nada, sólo quiero estar sola(...). Casi no uso traje de baño, siempre tengo un pretexto pa no usar traje de baño; creo que me veo mal, no me siento cómoda y ando pendiente de cómo me ven y de cómo se ven otras niñas y me da una vergüenza atroz. (...).(Carolina)

Me siento muy mal cuando me veo, cuando encuentro que me veo gorda, cuando encuentro no sé p'o que me miro al espejo y encuentro que me veo gorda, no sé p'o, ando super deprimida y no quiero hacer nada, no quiero estar con nadie, quiero estar puro encerrada y quiero inventar cosas que puedo hacer para no comer. (Valeria)
Antes el ánimo si me afectaba, antes tenía que ir a todas las fiestas pero tenía que ir como perfecta, si encontraba que me veía fea o no tenía ropa que estuviera a la moda no iba, pero ahora creo que no importa.(Patricia)

Por otra parte, hay quienes manifiestan que el estado de ánimo negativo afecta el cómo se sienten y cómo se autoperciben y condiciona la relación con otros, dado que en estos momentos la evaluación es también negativa .

Hay días en que me pongo cualquier cosa y me siento regia, super; pero en otros, cuando estoy depre, bajoneá, no importa lo que me ponga, con nada me siento bien, cómoda,(...), lo que sí, nunca uso ropa muy apretada o corta como petos y shorts. Encuentro que con nada me veo bien(...) y al final decido no salir porque no me veo bien con nada. Casi todos los días me cuesta decidir qué me voy a poner(...). Me da pena, me dan ganas de llorar, me empiezo a decir a mí misma, o sea me empiezo a bajar la autoestima a mi misma diciéndome cosas malas(...), me salgo de todos los lugares donde pueda haber un espejo(...). Me carga, odio el traje de baño, odio los veranos por eso, es lo que más me incómoda.(...). (Mara)
Casi siempre el cómo me veo afecta mi estado de ánimo, siempre lo que me afecta así de verdad cuando ando bajoneada es siempre eso. (Carolina)

Relatan que el sentirse y verse fea está relacionado con el estar gordas, sensación que afectaba en las actividades que efectuaban a diario, además tenían la sensación de desvalorización y de pérdida de control. Por otra parte, quienes han estado delgadas , han experimentado un conflicto al no poder compatibilizar el deseo y meta de extrema delgadez con el sentirse bien.

...yo estaba muy gorda, no era obesa, es que nunca fui obesa, o sea yo me encontraba cerda, y en las mañanas ni siquiera me vestía de la lata que me daba, me sentía fea, no me daban ganas de comprarme ropa..., no me daban ganas de salir con mis amigas, sentía que nadie me miraba..., me sentía nada, sentía que todo se me escapaba; eso.(...). (Carolina)
(...) cuando empecé adelgazar, al principio me sentía bien y ya cuando estaba muy flaca no, no me sentía bien, o sea cachaba que me veía fea, pero tenía como, como una lucha interna así entre , entre que cachaba por el espejo que me veía fea, pero, pero tenía como la fantasía de ser super flaca a cualquier costo, aunque me viera fea.(Mariela)

VII. III. IV. La delgadez y el peso como preocupación:

La búsqueda por la delgadez está fundamentada en los modelos de pares que se transforman en foco de atención y generan la preocupación de estar acorde con esos modelos, por alcanzarlos y superarlos al extremo. Así también está la vivencia personal de períodos en que estuvieron delgadas y se sintieron mejor consigo mismas, pero sin embargo, hoy se cuestionan respecto a ese sentimiento de satisfacción. Sin embargo, si bien consideran importante el estar delgadas, consideran actualmente que les resulta más apropiado utilizar estrategias distintas, con menos consecuencias, que dejar de comer y volver a verse afectada por un trastorno alimentario. Para otras, el referente que indica tener un peso bajo y límite, está en la posibilidad de usar prendas de talla pequeña. Finalmente, hay jóvenes que se plantean la meta de bajar de peso pero de manera paulatina.

Es que como yo siempre me encontraba gorda veía a otras compañeras y yo pensaba que eran más flacas que yo, entonces las veía y tenía envidia, lo único que tenía era envidia, pero envidia de la parte delgada de ellas(...). Yo estoy todo el tiempo fijándome en mi colegio cuál es bien flaca así y las veo así y quiero ser flacas como ellas, y ahí me da la cuestión de que no quiero comer o sea que, que me siento mal porque me obligan a comer; pero ando siempre fijándome así en toda la gente, o sea yo me refiero así flaco, extremadamente, o sea yo me ando fijando que sea onda raquítrico; así quiero ser. (Valeria)

Cuando he estado flaca me he sentido bien, pero lo contradictorio de esto es que no, o sea decirlo así, tan fácil: me he sentido bien, pero tú indagái pa dentro y decís: ¿pero me sentiré yo tan bien?, porque si me hubiese sentido tan bien como decía no me hubiera saboteada, o sea me hubiera mantenido. (Sofía)

Cuando me miro al espejo me siento gorda y cuando tenía los 38 kilos también, porque quería seguir bajando. Me siento bien mientras me queden buenos mis pantalones que elegí cuando yo estaba con peso bajo (talla N°36) ahí está bien. (Cristina)

¿Cuanto daría yo por estar más flaca?.....o sea, es importante, pero no, o sea..... yo creo que no volvería a recaer en la anorexia porque ya tengo un criterio formado sobre eso y creo que no volvería a dejar comer, si no se va al gimnasio, hago ejercicios o a vómitos(...). (Catalina)

Mi actividad es regular, me falta por bajar pero no me estoy apresurando porque no sé, al principio partí muy bruscamente y las ansias que sentía pero sé que es malo también. (Sandra)

Para algunas jóvenes, el estar delgadas es sinónimo de seguridad. En tanto, para otras, se les origina un conflicto, pues desean ser delgadas pero sin dejar de comer, y comer es engordar, lo que deriva en múltiples sensaciones y emociones. Así también, consideran no estar dispuestas a tener que sacrificarse a costa de no comer con el fin de adelgazar.

Soy demasiado insegura, o sea yo me sentía segura estando flaca. (Catalina)

(...). Después es atroz porque te sentís demasiado culpable, y es contradictorio a la vez porque querís ser flaca, pero también querís comer y al comer no querís ser gorda, entonces un laberinto de emociones, de sentimientos, culpabilidades y otras cosas. (Sofía)

Hay una parte mía que no quiere ceder ante esto; no quiero, no quiero dejar de comer, no quiero sacrificarme pa bajar de peso, yo no quiero ser flaca a costa de no comer. Es que yo lo quiero hacer por un lado pero, además, no lo quiero hacer. (Pamela)

En otras jóvenes, el conflicto surge a raíz de que la vivencia de delgadez se torna desagradable, se empiezan a percibir feos y se sienten desanimadas y solas. Sin embargo, persiste la idea de continuar siendo cada vez más delgadas a cualquier costo. También se han visto afectadas al tener el rótulo de "anoréxica", lo que sienten ejerce presión en función de que deben efectuar ciertos cambios. Otras toman conciencia cuando se les hacen observaciones; hoy no lo consideran importante porque se ven aún lejanos los efectos que puede tener en la salud.

(...) cuando empecé a adelgazar, al principio me sentía bien... y ya cuando estaba muy flaca no, no me sentía bien, o sea cachaba que me veía fea, pero tenía como, como una lucha interna así entre, entre que cachaba por el espejo que me veía fea pero, pero, pero tenía como la fantasía de ser super flaca a cualquier costo, ¿cachai?, aunque me viera fea. Y también como super mal mucho tiempo, como que estaba en el papel, ¿cachai?, de la niña que tenía anorexia y, y cambiar; era como que todo el mundo iba a estar como, como en función del cambio, era una cosa así, y de hecho uno se persigue... porque estai enrollada pero también porque la gente te empieza a güevear, ¿cachai?. (Mariela)

Me pasaba que me desmayaba y no sabían por qué me desmayaba (...), me tiritaban las piernas, tenía mucho frío siempre, me sentía distinta, no me enfermaba y yo sabía que eso era consecuencia de lo que me estaba pasando; yo prefería estar flaca, y así pasé como 3 meses, ya no podía estudiar (...). (Carolina)

Sólo cuando me llaman la atención sino no me doy cuenta porque siempre he sido así y no es importante ahora, tal vez lo sea pa más adelante, cuando le tome más el peso a las cosas que me pueden afectar en mi salud, que la sé pero las veo todavía lejanas a mí. (Javiera)

La sensación de agrado y de comodidad la asocian a la delgadez, lo que las lleva a plantearse metas en relación a una disminución de peso que se les dificulta ponerle término, pues prevalece al miedo a engordar. En tanto que otras jóvenes se plantean metas pero se resignan ante la dificultad de hacerlo.

Más cómoda cuando estuve flaca, como con 2 kilos menos porque igual he subido porque ahora no vomito tanto, a pesar que no estaba bien, me sentía mal. Ahora me gustaría sentirme bien, pero me gustaría adelgazar 5 kilos más y salirme y que nunca

tuviera problemas, pero no es tan así; yo sé que si me salgo voy a tener que engordar y todo, y no quiero. (Carolina)

Nunca he pasado de diferencias de más de 7 kilos o de 5 kilos, pero es posible apreciarlas, pero nunca me han dicho nada.(...) O sea nunca he podido llegar al peso que yo quisiera, 60, 62 kilos, que es un peso que yo quiero alcanzar. Tengo tendencia a subir.(Mara)

Para algunas de las jóvenes hay ciertos indicadores que dan cuenta de su bajo peso o delgadez actual, así como la ausencia de regla.

Entonces yo encuentro que me siento flaca también de repente porque como no me llega la regla, ¡ah!, entonces estoy bien, porque no me llega la regla, estoy bien baja de peso porque como no me llega. (Valeria).

Para las entrevistadas el estar gorda o sentirse gorda está asociado a incomodidad. En ellas la posibilidad de subir de peso y/o engordar les provoca temor, pues está la sensación de no ser capaz de controlarlo y tener la evidencia de fracasar en ello. Consideran que la opinión de la familia respecto a la imagen corporal ha influido en el fijarse logros en función de estar más delgadas; pero también está la incomodidad que se les genera al observar que sus compañeras han logrado disminuir de peso. Además, está la influencia del medio en que se desenvuelven con una dinámica que promueve el control del peso y el cuidado de la imagen.

...Incómoda antes oh, cuando estaba más gordita.(Fabiola)

Es que tengo miedo de pasarme al otro extremo de gorda de nuevo y yo no quiero eso, me da miedo, me da miedo de fracasar en eso que también es un ideal. (Catalina)

(...), tampoco quiero volver a lo de antes (...) pero que como que igual todavía tengo el susto de volver a pesar los 62 kilos (...) Es menos que lo que comía que cuando pesaba 62 kilos, porque p'a pesar 62 kilos tengo que haber comido mucho; pero es más de lo que comía cuando estaba flaca, flaca en el fondo, claro, es que me hace mantenerme en el peso en que estoy ahora . .(Fabiola)

(...), me acuerdo que mi abuela me decía anda al gimnasio, todas mis tías que comentaban que está gordita la Camila, sí, aparte que todas mis amigas eran flacas...me sentía horrible(...)al final estaba como super deprimida, aparte que mi mamá siempre decía: ya, ahora sí que sí, cuando tú adelgazis tantos kilos; aparte que mi papá lo fija todo en eso(...), era todo cuando adelgazis, entonces atroz. Y todas mis amigas que habían adelgazado lo habían hecho como pluma, como adelgazado rápido y yo no caché y me sentía super mal. (Carolina)

La mayoría de las entrevistadas tiene conocimiento acerca de cuál es su peso actual y lo relacionan con su estatura. Algunas de ellas tienen referencia de acuerdo a criterios médicos y otras manejan un criterio en función de un peso ideal u óptimo.

Estoy con 49 kilos y un metro 67 cm. Según los médicos debería ser 59 a 63 kilos. (Cristina)

Llegue a pesar 44 kilos y mi peso debería ser 51 kilos. (Catalina).

Actualmente estoy con un metro 61 y 48 kilos. Antes me costaba, pero los bajaba tendia a subir, pero nunca nunca fui de esas personas que suben y bajan. (Fabiola)

(...)Mi peso la verdad es que no te podría decir porque hace un mes atrás era 64 y 1.77 antes de vacaciones. (Mara)

Actualmente 57 kilos y media y 1.68 cm. (Alejandra)

Actualmente peso 46 y mido un metro 54 cm (Mariela)

1.67, 66 kilos; 58 kilos es mi peso óptimo. (Sofía)

Estoy ahora con 1.60 y 58 kilos. Mi peso adecuado es 50. No me cuesta ni subir ni bajar. Llegué a pesar 84 kilos y ahora he bajado 12, igual tengo que seguir bajando pero más relajada (...). (Sandra)

Ahora yo mido 1.58 mt. y estoy pesando 118 kilos. ¿Así con certeza lo que tengo que pesar y que yo estoy segura que ése es mi peso?; yo creo que hace unos 5 años atrás cuando me hicieron un examen en el Slim Center (...) ahí me dijeron que tenía que pesar 70 kilos,. (Pamela)

1.55 cm. y 46 kilos más o menos. (Carolina)

Nunca he sido gorda, cuando era chica era bien flaca (...); pero después empecé a estar normal y lo más que he pesado han sido 52 kilos, nunca he estado gorda. Peso más o menos 42, 41 y 1.63; sí, yo sé que tengo que estar más o menos en 52, lo mínimo que puedo pesar es 47. (Valeria)

Peso 80 con 1.63, siempre he tenido un sobrepeso. (Patricia)

Las jóvenes manifiestan que enfrentan con cierta dificultad su relación con el espejo, pues la imagen que les devuelve el espejo no les agrada: perciben ciertas zonas de su cuerpo desproporcionada al resto, o ven ciertas partes más gordas en relación a otras, o no se miran al espejo para evitar ver los defectos que es cuando efectivamente están más gordas; y se sienten mejor mirándose cuando están más flacas, de ahí que prefieran sólo mirar su rostro en el espejo.

Es que yo nunca fui de las que me miraba al espejo y me encontraba, me encontraba gorda; yo me miraba al espejo cuando era flaca.... pero yo mirándome así pa bajo me encontraba gorda.. (Fabiola)

Nunca me he preocupado mucho de mirarme al espejo, o sea me gusta mucho más mirarme la cara en realidad, y el cuerpo pá que si ya sé como es. (Patricia)

La verdad es que ahora no me molesta tanto mirarme al espejo, pero el año pasado hubo un periodo en que me sentía mal, me sentía gorda efectivamente por todos lados y me costaba mucho mirarme, estaba más gorda que ahora, aunque nunca he estado obesa. (Alejandra)

Me complica porque veo todos los defectos que tengo y me achaco por lo mismo, porque encuentro que estoy gorda y todo el atado. (Mara)

No me gusta verme al espejo, no mucho...no me gusta mucho lo que veo. (Sofía)

Hay momentos en que sí, pero hay otros en que hay ciertas partes que las encuentro desproporcionadas, que me gustaría que fueran distintas, más flacas, como las piernas y mi estómago; prefiero verme a un espejo y mirar sólo mi cara. (Carolina)

Otras consideran que la relación con sus pares, compañeras de colegio, y la preocupación que hay en este medio por la imagen corporal, las ha inducido a fijarse en sus cuerpos, lo que ven como algo superficial, pues en otro momento no les preocupaba estar gorda o no. Y en otras, la influencia de las pares es percibida desde la sensación de “no normalidad” en relación a las compañeras que consideran tiene menos dificultades para realizar actividad física, y es esto lo que las lleva a preocuparse buscando estrategias para disminuir de peso.

Es que en este Colegio en que yo estaba como que una vivía en una burbuja, o sea era todo después que salí de ahí muy distinto, ahí no me preocupaba por nada, porque yo igual encuentro que es algo superficial, o sea la imagen de verme gorda, de no verme gorda y que se convirtiera en obsesión (.....); o sea con mi cuerpo no me preocupaba, me daba lo mismo la verdad, nunca me fijé en eso (.....) (Mara)

(...) tengo que esforzarme más que el resto de mis compañeras que son normales, hay cosas que me cuesta hacer como en clases de gimnasia, y ahí me preocupo y me empiezo a tomar más en serio la cosa y por eso es que estoy tratando de hacer cosas para cuidarme, para bajar de peso.(Patricia)

Una de ellas manifiesta preocuparse de lo que come, en tanto la comida le dificulta el bajar de peso; al controlar y manejar su peso y lo que come, se siente bien consigo misma.

Me preocupo de la comida pero no de manera exagerada, sé por ejemplo que tengo que bajar 5 kilos pero no ando así obsesiva. Ahora sé que estoy bajando de peso y me siento bien, soy yo la que me manejo e intento controlarme. (Sandra)

VII. III. IV. Estrategias de control del peso y cuidado de la imagen:

Las jóvenes manifiestan que la ropa juega un rol importante en su imagen. Usan determinados colores o buscar cierto tipo de ropa, como estrategia para alterar la imagen y verse más delgadas. También la ropa se adecua a las personas y los momentos, y cuando sienten que no se ven bien con lo que se ponen, ello afecta su estado de ánimo negativamente, y las relaciones con otras personas, aunque ello sea producto de estar muy delgada.

Para algunas entrevistadas, el tener problemas de peso, oscilaciones de peso y tendencia a subir, les afecta en cuanto tienden a usar ropa grande, ancha, que oculte su figura, a la vez que las lleva a plantearse la meta de bajar de peso intentando revertir el problema. En otras jóvenes debido al peso que mantienen, éste se transforma en una limitante en cuanto al acceso y posibilidad de usar ropa distinta o más variada que la que suelen vestir. Experimentar esta situación les genera sentimientos de rabia, pena e impotencia, aún cuando identifican en ellas mismas la responsabilidad de esta situación. Y hay otras jóvenes que ansían usar las prendas ajustadas y cortas de antes que subieran de peso, y se plantean objetivos en vista a lograrlo.

Al escoger la ropa es casi siempre, antes quería como puros colores oscuros porque con el negro uno se ve más flaca, entonces quería verme más flaca, pero ahora estoy como cambiando de colores, variando, pero quiero comprarme ropa con la que me vea más flaca, quiero andar con cosas que se note que estoy flaca. (Valeria)

Mi ropa depende de donde vaya, con quien vaya, como vaya y si esa persona con la que voy a ir, o que va estar allá me influye en algo, o sea depende de muchos factores..., pero la mayoría de las veces le pregunto a mi mamá como me veo. Y si algo no me queda bien me amargo, me da lata (...). Recuerdo una vez (...) y me probé todos los jeans (...) y ninguno me quedo bien y yo salí demacrada de la tienda porque no me pude comprar nada porque nada me quedaba bien, entonces ahí como que seguí: bajar, bajar, bajar..... y no me quedaban bien porque estaba flaca. (Catalina).

Tal vez al principio me afectaba porque no encontraba nada y llegaba apestada a mi casa porque no encontraba nada, y estaba más flaca...(Fabiola)

Lo que use depende del día y depende de como me sienta. Y si no me queda bien me da como pena yo creo. No me gusta usar traje de baño, pero porque tengo el rollo de que tengo celulitis. Cuando estaba mal, mal, me afectaba "n", o sea si encontraba que no me veía bien, de repente no salía; o si salía con una amiga y encontraba que mi amiga se veía más bonita que yo, me amurraba y no salía tampoco, y andaba como super pendiente de eso. (Mariela.)

Generalmente uso cuestiones anchas. tengo un montón de cuestiones que no me quedan bien(...), entonces me da una rabia en ese momento, una impotencia, y al otro día digo: ¡ya!, hoy día empiezo, y ése día nunca llega(...).(Sofia)

En estos minutos no tengo dificultad para ponerme mi ropa, pero tengo oscilaciones bruscas de peso y eso es en el fondo lo que me preocupa y quiero tratar de revertir(...).

Si algo no me queda me da como rabia y como que al tiro me viene el impulso de ponerte a dieta, o sea es como automático y ves como que no te resulta, y ya te das por vencida(...). Sé que cuando estoy más gordita uso determinada ropa o colores determinados. (Alejandra)

Tengo dificultades con la ropa, me gustaría mucho poder ponerme todo tipo de ropa, me gustaría, sobretodo de otros colores por ejemplo, porque yo generalmente uso negro, ropas más oscuras para verme más delgada(...), es que se me ha restringido mucho mi, ¿cómo se llama?, mi closet de ropa(...), ahora como me cabe menos ropa, tengo muchas menos posibilidades de usar mucha ropa, o sea hay ropa que nunca voy a poder ponerme po, y eso no es absolutamente limitante, pero, pero, de repente le afecta a uno no poder usar cosas diferentes po; siento frustración, rabia y pena, eso es. ¿O sea usar traje de baño yo estando sola en una piscina ponte tú?, no, demás que lo uso, es por los demás, pa que no me vean; pero me gustaría si estuviera flaca ponte tú.(Pamela)

Me cuesta mucho encontrar algo que me guste y que me quede bueno, entonces como que siempre ando con lo mismo, pero ahora como que no me importa tanto, me da los mismo. Me da lata, me da pena. me da rabia porque siento que en cierta manera yo tengo la culpa de eso no mas, ¿quien más puede tener la culpa de que algo no me quede bueno ? , y me da rabia. El traje de baño me lo pongo nomás pero me da vergüenza. (Patricia)

Me encantaría ponerme la ropa de antes, me encantaría andar de polera corta, sin mangas, sin sostén con la ropa apretada y igual no lo hago porque me siento ridícula, a la calle no saldría , o sea nunca tan descarada . (...) Tengo cosas muy chicas que ahora no me quedan. Me amargo "n" , "n" ; ponte tú todos los días me pruebo algo chico y me miro al espejo y me hago como plazos y me quedo contenta cuando algo me queda bien y me los pongo todos los días para decir voy bien voy encaminada bien. Me gusta usar traje de baño pero me daría lata por la guata. (Sandra)

La mayoría de las entrevistadas relatan haber realizado al menos una vez una dieta, incluso éste ha sido el 1º y fundamental método de disminución de peso; todas han tenido experiencias respecto a las dietas sin ningún tipo de supervisión médica, por lo que -por lo general- han tendido a recolectar dietas desde las revistas, libros de medicina, libros especializados en el tema, datos de amigas, o ellas las han creado. Las dietas son evaluadas en función de su efectividad, algunas han mantenido aquellas que consideran les han dado los mejores resultados y que son dietas que se limitan al consumo mínimo de calorías o evitar la mezcla de cierto tipo de alimentos. Hay quienes no han obtenido los resultados esperados, abandonando las dietas en el camino por considerarlas muy estrictas, o porque les ha afectado físicamente .

Desde más o menos los 14 años que tengo problemas con la alimentación, lo que pasa es que ahí empecé a interiorizarme de lo que era la medicina en cuanto a las calorías y empecé a hacer dieta hipocalórica y desde allí que me metí en el tema completamente, y después hace, llevo como 2 años, hice dieta totalmente rígida con 400 calorías diarias. (Cristina)

Porque desde chica me acuerdo que, que no sé po, que lo leía en una revista y que la gente hablaba de las dietas, esas cosas, que empezó como cuando era, cuando yo tenía como 14, 15 años; a lo mejor antes empezó toda la cuestión como diet, andaba como todo el mundo. (...), un poco por sentido común de que, no sé po, de que si caminaba más uno quemaba(calorías), ¿cachai?, eh, cuestiones que leía. (...), o sea, cuando estaba mal, mal, mal, sí, o sea ya poco menos que iba al kiosco a ver si había algún libro de dietas pero, pero antes cuando empezó la cuestión eran cuestiones que habían. (Mariela)

Todo empezó como dieta, las típicas dietas que están como en las revistas, y después... o sea dieta de que me preocupaba de no se puhh, de no comer ni siquiera proteínas, como que cada vez se fue reduciendo más. o sea el principio era como una dieta así como típica y después era lo menos posible no más, y a eso lo llamaba dieta. Después sí, hice dieta, pero en el sentido de ponle tú, de restricción y más que nada no mezclar, evitar mezclar proteínas con carbohidratos, la anti-dieta. (Mariela)

Tengo tendencia a subir de peso y lo he solucionado haciendo dieta..... la hipocalórica es la que me ha dado mejor resultado. Hago ejercicios más o menos dos veces por semana, tres veces por semana, cuando ya veo que subo de peso. He echo muchas dietas, la de la sopa, dieta de los cinco días, dietas de los tres días. P'a bajar de peso tomo café, yo se que el café ayuda a bajar de peso. (Cristina)

He hecho dietas más de una vez, las típicas de las revistas, las que te recomiendan las amigas(...), pero nunca las he hecho todo el tiempo y fielmente porque uno se aburre de comer lo mismo y sólo lo que te dicen(...); la mejor dieta pa mí es comer poco. (Cristina)

Hacer dietas, tratar de controlarme la comida, tratar de distraerme en mi casa(...). Dietas nunca controladas por médicos, o sea, o que me las invento o que las leo en una revista, o la anti-dieta que se podría decir que es lo más cercano a que me haya recetado un médico(...). Cuando he hecho dietas son muy exageradas, o sea son super estrictas. (Mara)

He hecho dietas sin supervisión médica y lo máximo que he durado han sido una semana, pero una vez no comí por más de un mes, fue un tiempo en que no comía nada(...)y la pasé muy mal, lo paré porque me sentía muy mal, me sentía muy débil, no tenía ganas de hacer nada. Las hago yo sola, bueno típico esa de la dieta de la sopa, pero no, yo decido lo que voy a comer. (Patricia)

Hice una dieta muy rígida, estricta, en la que el primer día era agua solamente entonces sentía que me iba a desmayar, era como demasiado estricto, que sé yo, y dije: ¡no!, lo voy a hacer a mi manera, piano, piano. La 1ª dieta fue por un médico y ahora lo estoy haciendo yo(...)(Sandra)

Ha sido como un yo-yo, subir-bajar, subir-bajar, nunca me he estabilizado. He hecho miles de dietas, "n" dietas yo creo, tratamientos con médicos, con pastillas, vitaminas, naturistas(...). Es que no han nacido de mí directamente, o sea han nacido de mí en el sentido que deseo adelgazar, pero en el fondo no han nacido de mí, ha sido para satisfacer a los otros(...). Dietas, pero también puedo hacer cualquier cosa en una dieta. (Sofía)

(...) he tratado de hacerlo por mi cuenta, pero...no me ha resultado mucho yo sola. porque por último con el doctor yo tenía que ir a verlo, entonces yo tenía que haber bajado un poquito que fuera, ¿cachai?, en cambio yo sola aquí me podía dar permiso pa ser muy flexible. (...).(Pamela)

Por otra parte, muchas de las jóvenes han consumido algún tipo de sustancia que les ayude en el control del peso y/o la disminución de éste, y en su mayoría han tenido acceso al uso y consumo de laxantes, también diuréticos y anfetaminas; por otra parte está el consumo de otro tipo de sustitutos naturales o reemplazantes de comida, e incluso el tomar de café como ayuda para bajar de peso.

Laxantes cuando estuve mal sí, y eso lo tomaba, no sé po, todos los días. Ahora estoy con algo más que nada como para quemar las grasas, que es esta cuestión como del Egol, de hecho eso lo tomo. No, no vomité nunca.(Mariela).

Pa bajar de peso tomo café; yo sé que el café ayuda a bajar de peso. (Cristina)

Consumo de laxantes, dieplus, reemplazantes de comida, diuréticos, recetados por mi misma.. Todo eso a que le hacen propaganda me lo he probado todo yo creo, pero ni uno me ha servido. (Mara)

Con la bulimia no es tan fácil adelgazar, tuve que tomar laxantes, y al final me fui chupando, laxantes y diuréticos, ese tipo de cuestiones. Ahora de repente sigo tomando laxantes aunque sé que me hacen mal, el cuerpo se acostumbra, pero pa mí es mucho más importante verme flaca(...).(Carolina)

Anfetaminas, o sea no anfetaminas puras, pero esas típicas que te recetan los médicos(...). También laxantes. Por miedo ha hacerme adicta a esas pastillas, porque de hecho una vez lo hice, bajé "n" de peso pero subí el doble(...). Ahora nada farmacológico, sólo cosas naturales.(Sofia)

Laxantes, pero no por un problema de apetito sino de estitiquez. Ahora estoy tomando Prozac que me dió la doctora, vitaminas y unas que me mandó a hacer el nutricionista, y Fluoxetina.(Alejandra)

También recurren a la actividad para ayudar al logro y mantenimiento del peso deseado. Muchas realizan o han realizado actividad física de manera constante y continua, en tanto que en otras, la actividad física se haya más espaciada o realizan sólo la gimnasia del colegio; otras las han suspendido o no la realizan, porque consideran que al ser un complemento de la dieta, resulta más sacrificado.

Actividad física todos los días. Bueno es que depende, me viene por época.....actualmente una vez al día voy a la gimnasio por una hora y media (...) pero de actividad como para gastar no son más de cuarenta , cuarenta y cinco minutos y lo otro es como para estar flaca. (Mariela.)

De repente cuando hago mucho ejercicio como que me desespero y quiero hacer más, y más y más y quiero correr, correr y no paro, y abdominales y todas las cuestiones y el hambre que a veces no lo soporto(...).(Cristina)

Gimnasia de lunes a sábado, 1 hora al día. Yo empecé a hacer deporte en 4º básico, era dedicada. (Alejandra)

Iba al gimnasio todo el día, todo el día a hacer pesas, pero cuando empecé con mi cuestión de la universidad y todo.. lo dejé porque el tiempo, el cuero, nada, no me daba. (Fabiola.)

Hago natación 3 veces a la semana, pero este año se supone que voy a hacer pesas, buceo y natación. (Mara)

No soy muy de la onda de hacer deporte, sólo hago la gimnasia del colegio 1 vez a la semana, nada más. (Cristina)

(...)ejercicio también estuve haciendo mucho tiempo(...), igual yo nunca he sido muy buena pa eso, entonces era pa mí mucho más sacrificado(...) y más encima tener que hacer la dieta y más encima tener que ir al gimnasio y todo eso, no, eso no me gustaba mucho. Ahora estoy haciendo abdominales, hago abdominales día por medio. (Pamela))

Cuando era más chica, antes que empezara las dietas, "n" aeróbica, "n" cosas y actividades pa'llá y pacá(...).(Sofía)

Las jóvenes han ido adquiriendo información respecto a formas y métodos para adelgazar; algunas se han enterado porque el tema siempre ha estado, otras se han informado por la familia, los medios de comunicación, médicos especializados, y los relatos de experiencia de jóvenes que se han visto afectadas por trastornos alimentarios.

O sea yo siempre supe que, porque me decían que el pan engordaba, que las bebidas, que todas esas cosas engordan (...).(Catalina)

La información...bueno, 1º, 1º lo que te dicen mis papás, ellos son 1º que nadie, y después han sido, por ejemplo, el diario, de ahí yo he sacado como el Slim Center(...)no sé po la tele también ha dado algunos médicos, y yo llamaba al doctor para que me ayudara y todo eso. (Pamela)

Ahora siempre que voy a...la mayoría de las veces busco en las revistas onda dietas y todo el atado, para ver qué dicen, igual me he informado más, me leí la Bio-dieta, eh, me he leído libros de..., he visto reportajes, tengo un reportaje grabado de una anoréxica, y no sé po, o sea yo decía: cómo a mí me va a pasar esto,..(Catalina)

Cuando voy leyendo cosas de niñas que también tienen anorexia o bulimia o cualquier cosa de eso, voy adquiriendo datos de como puedo adelgazar (.....) voy buscando más datos para dejar de comer (.....), como que siempre ando buscando porque como que no sé para qué lo hago, pero siempre como que estoy de acuerdo con las niñas, con los que les pasa. (Valeria).

Algunas actualmente se encuentran realizando tratamientos para disminuir de peso bajo supervisión médica, aún cuando anteriormente experimentaron con muchas otras formas y métodos para reducir el peso.

Ahora estoy haciendo un tratamiento, o sea antes lo había hecho la verdad, o sea nunca fui a un médico, esas típicas cosas que salen en la tele, esas cosas medias mágicas, pero en realidad nunca las pesqué mucho. (Patricia)

He ido a ver médicos generales, he ido a ver nutricionistas, estuve en el Slim Center, he hecho todas las dietas que existen, con todos los doctores y, e incluso me hice una lipoaspiración hace como 4 años atrás(...). (Pamela)

Algunas jóvenes se han trazado metas en el bajar de peso que han ido variando en el tiempo; está el deseo de llegar a tener un peso que sea cada vez menor al anterior y esto se transforma en una meta: comer cada vez menos para ser cada vez más flaca, lo más que pueda, aún cuando no se perciban gordas, pero la delgadez extrema adquiere tal importancia, que otras mujeres se transforman en modelo. No es la búsqueda de un ideal estético; también está la idea de que en condición de delgadez es posible comer y no temer a engordar.

Siempre, desde que empecé la dieta, siempre fue con meta, cada ves me voy quitando un kilo más, ahora, no sé, quiero llegar a un número que sea de 3, no sé cuánto. No sé, yo he visto varias entrevistas de niñas que tienen esto y cuando dicen que pesan veinte y tantos, yo, no sé po, me gustaría pesar eso. Yo las he visto que se ven mal en las fotos, porque realmente se ven mal; pero yo pienso me gustaría ser como un esqueleto como yo he visto, y a veces pienso me gustaría ser así porque así puedo comer y no voy a engordar porque como estoy tan flaca con un poco que engorde no voy a engordar; igual no se ven muy bonitas, pero igual quiero estar así de flaca, no importa. (Valeria)

VII. III. VI. Percepción de la importancia de la valoración social del cuerpo y la imagen para la mujer:

Algunas consideran que en términos personales la presentación de un T.A obedece al efecto que produce la “valoración estética en la mujer” y la importancia que tiene el ser delgada como ideal físico; y por otro lado consideran que los medios de comunicación y el medio influyen en esto, pues ellos inducen a ciertos grupos a buscar la delgadez. Ellas lo perciben en el desarrollo de las relaciones heterosexuales y la discriminación de parte del sexo masculino hacia las mujeres, a quienes afecta no calzar con ese cánón de belleza, lo que para ellas explica el hecho que sea mayor el número de casos de mujeres que de varones que se ven afectados por un T.A.

Considero que en esto de la anorexia influyó el que fuera mujer por toda la cuestión como de la valoración estética de la mujer; bueno, de partida la mujer como ideal físicamente es una mujer delgada.... (Mariela)

Los medios de comunicación y el medio influye, te hacen ser flaca , te hacen cumplir ciertas normas según tú edad y según tú sexo. Por ejemplo yo creo que el ideal de los hombres, yo creo que los primeros pololeos son por la facha, no hay, yo creo que al principio nadie se va a fijar en una mina gorda, o en una galla fea, como que lo primero entra por la vista. Es como, es un mundo machista porque siempre está recriminando a la mujer onda que la mujer tienen que verse bien, porque yo creo que un 90% de los casos de anorexia y bulimia son de mujeres, y un 10% son de los hombres y ese 10 %....., yo creo que es más producido , por los amigos que por una galla, que por la familia, que porque te presionan mucho..... que no se oh... (Catalina).

Existe para las entrevistadas la sensación y creencia de que las mujeres se ven afectadas por la valoración social que existe en relación a la posesión de una figura estética ideal, por ello tienden a ser catalogadas de acuerdo a este estándar, dependiendo de esto su aceptación e incorporación en el ámbito laboral. Pero además, está la influencia y presión que ejercen los medios de comunicación masivos al incluir en sus mensajes figuras de mujeres delgadas.

También están las vivencias que las entrevistadas han tenido en relación a la influencia que ha ejercido en ellas la valoración e importancia concedida a la delgadez, relatando los cambios negativos (engordar) en su apariencia corporal .

Afecta en el sentido que las mujeres estamos como en el aspecto profesional muy catalogadas por el físico, además que estamos en un mundo muy preocupado por eso; últimamente, ahora, como que el asunto físico para las mujeres es primordial. (...)en cuanto que tienen que tener como una presencia, tienen que tener como otras cosas para que las acepten porque no van a aceptar cualquier mujer, sino siendo regia, estupenda, tener en el fondo presencia y facha.(Alejandra)

...si tú te fijai y veís en las revistas pura ropa pa flaca, o los reclames puras flacas, cuando hay, cuando has visto un reclamen de una galla gorda tomándose una cerveza o fumando un cigarro, nunca, o se éste, ésta es sociedad es para flacos, entonces ahora yo cuando ando en la calle y veo gente onda gorda, gorda, gorda y otras minas que son super flacas, son super regias, entonces digo: cómo tanto desbalance. (Catalina)

Pero es mucho más importante en una mujer que en un hombre, o sea tenis que ser rica y ser flaca(...). (Carolina)

Porque en las mujeres como que siempre el hecho de que sean gordas como que las tiran a un lado; es que no sé que pensará un hombre frente a eso..., yo creo que para una mujer es mucho más importante la imagen que una tiene de sí misma y lo que opinen los demás que en un hombre, y a la mujer siempre le están haciendo comentarios sobre ella. (Patricia)

O sea en esta sociedad igual tienes que demostrar "n" cosas, como que la parte estética es como super importante y yo antes en el colegio era como pinturita, era como

la mayor del curso, más desarrollada que otras y después ésta gordura, o sea nadie me tiraba un piropo, o sea nadie me miraba y esa cuestión era super achacante(...). En lo que estudiaba, comunicación social, creo que sí afectaba en cuanto a ser bonita. En la universidad me aislaba, si había que hacer algo yo me aislaba, si había que hacer algo yo me arrancaba, me daba vergüenza salir en la tele, me daba "n" lata estudiar esa carrera y ser gorda con ese peso en que estaba, me afectaba harto. (Sandra)

(...) no me invitaban a las fiestas por ejemplo tampoco, eso era super típico(...) esas cosas creo yo tenían que ver con mi gordura porque era por eso que no me invitaban(...) me sentía como...como atroz, mala, como algo malo así, como algo que estaba equivocado, algo anormal, era super triste pa mí y, bueno, sigue siéndolo en realidad porque...yo pienso, yo pensaba que la gente no tenía que ser, no tenía que ver con el cuerpo, como no era con eso, no me daban ninguna oportunidad(...), siempre me evaluaban antes, decían: cállate la gorda; bueno, filo, no hay que hablarle a ella porque..., pero no sé por qué cachai, era por, era por lo físico nomás(...). Cuando era chica me afectaba, me afectaba mucho de que mis compañeras no me aceptaran, pero era como no gustarle a las niñas también, eran como las dos cosas; era como que las niñas no querían ser amigas mías y tampoco los niños y, o sea a los niños yo no les iba a gustar nunca(...).(Pamela)

Las entrevistadas consideran que hay ciertas características que son importantes en la mujer y le son propias. Entre aquellas que destacan están: la femeneidad, inteligencia, sensibilidad, solidaridad, capacidad para ponerse en el lugar de otros y de sobreponerse a las dificultades, así como su capacidad para ser madre. También relatan como componente importante, tener una apariencia física asociada a la delgadez, la belleza, ser armónica físicamente y preocuparse de su autocuidado estético.

Yo creo que su sensibilidad, su solidaridad, su capacidad para ponerse en el pellejo de la otra persona y su inteligencia, yo creo que eso sería lo básico. Una mujer armónica, o sea mantener cierta armonía, ni tan gorda ni tan flaca, mantener un equilibrio.(Sofía) Destaco en la mujer la capacidad de sobreponerse a los problemas, la fuerza, porque la mujer por sus hijos, por lo que tiene es capaz de hacer cualquier cosa(...), pero también hemos sido capaces de igualar a los hombres en el aspecto profesional, somos como completas(...). (Alejandra)

Es que siempre es como más sensible, es más alegre, como que tira más pa'rrriba. Lo físico no es tan importante pero igual influye. (Patricia)

El ser espontánea, ser simpática, como buena, ser flaca; eso es así porque a mí me tocó, sirve "n" eso, o sea carita de luna no, ya no; o sea vestirse, pintarte, arreglarte eso es re importante, o sea por lo tanto en la 1ª impresión tiene que ser en la parte física y ahora me estoy dando cuenta, o sea yo antes me veía al espejo gorda y no me importaba(...) (Sandra)

Bueno, la belleza yo creo que es una característica importante en las mujeres, pero no, pero creo que es en ciertos medios tal vez, en ciertos medios es importante que una mujer sea bella, o que sea de acuerdo al canon que se espera, pero yo creo que lo más importante es la actitud que uno tiene(...) pero yo creo que influye mucho cómo a uno lo vean físicamente(...).(Pamela)

Debe respetarse, cuidarse, preocuparse de ella, verse siempre bien, aunque yo se que es exageración . Yo creo que no ser flaca como yo quiero ser quizás, pero ser delgada; no se a mi no me gustan esas que son que se les salen los brazos gordos las piernas gordas, que son musculosas, que se les salga la guata, no por mi que sean bien flacas, porque si las veo a si me da asco, y siendo flaquititas, finitas, yo las encuentro femeninas, elegantes (...). (Valeria)

Importante el ser femenina, no por el hecho de ser mujer encontrarse menos que el hombre. Que sea delgada..., inteligente, que se preocupe por verse bien, yo creo que la apariencia es importante igual, que sea bonita (Mara)

Yo creo que la mujer aparte de ser femenina y todo eso, yo creo que cada uno hace lo que quiere (...) pero como el ideal de una mujer yo creo es tener una familia. Creo que una mujer debe ser sincera, femenina... o sea a parte de estar limpia y ordenada, tampoco estar hecha un chancho.... pero porque yo creo que uno no tienen porque descuidarse a medida que pasa el tiempo. (Fabiola)

Femenina, creo que la mujer debería tener las mismas posibilidades que tiene un hombre, porque me enferma esa cuestión del machismo, me, me revienta(...), y que igual tiene que hacer valer sus derechos, que no por el hecho de ser mujer tiene que apocarse ni nada. O sea, femenina, sensible, pero más que nada femenina, no una mujer que es toda machota así... Físicamente yo creo que tener una estructura bonita armónica, eso.(Catalina)

(...), o sea la mujeres somos las que nos preocupamos del cuerpo ; no sé poh; yo en mi caso compro revistas y cuestiones; yo quiero ser como todas esas que salen en las revistas, quiero ser así de flaca, quiero tener esa ropa; y no soy como otras personas que no están ni ahí con su cuerpo, no se poh yo tengo que estar así; en cambio los hombres son muy pocos los que tienen esta enfermedad . (Valeria)

Yo se que una características importante de la mujer tienen que ser la autoestima, pero yo se que no la tengo mucho porque debo quererme a mi misma como soy ¿ cierto? , yo se esas cosas, pero como yo no me quiero a mi misma yo se que no estoy bien. (Valeria)

Las mujeres son delicadas, como que no se muestran realmente como son; la mujer puede ser madre. (Javiera)

Yo creo que lo que más se valora en las mujeres es como el ser dependiente y...y ser madre, yo creo que esas son las cosas que más se valoran(...).(Pamela)

Para algunas jóvenes la autopercepción que tienen respecto a su imagen corporal afecta su estado de ánimo; si se perciben gordas, esto deriva en preocupación por bajar de peso. En tanto que en otras, la autopercepción negativa gatilla una autoevaluación de menosprecio global de su persona. Para algunas entrevistadas el estado de ánimo se manifiesta en la disposición que tienen para iniciar una dieta y visualizan con optimismo el lograr bajar de peso.

Cuando el estado de ánimo es negativo repercute en su autopercepción y autoestima, lo que se refleja en el descuido de su apariencia y en que tienden a aislarse de los demás.

Si encuentro que un día me levanto y me encuentro más gorda, ando todo el día deprimida y obsesiva con el tema de bajar de peso y ando contando las calorías; en cambio si me peso y veo que he bajado digamos estabilizo eso y no me preocupo tanto. (Cristina)

Es que tengo altos y bajos, o sea hay momentos en que encuentro que ya no puedo estar en peores condiciones y que soy una mierda y que mejor me quedo encerrada en mi pieza; y otras veces en que digo: no, no estoy tan mal, y salgo y la paso bien y se me olvida todo eso(...).(Mara)

Hay días que amanezco super contenta y super bien y como, como bien y puedo hacer la dieta y me siento bien y digo: voy a bajar de peso; es más, me miro al espejo: no importa, pero hoy día estamos bien y vamos a seguir adelante. Esos días es mi ánimo el que influye digamos, pero hay otros días, aparentemente, y otros días me siento...me siento mal y me miro al espejo y digo: pucha que estoy mal y ya...nada vale la pena y ando así bajoneada porque estoy gorda y porque no lo he podido hacer y todo eso(...). (Pamela)

El estado de ánimo me influye "n" cuando estoy depre, se me nota al tiro por la forma en que ando vestida y ando al lote, pero habitualmente trato de arreglarme, pero se me nota "n" cuando ando bajoneá, como que tiendo a encerrarme en la pieza y me tiro a la cama con buzo. (Sandra)

Algunas entrevistadas relatan cómo les ha afectado el tener sobrepeso o ser gorda. Estas experiencias se relacionan con sentir la descalificación y el rechazo de parte de los pares y otras personas, así como el experimentar temor a ser juzgadas por su apariencia.

(...), a mi nunca me molestaron por eso(cambios corporales), a mi siempre me molestaron porque era gorda, a mi lo único, lo único físico que se notó siempre era eso, a mi nunca nadie me dijo en relación a mis pechugas ni nada. (Pamela)

(...) me da lata salir a la calle, me da lata que me juzguen, me da lata que me digan gorda, me, me da miedo(...).(Patricia)

Para otras jóvenes las vivencias en relación a su imagen corporal y peso se relaciona con la vivencia de no aceptación; sin embargo ello no afecta la valoración y estima que se tienen, además que les resulta paradójal ser discriminadas cuando, por otra parte, hay aceptación de los modelos corporales imperantes. Otras jóvenes experimentan comodidad consigo mismas al tener bajo peso, reparando en el hecho que otros se relacionan de manera diferente de acuerdo al peso que poseen.

(...)a nadie le gusta, todos me han dicho que no les gusta cómo estoy, pero yo contar de que yo me sienta feliz estando así, yo verme al espejo y verme bien flaca y que se me noten los huesos(...), yo me siento bien. De hecho veo revistas niñas que son así, modelos, y las veo así tan flacas, y ¿cómo las aceptan a ellas y a mí tanto que me discriminan porque soy así?; yo no me encuentro nada flaca para, no sé, comparado con ellas. (Valeria)

Me he sentido cómoda cuando estoy baja de peso (38 kilos). Me siento más liviana, te hablan porque eres distinta, porque ya no te hablan porque eres la gorda de antes, si no que ahora te hablan porque eres flaca, porque eres otra distinta(...). (Carolina)

Algunas de las jóvenes entrevistadas, recuerdan haber vivenciado de manera “complicada” cómo se percibían corporalmente en un determinado momento, en relación a la presión externa que restringía el comer, acompañado de la percepción que tenían respecto a la imagen corporal de delgadez y “normalidad” de sus compañeras.

Para otras, la experiencia de presión externa, que se expresaba en opiniones respecto a su apariencia corporal de delgadez, fue paulatinamente variando desde una primera sensación de agrado que posteriormente comenzó a ser vivenciado como una intromisión, generando sensación de intranquilidad y molestia; sin embargo, otras jóvenes, experimentaron sentimientos de odio al vivir la ruptura de su tranquilidad, que se produce con las observaciones y comentarios que se les hacían respecto a su delgadez, y la interrupción de sus actividades estudiantiles que determinó el médico.

(.....) no estaba gorda, no estaba rellenita, como que no lo estaba, que no comas que esto que lo otro..... que todas mis compañeras eran flacas, no flacas pero eran como más normal.... y eso como que igual la complica a uno; esas cosas (Fabiola)

(...) al principio me decían: oye estai super flaca y yo me sentía bien , pero después onda me decían: oye estai super flaca y no se que, tenis que subir de peso, y a mi me molestaba que me dijeran que estaba flaca.... que me dejaran tranquila era lo único que quería . (...) en ese minuto yo lo sentía como que se tienen que meter, o sea que les importa,(...), pero onda después los profesores que se metan , y que estén hinchando, me daba lata. (Catalina)

Al principio me decían: que estai flaca, ¡qué bueno!, no sé qué; ya después cuando estaba más flaca: ¡oye!, ¿qué pasa?; y después nada; es que yo dejé de ir al colegio...es que yo, lo que pasa es que a mí el psiquiatra, el que me dió lo doping me...me cortó(...). Al final ya los odiaba, los odiaba, los odiaba, ¡por favor, déjenme tranquila!.(Fabiola)

Las jóvenes opinan que la sociedad ejerce una influencia sobre la mujer, efectuando demandas y exigencias en ciertas áreas, como lo es en lo físico lo que se refleja en los mensajes publicitarios donde se expone como “objeto sexual”; por otra parte, se manifiesta en la presencia de cánones de belleza asociados a la delgadez. Frente a esto, tienen la opinión que una mujer que no responde a estos ideales estéticos, es gorda, va a experimentar el rechazo y se verá afectada al verse dificultado su acceso a los distintos contextos y para el logro de distintas metas en su vida. Además, se observa una exigencia a nivel de una “apariencia psicológica”, vale decir, poseer características de suavidad y capacidad para sobrellevar dificultades.

También tienen una posición frente a esto, que involucra sensaciones y sentimientos, como la pena al ver como la mujer es desvalorizada y cosificada al entrar en funcionamiento los cánones de belleza; existe también la sensación de que se impone como limitante en el hacer. Todo esto les afecta al punto de creer que no es posible “ser gorda definitivamente”. Asimismo creen que esta presión propicia el desarrollo de la “obsesión” que tienen actualmente frente a la imagen corporal y la comida. Además, han podido verificar personalmente que por ser gordas quedan fuera del cánón de belleza esperado.

Yo creo que la sociedad diría que primordialmente le demanda en lo físico, de hecho la mujer tú la ves un rato en la televisión y te das cuenta que la mujer es un objeto sexual, que la barnizan(...). Te da pena, te da pena como mujer que te valoren tan poco, que te traten como una cosa. Bueno, los cánones de belleza de la sociedad es ser flaco, o sea uno de los cánones de ser mujer es ser linda, bella, atractiva, etc., etc.; si eres gorda vas a ser rechazada, te va a ir mal en la vida, te va a costar encontrar pareja, te va a costar tener amigos, una serie de factores que te impiden, que la sociedad te impone cánones de belleza que son estándares en ser mujer, además tienes un bombardeo de publicidad y cosas. (Sofía)

Puede ser por la presión del ambiente, del resto de la gente, por ejemplo las mujeres de la televisión tienen que ser todas estupendas, sin un kilo de más, o sea como que todo presiona a eso; por ejemplo todas mis compañeras, y también lo veo en eso, todas ellas también están con ese problema de la dieta y el no sé qué, es un problema que les pasa a las mujeres(...). En mí las dietas es lo más típico. (Mara)

Por todo, por los reclamen tú ves nunca una galla fea, siempre son gallas regias, estupendas que corren por la playa(...); así se vende la pomada y que los hombres no se imaginan a nadie, a gallas común y corrientes; así son regias, estupendas y las modelos, todo el mundo regio. Yo sé que influye en todo, influye en que la gente te encuentre linda de acuerdo a ése tipo de aviso en la sociedad. Hoy son niñas flaquísimas y eso es lo que se quiere hoy en día de belleza, y la ropa está hecha pa gallas estupendas, o sea flaquísimas, así como toda chupadas. (Carolina)

De la sociedad todas las exigencias; si tú eres gorda no tienes muchas posibilidades de entrar a ningún campo ni siquiera social, en cambio si eres flaca entras a cualquier parte. La sociedad, la universidad, en el colegio, en todas partes te catalogan de la gorda, la gorda, y si tú eres más gorda no te tratan ni los compañeros ni las compañeras, en cambio si tu eres una niña flaca o normal digamos, siempre como que cabes más en el grupo. Te pide una apariencia psicológica en cuanto a suavidad, en cuanto a tranquilidad, el llevar bien todas las posiciones, los problemas llevarlos bien. Todo esto me afecta en no volver a ser gorda definitivamente. (Cristina)

Según los tiempos antes lo único chico que uno tenía que tener era la cintura, pero ahora con el tiempo todo tiene que ser flaco. Aquí en Chile más o menos, pero en otros países si exigen mucho que en este tiempo se tiene que ser flaca, flaca se gana todo (...)(Valeria)

La sociedad le pide por ejemplo el tener que estar como apoyando a los demás de cualquier forma, que prevalezca todo lo afectivo, el ser como un poco sexual así entre comillas o sea sensual pero no sexual,que sea madre por ejemplo o que me

tenga que casar, ... que tenga que ser buenita por dentro y bonita por fuera, como eso (Mariela)

Porque en las mujeres como que siempre el hecho de que sean gordas como que las tiran a un lado; es que no sé que pensará un hombre frente a eso..., yo creo que para una mujer es mucho más importante la imagen que una tiene de sí misma y lo que opinen los demás que en un hombre, y a la mujer siempre le están haciendo comentarios sobre ella. (Patricia)

Influye en el ser mujer al sentirse bonita, atractiva, pa conseguirme un trabajo, pa conseguir una pareja, ser una excelente mamá; o sea, esto de la moda, del amor, del trabajo, generalmente en todo te han impuesto este canon de belleza, sino no seguís pa ningún lado. (Mara)

(...), tienen que tener como una presencia, tienen que tener como otras cosas para que las acepten porque no van a aceptar a cualquier mujer, sino es regia, estupenda, tener en el fondo presencia y facha. (Alejandra)

Se espera que la mujer esté en la casa, cuidar a los niños, pero no po, no, no es así, no tiene por qué ser así. Que tiene que ser bonita físicamente, eso es lo que más se le exige, ser delgada. (Javiera)

Se te pide el tener que ser Srta., educadita, delicada, bonita, andar siempre así porque yo nunca he sido así... (Patricia)

Yo creo que en general se espera que las personas, sean, estén dentro del rango de, de delgadez digamos normal, no sé; yo creo que se espera que uno sea flaco, eso creo yo, que las mujeres sean delgadas y. no sé po, sean femeninas y se cuiden, no sé po, esas cosas(...) además soy gorda así que tampoco cumplo con el canon de, de flacura esperado, así que parece que no cumplo con ninguno. (Pamela)

(...) A mí me influye porque en este momento yo estoy como metida con esta obsesión de la imagen corporal y la comida, y encuentro que eso es también una exigencia que te pone la sociedad, tiene mucho que ver, como que te obliga a tener atributos físicos y sino mejor que no te aparezcái. (Mara)

De las entrevistadas, respecto a la visión que manifiestan en relación al desempeño de la mujer en los distintos ámbitos de desarrollo, la totalidad de la muestra refiere considerar que existe una sobreexigencia hacia la mujer por el hecho de tener que compatibilizar distintos roles de manera eficiente. Esto a pesar de que dichos roles muchas veces se contraponen en sus exigencias (por ej. Ser buena madre y a la vez responder laboralmente).

Del total de las jóvenes, una pequeña parte relaciona las exigencias antes mencionadas con la necesidad de mantener una apariencia física acorde a los patrones estéticos imperantes, manifestando que de no responder a dichos cánones se dificulta el acceso o se ve afectada la valoración que se hace de la mujer en el campo laboral.

Yo creo que es bien sacrificado, casi siempre las personas que trabajan es bien sacrificado, pero que se puede hacer, realmente como que no se es feliz en el fondo, o sea es feliz pero no tanto porque no tienen tiempo para ella, o sea tantas cosas que

tiene que hacer, o sea el costo es bien no se como caro, que sufre harto la mujer yo creo por todo lo que tiene que hacer, no tiene tiempo para ella. (Valeria)

Yo creo que se puede, pero yo creo que es difícil, porque a parte de estar presionada yo creo que... no se mi mamá trabaja y de repente al trabajar uno también deja de lado un poco la familia y esas cosas..... Yo creo que a veces son muy pocas las personas las que logran equiparar equitativamente las dos cosas.(Fabiola)

Hay más limitaciones mas que nada: primero no es que te frustre, si no que te limita el campo del trabajo, el campo de desarrollarte como persona, más allá, porque tienes que dedicarle un tiempo, si quieres ser una buena madre, tienes que dedicarle un tiempo precioso a tus hijos, a tu familia, a tu casa, tiempo que no puedes dedicarle a tu trabajo, a tu desarrollo personal, a tus a amistades. (Cristina)

Yo creo que es super difícil compatibilizar todo junto(...)o sea tenis que dejar algo mal hecho, es super difícil que salga como todo bien.(Carolina)

Eso es una exigencia también que se le pone que trabaje y que lleve la casa y todo, o sea que sea multiuso, y también es una exigencia que se le pone a la mujer en el hombre, o sea el hombre trabajar y nada más y la mujer miles de exigencias(...). Hay un costo, por ejemplo: si tú quieres trabajar tienes que dejar a los hijos con la nana todo el día, o sea tiene un costo. (Mara)

Yo creo que lo puede compatibilizar a un costo muy alto, que tiene que ser brillante en todo, sobresalir en todo porque la mujer para ser profesional además tiene que destacarse en todo y además físicamente tiene que entrar para ser brillante, o sea si es regia, estupenda de facha y si además es inteligente o dice algo más o menos coherente, ahí como que la empiezan a pescar mucho más ahí a ella; pero lo 1° que te miran es si tienes buenas pechugas, si eres flaca, gimnasios, dietas, ansiedades propias, no sé.(Sofía)

De que es difícil, es difícil, pero se puede, más que complicación es un beneficio porque se realiza como persona siendo profesional y no estando en la casa.(Javiera)

Yo creo que hay que saber como equilibrar el asunto(...)en el sentido de buscar un trabajo que a una le satisfaga, te dé un sueldo y además le permita el tiempo de estar con su familia, o sea nunca va a ser el mismo tiempo, yo creo que el trabajo absorbe mucho el tiempo de uno.(Alejandra)

Yo creo que si, yo creo que yo podría compatibilizar distintas cosas, y de hecho si la mujer se realiza puede hacerlo. Claro, tienen un costo onda..... porque en ninguna de las dos partes vas a estar 100 por 100%; mi mamá hubo mucho tiempo que estuvo un 90% en el trabajo y un 10 % con nosotros (...), sin dejar de ser buena mamá pero en el sentido de tiempo como que sacrificó mucho a la familia y se que es difícil, pero la carrera que a mi me gustaría estudiar yo creo que es un poco más libre que la que ella estudió, yo quiero estudiar kinesiología. (Catalina).

O sea tiene que dividirse un montón pero es que la mujer tiene la capacidad, tiene esa capacidad más que el hombre de hacer varias cosas a la vez(...). (Patricia)

Yo sé que dejando de comer yo se que se tienen muchas enfermedades y se a lo que se llega, entonces si se preocupa mucho del cuerpo, con estas cuestiones no se va a poder compatibilizar el ser optima en el trabajo y más encima ser óptima en la casa; si no se tiene una buena alimentación yo se que no lo va a lograr, pero a mi como que no me importa eso, no me importa. (Valeria)

(...),creo que hay un problema con que, con esto de que, de que uno...asuma los roles tradicionales porque qué pasa que la mayoría, todas sabemos que vamos hacia el cambio pero una, la mayoría de las mujeres que trabajan y son mamá hacen las dos

cosas(...), no ha cambiado nada ahí, y, entonces yo creo que las mujeres tenemos que crecer, darnos cuenta de eso, ser conscientes y después tomar las decisiones de ser madres o lo que uno quiera ser, después que uno ya estuvo con uno. (Pamela)

No estoy de acuerdo con decir que el rol de las mujeres es estar en el casa y hacer el aseo y cuidar a los niños y criar a los niños y todo eso, yo no comparto eso. Yo creo que el costo es tremendo, sí, imagínate trabajar doble po, el trabajo es doble, más encima te discriminan, laboralmente te pagan menos(...). Yo creo que en esta sociedad a las mujeres, a pesar de que el ser madre se valora mucho, cuando se trata de pagar no se paga, ¿cachai?, es una cosa muy paradójica que tiene el sistema. Y, bueno, el costo para la mujer que tiene que trabajar y que además tiene que cuidar a los niños, es que ella tiene toda la responsabilidad po(...), entonces el trabajo pa ella es tremendo, la tremenda responsabilidad que cae sobre sus hombros. Bueno, yo creo que realizadas se deberían sentir...pero creo que el estrés y el cansancio no le dejan ver a las personas eso digamos, todo lo que hacen, y además no se les aprecia, porque no se aprecia el trabajo que las personas hacen dentro de la casa, no se aprecia eso(...), porque ellas se relacionan en la medida que, que están haciendo distinto de la casa.(Pamela)

O sea en esta sociedad igual tienes que demostrar "n" cosas, como que la parte estética es como super importante y yo antes en el colegio era como pinturita, era como la mayor del curso, más desarrollada que otras y después ésta gordura, o sea nadie me tiraba un piropo, o sea nadie me miraba y esa cuestión era super achacante(...)(Sandra)

En lo que estudiaba, comunicación social, creo que sí en cuanto a ser bonita. En la universidad me aislaba, si había que hacer algo yo me aislaba, si había que hacer algo yo me arrancaba, me daba vergüenza salir en la tele, me daba "n" lata estudiar esa carrera y ser gorda con ese peso en que estaba, me afectaba harto.(Sandra)

Las jóvenes expresan en sus relatos tener vivencias de ser mujer que evalúan de diferente manera. Para algunas es algo que se disfruta por las ventajas que significa, aún cuando también implique ciertos problemas. Para otras es un privilegio, en tanto posibilita la maternidad, que las distingue de los varones, y porque poseen características como sensibilidad y capacidad afectiva; sin embargo, también involucra tener una vida dura. Y para otras, el ser mujer no es un "impedimento para nada", teniendo en cuenta la influencia que tiene el poseer un físico adecuado.

En otras jóvenes la apreciación respecto de su experiencia como mujer, refiere a: constituir una "lucha diaria" dado la multiplicidad de áreas en que debe desempeñarse, y el escaso reconocimiento que se hace de su labor. Para otras, es difícil en tanto se debe adherir al rol tradicional, que no comparten, lo que les genera un conflicto. En tanto, otras hablan de vivirlo con desagrado, porque perciben discriminación para con los roles tradicionales, además que no les agrada responder a un ser mujer tradicional, sino que se identifican y les interesan desarrollar otros aspectos. Finalmente, consideran

que lo que hace y le toca hacer a la mujer está determinado por un canon que le impone la sociedad, y que la limita en su ser, en sus aspiraciones.

No sé, a mi me encanta ser mujer, me encanta no se porque, yo soy pura ropa, soy de ese estilo y soy así preocupada (...) no sé antes quería ser hombre cuando era chica, como que yo iba a ser hombre y cambie a mujer (...), no se a mi me encanta ser mujer por las ventajas que uno tiene, a parte de unos problemas así de embarazo, cosas así medias molestas. (Valeria)

Es un privilegio ser mujer a pesar de que a nosotras nos toca mucha cosa dura, pero yo creo que compensa todo con la posibilidad de ser madre. (Alejandra)

Para mí significa el hecho que pueda ser mamá(...), es lo que más diferencia y me gusta más ser mujer que hombre; yo creo, además, que son mucho más de sentimientos, son mucho más de cariño, entienden más situaciones, es mucho más como sutil, más sensible, mucho más finita. (Carolina)

El ser mujer no me impide nada.(...). Es que siempre es como más sensible, es más alegre, como que tira más pa'riba. Lo físico no es tan importante pero igual influye. (Patricia)

Ser mujer pa mí es una lucha diaria porque tenís que desempeñarte en muchas áreas y cumplir bien en todas, tanto en la casa como la familia y el trabajo, no paras nunca y muy pocas veces te lo reconocen, sino por el contrario descalifican lo que haces . (Sandra)

Para mi ser mujer es difícil, porque hay n cosas como de la imagen tradicional de la mujer que a mi no me gustan , pero en el fondo como que siempre como que termino en eso, cahai, tengo como un conflicto....(Mariela)

Para mi ser mujer no es muy agradable, porque siempre se es rechazada por un tipo de maternidad, que se yo, de responsabilidad de la casa; lo encuentro injusto, como que siempre h e tratado de lograr otra cosa. Mi vida la relaciono con una vida de trabajo, con una vida digamos normal aparte del hombre, no de responsabilidades por sexo, ¿ me entiendes? . yo valoro en la mujer la firmeza y la autoexigencia. (Cristina.)

Es hacer cosas, tener libertad, tener aspiraciones, tener esperanzas pero tuyas; pero no, o sea el sistema te come, a la larga te dai cuenta de que no, el sistema te come, o sea te envuelve, te envuelve a seguir un canon maldito, o sea mejor o malo no sé. (Sofía)

VI. IV. Percepción y significado de la interacción familiar:

VII. IV. I. Percepción del grupo familiar:

Las entrevistadas dan cuenta en sus relatos de su opinión respecto a la relación familiar; ésta se expresa como percepción o visión de la familia; y a través de una evaluación de familia y las relaciones familiares.

Las jóvenes señalan que por lo general, es la figura paterna la que aparece más alejada de ellas en cuanto a la relación que mantienen, y que está ausente en los espacios familiares. En tanto, la madre aparece más cercana afectivamente, en términos relacionales. Consideran que con los hermanos, por otra parte, han establecido relaciones que varían de una entrevistada a otra.

Además, evalúan la familia o vida familiar, en términos positivos o negativos, de acuerdo a las características y aspectos que ellas consideran importantes. Las percepciones aluden a: familia preocupada, responsable, vida familiar "linda", aunque no exenta de dificultades, "liberal". También, están los aspectos negativos que son descritos como: vida familiar "difícil" o "conflictiva" en que los miembros intentan superar los problemas al predominar los afectos, no demostrativa afectivamente de parte del padre y madre muy intrusiva en la vida de las hijas; destacar la "dureza" en todos los miembros, o la ausencia de armonía familiar y presencia de momentos tensos. También, evalúan de acuerdo a momentos particulares: como la influencia que tuvo una crisis de pareja y actualmente hay unión familiar y separación de pareja que implicó un quiebre familiar. Por otra parte, se hace presente el momento en que se vieron afectadas por el problema alimentario, que marca para ellas un antes que tienen "borrado", y un después que se evalúa positivamente en todas las áreas.

Casi los fines de semana son los que más él está, pero él también es como bien apartado de la familia(...), después de almuerzo se encierra y está toda la tarde viendo tele, después sale a tomar onces, de repente está ahí sentado con nosotras. Mi mamá también preocupada todo el tiempo de mí, de mi hermana, de que no nos falte nada, todo bien; (...) pero en el fondo somos una familia super preocupados de todos (Valeria)

Yo creo que mi familia es bien responsable; supón mi papá se preocupa harto de la familia(...). (Cristina)

Mi familia de 1 a 7, un 8; son preocupados, onda preocupados, responsables, cariñosos, afectivos...; es algo de siempre. Con mi mamá tengo mayor cercanía, pero con mi papá mayores dificultades(...) Con mi mamá siempre más juntas porque onda ya

las dos mujeres; con mi papá quizás...un poco más alejada, pero no por eso mal. (Catalina)

O sea ha sido linda mi vida familiar, o sea no linda pero es que ha sido difícil pero hay momentos ricos. Es conflictiva la vida familiar, o sea siempre hay problemas entre nosotros pero a la vez, o sea como que nos queremos super harto, por eso tratamos de salir adelante y hemos ido a terapia y todo eso, pero cómo que siempre hay conflicto, o sea entre mis papás, un poco por convivencia yo creo...pero cada uno de nosotros tiene un problema personal, o sea problemas de nosotros y que afectan a los demás y que de repente se rozan y que provocan problemas fuertes. (Mara)

Buena la relación con mis padres. Es que mi familia es demasiado diferente a las demás, es como muy liberal, o sea mi papá no, pero mi mamá sí, hay "n" confianza. (Javiera)

Mi vida en familia es buena, ahora nos hemos conocido mucho más, aparte que mis papás estuvieron muy mal el año pasado por esto, como que esto fue un quiebre en el fondo, estas cosas como duras como que sirven para fortalecer a la pareja. La vida familiar, buena, rica, ¡qué suerte la mía!. Mi familia diría que es bien unida, como que sabemos que podemos confiar entre nosotros, mi familia es la raja. (Carolina)

Ellos son tradicionales, tranquilos(...)...destaco la dureza de todos, son muy efectivos, se manejan muy bien en eso (Cristina)

Mi familia es como super poco demostrativa por parte de mi papá por ejemplo no se conversa mucho con él; con mi mamá todo lo contrario, mi mamá está siempre preguntando, siempre como metiéndose, no metiéndose pero...como andando a la siga de uno en el fondo, mi papá no, aparte de que somos 3 mujeres entonces como que él no se mete en el fondo; es una situación familiar difícil. (Fabiola)

Que es desorganizada, es unida pero cada uno por su lado y hay mucha confianza entre todos. (Patricia)

Yo creo que son pocos los momentos de armonía que me recuerdo de los tres(...). Generalmente muy tensos con mi mamá esperando a mi papá(...). (Sofía)

Yo igual te diría que tuve una infancia buena que no me podría quejar, pero cuando ya empecé a ser más adolescente, mucha más restricción; pero después que se separaron como que empecé a hacer más mi vida. Yo te diría que la separación fue como fundamental porque se produjo un quiebre como de muchas cosas(...). (Alejandra)

Todo bien, ahora todo bien, sí como que el año pasado igual como que fue algo como que no me acuerdo, como que lo borré, que me vienen imágenes de repente, pero como que me salto ese año y todo bien, todo bacán: la familia bien, el colegio super bueno, amigos todo bien. (Catalina)

Las entrevistadas se refieren a familia en términos de las relaciones que se han establecido. Las relaciones son descritas como: buenas, a diferencia de otras familias, destacando la comunicación y confianza, aún cuando sienten que en la infancia fueron descuidadas; evaluar positivamente considerando los afectos que experimentan, el "llevarse bien", la preocupación que se percibe, la comunicación que existe, destacar mayor aveniencia y confianza con la madre, en tanto con el padre hay más problemas, y sin problemas con los hermanos. Evaluar positivamente en función de la capacidad para superar las diferencias y los conflictos, logrando

compartir y disfrutar en familia; considerar que es el cariño lo que los mantiene unidos y permite la armonía. Destacar la afectividad, ser "apegados", con mucho contacto, aunque haya mayor distancia con una hermana, la relación con el padre es de "aveniencia" y con la madre ha mejorado, hoy existe mayor unión con ella. "Llevarse " bien con todos, resaltando que hay mayores conflictos y confianza con la madre, a diferencia del padre y hermanos en que al haber menos contacto no existe tanta confianza; sin embargo, existe mucho contacto afectivo entre todos.

Con mi familia la relación es super buena en relación a otras. Hay confianza, hay comunicación...pero por lo menos conmigo más o menos; cuando era niña no supieron cuidarme bien cuando era niña. (Cristina)

Mi familia me encanta, a mis hermanos los quiero mucho y a mis viejos también. Con mi papá nunca he tenido mucha comunicación pero nos llevamos bien, conversamos, él se preocupa de mí, de que esté bien, que me vaya bien en el colegio, que no me falte nada, pero no se conversa de cosas personales. Con mi mamá ahora nos llevamos mejor, somos más amigas ahora, yo creo porque estoy más grande, más madura y soy la única mujer de la casa, hay harta confianza entre las 2. Me he avenido más con mi mamá, y con mi papá he tenido más problemas, más peleas. Con mis hermanos bien también, sin problemas. (Carolina)

Genial, me encanta mi familia; super buena mi relación, no tengo problemas. Me llevo bien con mi mamá y con mi hermano que vive en la casa, y mi papá bien pero no lo veo nunca. Siento que tengo cariño por mi familia, soy cariñosa con ellos. (Javiera)

Buena se podría decir que es la relación que tengo con mis papás. (Patricia)

Yo creo que es buena en...en que nosotros estamos a pesar de todas las diferencias que tenemos y todo eso, igual podemos estar juntos y disfrutar, creo que tenemos eso, tenemos una cosa como de unidad nuestra que podemos parecer desunidos pero, pero tenemos como algo que es un núcleo que nos une, no sé hay algo ahí que, el cariño yo creo que es, creo que es el afecto que nos tenemos. La relación con ellos yo creo que es...es una, es como armónica pero con conflictos...que permiten esta armonía también. (Pamela)

(...), mira mi papá es el que trabaja todo el día y llega a la casa. Mi mamá está generalmente acá y ella va a comprar, ese es como su rol; nosotros acá, nosotros somos como los estudiantes de la casa. Somos, yo diría que somos unidos...y cercanos, pero muy temerosos de perdernos los unos a los otros, creo que ahí hay un tema de familia que tenemos todos(...). Yo creo que lo que tenemos nosotros como familia es que somos..., somos sensibles a lo que los otros les pasa. (Pamela)

Somos super apegados, como que ambos(con fam de origen)nos necesitamos, hay mucho contacto como de hija(...). Con mi hermana la cosa es un poco más distante por una cosa de carácter, es super fría. Con mi papá me he avenido más desde antes del accidente. Con mi mamá cuando chica tenía más conflicto, ahora me he unido mucho más con ella, ahora con el embarazo, ahora es como más amiga(...). (Sandra)

Actualmente me llevo bien con todos, nunca hay problemas entre ninguno de nosotros, excepto con mi mamá, con mi mamá son siempre peleas...y es que es como la que sabe todas mis cosas, o sea le cuento todo, no es que tenga desconfianza de mi papá ni nada o de mis hermanos pero con ellos como que no tengo mucho contacto. Mi relación con

mi papá es buena, nos llevamos re bien. Y a nivel afectivo en general es de harto contacto. (Mara)

También perciben que las relaciones son complicadas, producto de una "mimetización" entre madre e hija, y debido a la rabia que experimenta contra su madre por no haber hecho su vida. Sentirse apartada del resto, mantener actualmente una relación que consideran "mala", por los lazos que se tienen con la hermana, porque consideran fueron abandonadas por la madre y por los constantes conflictos que hay con el padre; sin embargo, está la "paradoja" de sentir que los padres no desean aún que se independicen las hijas. Las relaciones entre hermanos no han sido positivas al no haber comunión entre ellos. Resalta la sensación de "apego" con la madre, en tanto con el padre es más "lejana", y con los hermanos se desarrolla una relación de amistad. La relación es "buena" con la madre porque es más honesta; con el padre ha cambiado, éste suele evaluar y criticar por lo que la relación hoy es más distante que en el pasado; con el hermano es de mucha unión.

La relación es complicada con mi mamá po, o sea somos muy como las dos no más, estamos como muy mimetizadas las dos, hay afecto, hay cosas naturales que siempre hay dentro de una familia, pero también hay cosas penkas de mi mamá que yo tengo mucha rabia a lo mejor con ella, de que no supo controlar esa relación de pareja que terminó, que ella nunca se vió como mujer en el fondo...o sea se perdió ella como mujer. La relación siempre ha sido así. (Sofía)

Veo a mi papá, mi hermana y mi mamá juntos y yo al lado, separada. Mis papás son, diría que son super contradictorios, como que nos ven a las 2 con mi hermana como sus niñitas, ¿cachai?, les cuesta mucho soltarnos, "n". A ver..., con mi hermana, mi hermana se fue a vivir sola de repente y es como muy por encimita la relación de ella conmigo, antes nos llevábamos mal, super mal; mejoró la relación pero en el estar más tranquila las 2 nada más. Con mi papá la relación está mal, ahora super mal; eh...con mi mamá lo mejor que se puede cuando era más chiquitita era super regalona de mi mamá, pero después cambié...que mi mamá trabajaba y que me dejaba sola, entonces me empezó a dar entre rabia y pena y después no la pesqué más(...), aunque con ella es con quien mejor me llevo, me avengo en mi casa, y con mi papá más que nada son problemas, peleas más o menos seguido. (Mariela)

Con la F (hermana)...nunca nos hemos llevado bien porque nada, como nada, no hay nada en común que uno pueda hablar, con la chica sí, lo más hermanable posible. Mi relación con mi hermana la del medio siempre ha sido como mucho más difícil, pero con la chica me llevo bien. Mi mamá es la de los permisos, ahora está mucho más permisiva que antes. (Fabiola)

Somos muy apegadas a mi mamá, es como un matriarcado. La relación con mi papá es más bien lejana, porque bueno, mi papá se volvió a casar(...); con mi mamá no, por lo menos hablamos 1 vez a la semana mínimo. Con mis hermanas la relación es buena porque digamos que somos como amigas. Mejor es la relación con mi mamá, más distante y conflictiva con mi papá. (Alejandra)

Bueno con mi mamá estamos mucho más cercanas que antes(...), yo siempre he tenido una relación más honesta con ella, como más de poder ser yo y poder decirle las cosas

y todavía me pasa eso, y ahora yo estoy mucho más apoyándola a ella, estoy mucho más cercana a ella. Con mi papá, por el contrario, de ser muy amigos y de estar muy juntos hemos pasado a una etapa de la que...yo le hablo muy poco y le hablo solamente para decirle algunas cosas porque me da lata, porque siempre está criticándolas, porque siempre encuentra algo malo, porque él es muy negativo, entonces todo lo encuentra malo(...), entonces yo evito más que nada hablar con él por eso, y mi relación es como, es como más de negociar con él po. Con mi hermano tenemos una relación, super, super buena, somos super unidos(...); y hoy día me avengo más con mi hermano y con mi mamá creo yo, con ellos puedo hablar honestamente, no sentirme criticada ni evaluada. El contacto menor con mi papá es notorio actualmente. (Pamela)

En cuanto a la relación con los padres, hay jóvenes que sienten que el padre experimenta sentimientos negativos de odio hacia ellas, que no hay comunicación entre ambos. Consideran que les hace daño con sus comentarios, que no les han entregado afecto, aún cuando los padres han satisfecho otras necesidades. Evalúan la relación con la familia como "fría y distante", aunque se percibe que subyacen lazos fuertes, de "dependencia" lo que les impide hacer su vida. Relación "difícil" con los padres. Dicen tener una relación restringida con el padre, ya que él no habla de lo que siente; y una madre que quiere saberlo todo. Actualmente las relaciones han cambiado, con la madre han mejorado y con el padre siguen siendo difíciles. En el caso de una de ellas también las relaciones han cambiado, provocando una madurez en ella al verse afectada por un accidente.

... yo siento que él me odia, que como es mi padrastro pero yo lo tengo como papá, yo siento que él me odia(...), como nunca hemos tenido buena comunicación no nos decimos las cosas(...) le digo que no lo soporto a veces, que no le soporto su forma de ser, que me mire con esa cara, que haga tal comentario, pero no me atrevo a decirselo, nunca se lo he dicho, a mi mamá nomás le he dicho qué es lo que pienso, que siento por él;. (Cristina)

La relación con ellos como más o menos nomás. Encuentro que las cosas que me dice él me duelen mucho, aunque sean cosas tan estúpidas, tan insignificantes, como que todas las cosas las dice como enojado, es como pesado para decir las cosas. Yo encuentro que ha sido buena hasta cierto punto nomás; quizás la parte en que ellos se han portado bien es en la parte de todo lo que es el estudio, de darme todo lo que uno necesita, que nada nos falte, todo bien eso. Pero la otra parte, él por su parte no, no ha sido nada de bueno, no me ha entregado nada, nada de cariño. (Cristina)

Yo creo que...es como fría la relación, super fría, distante...pero así como con hilitos por debajo, hilitos super fuertes. Como, como que igual hay una cosa intensa, una cosa intensa de como de, de dependencia, ¿cachai?, como de manejo, "n" manejo, pero como en lo, en lo cotidiano no nos pescamos, pero igual o sea yo tengo super claro de que yo no puedo hacer mi vida y ellos tienen super claro que ellos pueden hacer cualquier cosa pa que yo haga lo que ellos quieren, toda una cosa así. (Mariela)

Diría que la relación con mis papás es difícil. Y mi relación con ellos también difícil, super difícil. (M.ariela)

Con mi papá(...), o sea si yo hablo con él se habla de fútbol o cosas que yo puedo hablar con él(...), mi papá no dice nunca lo que siente(...). Y mamá, mi mamá es preguntar, ella lo quiere saber todo. (Fabiola)

La verdad es que con mi mamá ahora la relación es más positiva que nunca, nosotras somos como muy amigas. Con mi papá era mala cuando yo era chica, porque cuando yo estaba en la adolescencia es como que no me supo entender(...) y fue complicado, fue difícil pa mí por ser yo la mayor, como que pagué el noviciado. (Alejandra)

Antes era siempre super juntos, después del accidente nos manejamos mucho en relación a mi papá, o sea yo antes les contaba todo a mis viejos(...), todo con mi papá, mi mamá era más de reglas y horarios, mis viejos no eran de la onda más pegote de cariño sino de contar cosas, sino como más de amigo sobretodo conmigo. Ahora, ahora podría decir que me gustaría ser yo así como ellos(padres) fueron. La relación es como muy buena, rica, ha ido madurando(...), todos opinamos, siempre hemos optado por estar en ciertos momentos juntos, ha sido super rica pero como te digo antes del accidente. (Sandra)

En cuanto a los conflictos que surgen al interior del ambiente familiar, las jóvenes relatan que estos se configuran en torno a ciertas temáticas, como la adhesión a las reglas y la independencia; los conflictos son resueltos autoritariamente de parte de los padres, y las jóvenes los enfrentan tratando de mantener un ambiente que no afecte su estadia en la casa. Hay otros temas que generan conflicto: incompatibilidad entre dos familias que cohabitan; problemas en la pareja de padres, presencia de un padre explosivo de carácter, y peleas con los padres que se caracterizan por ser de un tenor también explosivo y que hoy ellas tienden a evitar. También surgen problemas con ellas en torno a la situación alimentaria que mantienen, y que resuelven "dando en el gusto"; y actualmente han disminuido las discusiones entre los padres al observar que la hija está superando su problema; a la vez, el problema que las afecta provoca peleas con el padre, pues es estresante para ella plantearle un nuevo intento, ya que él critica sus fracasos y duda de los resultados.

Cuando hay conflictos entre nosotros...mis papás lo resuelven por la autoridad, y yo...yo me voy nomás...por ejemplo casi siempre es por la cuestión como de, como de la independencia, o sea como el hecho de que yo tengo que seguir reglas de la casa. yo cacho que la cuestión sexual igual, o sea no en lo aparente, pero así como super escondido. (Mariela)

Cuando se dan estas cosas(...), en general trato como de mantenerme en la casa y bien, me hago la lesa y hago mi vida igual, ¿cachai?, y hago lo que quiero de repente, hasta con rabia güevás que no las haría si n o tuviera rabia, pero cuando ya en momento de crisis, ahí...o sea de insultos y todo. (Mariela)

... es que pa más remate vivimos con mi abuela, con la mamá de mi papá, entonces como que allí hay otro rollo más grande(...)y onda que ahora está la escoba porque mi mamá se quiere ir y mi papá como que también(...) ya muchos problemas, mucha saturación...son 2 familias, son 7 personas viviendo en la misma casa pero con

cuestiones que ni se hablan, onda que estamos los 5 en un rincón y mi nona y mi tía en otro, ¿cachai?, no nos hablamos nada, o sea yo lo único que quiero es salir de ahí por el bien de nosotros y por el bien de mi mamá...es que mi mamá onda que ha sufrido "n" y está, estaba mal. (Mariela)

Como que de repente me peleo con mi papá(...)y.¿oh!, las peleas de mundo, pero con mi mamá de repente super, super bien, super bien y hay alguna de las 2 que explota...Mis papás se ponen a pelear por cualquier cosa de repente, es que mi papá es de carácter super explosivo, entonces si llega enojado de la fábrica...se agarra con nosotras de repente entonces son cosas así, idiotas en el fondo. Cuando había peleas antes yo me agarraba nomás, por cualquier cosa me agarraba, ahora ya no, me hago la tonta. (Fabiola)

Todos se involucran porque tratan como de suavizar la cosa y de que no se agarren fuerte y todo(...), y a pesar de que todos tratan de demostrar que pasó la cuestión como que siempre queda algo ahí...generalmente los problemas son con mi mamá(...), yo por lo menos lo veo así, lo que pasa que ella es como muy explosiva. Se le pone término, generalmente mi mamá se va llorando a encerrar a su pieza(...). Me cuesta superar harto pero prefiero quedarme yo con la rabia adentro por así decirlo porque se me va a pasar, me voy a olvidar, a que quede por fuera y entre alguno de nosotros. Prefiero que estén buenas las relaciones y por último yo me desquito y la puteo dentro de mi pieza. (Mara)

Los conflictos son conmigo en relación a la alimentación...los paro dándoles un poco en el gusto en algo y se acabó. (Cristina)

Los espacios de problemas son peleas entre mis papás por discusiones entre ellos, aunque ahora es menos, ahora que yo estoy mejor y me ven que estoy haciendo cosas por salir de esto. Se solucionan conversando. (Carolina)

Casi siempre, supongamos, son los días en que estamos almorzando juntos un fin de semana y que él saque el tema de lo mío y empieza la cuestión de la pelea, y yo le digo que me de tiempo, que yo voy a cambiar a lo mejor porque yo no puedo cambiar de un día para otro lo que coma, que me entienda, que no es fácil(...). Y otras peleas son más líos y peleas de ellos, son cuando están ellos dos nomás, ellos empiezan a hablar, escucho que hablan de mí; casi siempre, casi todos los problemas, todos son por mí. (Valeria)

En realidad yo creo que los temas conflicto son siempre el dinero y...bueno, mi gordura en mi caso, mis conflictos(...), ésa es otra situación de estrés, el tener que plantearle a mi papá el nuevo intento (para bajar de peso)porque él no me cree, pero él siempre me dice que me apoya en todo esto, que él nunca va a dejar de apoyarme...bueno, que yo soy así, que no soy constante y me critica y me dice todo lo malo que hago yo y eso. (Pamela)

Los problemas mi papá siempre los empieza pero se supone que la culpa es de nosotros, pero mi papá explota y empieza a alegar(...), yo me pongo a pelear con mi papá y le tiro indirectas y se enoja y empieza a gritar y yo grito también y al final él se va. (Patricia)

Mi papá como que siempre buscaba distancia(...); casi siempre, o sea yo no veía así como una solución al asunto, yo no sé como se arreglaba para el lado de ellos, la verdad que era como mucho grito, mucha pelea y después cada uno pa su lado(...), pero así situaciones graves respecto de nosotras(hijas) con conflictos no. Por lo general eran soluciones entre ellos...y problemas de infidelidad con mi mamá. (Alejandra)

Ponle tú, yo y mi mamá encaramos más las cosas, los otro se arrancan, o sea que no se resuelve nada, como que no está pasando nada. (Sandra)

Yo creo que me siento más mal, tengo conflictos con todos en realidad por una u otra cosa(...), pero yo creo lo que a mí más me molesta y lo que me duele y no puedo como controlar es mi papá, en los conflictos que tengo con él(...)no tengo acercamiento con él, entonces yo creo que tengo con él un conflicto super grande(...)ahora lo quiero y quiero que él esté contento, pero no quiero sentirme así, no quiero sentirme que, que yo dependo de él o que lo que él dice es ley, me doy cuenta de eso pero me cuesta, me cuesta, estoy muy apegada a él todavía. generalmente conversando se ordenan las cosas...y con mi papá...con él siempre he tenido que ser más cuidadosa(...).(Pamela)

La mayoría de las entrevistadas perciben y evalúan la relación afectiva a nivel familiar. Ellas tienden a tener una relación más distante o "fría" con el padre; a diferencia de la madre, que se da en términos más cercana. Algunas, no creen que la relación familiar sea cercana, aún cuando haya cariño; además, la definen como "superficial" al basarse en la entrega de regalos. Otras jóvenes perciben que a nivel familiar predomina el cariño por sobre todo, reflejando una imagen armónica.

Es que por el lado de mi papá es super fría la relación familiar(...), pero por el lado de mi mamá es todo lo contrario...y yo depende de dónde esté si me suelto o no...y con mi familia de repente me baja y de repente no me baja. (Fabiola)

Yo creo que con mi mamá tenemos todos eso(afecto), es como que mi mamá es el centro del cariño aquí(...).(Pamela)

Hay harto regaloneo, yo soy cariñosa con mi mamá, mi papá y mis hermanos, y ellos también lo son conmigo. (Carolina)

Con mi mamá es super bueno, si yo quiero darle un abrazo se lo doy así, a mi mamá la quiero, la ando abrazando, ando siempre pensando en ella, comprándole alguna cosa; ¿pero él?, o sea igual lo quiero, o sea igual lo quiero pero no se lo demuestro(...). (Valeria)

Con ellos (padres) la relación no es muy cercana tampoco en términos muy afectivos; son cariñosos. (Cristina)

En lo afectivo es como por encima, bonito, o sea regalarse la cosa linda, superficial. (Sofía)

Me aburrí porque era como la regalona de mi papá(...), pero ahora ése lugar lo tiene mi hermana. (Patricia)

En algunas de las jóvenes existe la percepción de que ha habido situaciones que han afectado a la familia. Entre aquellas que señalan como relevantes están: la infancia de los padres, la cual ha influido en la vida del núcleo familiar actual en las actividades que realizan y los caracteres de los padres. También aparecen los problemas económicos que han generado peleas y complicaciones familiares. Además, los efectos que tiene en ellas la ausencia de la madre por razones de trabajo, así como conductas del padre que tensaban el clima familiar en momentos significativos, y actitudes ambigüas y desconcertantes de éste que sienten que las marcaron. La vivencia

en relación a ser hijastra del padre, lo que generó incomodidades en la relación con la familia de origen de él.

Creo que ha marcado en nosotros, yo creo que la infancia y la vivencia de niña de mi mamá y de mi papá, yo creo que eso ha afectado en trancas por así decirlo que tienen ellos dos y en las actividades de los dos(...), mi mamá es más de pataletas, mi papá por ejemplo es de carácter depresivo y le cuesta tomar decisiones, por ejemplo son cosas como así. (Mara)

Todos los problemas que han tenido mis papás han sido económicos, eso ha creado muchas peleas, mucha complicación, ha sido difícil porque todo es distinto. (Patricia)
Importante me recuerdo...cuando era chica, bueno el hecho que de repente mi mamá me dejara en la casa de mi abuela, o de que trabajara y llegara tarde. Eh...mi papá como que de repente como que se desaparecía, o salíamos con él y bueno siempre se enojaba pa la Pascua y pal Año Nuevo, era como típico y se iba y desaparecía...Y que de repente, no sé po, como que nunca me pegó pero hacía como que me iba a pegar y se reía ponle tú, hacía esas güevás, como que juhh!, como que te quedan así como marcadas; esas cosas, son como esos detalles. (Mariela)

A mí me ha afectado mucho que yo no sea hija de él, me he sentido bien incómoda con su familia(...), pero ahora ellos han cambiado la cosa y no me siento tan mal como antes. (Valeria)

La educación recibida por las jóvenes también es evaluada positiva o negativamente. Los aspectos que se consideran prácticamente no varían entre las entrevistadas. Consideran positivos y relevantes: la responsabilidad, enseñanza de valores, no percibirla "autoritaria" ni estricta, pero con exigencias; definirla como educación "libre" al no tener imposiciones, pero a la vez tener ciertas restricciones(lo que es contradictorio). Algunas señalan que el premiar y castigar eran funciones asignadas a uno de los dos padres, y que estaba establecido en función del otorgamiento de premios (por lo general materiales y permisos) y castigos (en restringir permisos y privar materialmente).

Mi educación yo la he encontrado super buena; o sea él siempre me ha enseñado valores, a que yo sea señorita, un montón de cosas, siempre me ha enseñado a ser bien derecha, él siempre me ha enseñado a que yo sea bien responsable; mi mamá también, o sea con mi educación no hay problema con eso(...). Nunca me han castigado por algo que he hecho, me retan y cuando era chica los típicos castigos(...). Premios así por el colegio, por ejemplo para mí es ir de vacaciones donde mi abuela en el verano. (Valeria)

Mi educación ha sido con "n" valores, "n" valores. (Catalina)

Mi educación creo que ha sido buena, no autoritaria porque yo nunca les he dado problemas a mis papás, excepto ahora con lo de la bulimia(...), aunque hay cosas que por el hecho de ser mujer y ser la mayor no me las permiten(...). Premios porque me reconocen que he mejorado(...)me dan más libertades pero es porque estoy creciendo(...), soy una persona super grande cómo pa cagarme a mis papás. aparte que me ven mucho mejor a mí, ven que me estoy esforzando en el colegio; con lo de la

bulimia no me lo toman como premio porque ven que es una cosa que me supera a mí. De los castigos se encarga mi papá; mi mamá como que de repente me castiga pero es más facilita de convencer(...) y mi papá es el que pone más las reglas. (Carolina)

Mi educación buena, no es muy estricta pero siempre me comparan con mi hermano en las notas, que él es mejor alumno, cuestiones así, pero a mí no me va tan mal y hay presión porque entre a la universidad(...), me quedó la vara muy alta porque todos los hermanos se han ido superando, pero a mí me quedó muy alta y no la voy a poder superar. (...). Mi mamá es la que aplica las normas.(Javiera)

Yo creo que mi educación ha sido como libre como que a mí, o sea, a ver, a mí me han restringido muchas cosas y me controlaron mucho cuando yo era chica, pero a mí nunca me han dejado, nunca me han obligado por ejemplo a hacer cosas que yo no quisiera (...), en realidad me han dejado ser en muchas cosas, en otras han sido muy controladores, pero, pero en eso de los intereses y como de lo que yo quisiera hacer con mi vida, con eso han sido como super abiertos. (Pamela)

Mi viejo siempre se preocupó de la parte..., mi vieja más de notas, cosas así, y mi viejo más como, como de la parte más humana (...), no sé, tenía una relación super buena con mi viejo, hablábamos de todo, éramos como amigos, en ese sentido mi viejo me inculcaba ciertas cosas y mi vieja se preocupaba de otras, pero distinto, pero separados (...)era como mi papá es pa ésta cosa y mi vieja pa los retos, pa los castigos, después con mis hermanos mi mamá como que se relajó un poco, había que ceder un poco. (Sandra)

Para otras jóvenes, a diferencia del grupo anterior, la educación se define en términos distintos, negativos, y lo expresan a través de términos como: "no democrática; "autoritaria" y "rígida", "presionada", "restringida y exigente", "tradicional con base religiosa" o evaluada por una de ellas de manera inadecuada por carecer de rigidez, y por otra parte como en función del "deber y la obligación". En este último grupo hay premios y castigos, aunque es posible observar que resalta el carácter más estricto en la aplicación de castigos: relatan la presencia de castigos "físicos y psicológicos", así como las "compensaciones" en tanto se hace lo que se debe, según el criterio de los padres; en algunas hay total ausencia de premios y castigos.

Mi educación no diría que es democrática, para nada democrática; autoritaria, super estricta, pero ahora un poco más flexible. Los castigos son de no salir, cosas así y de plata. Mi mamá yo diría que es la de las normas...o sea los 2, pero mi mamá como que pone más la cara. Cuando nos premian es como plata, viajes, cosas así, y de eso se encarga mi papá. (Mariela)

Fue una educación rígida, mi papá era bastante como autoritario, nos aplicaba castigos, de repente un correazo; pero sí, había como bastantes reglas, que si se quebrantaban había castigos. Mi mamá también hacía aplicarlas pero era un poco porque él imponía, o sea mi mamá no tenía mucho rol ahí. Premios por notas mi papá, porque él era muy de cosas como materiales (Alejandra)

Mi educación como que siempre ha sido presionada, o sea no presionada pero exigida por parte de mi mamá...las normas las hace cumplir ella, los castigos y los permisos. (Fabiola)

Yo creo que la educación para mí ha sido restringida y exigente, pero a la vez de ser exigente, o sea cuando uno logra lo que ellos esperan de uno es bien compensado, o sea premiado, generalmente son permisos o cosas que quiero y me las dan, o viajes generalmente. Castigos sólo cuando falto el respeto o cosas así, o cuando desobedezco o algo así y me niegan algún permiso, siempre es eso. Las reglas yo creo más que nada mi mamá(...): mi mamá es la del control, ella convence a mi papá. (Mara)

Mi educación es tradicional con base religiosa. Castigos físicos, psicológicos, de todo un poco. Las normas las hace cumplir mi papá, los premios mi mamá cuando hacíamos bien las cosas, cuando nos iba bien en el colegio, cuando chicas, eran dulces, típico, ya en este tiempo son plata y permisos.. (Cristina)

Creo que mi educación es mala porque mi mamá nunca me colocó rigidez, o sea nunca me colocó límites. Externamente sí, o sea estar en un colegio que dé estatus, un montón de cosas, pero en cuanto a ella ser estricta, no. Nada de premios y castigos. (Sofía)

Yo, toda la vida me esforcé por ser una super buena niña y hacer cosas y todo eso y además ser una buena alumna, entonces yo me sacaba puras buenas notas, pero yo nunca, no nunca tuve el valor en realidad porque yo eso tenía que hacerlo, era mi deber, era mi obligación, entonces el premio y el castigo no funcionan mucho ahí po, porque, porque es otra forma de ver las cosas: yo no te voy a premiar a tí por ser una buena alumna, en esta casa digamos no se hace eso, ese es tú deber.(...). (Pamela)

VII. IV. II. Percepción de las responsabilidades asignadas y exigencias de los padres hacia ellas:

Algunas sienten y perciben que las responsabilidades que les delegan en la casa son grandes para lo que pueden efectuar, lo que creen tiene que ver con la imagen que proyectan al interior de la familia; esto les genera sentimientos encontrados; otras creen que las expectativas familiares están puestas en relación a ellas de acuerdo al hecho de ser mujer y ser la mayor lo que indicaría que deben responder y obtener determinados objetivos en ciertas áreas y desarrollar actitudes y conductas que las conduzcan a la obtención de beneficios. Sin embargo, no está libre de obstáculos y dificultades: el logro de metas en el área educacional, las exigencias de ser la mejor en cada uno de los diversos ámbitos en que se desarrollan y poseer una determinada estructura corporal (“perfecta”). Esto les genera la sensación de que dichas exigencias son demasiado altas y las limitan al mismo tiempo.

(...)Las responsabilidades que me otorgan en mi casa son muy fuertes(...); no sé, me encuentran más fuerte, me verán con un carácter más duro. Al principio como que me siento fuerte, me siento como que tengo un control, eso que te decía, pero después ya me voy dando cuenta de que no, de que no saco nada, y siento un rencor. (Cristina)

Yo creo que por el hecho de ser mujer, por el hecho de ser la mayor de todas(...)había muchas expectativas en el aspecto colegio, estudio, profesional. (Alejandra)

Me exigen mucho más que lo que le exigen por ejemplo a mi hermano. Yo por ser mujer tengo que ser más esforzada, más responsable, más de todo y obtener beneficios a largo plazo. Por el hecho de ser mujer me exigen mucho más, esperan mucho más y como que me dificultan más las cosas. (Mara)

Yo creo que en mi casa se me exige se me exige todo: que sea una regia mujer, profesional, inteligente, mujer brillante, que tenga una pareja excepcional, que sea la más excepcional y además sea regia. (Sofía)

Lo que pasa es que yo soy la única mujer de mi familia, la única mujer, la mayor, la regalona de mis papás, la mejor amiga de mi mamá, todo el cuento. Siempre mi papá piensa que yo sea perfectita, que sea linda(...)...que tenga una figura preciosa, todo perfecto(...); y eso es lo que me molesta. No me lo dicen claramente, pero sí, mi papá sí que sea flaca, de hecho pa él es super importante, como que esperan mucho de mí, o sea me apesta que esperen tanto de mí,; esperan que sea buena en muchas cosas y no es que sean malos porque en el fondo son buenos, me dan la posibilidad de superar todo esto, pero es que no me dejan, ¿cachai?. (Carolina)

Consideran que hay expectativas y exigencias familiares que están fijadas en la creencia de que deben ser la “hija ideal”. Otras jóvenes, perciben que por ocupar cierto lugar en la familia, los padres esperan ciertos comportamientos y conductas que deriven en logros esperables y que tienen que alcanzar. En cambio para otras, el sexo femenino es visto como una imposibilidad y además implica un “deber ser” al prescribir conductas; sin embargo, actuar conforme a ello les ha evitado experimentar sentimientos de “culpabilidad”. Por otra parte, algunas detectan expectativas relacionadas con logros académicos y perciben mucha presión para obtenerlos.

Mi mamá siempre ha sido super exigente, siempre tiene como... que uno tienen que sacar las cosas adelante y todo, o sea no esta presionando pero lo dice en el fondo (...) Igual yo creo que ahora no, o sea si pero no lo dice, antes era con las notas, que salir bien con todo, yo creo que espera que sea yo la hija ideal. (Fabiola)

Siempre como fui la 1ª hija, la 1ª nieta, la 1ª sobrina, todo, esperan de mí poco menos que sea una genia, porque la niñita es buena, la niñita es obediente, y hubo un tiempo que yo me aburri y era la niñita más mala que pisaba la tierra, pero ahora no tanto, entonces siempre esperan mucho de mí...entonces me ponen como bien arriba entonces yo me tengo que esforzar por llegar. (Patricia)

A ella le gustaba que yo estuviera aquí en la casa siempre y que hiciera lo menos posible(...)porque yo siempre soy una niña buena po, yo hago caso a lo que me decían mis papás, yo era buena entonces, siempre he sido buena y eso no lo podís evitar tú y sino lo hacía y le desobedecía a mi mamá me sentía culpable entonces; estoy entrampada conmigo misma en eso po. (Pamela)

Lo que esperan en mi caso es que entre a la universidad, sino entro ahí me matan. La expectativa es en todos. Hay mucha presión de parte de mi papá, tiene que ser la universidad o nada.(Javiera)

Puede ser que esperen de mí algo pero también es mucho por parte mía, o sea como por agradar, es como raro. (Mara)

Mis amigos creo que esperan...que sea una mujer fuerte, que sea inteligente...,que sea apoyadora...como con cuento por decir, como una mujer chora, algo así. (Mariela)

VII. IV. III. Vivencia de las expectativas familiares acerca de ellas:

Las entrevistadas reconocen influencia de las expectativas familiares en relación a la imagen y el aspecto corporal. Esto lo asocian al hecho de que sus padres hayan tenido problemas de peso, de ahí que la preocupación de ellos se haya reflejado en una alimentación del tipo diet recibida durante su niñez. También perciben el desarrollo de obsesiones relacionadas con la intención de evitar que las hijas sean gordas. Comentarios, conductas y actitudes que eran expresión de rechazo a la apariencia que se tiene y que ante un cambio favorable en el aspecto corporal se revierten, generando cambio de ellas en relación a la familia. Comentarios claros y directos de desaprobación en cuanto al aspecto acompañados de señales de aceptación en caso de efectuar cambios satisfactorios.

(...), porque mi mamá le importaba que yo fuera flaquita, porque ella siempre había sido gordita cuando chica y a mi papá también le importaba(...). Mis papás siempre eran de decirme derechamente cómo me veía, lo mal que me veía, que me podía ver mejor más linda con unos kilos de menos; pero mis amigos no, ellos me aceptan tal cual (Carolina)

En mi familia siempre ha habido siempre un poco como de preocupación por el asunto de no engordar. Mi padre es como un poco, no sé, obsesivo por ese asunto de la delgadez(...)(Alejandra)

(...)por lo menos en cuanto a estar flaca y creo que es re importante eso; me lo dicen(...) porque igual gorda como que no me pescaban mucho, por lo menos eso sentía yo, como que querían como dejarte de lado, tanto en mi casa como mi marido, y ahora que adelgacé como que me he conectado más afectivamente y más preocupada del otro. (Sandra)

Existen distintas opiniones en relación al efecto que genera en ellas la presencia de modelos estéticos familiares: Para aquellas que detectan la presencia de modelos de delgadez y obesidad, la imagen 1ª se erige como ideal que se busca alcanzar y el 2º representa lo contrario, además que la figura delgada está asociada para ellas al desarrollo de otros aspectos que también son deseados. Y en otras jóvenes, la presencia de una figura delgada les genera sentimientos negativos, porque es un aspecto que se destaca, que desean y les da rabia no poder tenerlo, vivenciándolo como una competencia hacia sí mismas.

(...) entonces como que están los dos extremos , mi mamá como muy flaca que es como lo que a mi me gustaría llegar a ser, y mis tías muy gordas que es lo que no me gustaría llegar a ser, pero jamás (...), me gustaría tener la figura onda como de mi mamá, flaca, una familia, una profesión y todo el atao, entonces como que trate de llegar a mi ideal que lo tenía antes aquí cachai, pero ahora lo tengo ya como ...más formulizado ... (Catalina).

(...), como mi mamá es flaca, ella cuando joven fue modelo se pasa todo el día hablando de que ella es flaca(...). Me da rabia porque es verdad, pero me da rabia porque ella está compitiendo con su hija(...).(Mara)

También las entrevistadas perciben que hay expectativas a nivel familiar que se fundamentan en una cierta concepción o idea que hay respecto a cómo debería ser una mujer. Estas expectativas están asociadas a una visión tradicional de virginidad, de ser educada, ser suave, femenina, cuidarse, cumplir con el rol (madre, esposa, tener familia) y con el objetivo de estudiar, tener una profesión y trabajar y tener locus positivo en el plano de la afectividad, expectativas que ellas no están, seguras de poseer-

Es que mi familia como que tiene una concepción de lo que es ser mujer; ponle tú : ser independiente.... no tomar, ser como casi virgen , ser como..... como educada; como eso. (Mariela)

(...), y mi papá siempre me dice que la mujer tiene que ser femeninas, y recatada y cuidarse. (Catalina)

En mi casa esperan que yo sea diferente a como yo soy, ser más suavcita, ser más femenina entre comillas (...), pero es que yo no soy así. (Cristina)

Bueno yo creo que...que mi familia esperaría de mí que yo fuera no sé más...más tradicional en mi pensamiento creo yo, que quisiera casarme por ejemplo y tener hijos y tener una familia normal como todo el mundo, eso creo yo que espera mi familia de mí, y creo que también esperan que trabaje en lo que yo estudié y que me guste. Yo la única que comparto con ellos es la de trabajar, la otra no la puedo...no lo sé, yo no he tomado esa decisión de tener familia ni nada de eso(...).Bueno de repente me piden más no sé, que sea quizá más cariñosa por ejemplo, que se espera más de las mujeres eso, pero no, no más que eso.(Pamela)

(...), siempre me han dicho lo que tú querís lo vai a hacer igual, o sea igual me alegra que la gente piense eso de mí, igual es bueno pero me da miedo no poder lograrlo yo creo. (Patricia)

VII. IV. IV. Visión de la preocupación familiar frente al problema:

En los relatos, aparece en las jóvenes el cómo ellas perciben la preocupación que tiene su familia hacia aquello que les pasa. Para la mayoría, los comentarios que les hacían eran de preocupación, y para indagar como estaban, alentándolas a salir adelante; y ahora que están mejor, han sentido confirmación. Sin embargo, las sensaciones que han tenido en períodos distintos, han pasado de la desconfianza en cuanto a las intenciones de los comentarios, teniendo hoy una apreciación positiva respecto a éstos. Otra joven cree que en su familia está el deseo de verla salir del problema.

Sí me hacían comentarios, por etapas. Cuando empecé con lo de la anorexia eran como de preocupación, de saber qué me pasaba, de decirme cosas para alentarme a salir. Cuando empecé a recuperarme, como todo bien, qué bueno que estás mejor, te ves bien, etc. Y ahora que estoy bien generalmente es para confirmar que ahora sí, que ahora me tengo que quedar así. Cuando estaba mal pensaba que era porque me tenían envidia o porque no querían, no querían que fuera flaca. Después, cuando empecé a estar mejor, era como entre la duda si me estaban diciendo eso para cagarme o porque realmente era así. Y ahora yo cacho que era así. (Mariela)

(...), sólo me empezaron a decir cosas cuando supieron lo de la bulimia, que vomitaba, que casi no comía, cuando me chupé; y mis papás me decían y se preocuparon después que les conté lo que me pasaba, ahí todo su apoyo(...), yo creo que ellos quieren que yo salga de esta cuestión(...), porque no es tan importante esto en verdad porque yo me preocupo mucho de esto y ellos piensan que yo me equivoco, que me quieren como yo soy como persona. (Carolina).

Pero también perciben otro tipo de preocupación más relacionada con la alimentación y el cuidado de no engordar. Para algunas se manifiesta en la atención que ponen en los hábitos alimenticios que se poseen y restringir o evitar aquello que engorda; también se expresa en una alimentación "sana" y en estar atentos a que no se coma fuera de horario. Además se manifiesta en el cuidado por el cuerpo, la familia realiza actividad física regularmente, y se alimentan sanamente. Y también se percibe total despreocupación en cuanto a la alimentación, aunque recuerdan que antes comer mucho era aprobado satisfactoriamente y no había ningún tipo de restricción; sólo se percibe preocupación ante la manifestación de enfermedad en un miembro de la familia, lo que se expresa en la realización de comidas especiales.

Mis papás siempre se han preocupado por lo que como y cómo como, que no coma cosas que engordan (...).(Carolina)

(...)preocupación por mí sí, pero preocupación por los demás por los demás no, me hacen comidas especiales,(...) y que de repente mi mamá igual me lesea que no coma papas fritas, cosas así.(...) (Javiera)

En mi casa se preocupan mucho eso sí, sobretodo mi mamá se preocupa de ir al gimnasio, mi hermana también y todos como que comemos sanito, ¿cachai?, somos como super preocupados. (...)Preocupación para cuidarse, de cuidarse la línea. No hay alimentos prohibidos, pero es que a nadie le gusta, ¿cachai?, las cosas que son como grasosas, en general se cocina poco así con aceite, más así como a la plancha(...)(Mariela).

Mi mamá está llevando, anda comprando constantemente cuestiones dietéticas, cosas a la plancha, "n" fruta, "n" verduras; en mi casa no se compra fideos , ni arroz, ni papas, ni nada. (Sofía)

En mi casa no están ni ahí con la comida (....)Cuando yo comía harto así, mi mamá feliz porque yo comía harto y como lo que siempre he querido me lo han dado. :(...), ahora nomás que mi papá está con diabetes, entonces a él no más tienen que hacerle cosas especiales, y el colesterol y todas esas cosas, pero ahora no más, justo ahora que yo estoy con esto, que me mandaron al psiquiatra a él como que se le diagnosticó eso, pero antes era todo normal (Valeria)

En un caso se observa que a nivel familiar, si bien había preocupación por la gordura, se daban actos que eran contradictorios, y que ellas creen surgen para compensar la falta de afecto.

Mi padre(...), no quería tener hijas gordas, sin embargo llegaba con chocolates en la noche.(...)mi papá nunca fue de muchos cariños ni cosas por el estilo(...), entonces sí nos llevaba chocolates, nos llevaba cosas de repente después del trabajo, yo pienso un poco para compensar. (Alejandra)

Para una de las entrevistadas, la visión de participación de la familia respecto a su problema, es de impedimento para desarrollar conductas asociadas a lo que le pasa. Al compartir con la familia su vivencia del problema, se siente incomprendida, no tiene la confianza para hacerlo, y se siente vigilada, por ello se lo guarda y opta por compartir lo que realmente le pasa con quienes no conoce. Se siente incomprendida por los comentarios que se le hacen respecto a sus conductas, que sienten no puede controlar, y que su padre considera son un "capricho" y expresa que ella tiende a dañar a los suyos.

Como ya cachan todas las tonteras que hago, no me dejan ponerme pañitos, no me dejan hacer ejercicios, nada. Con mi mamá, con ella es super buena la relación que tenemos, yo le cuento hartas cosas, no todo, o sea hartas cosas porque yo a veces yo le cuento que me siento mal, que me siento gorda, pero me reta (...) y no se lo cuento a nadie casi, pero cuando conozco a nuevas personas y me preguntan allí yo les cuento lo que siento realmente (...). A él pa qué decir porque no converso mucho con él(...) según él es para llamar la atención con todas estas cosas pero él no sabe que yo no lo hago porque yo quiero, porque en el fondo a veces me gustaría ser normal, comer sin

preocuparme de que si voy a engordar o no, él no entiende, cree que es solamente un capricho, que lo hago solamente para maltratarlos a ellos. Con mi hermana más o menos nomás(...), en todo caso ella también me anda puro vigilando respecto a la comida, yo vomito y me acusa(...) (Valeria)

Otras jóvenes han tenido una experiencia de apoyo de parte de su familia, al hacerlos partícipes de lo que les pasaba; valoran su incondicional ayuda, pues consideran que ello evitó que las consecuencias fueran mayores. Para otra joven, la participación de la familia le permitió darse cuenta del posible desenlace a que la hubiese llevado, en caso de persistir en la misma situación.

Ha sido excelente porque tengo el apoyo de mis papás, un 7 (...) estaba preocupada y estaba hasta aquí con la mierda hasta el cuello, estaba apestada, ahogada con el problema, me veía como encerrada y todas las cosas escondidas...pero yo le conté a uno y le conté a todos y de ahí me dijeron: te vamos a ayudar...jamás me retaron, "¿en qué hemos fallado nosotros pa que tú tuvieras esto?"...un 7, todos un 7, jamás nadie me dió la espalda. (Carolina)

(...)yo creo que si yo no hubiese recibido la ayuda y la preocupación de los papás y mis papás no me hubieran llevado a los doctores y todo el atao, hay dos opciones: o me muero o, o no sé y estoy gorda (...) porque yo creo que si mis papas me hubieran dejado estar yo habría seguido bajando hasta que me hubiera dado algo y me muero. (Catalina)

Mi mamá sobretodo, y mi marido, como que me han puesto en el fondo la idea de que si yo sigo con esta historia voy a terminar como, no sólo destruyéndome a mí, sino también a la familia que tengo(...). (Alejandra)

Las jóvenes refieren que la familia expresa preocupación por lo que les pasa, lo que se expresa en una concentración de la atención hacia ellas, lo que sin embargo, es vivenciado como una intromisión en su vida pues la experiencia de la hospitalización conllevó un control y constante vigilancia. La vivencia de presión y la sensación de sentirse observadas mientras comen, las hace sentirse controladas e incómodas, por ello tienden a evitar compartir los espacios de comida con la familia.

Cuando me dicen cosas a veces trato de escapar, no hago caso, y si me llega a tocar mucho el tiempo trato de defenderme; es una invasión. (Cristina)

Al principio era de rebeldía y de pucha salgan de aquí, déjenme en paz, y ya me acostumbré que ya después de un año y medio haciendo eso y de 4 hospitalizaciones, donde en los hospitales no te dejan sola ni un segundo. (Cristina)

O sea siempre han tratado de comer todo sano, pero generalmente no dicen nada, pero uno se da cuenta que si uno está comiendo algo en una hora que no es de comida, como que te miran así como ¡para!. (Mara)

No me gustaba comer con mis papás en la mesa porque me güeveaban, o sea me daba lata, me iba a mi pieza a comer. (Fabiola)

VII. IV. V. Cambios familiares percibidos por ellas, a partir de la presentación del problema:

Algunas consideran que su experiencia permitió que tomaran conciencia en la familia del "desorden alimenticio" que había, generándose cambios en la alimentación y en la relación para con ellas; y también se tradujo en incorporar una alimentación más equilibrada. En tanto para otras, por el contrario, llevó a la introducción de restricciones en la comida, cambios en la forma de cocinar, incorporar alimentos más sanos, aunque no sólo para ella, sino que también son adoptados por la familia, así como la incorporación de la dieta a nivel familiar. Hay jóvenes que perciben un mayor acercamiento entre los miembros y cree que además les ayudó a conocerse más.

Se dieron cuenta que el desorden alimenticio era demasiado en mi casa, entonces se empezaron a ordenar en mi casa(...)se preocupan más ahora de la alimentación de todos mis hermanos y ha habido cambios en la relación conmigo.(Carolina)

La preocupación, bueno, ahora últimamente en que ha sido, en que sea más equilibrada la comida, en que yo tenga que comer mis 4 veces diarias...aunque igual he logrado sacar algunas cosas. . (Cristina)

Desde el 92', por ahí, que mi mamá restringe la comida porque me empezó a notar más gordita, que hacía dieta y engordaba de nuevo; pero en ese momento me empezó a inducir, a incluir esos cambios.(...). De hecho mi mamá no cocina(...), al desayuna y al almuerzo, ella, que sé yo cosas a la plancha, cosas naturales(...), pero siempre con horarios. Cuando yo empecé a engordar ella empezó absolutamente a negarse, yo creo, su propio alimento, porque no comía ni nada.(Sofía)

A todos aquí les ha dado por hacer más de alguna dieta alguna vez(...), incluimos por ejemplo las verduras a nuestra dieta que no estaban incluidas antes, hicimos algunos arreglos digamos, empezamos a comer supuestamente menos. (...)...por ejemplo mi mamá escondía comida por ejemplo y todavía esconde los chocolates y cosas así(...), y por ejemplo cosas que a mí me escondía, me escondía el pan(...), todo lo que yo me pudiera comer me lo escondía y yo siempre lo pillaba obviamente. (Pamela)

Las jóvenes, en su mayoría, perciben que el desarrollo de su problema ha logrado tener algún efecto en su familia. Algunas jóvenes consideran que el desarrollo de su problema ha afectado a la familia. Sienten que les han generado sufrimiento, reconociendo que está en ellas el deseo de superación. Consideran ayudó a resolver problemas al momento de asistir a la terapia. Hay jóvenes que consideran fue tal el impacto, que asustó y marcó a la familia más que a sí misma. Además relatan que generó un alejamiento de pareja, pues conllevó el reconocer culpabilidad entre los padres por aquello que les ocurría a ellas en ese momento; pero, por otra parte, ayudó a un

acercamiento de ellas con los padres. Y también afectó, generando una constante vigilancia de lo que hacían.

Yo creo que mi problema ha afectado montones, pero así también ayudó a arreglar todo, todo...es que no hubiera pasado. Es que fue todo un proceso empezar a venir a la terapia(...).(Fabiola)

Yo encuentro que yo he sido bien mala con mi familia, he sido bien mala porque ellos se preocupan harto por mí, y yo que les bote la comida, que la vomite, que les haga gastar en remedios y cuestiones... Pero en otra parte yo me encuentro que soy responsable, que tengo ganas de surgir, que no me quiero quedar ahí, que además me preocupo por mí misma, o sea un poco exagerada pero igual me preocupo, igual me cuido. (Valeria)

Mis papás estuvieron a punto de separarse con todo este problema, porque yo creo que este fue un golpe duro pa ellos en verdad, porque típico que siempre se echan la culpa entre ellos y yo siento que me conocí más con ellos, aparte que yo también maduré (Carolina)

(.....) asusté no sólo a mí, si no que a mi familia porque ahí estaban todos preocupados, mi papá... fué un período super penca y que no me daba cuenta, pero que.....los tenía super mal.... mis hermanos que igual son chicos pero se daban cuenta de todo (.....), o sea que como que los marcó a ellos y quizás más más o igual que a mi de lo que me pasó. (Catalina)

Todo el mundo se empezó a fijar mucho en lo que yo hacía o dejaba de hacer. (Alejandra)

Yo creo que mi familia que nos, como que nos unió más, o sea nos dimos cuenta de cómo vamos a reaccionar, y que si uno está enfermo el otro se va a preocupar, o sea eso yo no lo sabía, o sea no, no me había puesto a pensar que, que eso iba a pasar, como yo te digo yo nunca me imaginé que me iba a dar anorexia(...)(Catalina)

En mi familia en el fondo se preocupan de que no vaya a comer más de la cuenta (...) en ése momento se produjo una especie de persecución...y la verdad es que mi mamá me pidió que en el fondo me preocupara bien del asunto, que sino era capaz de ayudarme a mi misma que tomara la decisión de ir donde un profesional(...)(Alejandra)

Mi mamá llora por mí y mi papá anda estresado, alterado, se enojan, me llevan al médico, quieren internarme pero yo, no sé po, yo, esas cuestiones como que no me interesan, yo sé que hay hartas personas que me andan vigilando todo el tiempo, no me dejan estar tranquila, no salen p' estar en la casa para verme qué estoy comiendo, para ver si vomito, para ver si como o no, entonces no, no, como que no estoy tranquila. (Valeria)

Ellos(los padres) empiezan a hablar, escucho que hablan de mí; casi siempre, casi todos los problemas, yo creo que todos son por mí(...). (Valeria)

Para muchas de las jóvenes la relación que se establece con sus familias en función de su problema, produce en ellas distintas apreciaciones y efectos. Por ejemplo, hay en quienes el sentir una constante vigilancia disminuyen el consumo de alimentos. En otras, la presión familiar, las lleva a evitar los momentos de comida con la familia para evitar que las molesten y la sensación de sentirse evaluadas, por lo que tendían a comer solas. Hay

jóvenes en las que la presión que se ejerce en relación a su problema, pasa por comentarios que las desestiman, generando una conducta hacia la comida de "rebeldía". También se vivencia una presión que es vivenciada como amenaza de parte del padre frente a la posibilidad de hospitalización. Otra, resuelve y enfrenta la presión, con respuestas que crean esperanza en su familia respecto a tener recuperación.

Consumo menos porque estoy en constante vigilancia de mi padre(...). Controla si voy al baño, que si voy a vomitar también lo controla, control de todo, digamos que estoy todo el día controlada. (Cristina)

Mejor comer sola por lo mismo, porque siempre van a estar así como viendo si estoy comiendo muy rápido, qué es lo que estoy comiendo, cuánto como, o sea como que siempre van a estar con ojo crítico, en cambio si estoy sola no me va a molestar nadie. (Mara)

Mi mamá, mi mamá de repente influye cuando me empiezo a encontrar gorda y me tira al suelo al tiro y entonces(...)se me produce algo contradictorio y algo de rebeldía al comer. (Sofía)

(...), me amenazó con que si me hospitalizaban él (el padrastro) no me iba a pagar el próximo año el colegio, porque dijo: voy a gastar toda la plata en tí para que te sanis; me amenazó con eso, pero no me van a hospitalizar porque no estoy tan mal(...). Yo como que les doy la esperanza de que me voy a sanar, pero yo les digo como para que se sientan bien, porque yo sé que no. (Valeria)

VI. V. Experiencia acerca del tratamiento:

VII. V. I. *Características de los tipos de tratamientos:*

La mayoría de las entrevistadas asocian el tratamiento con haber recibido algún tipo de medicamento. Se puede además constatar que algunas entrevistadas han realizado más de algún tratamiento, los que han abandonado, por considerarlos inefectivos.

Anfetaminas, o sea no anfetaminas puras, pero esas típicas que te recetan los médicos, (Sofía)

Al principio empecé a tomar pastillas pero no quise caer en eso, evito esas cosas que tomas -adelgazas-engordas, como una dieta, y le dije al doctor, "sin pastillas, quiero hacerlo sola", aunque las pastillas me ayudaron harto, eso lo reconozco, pero ahora siento "n" fuerza de parte mía, que soy más fuerte que la pastilla. (Sandra)

(...)Ahora estoy tomando Prozac que me dió la doctora, vitaminas y unas que me mandó a hacer el nutricionista, y Fluoxetina. (Alejandra)

Yo he dejado los tratamientos, yo he dejado los tratamientos, yo me iba, dejaba de ir cuando se me acababa el tratamiento, pero dejaba de ir y ya no seguía(...), después me mandaron al endocrinólogo y me encontraron un problema hormonal y por eso que no había bajado, me había quedado pegada, pegada, pegada, no bajaba de peso.(...) He consumido algunos inhibidores, los básicos, los que les ponían a las pastillas, y esos fueron harto horribles, yo tomé de esos y baje 20 kilos en 2 meses y subí 30 en menos...los dejé porque no me hacían efecto, me dejaron de hacer efecto, imagínate me daban unas dosis increíbles los doctores (Pamela)

He bajado de peso pero después igual lo subo; ahora he bajado 15, 16 kilos, antes nunca.(Javiera)

En cuanto a aquellas jóvenes diagnosticadas con anorexia, la experiencia de tratamiento es referida como la pactación de metas relativas al peso que tenían que lograr y de plazos fijados para alcanzar el peso acordado. Desde la experiencia de las entrevistadas, aparece la no consideración de sus propias expectativas en relación al tratamiento, lo que ha incidido en el abandono o interrupción de éste. Las jóvenes que han sido hospitalizadas, constatan de que los tratamientos efectuados se basan, exclusivamente, en el logro de un mayor peso corporal, pues es en ese momento cuando reciben el alta; por lo que, al centrarse el tratamiento en el subir de peso, aparentemente les resulta amenazante en relación a sus deseos de delgadez.

Me mandaron donde una psiquiatra(...) porque llegué a un mínimo de 41 kilos y ella me dijo que había que hospitalizarme porque estaba muy baja de peso y me dio solamente 2 semanas de plazo para subir de peso y si no había subido había que hospitalizarme (...). Me tuve que alimentar normal esos días que estuve. Subí como 1 kilo, y allí la psiquiatra me dijo que podía seguir así subiendo. De ahí yo no estoy yendo más para allá; la psiquiatra no sé por qué no me gustaba, como ella lo único que hacía era pesarme y decirme que si estaba más baja me amenazaba, pero realmente no me dijo ninguna ayuda. (Valeria).

Fuimos con mi mamá donde una psicóloga y ella se comprometió conmigo a que yo no bajara ni subiera en ese tiempo, pero yo llegué más flaca y ahí me dijo que no podía seguir conmigo, y ahí llegué donde este doctor. (Carolina)

(...) Y ya este año fueron firmes con la cuestión (padres), o sea ya me llevaron al psicólogo(...), mi profesora se dió cuenta que estaba medio flaca, pero este año se comunicó (la psicóloga) al colegio y le dijo que había un psicólogo en el colegio. Me mandaron donde una psiquiatra que se llama... porque llegué a un mínimo de 41 kilos, y ella me dijo que había que hospitalizarme porque estaba muy baja de peso y me dió solamente dos semanas de plazo para subir de peso y si no había subido de peso había que hospitalizarme, y esas dos semanas que estuve en la casa no podía salir a ninguna parte, inventaba puros cagüines para salir, porque había para mí tres días sagrados en que no almorzaba; me tuve que alimentar normal esos días que estuve. Subí como 1 kilo, y allí la psiquiatra me dijo que podía seguir así subiendo. De ahí yo no estoy yendo para allá más. (Valeria)

Estando internada el sistema de alimentación es por sonda, pero a la vez te dan ciertas calorías y me hacían comer, entonces restringía la comida y compensaba con el alimento por sonda. Tuve 4 hospitalizaciones, el máximo fue 3 meses cuando recién se dieron cuenta de que estaba enferma. El alta ha sido porque he logrado un peso más o menos adecuado, pero estando bastante psicológicamente mejor. Me han dado ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos. (Cristina)

Se puede decir que la generalidad de las jóvenes ha experimentado distintos tipos de tratamientos, así como ha realizado tránsito por diversos especialistas, como médicos generales, pediatras, endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras, entre otros.

(...). Lo que pasa es que cuando yo llegué (al endocrinólogo) Fuimos a un control así normal, y me dijo que estaba bien, que me mantuviera, y cuando ya empecé a bajar me puse... así como, no deprimida, pero... de ánimo horroroso, entre que estaba cansada, que ya era a finales de octubre, que estaba terminando el colegio, entre que venía la cuestión de la prueba y todo, me llevaron a un... un doctor así, onda estrés, todas esas cosas. Y después que pasó y seguía bajando, me llevaron donde este Señor aparte que pasaba llorando todo el día... entonces este Señor dijo que tenía estrés, me dió unas pastillas(...), dejé de tomar los remedios, y ahí fui donde un psicólogo, y éste psicólogo me recomendó un doctor y no me gustó, y el doctor (anterior) donde yo iba me recomendó al doctor... (Fabiola)

Aparte del Slim Center he visitado varios (médicos). Ahora estoy haciendo un tratamiento. (Javiera)

He ido a ver médicos generales, he ido a ver nutricionistas, estuve en el Slim Center, he, he, hecho todas las dietas que existen, con todos los doctores, y, e incluso me hice

una lipoaspiración hace como 4 años atrás, y además fui a terapia dos años, y ahora también estoy yendo a terapia en grupo. (Sandra)

Ya fuimos al pediatra y todo el atao y el me dijo que fuera a una nutricionista porque lo más probable es que tuviera un cuadro anoréxico (...) y ella me dijo (nutricionista) que yo tenía que hacerme un montón de exámenes, que esto generalmente pasaba, pero con el doctor fuimos más descubriendo que el problema era anorexia. (Catalina)

VII. V. II. Integración de la opinión del especialista en la definición que ellas hacen del problema:

Se puede ver, como generalidad, que las entrevistadas suelen asumir el discurso del especialista respecto a las explicaciones de las razones de su trastorno, atribuyéndolo al deseo de no crecer o como una forma de resolver problemas familiares.

(...)entonces como que yo tenía dos Catalinas como decimos con el doctor: una floja, gorda, fea y todo lo demás; y la otra de 1º, onda estudiosa, flaca, como que mi ideal es ese. (Catalina)

(...)El doctor me dice que en el fondo con mi enfermedad traté de arreglar el asunto familiar..., yo creo que en parte sí conseguí que mi papá viniera a sentarse, algo, algo hice, pero ya más no puedo y tampoco voy a cagarme yo por tratar de resolver algo que tal vez, no, o sea tienen que arreglarlo ellos. (Fabiola)

No sé, según lo que dice la psicóloga, lo que hemos estado averiguando por qué me pasó esto, es porque como que yo no quiero crecer. o sea quiero ser siempre flaquita, ser una niña chica (.....), para estar siempre apegada a mi mamá, como que me faltó mi mamá cuando era chica, una cosa así, como que la necesito ahora. Mi opinión es como lo que dice la psicóloga, que no quiero crecer, inconcientemente yo no como para no engordar, para estar flaca, chica, pero esa es una de las razones, y la otra por parte de mi padrastro, pero no sé que tenga que ver él en éste asunto(...). (Valeria)

VII. V. III. Percepción de la propia participación en los tratamientos:

Hay un dato que proporcionan las jóvenes, referido a cómo evalúan y perciben su participación en los tratamientos. Algunas empezaron a participar al darse cuenta de que el problema estaba afectando e involucrando al conjunto de la familia, asumiendo la responsabilidad de ello. En tanto, otras jóvenes evalúan el éxito del tratamiento en función de la voluntad de ellas para llevarlo a efecto. Una considera que la solución del problema pasa por bajar de peso, pero entonces ella vuelve a “obsesionarse” con hacer dieta; por ello se siente atrapada, con la sensación de que no es capaz de resolverlo. También, está la sensación de que, al intentar resolver el problema con la

ayuda de un especialista, hay mayor posibilidad de llegar hasta el final y que resulte.

Yo creo que empecé a hablar cuando me di cuenta de que no me estaba, que no era solamente yo la que estaba en un problema si no que estaba metiendo en un problema a todos los demás(...) entonces uno dice: no, soy yo, es mi problema, pero al final uno se da cuenta de que no po, que le está echando a perder la vida a tus papás, de que los está preocupando, de que tus hermanos, tus amigos, los profesores, de todo el mundo; si tu eres como el núcleo, que alrededor tuyo hay un montón de gente que está dando vuelta alrededor tuyo, y yo creo que ahí fue cuando empecé a hablar. (...)Ahora yo creo que tiro todo pa fuera, pero antes me lo tragaba, antes todo me lo comía, todo.(...).(Catalina)

Es que yo pienso que nadie más que yo puede resolver los problemas que tengo(...). La comida es mi problema, no tengo nada de fuerza de voluntad. He bajado de peso, pero después igual lo subo. (Javiera)

Me da lata y pienso que la única forma en que podría mejorarlo es bajando de peso, pero en el fondo vuelvo a caer en lo mismo porque empiezo a preocuparme por las dietas, o sea como que nunca puedo salir.(Mara)

Unas pastillas que me dieron ahora que son inhibidoras del apetito, son drogas, ahora estoy probando esto, es que nunca he hecho algo hasta el final, siempre lo dejo hasta la mitad, además que nunca había ido al médico entonces ésta es la 1ª vez así que yo creo que me tendrá que resultar. (Patricia)

VII. V. IV. Evaluación acerca de la experiencia de los tratamientos realizados:

Los tratamientos son, en su mayoría, evaluados en función de los síntomas y resultados obtenidos. Para algunas no dieron resultados; otras sienten que están mejor pero aún inestables; además está la sensación de haber sido ayudadas; se sienten bien, aunque persiste la idea y deseo de estar más flaca, y considera importante resolver los conflictos familiares, evitando ocasionar nuevos problemas; referir que por las características del especialista, no era posible dar cuenta de lo que le pasaba. Otras relatan tener un conflicto al realizar un tratamiento que busca el aumento de peso, pues esto para ellas, es sinónimo de inseguridad. Una de las jóvenes considera que aún cuando han disminuido los síntomas, la autoimagen se mantiene igual.

O sea queigual inestable pero mejor que antes, porque al principio cuando mi mamá me llevó al psiquiatra yo lo odiaba, o sea...que le, por qué me tiene que estar preguntando mis cosas, por qué se tiene que meter en mi mundo, a mí, a mí, y yo no hablaba cuando iba al psiquiatra, nada, o sea me quedaba callada, miraba, me costaba "n" salir, hablar, pero ahora con el doctor tenemos "n" confianza, entonces ya...le digo todo. (Catalina)

Psíquicamente he estado mejor antes de entrar a las clínicas. (Cristina)

Siento que estoy bien igual, ó sea me gustaría estar más flaca. pero no sé, no, no puedo. Lo importante es, es como tratar de solucionar un poco los problemas que hay en mi familia, los conflictos a diario, tratar como de hacer la vida como más relajada, porque la hice como tan pesada hace un año que ya no quiero causar más problemas, entonces trato de hacer todo lo mejor posible, como de restablecer la paz que había antes de eso. (Catalina)

O sea como yo te digo, no sé cuán bien estaré físicamente ahora, pero psicológicamente estoy mucho mejor de como empecé(...), igual me gustaría estar más flaca, más no sé...(Carolina)

La persona que me ayudó es amiga de mi mamá, es psiquiatra, entonces tu ahí no podís contar todo abiertamente porque está la cuestión del freno, porque tú decís: ¿cómo voy a dejar mal a mi mamá en esto, cómo me voy a dejar mal yo?, y por ese lado yo creo que fue bueno. (Sofía)

Bueno por lo menos ahora no vomito, pero mi autoimagen sigue igual, o sea yo encuentro que quizá he mejorado un poco, pero no mucho. (Mara)

(...)bueno ahora estamos trabajando personalidad con el doctor porque onda, como que no sé...soy demasiado insegura, o sea yo me sentía segura estando flaca, entonces yo, en este tiempo que me hicieron subir de peso, que era para mí engordar..(Catalina).

Respecto a las vivencias del tratamiento, la mayoría los abandona, debido a que la motivación se ve afectada por la lentitud y efectividad de ellos. Para otras, el someterse a tratamientos estrictos deriva en abandono, y regreso al punto de inicio. Los abandonan además, por la dinámica de los tratamientos, considerada "aburrída", y el deseo de no preocuparse más de su problema. el cual sienten no pueden superar, lo que las decepciona. Una abandona, al percibir que no necesita tratamiento, por considerar que lo puede superar por sí misma.

(...). Cuando empecé el año pasado estuve más motivada; no sé, es que uno ve las cosas como que va a bajar de un día p' otro, pero después se va dando cuenta que no es así y como que se aburre de lo mismo siempre. No, yo sé que toda mi vida voy a tener que estar en dieta porque tengo tendencia a engordar. (Javiera)

(...)después que dejé la dieta, porque dejé la dieta, no iba a seguir toda la vida comiendo puro huevo, no había aprendido nada, así que subí de peso de nuevo, obvio.(Pamela)

Me trataron, sí, yo debería seguir tratándome, lo que pasa es que yo dejé todos mis tratamientos, dejé mis hormonas, dejé todo, yo, yo me aburrí de todo; dije: yo no me preocupo más de ésta güevá, dije yo. Es que yo me la pasaba en eso no más po, me lo pasaba pensando todo el tiempo en qué tenía que comer, en qué no tenía que comer, que tenía que tomarme la pastilla, que tenía que tomarme no sé cuántas pastillas me tomaba, como tres y, y, y era como, o sea era una constante preocupación(...), y eso era por un lado, era todo ese desagrado que me produce eso y que uno puede superarlo, y lo otro era(...), que me empecé a sentir mal yo, que me decepcioné y todo eso, y que ahí dejé después todo tirado yo, ya no me preocupé más de esto, sino sirve de nada preocuparse (Pamela)

(...)tomé la decisión de ir donde un especialista, pero no fue por mucho tiempo, fueron 2 ó 3 sesiones y me di cuenta que podía sola, que no necesitaba a alguien que me dijera qué debía hacer. (Sandra)

En algunas jóvenes, existe la sensación de amenaza del tratamiento, pues cada una de las indicaciones de los especialistas las asocian a la posibilidad de engordar.

No te puedo decir que no estaba mal porque me querían hospitalizar, ¿cachai?...y hacer repetir un año p' estar 3 meses en el hospital y no sé que. Y yo onda que no quería comer, o sea...y antes de venir al psiquiatra, el nutricionista me decía: si tú tienes que, te van a dar unos remedios para que...yo pensaba que eran para engordar...era Fluoxetina, y yo ¡no!, o sea no los voy a tomar, y ¡no!, ¿cachai?. Y cuando empecé con el endocrinólogo, con lo remedios para indisponerme, que también se me cortó la regla...o sea lo que yo más le pregunté era si estas cuestiones engordaban, si daban más hambre o no, él me dió a entender que no...pero no sé, o sea igual me preocupaba "n" de subir de peso, porque me daba miedo lo que me fueran a...como me fuera a tratar el medio si yo estaba gorda. (Catalina)

En lo que respecta a la utilidad que le asignan las jóvenes al tratamiento recibido, encontramos todo tipo de apreciaciones. Por ejemplo, se destaca la posibilidad de compartir lo que les pasa con personas que han tenido experiencias similares. La posibilidad de entender lo que les ocurre, conocer el "desencadenante" que estuvo en el pasado, y por otra parte, descubrir que es algo que ocurre a muchas personas. Considera que les ha ayudado a disminuir la angustia ante la posibilidad de comer y vomitar, así como a valorar el cariño de personas distintas a la familia, al sentir que tienen el control y que mejoran las relaciones familiares.

(...)entonces se toma la obesidad y todo el comer como una enfermedad crónica, como una dependencia a la comida, claro una adición. Yo no comparto mucho eso, pero a mí lo que me sirve del grupo, es que es un grupo que me contiene porque como a todas estas personas les pasó lo mismo que a mí, no, esto, esto no lo hago con todo el mundo, yo no le puedo contar a todo el mundo que yo, que a mí me da lata mirarme al espejo(...), pero con ellas puedo hablarlo y puedo decirles, y a ellas les pasa lo mismo, entonces puedo compartir eso que no comparto con los demás; eso, yo creo que ésa es la gran funcionalidad del grupo. (Pamela)

En parte sí me ha ayudado; o sea, a pesar de que no se me han quitado los ataques y yo sé que es un asunto largo, que es un problema que viene con cosas de mucho más atrás. Sí, yo siento que como que me ha ayudado a conocer cuál es el desencadenante, o sea no es un problema de ahora, y me ha ayudado a darme cuenta de trancas que tenía del pasado y que ahora he sacado a través de esto; además, me he ayudado a entender que tampoco es algo que sea como tan como espantoso, que le ocurre a muchas otras personas. (Alejandra)

Me ayudó al menos en la angustia que uno tiene al alimentarse, qué sé yo al vomitar y de no estar...ya no tengo tanta angustia como era antes... Además, que no sé, me han

tocado médicos que han sido muy cariñosos y me he contactado mucho, y entonces, quizás, también fue la falta de afecto lo me llevó a la anorexia, entonces ellos me han ayudado en esa parte...y eso me ha llevado un poco a valorar el cariño de los demás(...). Me ha ayudado a tener el control Con esto se han mejorado un montón las relaciones.). (Cristina)

Sin embargo, para muchas de las jóvenes, la utilidad del tratamiento se ha reflejado en un cambio favorable en las relaciones familiares, el acercamiento con los padres, el reconocimiento de la presencia del cariño y el constatar el apoyo familiar, así como una ayuda para conocerse y unirse más al interior de la familia. Y se manifiesta en la reunión de la familia en la terapia, y esta como espacio para resolver problemas familiares y comenzar a hablar de lo que les pasa. Para otra el asistir a un especialista ayudó a enseñarles a los padres cómo premiar y castigar.

Con mi papá más que nada, porque antes mi papá era mucho más rígido, era más serio, era mucho más cerrado...,en cambio ahora tenemos una relación mucho super buena, onda todo bien. Mi mamá, yo creo que nos hicimos más amigas, igual la diferencia de edad, ahora que soy más grande podemos conversar de otras cosas. Con mis hermanos, yo, igual somos(...), pero onda me dí cuenta que me quieren, o sea que están ahí. (...), como que nos unió más, o sea...nos dimos cuenta de cómo vamos a reaccionar, y que si uno está enfermo el otro se va a preocupar, o sea eso yo no lo sabía, o sea no, no me había puesto a pensar que, que eso iba a pasar, (...)O sea viendo a mis papás igual..., la verdad es que yo no buscaba, o sea no sé pero como yo lo que me pasó yo no lo buscaba porque necesitaba pa que me demostraran que me querían(...), pero onda cuando mis hermanos chicos onda ahí lo pensé, la verdad es que tenemos una relación mucho más estrecha que la que teníamos antes (Catalina)

O sea de hecho en el trabajo que hicimos con el doctor al principio trabajamos con mis papás. Y onda igual nos hemos acercado "n" y yo he sabido más de mis papás, y ellos han sabido más sobre mí.(Mara)

(...)al venir a la terapia sirvió p' en el fondo ir como arreglando de a poco todas las cosas, o sea mi papá tampoco quería venir a la terapia y empezó a venir por mí en el fondo; o sea como que todo esto sirvió p' como p' agarrarlos a todos y tratar de empezar a arreglar la situación familiar también. (...) fue todo como un proceso el empezar a venir a la terapia y todos empezamos, todos a decir lo que nos pasaba, fue todo como de a poco, así fue saliendo (Fabiola)

Después que Fuimos a la psicóloga, ella les enseñó que había formas de premiar y de castigarnos, ellos no sabían en realidad, pero como que nunca se cumplen. (Patricia)

VII. V. V. Evaluación acerca de sí misma y de su problema desde la situación actual:

Las entrevistadas realizan una evaluación de su situación actual en relación a su problema. Relatan sentirse mejor en tanto lo han logrado resolver por sí mismas. Otras creen que es lo mejor que pueden estar; y ven

en la vejez el momento para comer sin límites. Se sienten mejor, aunque todavía hay temas que no logran resolver. Se sienten en un equilibrio actualmente, aunque persiste el temor a perder el control frente a la comida y recurrir al vómito; o el temor a volver a engordar, y frente a ello ejercen un control sobre lo que comen (disminuir las cantidades). En tanto, otras entrevistadas señalan que el temor a vivir nuevamente el problema las hace sentirse no preparadas para prescindir del apoyo de otros, aunque actualmente cuentan con el apoyo de personas significativas y del médico.

*No me siento mal ahora me siento mejor, me siento contenta conmigo porque he bajado sola, he pensado que si no es tanto el sacrificio porque no baje antes. (Sandra)
O sea yo pienso que es lo mejor que puedo estar...cuando sea vieja me voy a dedicar a comer. (Mariela)*

Super difícil. Ahora mejor pero tampoco bien, ¿cachai?, o sea como que en ciertas cosas estoy mucho mejor pero en otras no, o sea como que de repente siento que como que caigo en las mismas temáticas y no sólo en la cuestión de la comida, sino que en relaciones, en esas cosas. (Mariela)

(...), creo que estoy como balanceada, antes tampoco me daba cuenta...pero insisto lo que más me preocupa es eso de vomitar y de no controlarme así comiendo. (Catalina)

Yo diría que yo bien, aunque me gustaría estar bien, sentirme bien y como te decía salirme de esto y no volver a vivirlo de nuevo, aunque sé que es difícil, sé que todavía me falta, no estoy preparada, pero sé que lo voy a lograr porque tengo el apoyo de mi familia, mi pololo, mis amigas y el doctor; si lo tengo todo, pero todavía me falta un empujón. (Carolina)

A nivel personal sienten que les afectó en cuanto a cómo se sentían, al alejamiento que se produjo de amigas y familia, pues empezaron a aislarse, evitando reuniones sociales para no tener que comer; así también por el temor a no ser capaz de tener una regla regular sin ayuda. La sensación de ser incomprendidas respecto a lo que efectivamente les ocurre. El sentirse dependiendo de los demás para resolver el problema y no perder así el control. También está la sensación de infelicidad dado que lo que les ocurre sienten les impide ser "normal", afecta las relaciones con la familia y el compartir con ellos, así como les afecta el sentirse "gordas" y la relación que establecen con la comida.

Me daba pena, me lo guardaba o me perseguía, o me alejaba, ¿cachai?, me alejé de "n" amigas en ese tiempo(...). (Mariela)

¡Ay!, que lo pasé mal, lo pasé super mal; o sea de hecho, cuando estuve mal, mal, mal me sentía pésimo y me quería morir, ¿cachai?, sentía que estaba como atrapada en una cuestión...y quería salir. (Carolina)

(...) como en el período más crítico ese que tuve...no salía de mi casa, no estaba ni ahí con salir de mi casa, ni con ver a médicos..., en ese tiempo como que fue que más me uní con todos los de mi casa. (Fabiola)

(...) me he introvertido demasiado así que evito las partes sociales, y además que siempre que tu vai a una parte de hecho de reunirse es comer, eso me complica harto. (Cristina)

(...) porque uno piensa que este asunto es vomitar y punto, uno piensa que en el fondo tiene que dejar de comer y se acabó y se producen muchas cosas más allá, y hasta el día de hoy no sé si soy capaz de enfermarme sola o no. (Alejandra)

Me siento impotente porque siento que dependo de los demás, que necesito de los demás, o sea, siempre necesito que alguien me apoye, siento que no podría solucionar éste problema sola, o sea a mí me dejan sola y yo me lo como todo y vomito, yo necesito de alguien que me controle todavía, y el doctor me dijo que me iba a quitar los ansiolíticos y yo lo dije que todavía no, porque no estoy bien. (Carolina)

Desde que me pasó todo esto ha sido todo super difícil, super mal, porque yo me siento mal porque no puedo ser normal, entonces como que hay alguna parte de las cosas que yo hago es feliz, pero la otra no, mal porque no puedo comer como ellos o también porque todo está bien, hartas cosas, por ejemplo me va bien en el colegio, estoy bien con mi mamá, pero estoy mal porque me siento gorda, o sea siempre tienen que haber algo malo, porque siempre tiene que haber algo con la comida. (Valeria)

Lo peor de esta enfermedad fue haberme alejado de todo lo que había tenido. (Fabiola)

Evalúan manteniendo como prioritario el tema de la imagen. Reconocen sentirse bien aún cuando actualmente no están tan flacas; y, en otras jóvenes, que se ven "normales", creen que si estuvieran más delgadas se sentirían bien. También consideran que, si bien han disminuido los vómitos, no han mejorado del todo, pues siguen rechazando su imagen corporal. Esto hace persistir en algunas la idea de dejar de comer para estar cada vez más delgada.

Es que depende del punto de vista en el periodo que estuviera, porque antes me sentía bacán estando super flaca y ahora me siento super bien como estoy, porque sé que estoy bién, entonces depende del parámetro. (Catalina)

Ahora yo no encuentro que esté más flaca, estoy normal y me gustaría sentirme bien, pero me gustaría adelgazar(...).(Carolina)

Bueno, por lo menos ahora no vomito, pero mi autoimagen sigue igual, o sea yo encuentro que quizá he mejorado un poco, pero no mucho. (Mara)

(...), pero como yo no me veo gorda, o sea yo no me veo flaca, no me veo ni encuentro que esté flaca, esquelética, yo quiero seguir, dejar de comer o sea no quiero comer porque quiero estar más flaca, cada vez más flaca, aunque sé que no estoy gorda, obesa(...). (Valeria)

En general, evalúan su estado de salud en términos positivos. Algunas reconocen que el momento en que su salud ha estado más deteriorada fue cuando "estaban afectadas por el problema". Otras han visto afectada su salud por los efectos que ha tenido el vomitar, es decir, calambres y trastornos hormonales, entre otros. También existe la noción de que, si bien hoy en día no se manifiestan problemas de salud, es probable que actualmente, o más adelante se puedan desarrollar diversas complicaciones a partir de la situación

actual. Una de ellas expresa que cree que el estado de salud está asociado a la posibilidad de "operar" que tiene sobre su propio cuerpo, lo que no es compatible con los criterios de peso y estatura imperantes, sino que con el propio criterio de que deben ser inferiores a los que rigen a la media.

Está bien mi estado de salud yo creo, siempre, bueno aparte de las cosas normales. (Mara)

(...). Yo creo que he sido normal casi siempre, o sea es nunca yo me recuerdo que en estos años me haya sentido mal por esta alimentación que tengo, nunca me he enfermado. (Valeria)

Se podría decir que mi salud es buena, es que yo nunca me enfermo la verdad, pero lo que sí tengo son jaquecas, siempre, es hereditario. (Patricia)

Mi salud cuándo ha estado más mal fue el año pasado y mejor cuando estaba en octavo porque hacia deporte y onda no me importaba el peso, y filo, todo bien; este año empecé de nuevo a hacer ejercicio. (Catalina).

Mi salud en general?; un proceso inestable(...). Estuve más afectada cuando empecé con la caída del pelo, pero demasiado, y los calambres. Hay otros momentos en que yo he estado mejor, que sé yo, cuando estaba más delgada, flaca ahí y sin saboteo, vómitos. (Sofía)

Regular, no porque yo me sienta mal físicamente hablando; me siento mal por lo que siento, pero sí porque tengo problemas de trastornos hormonales, además se me producen problemas de estitiquez, entonces es como desagradable(...). En las condiciones más óptimas yo diría que alrededor de los 14 años, ya como a los 15, 16 empezó como a decaer un poco. Ahora ha estado más deteriorada. (Alejandra)

Mi salud en general bien... es que según etapas. Haber , cuando chica era super enferma de la guata y esas cosas. Bueno, después la cuestión de la anorexia, mal . Y ahora son cuestiones como por despreocupación. Ahora es cuando he estado en mejores condiciones. (Mariela)

Mi salud ahora bien. Más deteriorada fue en el período en que estuve más flaca en el fondo (...). Estaba como cansada todo el día, pero no, no tuve casi nada, no tuve ninguna enfermedad en ese tiempo. (Fabiola)

Yo creo que...gracias a que todavía estoy joven, estoy buena de salud pero tengo sobrepeso, tengo un tremendo sobrepeso, creo que ése problema podría derivar en otros , digamos más adelante o ya lo pueden estar haciendo, no lo sé. Yo creo que sí, que en general soy bastante sana, yo creo que más hipocondriaca que enferma. (Pamela)

Mi salud más o menos nomás, no he tenido grandes enfermedades, las típicas, pero esto que tengo ahora sé que no es natural, normal, y que me puede generar problemas pa más adelante. (Carolina)

Para mí mientras tú estés operando tú cuerpo, y tú cuerpo esté operando bien, tú te sientes bien no importa la estatura ni el peso que tengas, en cuanto sea menor al que es compartido por la media. (Cristina)

La evaluación de su vida personal, está mediada por las dificultades y problemas que les ha tocado vivir, y de acuerdo a esto, la califican negativa o positivamente. Las temáticas que se consideran, están relacionadas con situaciones familiares, o con su problema, o con las experiencias personales ,

o con las oportunidades que han tenido para realizar múltiples actividades, y por último, con la relación que mantienen con ellas mismas y su autopercepción.

Más o menos, no he llevado una vida feliz, tampoco una vida extremadamente dura. (Cristina)

Yo creo que mi vida ha sido buena. (Mara)

Encuentro que hasta cuando llegué a la básica, hasta que llegué a 8° básico mi vida ha sido buena, tuve hartas cosas, pasé hartas cosas, fui a fiestas, iba en un colegio mixto además; pero desde que empecé la media ha cambiado todo así, además yo creo que también me afectó el cambio de colegio a que me haya pasado esto, yo no quería ir a ése colegio, yo quería estar con mis compañeras(...). (Valeria)

Mi vida yo creo que ha sido buena, o sea yo la verdad es que con mi marido, con mi hija ahora soy muy feliz, antes quizá pasé por períodos difíciles y todo...yo creo que las cosas que he pasado me han servido, me han ayudado como a crecer, como a madurar, como a mantener cosas buenas como para enfrentar más problemas más adelante(...), pero creo que a lo mejor fueron muy seguidas, como todas a lo mejor en un período muy corto en que a lo mejor yo no estaba muy bien preparada y como que salí victoriosa según yo, y ahora me están repercutiendo a través de éste problema que tengo. (Alejandra)

O sea lo he pasado chanco, he ido a todas partes, nunca me pusieron problemas mucho en los permisos. Ahora lo que estoy haciendo ya así volada con lo que hago, fascinada, fascinada; todo lo que he querido hacer lo he hecho, lo he hecho bien, entonces en esas cosas no he tenido problemas, encuentro que he hecho un montón de cosas que tal vez mucha gente no ha hecho; he tenido oportunidad de trabajar, de conocer gente, de todo, entonces feliz con todas esas cosas. (Fabiola)

Todo bien, ahora todo bien, sí como que el año pasado igual como que fue algo que no me acuerdo, como que lo borré(...), pero como que me salto ese año y todo bien, todo bacán. (Catalina)

Mi vida, la verdad, que soy feliz, pero los típicos problemas que la hacen difícil pero ha sido como entretenida, pero es que como que a mí siempre se me olvidan las cosas, o sea las tengo como adentro pero ya no son tan importantes después que pasan, siempre me acuerdo de lo bueno. (Patricia)

Me siento satisfecha por lo hecho, pero a la vez me siento que recibí demasiado, o sea mucha responsabilidad que me marcó mucho, mucho, mucho, como que me puse super fría, las cosas me afectaban pero, pero jamás me puse a llorar delante de nadie y era super llorona y...ahora me cuesta, me cuesta, como que me evade. (Sandra)

Mi vida ha sido buena y mala, yo creo que...ha sido muy mala, en algunos minutos producto por ejemplo de mi gordura o producto de mis miedos, lo que sea; y, y por otro lado ha sido super positiva porque todo esto que yo haya sido también a mí me ha permitido, me ha llevado a ser mucho más preocupada (...), soy conciente de que además que mi carrera se relaciona con los demás, mucho con los demás, con la relación con los otros, y que yo tengo un problema en la relación con los otros(...), entonces yo tengo que ver eso que me pasa a mí. Y yo creo también que me ha servido, no sé más introspectiva, más reflexiva en algunas cosas y bueno eso me ha llevado a no ser tan conservadora, ni tan como todo el mundo, creo yo. (Pamela)

Yo creo que siempre he tenido baja autoestima, eso creo yo, y creo que hay momentos en que me siento mucho mejor no más, pero creo que tengo una baja autoestima en

relación a muchas cosas, creo que no voy a ser capaz de hacer muchas cosas, me siento como...no sé, no sólo por ser gorda sino que por un montón de otras cosas, sino que en relación con cualquier...por ejemplo con esto que yo te decía que soy muy exigente conmigo misma, entonces por ejemplo de repente me da miedo con esto, me siento incapaz, no voy a poder hacerlo, que me va a costar más, esas cosas.(...). (Pamela)

Las entrevistadas tienen una opinión respecto a lo que les pasa, lo que aparece como evaluación del problema que han vivido. Consideran que el tener una actitud diferente frente a la alimentación, no significa tener un problema, ni es exageración; consideran que la anorexia no reviste la gravedad que se le atribuye; que la exageración hacia el problema proviene de otras personas, idea que no comparten, pues no se han visto afectadas por los cambios que han efectuado; y consideran una exageración hospitalizar a la persona al producirse lo que -ellas creen- es una pequeña disminución del peso. Les resulta, asimismo, difícil de entender las razones por las cuales realizan ciertas conductas, y, si bien se sienten "enfermas", ven que la mejoría significa engordar y no preocuparse por estar gorda. Una de ellas evalúa su conducta como no-natural e ilógica.

Que no estoy equivocada, que es..que es algo, es que mi familia es muy buena pa comer, entonces yo digo que salgo del esquema por eso, pero, pero no lo encuentro nada mal ni exagerado o ni problema de la alimentación...(Cristina)

Pa mí es algo normal, no es una cosa que...es una forma de vida nomás, una forma de cuidarme. No es una forma tan categórica como la que dan los médicos, que es un trastorno de la alimentación en el cual la paciente no se alimenta, o de repente se alimenta poco y vomita, y así. (Cristina)

...yo sé que es A.N y estoy conciente de que tengo el problema pero como que no lo encuentro tan grave como otras personas lo piensan para mí(...), insisto no quiero comer nada más. .. con la comida no sé, pero yo pienso que no es tan grave lo que tengo, que a lo mejor se me va a pasar más adelante, a lo mejor se me agrave, no sé. (.....), yo pienso que esto se me va a pasar cuando entre a trabajar yo creo. (Valeria)

Con todo lo que he comido en estos tres años nunca me ha pasado nada, yo encuentro que estoy bien porque sino como es que nunca me ha pasado nada, entonces yo encuentro que está bien y pienso que están exagerando algunas personas, pero todos me dicen que algún día voy a llegar a un punto que voy a caer a la cama y no voy a poder pararme más, y me dicen: tú crees que estás bien, pero no. (Valeria)

Y tampoco fue algo onda tan, tan grave, aunque estuve a punto que me pusieran una sonda, ¿cachai?, pero yo decía: ¿por qué tanto atado, si que son 3, 4 kilos?. (Catalina)
(...)Siempre supe que lo que hacía no era natural, lógico, siempre supe que estaba pésimo. (Carolina)

Frente a su problema realizan diversas atribuciones y elaboraciones respecto a su origen o el por qué les ocurre. Algunas desconocen su origen y no lo asocian a nada en particular. Algunas piensan que es algo que se relaciona con su tendencia a engordar. Otras, creen que tiene relación con el

tipo de comida que recibieron en su niñez y a hechos accidentales. Lo asocian a tener "ansiedad" y la "inseguridad propia de la edad, a problemas con la autoimagen, o por tener "personalidad depresiva".

(...) yo no sé donde empieza esto en realidad no lo tengo asociado a ninguna cosa en especial. (Pamela)

No había como nada específico que lo desencadenara, al contrario yo diría que mi vida está funcionando bastante bien , entonces como que era muy contradictorio entrar en este problema (...). (Alejandra)

(...) siempre he comido mas de lo que necesito comer y eso a hecho que tenga sobrepeso, este sobrepeso lo tengo desde que soy super chica, yo, desde que recuerdo en realidad que soy gorda (...). Lo que pasa es que mis papás, yo creo que ellos también tienen problemas de alimentación pohh. (...) yo creo que éste, el problema que yo tengo, es un problema super complejo, no es solamente que yo sea, tenga predisposición, no es solamente que mis papás me hallan educado y me hallan dado cierto tipo de comida, no es solamente que yo sea de una manera que, que no quiera bajar de peso, también es todo como interrelacionado con otras cosas que no sé cuales son, yo todavía no las he podido descubrir en mí, hay algo en mí que no, quiere bajar de peso. (Pamela)

Ahora pienso que siempre engordo más porque mi familia pasa por sus momentos en que no tenemos plata, típico el pan que salva a todos, o los tallarines, el arroz, y eso también me hace subir. (Patricia)

Yo le hecho la culpa no al accidente mismo, pero sí ha que tengo mucha depresión. Yo me traté porque tuve una fobia después del accidente y empecé a tomar anti-depresivos y con eso empecé a engordar; después el psiquiatra me dió fluoxetina para bajar la ansiedad pero nada. (Sandra)

(...) yo creo que la inseguridad propia de la edad porque uno quiere probarse, quiere ver cambios (...), porque esa edad, la del desarrollo, es cuando una está más fea en verdad. (Carolina)

Yo creo que fue un problema de autoimagen, pero yo creo también que un problema que hay en mi casa, con mi familia, problemas que tengo con mi mamá, problemas entre mis papas y mi hermano que me afectan a mí también, como eso. Fue como súper de a poco, o sea muy lento. (Mara)

Creo yo está todo relacionado, yo creo que tener una baja autoestima hace que uno esté mucho más susceptible para, al juicio de los demás, entonces si yo soy una persona que estoy mucho más susceptible al juicio de los demás, cualquier cosa que me hagan los demás a mí me va a afectar...positiva, negativamente, (...), por eso mismo como que uno se ve mal frente a los demás, porque está gordo, porque, porque se ve incapaz, porque tiene baja autoestima, vas y te comis esto y eres lo peor porque te lo comiste, porque no te ayudas a tí mismo, porque tienes baja autoestima sigues comiendo y así uno se va metiendo en un círculo tremendo, digamos que va y que van uniéndosele cada vez más cosas pa, pa, no sé para explicarlo, para justificarlo y para seguir funcionando así po.(...). (Pamela)

(...) se supone que la personalidad depresiva es hereditaria, ¿ no? ; mi papá tuvo depresión y yo de repente igual como que me eh dado cuenta que tengo , que soy harto así como depresiva (.....) , pero yo creo que es más que nada eso, algo de personalidad no mas. (Mara)

También, algunas entrevistadas, asocian el problema a ciertos hechos, como otras enfermedades que las insegurizan; también se vincula a experiencias de abuso sexual cuando niña, entonces el problema aparece como una forma de evitar relacionarse con personas. Otra joven lo relaciona a la soledad que experimentó en su infancia.

Yo creo que muchas de las cosas que también se han gatillado de tener esta bulimia, es ésta inseguridad por esta epilepsia también yo creo, ahora lo estoy cachando que es otro factor también que me insegurizaba mucho. (Sofía)

Una experiencia vivida cuando niña...sobre abuso sexual...en que traté de buscar otro mundo, otras cosas pa encerrarme digamos en mi metro cuadrado, que nadie me molestara, que nadie me hiciera daño, que nadie me...que nadie se metiera. (Cristina)

(...), entonces estaba con mi pura mamá que trabajaba y mi abuelita, una prima y una tía, entonces a mi mamá no la veía casi nunca (.....), y después que mi mamá conoció a mi padrastro ella se fué a los Andes, entonces estuve harto tiempo sola, no tenía mama, no tenía papá; no sé, yo no me acuerdo, pero debo haberme sentido bien sola, (...) como que no tenía a nadie a cargo (...). Yo creo que me debo haber sentido sola y a lo mejor eso afectó ahora. (Valeria)

Para otras jóvenes el problema surge como una ayuda para contrarrestar, por ejemplo, la ansiedad que se genera al comer mucho; o para evitar enfrentar "el mundo" y mantenerse "protegida". En otra joven es un recurso que permite rebelarse ante la madre, que desea verla delgada.

Estaba ansiosa, muy ansiosa, el mismo hecho de estar gorda, es tanta la presión que sentí o que sentía y me generaba que yo necesitaba descargar en algo la ansiedad, como que lo satisfacía comiendo(...). (Sofía)

Tengo una parte, una parte de mí que yo creo que es, que es como infantil, como mi parte más niña que tengo, que no quiere, no quiere crecer y no quiere bajar de peso, eso, no quiere enfrentarse al mundo, no quiere estar, no quiere bajar de peso pa tener que enfrentarse al mundo pa tener que hacer cosas porque así estoy protegida acá; gordita así es más difícil que los demás se contacten conmigo porque..... hay todo una cosa allí mía que yo creo que no sé manejar (...). (Pamela)

Mi mamá diabética me compara con mi papá (...), o sea que le carga a ella verme gorda, porque ella tiene asociado la gordura con ordinariéz, entonces al verme gorda se emputece, o sea es terrible, y yo inconcientemente quiero ser flaca, pero como una manera de rebelarme contra ella, es seguir comiendo y que me vea gorda(...). (Sofía)

Muchas de las jóvenes ven su problema con la alimentación, como una forma o estrategia de resolver y/o enfrentar problemas con su peso, logrando tener un control sobre los alimentos, y sobre otras cosas. Otra joven, siente que le ayudó a superar en parte sus depresiones. O, en otro caso, cuya joven considera que el ser gorda, permite la inmovilidad.

Es que no lo manejé po, el peso o sea no lo manejé hasta que me vino esta cuestión(ANOREXIA) que yo encontraba que era una forma de manejarlo, como de no,

...no sentir hambre, me daba hambre pero poco, como que me acostumbré, de en el fondo tener como el control de la cuestión, como de que ya nada me gustaba, como que ya el chocolate no era rico; ahí yo sentí que lo había solucionado, en ese momento. (Mariela)

Ahora tengo el control de las cosas, tengo el control por lo menos de los alimentos, también el control de mis pensamientos, sobre mis sentimientos, sobre personas también. (Cristina)

Lo hacía más seguido porque encontraba que no bajaba mucho, pero encontraba que me sentía tan bien al final de vomitar, aparte que era tan fácil, tan fácil al ver que había botado todo, ¿te fijai?, no me tenía que reprimir ninguna cuestión. (Carolina)

Yo siempre he sido depresiva, y pienso que la enfermedad, la anorexia, me ayudó, o sea creo que soy menos depresiva que antes. Esto me duró como 4 años, pero estuve 1 año en tratamiento. (Mariela)

Yo creo, por ejemplo, ayuda mucho que uno sea gorda que uno no se mueva mucho(...). (Pamela)

La vivencia del problema no difiere entre las entrevistadas; en general señalan y evalúan negativamente esta experiencia y las consecuencias que han traído aparejadas. Existe en las jóvenes el deseo de superar el problema, "ser normales" y poder enfrentar la comida y su cuerpo sin preocupaciones.

Es que no, realmente sé, creo, que no lograría nada estando flaca, o sea sólo esto sintiéndome yo nomás, porque hay puros problemas yo sé en mi casa(...). Lo único, que a mí no me llega la regla, pero nada de caer al hospital o desmayos, nada así. (Valeria)
(...) hubo un periodo en que adelgacé y todo el mundo pensaba que yo estaba a dieta y yo comía(...), me lo vomitaba todo; y lo más penca aún es no poder controlarlo (...). (Sofía)

Es que como que se me produce un nubarrón ahí (ataques)(...), y la verdad es que mi mente como que se para(...), yo creo que en ese minuto en lo único que pienso es en llenarme, estoy cerrada. Trato eso sí, cuando me siento llena, parar, cuando empiezo a sentir pesadez en el estómago. (...). Yo por lo general me alimento de puras frutas y verduras, o sea eso es lo que mantiene realmente tranquila, pero de repente mi organismo como que me pide otras cosas, y ahí es que me desespero. (Alejandra)

No sé, me siento incómoda, me molesta porque por ejemplo no me puedo comprar lo que yo quiero, me canso más, soy menos ágil que una persona que tenga 15 años, normal, eso me molesta. Deporte ya no lo hago porque me da vergüenza, me siento más mal porque no soy tan ágil como era antes, yo veo a mis compañeras que juegan volley desde que eran chicas y no son flacas, pero se mueven más rápido y yo no puedo hacer eso. A pesar de que tengo sobrepeso siempre me he movido hartito, mi condición es buena dentro de mi peso. (Patricia)

Bueno, no me gusta estar gorda, eso no me gusta, me carga porque no puedo correr, me canso rápido, transpiro como loca y eso me carga, me siento como super limitada en eso(...); el ser gordo, uno es como una persona normal pero rellena de otras cosas que no deberían estar ahí(...) uno no es como los demás pero es como los demás, entonces a mí de repente se me olvida que soy gorda o me olvido a propósito, no lo sé, pero me olvido que soy gorda y no lo, no, no sé es como que, como que en realidad yo no fuera gorda, me siento como que no fuera gorda, hay días que me imagino que no lo soy; es como super extraño(...)cuando yo tengo ganas de comer y compulsivamente.

no quiero comer un poco, me da rabia comer un poco incluso, quiero comer harto, eso es. (Pamela)

(...) aunque en este momento tengo una obsesión negativa que es la comida, tengo también la obsesión de salir de este asunto a como dé lugar, quiero mejorarme y quiero hacer mi vida normal(...). (Alejandra)

Para la mayoría de las entrevistadas las principales preocupaciones personales están en función de ciertas necesidades que tienen actualmente, así como proyectos y metas que se plantean, las que cruzan diversos ámbitos de su vida: desarrollo de los afectos a nivel de la pareja, la familia y amistades; mejora y/o consolidación de las relaciones familiares, resolución de problemas al interior de la familia; desarrollo en lo profesional y superación del problema alimentario que las aqueja actualmente, entre otros.

Hoy en día me preocupa mi parte profesional, completar mi carrera, cuidar a mi hijo, y a futuro independizarme con Sergio, mi marido, y cualquier cosa que pase de aquí pa delante no evitarla, enfrentarla de manera distinta. Sé que de aquí a un tiempo más voy a resolver y tratarme la cosa del accidente, fue terrible, impactante, son muchas las cosas de las que tengo que sanarme (...). Entre mis proyectos a futuro está el de estudiar Psicología, (...). (Sandra)

Mis necesidades son afectivas y de una pareja, de pareja y de, bueno, construir onda aquí, armar casa, esa idea me interesa mucho, o sea de proyectos este año, o sea empezar a caminar yo. (Sofía)

Quisiera que me dejen ser como soy porque siempre me han tenido como la niñita buena y yo no soy así, además que ahora si se han dado cuenta de que soy bien loca, en todos lados yo soy loca, entonces siempre me lo están diciendo (...). (Patricia)

Yo, lo que yo quiero, o sea mi ideal, una cosa así, sería tener mi depto., vivir con una prima o con una amiga; ser secretaria, estudiar otras cosas, o sea siempre algo más adelante(...)quiero avanzar, no quiero quedarme ahí. (Valeria)

A mí me gustaría estar mucho mejor, mejor yo, como...psíquicamente, no sé cómo llamarlo. Me gustaría ser más fuerte, me gustaría como armar mi vida en la cuestión de lo de la carrera, o tener una casa y ponerle las cositas que a mí me gustan, ¿cachai?, estar como tranquila y tener como una relación con mi familia pero desde afuera, ¿cachai?, no dependiendo de ellos. Me gustaría tener hijos, no sé si casarme pero tener una pareja y de repente hacer cosas, como trascenderme yo y hacer cosas por otros, que eso igual es algo que a mí me cuesta. ¿Ahora?...afectivas yo creo es como lo que más necesito. A ver, es que por ejemplo con mi familia me falta mucho, eh, con mis amigas no, estoy super bien, o sea estoy contenta con eso; con mis parejas estoy como en camino. (Mariela)

Mis proyecto: terminar la carrera, casarme y trabajar(...). No sé, me gustaría ponerle tú que el problema con mis papás definitivamente se arreglara, pero sé que eso ya no depende de mí en el fondo, entonces no importa, aprendí que ya eso no es problema mío si se arreglan o no, o sea que yo por mucho que quiera no puedo hacer nada en el fondo(...). (Fabiola)

Mis metas de una carrera, ser independiente, tener una excelente relación con mi familia, superar todas las cosas negativas que uno tiene o que dicen tener, ser aceptada por el medio. Mi necesidad es la de ser aceptada por todos. (Cristina)

No espero mucho de mí la verdad, o sea espero que me case, tener un hijo, poder trabajar medio día y el resto del día estar con los niños, tener una super buena relación con mi marido, con mi familia, que lo pase bien, que tenga amigos y una casa. (Carolina)

Mis proyectos, bueno lo típico: estudiar lo que yo quiero y que me vaya bien en lo que yo haga, poder tener una familia estable; esos son mis proyectos. (Mara)

Entrar a la "U", entrar a estudiar una carrera y desarrollarme como mujer, como persona. Ser inteligente, capaz yo, o sea con mis propios medios. (Sofía)

Yo quiero estudiar veterinaria, si yo me lo fijo, sí, lo haré. La verdad es que no tengo planes, no sé: bajar de peso, bueno, casarme...solamente el bajar de peso (Javiera)

Yo tengo como plan bajar de peso de aquí a dos años, ése es mi plan ahora en relación a esto. Y en relación a mi pega, a hacer esto que te contaba antes, pos títulos y trabajar, yo creo que lo voy a intentar con una consulta primero (...). (Pamela)

Como proyecto te diría que hacer mi vida de manera normal y no tener nunca más que volver a caer en un problema de alimentación...pero yo sé que eso va a depender un poco de mi estabilidad emocional(...), y además realizarme en lo profesional, tengo como muchas ganas de trabajar, de estudiar otras cosas(...), quiero ser mejor todavía y yo sé que tengo como potencialidad para hacer cosas. (Alejandra)

Las jóvenes tienen una visión de sí mismas, en la que integran sus características personales que suelen evaluar positivamente.

Yo creo que soy una persona activa, muy dinámica, con una gran disposición a ayudar a otros, por eso la carrera que escogí; muy amiga de mis amigos; muy sensible frente a las problemáticas de los míos, ya sea pareja, amigo o familia; soy de aquellas personas en las que se puede confiar, no ando con cosas escondidas, soy solamente yo, tal cual se me ve, muy honesta en mis pensamientos y sentimientos, cariñosa y confiada; eso te puedo decir de mí. (Pamela)

Ante cosas límites como que soy increíble, o sea ante todo soy capaz de lograr de mí cosas lindas ante problemas límites, tengo "n" capacidad de manejar situaciones que hasta hace un tiempo ni imaginé que se me presentarían y que podría enfrentar y sobrellevar sin desalentarme, creo que soy super peleadora, que haría cualquier cosa por quienes quiero (...), ahora no me dejo vencer fácilmente. (Sandra)

Soy muy sensible, siempre me afectan mucho las cosas de los demás personas. Nunca se sabe lo que voy a hacer, soy loca. (Patricia)

Soy super esforzada, me gusta terminar las cosas que comienzo, soy cariñosa con la gente que yo quiero, me preocupo un montón de la gente que está a mi lado, me influyen las cosas de la gente que está al lado mio, de repente yo creo que me influyen demasiado también. Yo creo que es a favor ser autoexigente, es bueno caracterizarse por tratar de hacer las cosas bien y hacer lo posible porque salgan bien, en el fondo me preocupo por alcanzarlas. (Fabiola)

Dura, pero a la vez blanda sin que se den cuenta, obsesiva, que le gusta llegar a un punto y tiene que lograrlo, priorizo por mí, por mis emociones (Cristina)

Soy super impulsiva, algo alocada de repente pa hacer las cosas, sensible, muy atenta a escuchar y ayudar a mis amigas, amiga de mi mamá, cariñosa, alegre y depresiva según el momento. (Carolina)

Diría de mí que soy bien simpática, bien alegre, muy sociable. (Javiera)

Es que yo me mantengo bien alejada, o sea siempre estoy metida en los problemas de la familia en común...siempre he tratado de ayudarlos a todos(...), pero yo como que mis cosas nunca las cuento, jamás a nadie, entonces como que ellos no saben mis problemas. Hay confianza como entre las cosas más normales, pero las más personales no, yo no se las digo a nadie. (Patricia)

(...), yo creo que una de mis principales cualidades es que sé darme cuenta de mis errores, que soy capaz de asumir que estoy como equivocada, que en este minuto tengo una enfermedad y que tengo que curarme, y también otra de mis virtudes es que soy obsesiva de manera positiva. (Alejandra)

Soy super sensible, solidaria, buena amiga, no coloco límites con los amigos tampoco, muy afectuosa, cálida con la gente, me encariño muy rápido con la gente, honesta, leal. (Sofía)

Yo creo que soy una persona super afectiva y sentimental por así decirlo, o sea como que las cosas me llegan(...).por cualquiera yo creo, soy susceptible. (Mara)

VII. Discusión

Me he propuesto para finalizar este estudio, llevar a cabo una discusión en que se encuentren integrados aquellos principales aspectos que revelan las jóvenes entrevistadas, teniendo en consideración que los relatos que ellas efectúan tienen relación con los supuestos teóricos que se encuentran a la base del estudio.

Como una forma que permite efectuar un orden y dar coherencia a los contenidos, la discusión se realizará respetando las grandes áreas temáticas (apartados) que se generaron a partir de las entrevistas realizadas.

PRIMER APARTADO: EXPLICACIONES Y SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AL T.A.

Se puede observar que las jóvenes realizan definiciones que destacan la integración entre una perspectiva personal y una definición diagnóstica. Desde su experiencia reconocen tener alguna dificultad con la comida en relación a alimentarse mal, a tener obsesión por la comida, a tener ataques de comer y luego arrepentirse por no querer engordar, o bien no querer comer para lograr estar flaca.

Las jóvenes tiene a la vez una mirada externa y una mirada o vivencia personal; manteniendo una dualidad entre la mirada externa v/s la propia; enfermedad v/s logro; sentirse bien y ser aprobadas v/s ser definida como enferma; y también verse enferma v/s sentirse enferma.

En el caso de las jóvenes “anorécticas”, destacan la interpretación del diagnóstico como una certeza personal de saberse flacas, pero no tienen percepción de gravedad; perciben amenaza, rechazo, exageración desde otros. El peso y validez del diagnóstico aparece en ellas como la confirmación de un estado ideal que buscan incansablemente, a cualquier costo; es por ello que no perciben, aparentemente, la gravedad de las consecuencias que puede traer aparejadas el “trastorno”, aún cuando lo identifiquen teóricamente. Por lo tanto, el diagnóstico lo que hace es confirmar un hecho que en ellas se ha transformado en un fin y les genera la sensación de satisfacción personal.

Por otra parte, queda de manifiesto el reconocimiento de un trastorno, el cual es identificado en función de los síntomas o manifestaciones, o de acuerdo al conocimiento teórico que manejan las entrevistadas en torno a lo que es un T.A (entre los que se mencionan: renuncia a la comida, ataques de compulsión por comer y el vómito). Sin embargo, en algunas jóvenes, principalmente aquellas diagnosticadas como “comedoras compulsivas” no existe una identificación de dicho trastorno como tal; más bien, ellas tienden a autodefinirse como: “gordas” u “obesas”. **Esto tendría relación con lo enunciado en la descripción de los T.A de este tipo, donde se refiere que este cuadro no reúne síntomas diagnósticos tan estrictos como los que presentan los otros dos cuadros.**

Las jóvenes manifiestan que la principal motivación a consultar surge desde malestar personal, deterioro físico, riesgo de salud, que afecta la imagen o apariencia física, la vivencia de discriminación así como constatar cómo y cuánto afecta a los otros significativos a partir de los cambios que se han producido en la apariencia física de ellas. Sin embargo, para ellas interviene en la motivación a consultar: la presión externa; la decisión por parte de los padres, que identifican el problema al verlas flacas o gordas; ser sorprendidas por otros en conductas alimentarias extrañas (vómito autoprovocado); o debido a la preocupación que genera en los otros el verlas comer demasiado. No obstante, las jóvenes reconocen no darse cuenta del problema y la “dimensión” que alcanza. De hecho informan que sólo hay motivación personal cuando se sienten afectadas psicológicamente, físicamente, por salud o imagen, o existe percepción de amenaza externa.

Las jóvenes con diagnóstico de anorexia y bulimia rara vez toman la iniciativa para mejorar o modificar su situación, de ahí que generalmente sean los padres quienes, al observar cambios en la conducta alimentaria y/o disminución extrema del peso corporal, solicitan ayuda profesional. En cuanto a las comedoras compulsivas, la situación difiere ya que la presión social juega en contra (las manifestaciones físicas son evidentes), y porque además, esto se suma a la incomodidad que experimentan ellas mismas en relación a su imagen corporal.

Se puede, además, constatar que se realizan precisiones epidemiológicas y hay reconocimiento de manifestaciones psicológicas-patológicas, que se hallan permeadas por el gran manejo teórico que sobre el tema tienen estas jóvenes; señalan, entre otros: distorsión de la percepción, obsesión por ser delgada, propio de mujeres, no reconocimiento de problema, no control, etc. **Esto también es posible asociarlo a lo ya mencionado:**

estas jóvenes actúan respecto a las cosas, sobre la base de los significados que tienen para ellas. Hay que considerar en este punto, la posibilidad que estas jóvenes tienen (por pertenecer a familias de niveles socioeconómicos medio-alto y alto) de acceder y adquirir información concerniente a temas relacionados con el cuidado de la imagen; de este modo, por haberse constituido la delgadez en una meta personal, ellas incorporan toda aquella información que contribuya al logro de esa meta. Por cierto, esto se enlaza con las exigencias de cuidado de la apariencia física a que se ve sometida la mujer perteneciente a estos estratos.

También, es posible reconocer que las definiciones que ellas dan tienden a retratar la mirada tradicional médica, desde el discurso especializado, o desde la literatura específica. Lo patológico está dado para ellas por lo que afecta a la salud personal o a los otros significativos. De hecho, reconocen al respecto que su motivo de consulta, en primera instancia, está relacionado con las “consecuencias secundarias” del trastorno, por ejemplo aquellas que implican problemas de salud: como caída del pelo, interrupción de la menstruación, calambres, desmayos, etc. Como definición del trastorno tiene sentido para ellas: el deseo de adelgazar o de no engordar, el conflicto entre dejar o no de comer; por lo tanto la conceptualización del trastorno la hacen en torno a la preocupación por el peso y la imagen y en relación con la preocupación externa en base a consecuencias secundarias.

Ellas reconocen como situaciones de origen (detonantes) del problema, una preocupación común por el peso y sentirse gordas, la búsqueda del adelgazar encontrando como herramienta a las dietas no obteniendo con ellas los resultados esperados, la dificultad para lograr disminuir de peso, la discriminación desde el entorno por la imagen corporal mayor a la considerada “normal”, el aumento de la ansiedad que lleva a engordar, nuevas dietas, dificultad para mantener el peso, estrategias que no resultan, búsqueda de algo que sea más efectivo; y en algunas jóvenes, experiencias amorosas negativas, o baja de peso accidental o aumento de peso al enfrentar situaciones estresantes. Así, gradualmente se va desencadenado el problema

Lo concreto es que hay un contexto personal y situacional en que surge y se configura el problema con un elemento común en todas ellas: la preocupación por el peso. Desde el deseo de adelgazar como objetivo de vida, la gordura es percibida como una amenaza que no logran controlar; la comida interviene en la medida que dificulta tal objetivo o participa en su logro.

Como se puede observar, y se ha señalado, resaltan fundamentalmente dos elementos comunes a los “trastornos alimentarios” presentados por estas jóvenes: la obsesión por el peso y por la figura corporal, y las prácticas reiterativas para controlarlos. Estos elementos se manifiestan en cada una de las fórmulas y acciones llevadas a cabo para controlar el peso, y están presentes en la manifestación del T.A.

No hay que olvidar que el repertorio de alimentación ha variado enormemente, así como el significado que actualmente se le atribuye a la comida, por lo que no resulta extraño que se vean afectados los hábitos alimentarios. Se suma a esto la dificultad que ha adquirido para los consumidores el decidir ante las múltiples posibilidades que se le ofrecen, y que se le representa como conflicto o dilema: existe una sobreestimulación de gustos, pero, sin embargo, esta sociedad, por otro lado se define como “enemiga de la obesidad” y es implacable en sus apreciaciones al respecto; así, muchas personas hoy en día se debaten entre el deseo y ansia por el placer inmediato (en este caso, expresado a través de la satisfacción que reporta el alimento), y el autocontrol y autodisciplina para enfrentar la variedad.

En algún momento de la construcción del problema, la familia lo percibe como tal y se involucra intensamente, iniciándose una interacción entre sus miembros en relación al problema, incluyendo a la hija que presenta T.A. Los distintos miembros de la familia, principalmente sus padres, participan en una interacción con la joven, respondiendo frente a su sintomatología, intentando controlar se ingesta, perpetuando en esta interacción su problema, proporcionándole un soporte contextual.

Las jóvenes experimentan en su familia (especialmente en las mujeres de la familia), una preocupación y valoración de la esbeltez o delgadez como atributo “femenino”; ello además queda de manifiesto en sus relatos al señalar la presencia de alguna mujer de la familia con antecedente de T.A (lo que algunos autores consideran factor de riesgo, pudiendo esta coincidencia corresponder “con una predisposición genética o...con la transmisión de creencias actitudes y valores...”C. Rausch; pág. 45). Por otra parte, complementariamente, la influencia que ejercen los pares en la construcción del trastorno se debe a la importancia de estos a nivel de la identidad y sensación de pertenencia. Por último, las representaciones y valoraciones y modelos estéticos e ideal de autocontrol personal

atribuidos a la femeneidad, ejercen una presión desde el contexto sociocultural al participar en la socialización de niños(as) y adolescentes.

Otra fuente de conceptualización del problema que ellas presentan como “trastorno”, es el haber conocido o haber escuchado experiencias similares en otras personas, lo que también ha contribuido a incorporar la mirada “médica” y oficial que tienen acerca de él.

SEGUNDO APARTADO: SIGNIFICACIÓN DEL ALIMENTO Y DE LOS INTENTOS POR CONTROLAR LA INGESTA

Los recuerdos de las jóvenes del estudio destacan la diversidad y variabilidad de los contextos familiares en su relación con la comida, asociados a condicionantes situacionales: comer solas, presencia de restricciones, desorden en cuanto a cantidad, horarios, tipo de alimentación asociada a no disfrute, espacio de encuentro, pero también de conflicto, importancia de lo dietético. (coexisten significaciones distintas desde la experiencia pasada). Surge la necesidad de estructurar una dieta y adquiere importancia el lugar, las personas, etc, en la medida que reconocen la influencia que tiene en ellas la presencia de otros durante las comidas (por el control, opinión, incomodidad). Recuerdan con agrado el no haberse preocupado durante la niñez por la cantidad y calidad de la comida , y por los probables efectos de “engordar”.

La relación con el alimento comienza a cambiar (se le percibe como amenaza ya que comer es engordar), surgiendo conflicto en relación a la comida; reconocen lo agradable de comer, por lo que buscan estrategias para no engordar, renunciando a los alimentos que consideran más ricos (engordar es más desagradable). También pueden tener conflicto al imponerse restricción del alimento en forma mantenida, desvinculando el disfrute y llegado un momento no pudiendo mantener la restricción autoimpuesta, y volver a ingerir, sintiendo culpa por hacerlo, y/o culpa por autoprovocarse vómitos para intentar controlar su peso.

Las conductas y pensamientos “obsesivos” en relación al alimento, el peso y el comer, persisten; se pone en funcionamiento un ciclo de comer progresivo-privarse progresivo, que no termina con los tratamientos. Los otros intervienen en el plano de las conductas que presentan las jóvenes en relación a la comida , que es lo que le resulta evidente a los otros, y que ella vivencia como invasión y amenaza.

Desde la significación que la comida va adquiriendo o va perdiendo, ella aparece como sinónimo de engordar, se transforma en tema de constante preocupación, se restringe y pierde el sentido de compartir, disfrute, etc. (pero no implica su renuncia o la negación de la necesidad que tiene el alimento), y poco a poco se transforma en “el tema” en su vida. Se estructura un conflicto entre la propia vivencia, el sentido que adquiere

el alimento y el comer, la necesidad de autocontrol frente a la ingesta y su preocupación por el peso.

No hay que olvidar que el alimento, a nivel del contexto social actual, resulta confuso y paradójico, por los múltiples mensajes que son enviados: la importancia de la comida y lo “diet” asociado a lo “sano”: así no es de extrañar que, como deduce la antropología, el alimento pierda su sentido original-tradicional que es vivir, disfrutar y compartir. Las jóvenes informan el cambio de significado del alimento hacia a un logro de control e intervención en su peso e imagen corporal, lo que las hace autoimponerse restricciones, estructurar hábitos y rituales (estrategias personales) que sean eficaces en ese sentido.

Existe reconocimiento de un problema desde el malestar personal que se le genera ante la vivencia que surge al no poder controlar su propia ingesta, y las sensaciones que de ella se derivan: sentir rabia, pena, culpa y soledad. Esta preocupación por controlar la ingesta tendría relación con el desarrollo que ha experimentado la mujer en las últimas tres décadas, por cuanto en la actualidad ella debe ser lo suficientemente flexible y tener la capacidad para conjugar, compatibilizar y ser “competente” en cada una de las áreas en que se desenvuelve, de acuerdo a las exigencias sociales. En algunas mujeres, la ansiedad que genera esta presión excesiva por cumplir con las expectativas de los otros, se expresaría en y a través del propio cuerpo, como espacio continente donde se manifiesta el malestar y los conflictos personales.

TERCER APARTADO: EXPERIENCIAS ACERCA DEL CUERPO, IMAGEN CORPORAL Y DESARROLLO DE LA PROPIA IDENTIDAD.

Se destaca que la preocupación por la comida y el peso se contextualiza desde la importancia de la imagen y apariencia corporal (derivado de las significaciones anteriormente señaladas). Por ello el análisis adquiere importancia al relevar la experiencia de las entrevistadas y observándola a partir del contexto de su historia vital (experiencia de la etapa adolescencia) y entorno inmediato (pares, familia, etc) para comprender cuándo, cómo y desde dónde surge esta preocupación y se va configurando en sus vidas el problema.

En cuanto a los datos por ellas entregados existen antecedentes de dificultad para bajar de peso, tendencia a engordar, oscilaciones de peso y desde la experiencias con los pares o familia en relación al peso.

La adolescencia la refieren como etapa de variadas experiencias sin recordar cambios importantes; sólo se observa importancia de la experiencia en relación a los pares o de la influencia de otros a través de comentarios o discriminación.

Como se ha expuesto a través algunos de los autores, durante la adolescencia la preocupación por la propia imagen corporal es un tema de interés central, ya que durante este período se relaciona significativamente la autoestima con el propio aspecto físico, y este como vehículo para establecer identidad, lo que determina en buena medida la calidad de la relación con sus pares.

Los antecedentes del "problema" se van configurando en torno a la experiencia respecto de su propio cuerpo y su imagen, que se enmarcan en la etapa adolescente. Están las referencias desde la literatura respecto a la importancia de la etapa vital en que se encuentran, los aspectos que resultan importantes a considerar a nivel personal (cambios configuracionales del desarrollo, identidad, pares, etc), y cómo adquiere relevancia el desarrollo físico. Ello se manifiesta en la experiencia personal respecto a la propia imagen, que refieren en términos de: inconformidad con su cuerpo relacionada con el peso, la percepción de gordura y la necesidad reducir partes de él, querer ser más delgada. Lo que confirma los hallazgos de diversos autores en cuanto a que las personas que padecen algún tipo de T.A, como anorexia y bulimia, suelen percibir de manera distorsionada su cuerpo. La búsqueda del ideal estético de las distintas jóvenes afectadas por un T.A, se resume en la diada: ser/estar delgada, en ella depositan la posibilidad de acceder al logro de su satisfacción personal.

En todos los elementos asociados a la imagen estética, ven un recurso y/o estrategia de manejo para acceder al aspecto corpóreo ideal. Entre los recursos mencionados mencionan: la ropa como referente de su peso, e indicador de la delgadez y forma de influir en la apariencia (para verse delgadas o esconder la gordura), y fuente de satisfacción personal. Sin olvidar que la experiencia de la imagen a través del espejo influye y es determinante: les genera desagrado pues les recuerda su gordura y afecta su estado de ánimo.

La preocupación por la imagen parte de la experiencia de disconformidad respecto de sus cuerpos y se asocia a la significación personal que se tiene del ser delgada o gorda como valor estético, y a partir de las dificultades para alcanzar dicho objetivo. **Nuevamente es posible contextualizar esta significación dentro del discurso social de la imagen (importancia), y la socialización diferencial del género.**

La percepción de la imagen aparece directamente relacionada con el estado de ánimo, autoestima, participación en actividades sociales (conformidad o inconformidad con la imagen reducida al peso). La importancia de la imagen: se manifiesta en la preocupación por el peso, comparación con pares, planteamiento de metas para bajar e inicio en el control de la comida (restricción o estrategias), y hacer dieta. Las situaciones que influyen: dificultades para bajar de peso, o bajar rápido como los pares o mantenerse

La vivencia de esta relación con el cuerpo dificulta y tiene impacto en sus vidas (limita sus vidas) motivando el imperativo de controlar la comida y la búsqueda de estrategias para ello, lo que en su vivencia se relaciona con la influencia del entorno social desde la preocupación por la imagen (aceptación o no), sobre todo hacia la mujer, y porque resulta importante para ellas desde el contexto de sus vidas (adolescencia). Por ello surge el temor a engordar, y temor a no controlar, pues no controlar es interpretado como fracaso, incapacidad; además que está la presión externa : en el entorno todo está en función de la imagen y les recuerda el tema que las preocupa: el peso-la delgadez. Si bien reconocen lo superficial de la imagen, no renuncian al deseo y lo que obtienen (aprobación)

Por otra parte, surge de los relatos que la manifestación del problema con la comida aporta para ellas cierta funcionalidad, aparece el “para qué” de la manifestación en términos de: estrategia para lograr un objetivo (delgadez) dejando de comer o sin dejar de comer, pues no desea estar gorda, y la asociación de gordura a problema de salud y estética. **A lo largo del marco teórico aparece indistintamente, el significado e importancia que ha adquirido la gordura en la sociedad occidental, lo que se expresa en el enfoque de la industria de productos para adelgazar, la imagen de las mujeres que aparecen en los medios de comunicación, así como la discriminación a que se ven expuestas mujeres que presentan problemas de peso (gordura). Además, estas mujeres, como muchas otras, y sobretodo mujeres que se encuentran transitando la etapa de la adolescencia, requieren ser aceptadas y necesitadas, pues esto ayuda en la definición de su identidad, y su autoestima se fortalece cuando está el reconocimiento externo (ver: adolescencia e individuación).**

El temor a la “gordura” está relacionado con las significaciones construídas a nivel personal, que se hallan relacionadas con el temor que vivencian al interior del contexto social mediato e inmediato, que gira en torno a la preocupación por un modelo de delgadez, y que desde sus vivencias es experimentado como presión constante que les genera conflicto.

Los relatos expresan multiplicidad de estrategias buscadas y probadas , así como los resultados obtenidos, destacando la experiencia y manejo que las entrevistadas tienen respecto del control del peso. **Esta vasta experiencia se puede contextualizar en el espacio comunicacional que bombardea actualmente con todo aquello que se aproxima al tema de la estética, lo que por cierto no es privativo de este tipo de “trastornos” ni de las personas afectadas por ellos.**

El planteamiento de metas en el bajar de peso (progresivamente, el deseo de bajar de peso se transforma en una meta de mayor importancia) tiene razón de ser para las jóvenes debido al gran temor que tienen a engordar, y el deseo de, poder comer sin temer a subir de peso. Ello es correspondiente con el mismo sentido que le asignan las jóvenes anorécticas que desean bajar de peso a límites extremos. **En este sentido, con el fin de comprender los relatos, es bueno recordar la relevancia de integrar las manifestaciones del trastorno, compatibilizarlas y darles coherencia desde la propia cosmovisión de quien la vivencia y desde su situación genérica.**

Hay una vivencia de la influencia externa en cuanto a la preocupación y comentarios que efectúan los otros (por sobrepeso o por flaca), lo que les genera: sufrimiento y rechazo, por lo que se aíslan, evitan a los demás, dejan de creer en las personas significativas, por ello terminan guiándose por sí mismas, por sus creencias. Frente a esto tenemos: la presión desde el modelo en torno a la imagen: delgada como ideal, gorda como rechazo, delgada es competencia, así como respecto a cumplir con lo que se espera de lo femenino (tradicional); y otras presiones que se suman: vivencias de las expectativas familiares y comentarios siempre en torno al peso (reconocen que para familia es importante), pero también por ser mujer y la mayor entre los hermanos (los padres esperan de ellas determinadas conductas y logros).

La vivencia de la presión externa se manifiesta a partir del modo que interfiere en sus vida. Se destaca la importancia de la influencia de otros respecto a la aprobación o aceptación y las posibilidades que ellas se plantean como una forma de restarse de dichas presiones.

Las vivencias de la presión externa y las singulares presiones desde el ideal familiar y social respecto a lo femenino, se suman a esta preocupación, destacando la multiplicidad de situaciones que enfrentan las afectadas más allá de lo que supone el “trastorno”.

Las jóvenes integran a su vivencia de mujer el reconocimiento de la influencia de un modelo estético hacia la mujeres, y las expectativas desde la mirada masculina (ver: pág. 12). También existe reconocimiento del modelo de delgadez como condicionante de éxito e ingreso al mundo social. Y reconocimiento de los medios de comunicación centrados en ello y la vivencia de experiencias al respecto. La ecuación se representa en la asociación: delgadez= belleza= aceptación. Su posición como mujer al interior del contexto sociocultural, se expresa en: valoración social y modelo imperante v/s percepción de sí misma y experiencia social. La vivencia del ser mujer lo refieren como: lucha, exigencia.

Conforme a lo anterior, la discusión centrada en el análisis social y desde la perspectiva de género (marco teórico), resulta viable (válida) si entendemos el rol que cumple el modelamiento en las mujeres, en este caso, y la valoración social que se hace de ciertas características consideradas propias de su sexo, como una situación que trasciende la experiencia individual y expone factores fundamentales que no ha considerado el enfoque tradicional al momento de abordar estos “trastornos”.

CUARTO APARTADO: PARTICIPACIÓN DEL CONTEXTO FAMILIAR EN EL TRASTORNO ALIMENTARIO

Las mujeres relatan que la familia participa de la en la “generación” y/o “construcción”, agudización o mantenimiento del “trastorno”. **Es posible que características del contexto familiar y situaciones familiares a la base participen en el desarrollo del “síntoma” (sin por ello ser la causa, como se ha señalado). De ahí, que los estudios actuales enfatizan que para la configuración del “trastorno” se requiere la conjugación de distintos factores, por lo que es necesario reforzar la mirada de un problema que se halla multideterminado.**

El enfrentamiento e impacto familiar del “trastorno”, destaca la vivencia de las entrevistadas de presión, invasión, amenaza, vigilancia, que las hace restarse, aislarse y buscar estrategias para mantener su individualidad o autonomía. (ver: contexto familiar)

En la vivencia personal de muchas de éstas jóvenes, aparece la culpa como elemento que moviliza a las entrevistadas y a la familia y que interviene en la petición de ayuda profesional.

Relatan tener la percepción respecto a la funcionalidad del “trastorno” alimentario y su tratamiento como ayuda para resolver los problemas familiares, pero no identifican que el tratamiento les haya ayudado a resolver específicamente su problema con el alimento u otro que se relacione con él, de hecho persiste su interés y preocupación por la búsqueda de la figura delgada. Se “mejoran” para que las dejen tranquila y/o se tratan médicamente para no generar mas problema a la familia. **(Respecto a este punto es necesario plantearse discusión anterior respecto de: quien se queja, de que se queja y la importancia de considerarlo en la intervención).**

Agregan un aspecto de gran importancia: aquello que les ocurre (referido al “trastorno”) tiene consecuencias en los “otros” (familia) con quienes viven. y se configura en ellas como un “problema” debido a las implicancias que observan, tiene a nivel familiar, sus conductas y la manifestación del “trastorno”. **En cuanto a esto, es posible entender cómo esta vivencia de “afectar” a su familia las conflictúa, situándose en el siguiente contexto: según lo señalan diversos autores, estas jóvenes se**

caracterizan por ser complacientes, solícitas así como deseosas por satisfacer las expectativas de los demás, especialmente de sus padres, y además autoexigentes y autocríticas (pág. 21).

QUINTO APARTADO: VIVENCIAS RELACIONADAS CON LOS TRATAMIENTOS

En relación a la información obtenida en este apartado, considero importante destacar que, de acuerdo a lo que las jóvenes “anorécticas” relatan, aparece la experiencia de sus tratamientos dirigido al síntoma y sus diversas manifestaciones, por lo que aquello que es evidente para ellas es que el resultado que espera el profesional tratante es lo inmediato: subir de peso, lo que podría explicar el tránsito que realizan por una multiplicidad de especialistas y tipos de tratamiento. **Considero en este punto se debe destacar desde la mirada que se interviene (modelo tradicional) y lo que no considera aparentemente en el tratamiento de este grupo de jóvenes.**

Nuevamente aparecen entrecruzados la: definición diagnóstica v/s definición personal; por lo tanto se plantea, a su vez, una disonancia entre: la participación de los especialistas en la construcción y cura del “trastorno”, y la no identificación de las entrevistadas con la intervención. Para el observador, entonces aparece el contexto terapéutico como un contexto asimétrico en el cual es el profesional quien estructura la intervención desde una mirada tradicional bio-médica y desvinculado de la significación y vivencia de la persona.

Vinculado con lo anterior, algunas de las jóvenes dejan entrever que el diagnóstico también se centra en el síntoma, lo que tendría su explicación en la influencia que ejerce la mirada bio-médica, no sólo para definir la “enfermedad”, sino también para establecer cierta regularidad y homogeneidad en los abordajes y tratamientos.

La vivencia del tratamiento en las jóvenes aparece centrada en lo aversivo, invasivo que les parecen los tratamientos, de ahí que las entrevistadas diseñen estrategias, transitorias o no, con el objetivo de cumplir la expectativa de mejora de los padres y los profesionales tratantes.

La participación de las jóvenes en los tratamientos obedece a sentirse culpable por los efectos en el entorno familiar, librarse de una presión que las amenaza o constatar (lo que es más claro en los casos de “bulimia” y “comer

compulsivo”) que efectivamente llegaron a un límite en que se ven afectadas (límite que es individual). Sin embargo, no por ello, el tratamiento constituye una salida al supuesto “problema”.

Las evaluaciones de sí mismas son en su mayoría positivas, destacando las características que más autovaloran en ellas. En cuanto a la evaluación de su “problema”, lo efectúan desde su situación actual y a partir de la no renuncia al ideal de la delgadez, conservando como meta el adelgazar y prevaleciendo la importancia de la imagen estética y el cuidado de la apariencia corporal. Nuevamente la eficiencia del tratamiento realizado se evalúa como útil, incluso algunas dicen “estar mejor” o “haber mejorado”, pero la intervención es visualizada a partir del impacto en el entorno, ayuda en sus vidas (la familiar principalmente), y no en función de la significación que adquiere en las vidas de las jóvenes.

REFLEXIONES:

Considero que la información que arrojan los relatos de las entrevistadas es de tal profundidad y magnitud, que deja abierta muchas preguntas e inquietudes. Intentaré, exponer a continuación aquellas ideas fundamentales que logro reconocer en este estudio:

* Resulta de fundamental importancia contextualizar el síntoma desde su funcionalidad y sentido que tiene para las jóvenes. Tal vez, al integrar el “cómo viven, las explicaciones y elaboraciones que hacen respecto de su problema”, podríamos situar desde una perspectiva diferente la interrogante: ¿desde dónde se define o reconoce una “anormalidad” o “patología”; vale decir: ¿qué y desde dónde se define el problema?

* Por lo anterior, se hace necesario contextualizar la mirada que se realiza sobre determinado “problema o síntoma” para observar el sentido o los elementos que configuran una situación de problema. Y también, se hace necesario definir cuál es el problema efectivamente (¿la comida?, ¿adelgazar?, ¿las estrategias?) o cómo esta llega a serlo para una persona, y qué es lo patológico.

* La importancia de destacar quién es el que se queja (familia, otros, o ella) y de qué se queja (comida, no control, ser flaca, la salud, sentirse mal o verse amenazadas) para ver si hay incomodidad personal, si hay un problema, de qué tipo y quién lo define. (para destacar la trascendencia que va tener en la intervención paciente v/s cliente, pertinencia, efectividad, involucramiento, si es normativa o no, o el criterio que se emplea, y a dónde se dirige). La importancia, por tanto de relevar: la vivencia personal respecto a la definición de un contexto de intervención, su necesidad y pertinencia.

* Destacar la coherencia de la vivencia personal respecto de la definición de problema, las experiencias que lo configuran desde la significación de la comida y la motivación a consultar (para definir cuál es el problema que ella define v/s el problema que un especialista o los otros visualizan).

* Destacar la importancia de considerar y comprender la “cosmovisión del consultante” (si es que hay un consultante) y precisar quién es el consultante en estos casos. La importancia de relevar la vivencia personal

respecto al diagnóstico, para definir la mirada desde donde se define “problema”, o desde dónde se esta construyendo un problema.

* Recordar el poder generativo del lenguaje (crea realidad); el contexto y la relación asimétrica de la intervención; y los criterios que definen anormalidad; para luego vincularlo a la discusión de las dificultades o carencias de la mirada médica y el reflejo que tiene a partir de los equívocos que se introducen a partir de la dificultad para definir “lo patológico” en los relatos de las propias afectadas.

* Entonces, sería interesante introducir una discusión respecto de: la información e identificación teórica clara del “problema” como patología v/s reconocimiento como una patología que ellas padecen; los aspectos que desde la mirada médica definen patología y que ellas reconocen v/s lo que para ellas constituye el problema.

* Considerar la importancia de lo que ellas aportan a partir de sus relatos y acerca de los aspectos sobre los cuales la literatura no menciona, resta importancia, ignora o baja el perfil. Destacar la necesidad de considerar lo que la supuesta afectada vivencia, considera o refleja, dado que sobre ellas se interviene.

* Ir destacando la coherencia del hábito a partir de la significación que la comida tiene en sus vidas, con la cantidad de limitantes que se autoimponen (aludir a la necesidad primaria de la que se trata, y la posibilidad o imposibilidad de moldearla o controlarla desde el individuo en un contexto social, por lo común que se ha vuelto en el contexto social en que nos encontramos, pues no es muy distinto de lo que en general la gente hace).

* La mirada y descripción de la relación con la comida debe estar supeditada a las significaciones que va adquiriendo para ellas en su vida (contexto de preocupación por el peso).

* Incorporar la significación social que tiene la comida y el discurso social en torno a su control, influencia en la estética y la salud (comer= salud=gordura=fealdad= enfermedad: significaciones contradictorias que coexisten, y sobre las cuales esta la vivencia personal: sentirse bien, ser aprobadas, tener éxito): Se suma a ello el lugar que tiene en la vida (espacio de encuentro, convivencia y festejo), ser una necesidad primaria y asociarse al disfrute.

* Las significaciones se cruzan por valoraciones sociales, ante lo cual surge la interrogante de: ¿cómo se puede reducir el tema a comer, ser gorda y afectar la imagen y transformarse en una patología, ¿se deberían relativizar las concepciones que lo limitan a una “patología”, y acercarse a la interrogante de cuándo resulta patológico y por qué afecta a las mujeres.

* Rescatar la contradicción que genera la expectativa social v/s la significación de patología. Se incorpora la necesidad de ampliar la mirada, aludiendo a la “insuficiencia” de la mirada imperante. Interrogarse acerca de la posibilidad de hablar de un trastorno puramente alimentario o de un problema con la comida.

* Por lo anterior adquiere pertinencia la pregunta: ¿qué se está tratando?; a la luz de la visión acerca de la participación personal en el tratamiento, y las evaluaciones al respecto.

* Al observarse que persisten ideas o deseos de delgadez y preocupación por el tema: ¿Es efecto residual de haber sufrido un T. A, o carencia en las formas de tratamiento, el que prosiga la idea y preocupación por estar delgada o disminuir de peso?. Sería necesario un seguimiento sistemático luego del alta de la paciente para llegar a resultados más concluyentes.

* La evaluación que hacen las entrevistadas de los tratamientos que han realizado, dice relación con aspectos que no siempre se vinculan al T. A. Se puede especular supuestos respecto a la existencia de una familia disfuncional a la base del trastorno. Se revela el abordaje profesional del tema, dejando en 2º plano el abordaje del problema como tal para las jóvenes.

* Según lo anterior: no hay una construcción conjunta entre especialista y paciente, lo que produce en la joven que asuma el discurso del especialista como verdadero, basándose éste en estereotipos o presupuestos sobre los T. A como: familias disfuncionales, no querer crecer, etc).

* Se puede observar, como eje común para los tres grupos de trastornos estudiados, que en cuanto a la relación con el entorno, en todos está presente una preocupación persistente en función de la aceptación que origina el conservar una apariencia física acorde a los patrones estéticos imperantes. En cuanto a la vivencia personal interna, presente en estos trastornos, puede observarse una preocupación común por la falta de control, especialmente referida al nivel de ingesta

Respecto a esto, adquiere fuerza y relevancia el objetivo e interés que manifiesta la Fenomenología, reseñada anteriormente, en cuanto a considerar que las vivencias, así como las interpretaciones que los individuos hacen, se constituyen al integrar las experiencias y significados personales con las construcciones socio-cultural que “dan sentido” a lo que las personas dicen, hacen, sienten y piensan.

La experiencia del diagnóstico aparece como la intervención de una mirada ajena desconectada de su vivencia, si bien sospechan un problema a partir de las manifestaciones. En cuanto a esto, nuevamente nos podemos remitir a la importancia de validar y reconocer el discurso y la “lectura” que se hace individualmente de las situaciones que las afectan.

De ahí que entre los objetivos destacados en este estudio, se enfatice la idea de rescatar la mirada personal y vivencia que tienen estas mujeres en relación al problema que las afecta.

ALCANCES:

* Este estudio podría aportar mayores elementos y una nueva lectura a los organismos y profesionales de la salud pertinentes, así como generar una reflexión sobre los T.A como trastornos bio-psico-sociales, emergentes de la interacción social que hace a sus miembros demandas disociadoras.

* Se puede extraer que no es posible aplicar respuestas terapéuticas uniformes, dado que no le corresponde a los profesionales de la salud incurrir en prácticas sustentadas sobre la homogeneización y estandarización de los cuerpos ni las personas.

* Como una forma de cotejar la influencia que tiene la opinión de los profesionales tratantes, sobre la visión y elaboración que hacen las jóvenes de su problema (T.A), resultaría interesante que futuras investigaciones se abocaran al estudio e investigación de este tema, mediante una comparación entre grupos de jóvenes que padecen el T.A, y jóvenes sin T.A que presenten aquellos factores predisponentes para la manifestación del mismo, para de esta forma conocer si existen distinciones en el discurso.

VIII. CONCLUSIONES.

El presente estudio arroja algunos resultados que confirman hallazgos de otros estudios, y resultados que aportan nuevos datos:

-las jóvenes reconocen no darse cuenta del problema y su gravedad, excepto cuando otros significativos se lo hacen ver.

-ellas definen su T.A como: un problema con la comida, que consiste en estar cada vez más delgada, temer engordar, tener ideas y conductas obsesivas con respecto al tipo y componentes de lo que ingieren, y percibir la propia apariencia corporal en forma totalmente diferente a como la perciben los demás.

- en cuanto a la atribución causal o factor detonante, ellas reconocen tener un problema con el alimento, con la manera de alimentarse, lo que según ellas tendría su origen en algún contexto y situación, ya sea de tipo accidental (ej:enfermedad que inició una baja de peso), intencional (ej:dieta para bajar de peso), o desde la forma habitual de alimentarse a lo largo de su vida (ej: haber consumido mucha comida rica en calorías y haber tenido sobre-peso desde niña). Otra experiencia que asocian al inicio del problema es la presencia de un “modelo de delgadez” en compañeras de colegio, alguna compañera de trabajo o alguna mujer de la familia, lo que desencadena una imitación del modelo.

- en cuanto al cambio en la relación con el alimento que marca el inicio del problema, ellas narran experiencias de la infancia y la adolescencia en que la comida está asociada a situaciones de soledad, desorden de horario, falta de preocupación de parte de sus padres en relación a la elaboración y presentación de los alimentos.

- ellas relatan que los padres, al percibir su aspecto demacrado o al enterarse de que vomitan lo que comen, intentan intervenir en su comer-problema evidenciando intenso compromiso emocional, lo cual da inicio a una interacción familiar que incluye el problema.

- generalmente, una vez que le “problema” se ha instaurado, la participación de otros durante los momentos de comida es vivenciado de manera incómoda; las opiniones y el control a que se ven afectas por parte de padres y hermanos dificulta relacionarse con ellos en torno a la comida, y complica aún más su relación personal con el alimento, sumándose a su definición de que comer es sinónimo de engordar.

- el tema de la comida las acosa constantemente, se transforma en un tema que ocupa gran parte de sus pensamientos y de su tiempo. No dejan de reconocer lo que disfrutaban el hecho (o la idea) de comer, por lo que establecen una dinámica en relación al alimento que consiste en idear estrategias para dejar de hacerlo. Se estructura un conflicto entre el deseo y necesidad de comer, el sentido que ha adquirido el alimento, y la preocupación por el peso, la necesidad de autocontrol de éste y de lo que come.
- la restricción autoimpuesta del alimento, por períodos largos o cortos, las lleva en algún momento a transgredir el régimen que se han autoimpuesto; en el caso de las anorécticas basta con que se atrevan a ingerir un mínimo de los alimentos prohibidos; mientras que para las bulímicas, así como para las comedoras compulsivas, basta con transgredir la rígida dieta, aunque las conductas compensatorias son distintas en unas y otras. Pero el sentimiento que se genera es el mismo: el fracaso y la culpa, por lo que se inicia un progresivo ciclo de comer-privarse o conducta compensatoria.
- la preocupación por la comida está en función del peso y ambos tienen sentido desde la preocupación que hay por el cuidado de la imagen y apariencia corporal.
- recurren a elementos como la ropa, para corregir los defectos que perciben y observan en su propio cuerpo, además ella constituye un referente que constata el estado actual de su peso, por lo que puede ser una fuente de satisfacción o de insatisfacción personal. El espejo no suele ser un buen aliado, suele alterar el estado anímico, pues él les devuelve aquella imagen de sí mismas que no aceptan y aspiran a transformar.
- manejan y conocen su peso y estatura actual así como cuál es el peso "ideal". Todas reconocen disconformidad respecto al estado actual de su imagen, y algunas también respecto al peso que mantienen, factores que se hallan determinados y asociados por el deseo de tener una figura corporal delgada y sentirse identificadas con dicho modelo. Unánimemente relatan que el inicio de la experiencia de darse cuenta y sentirse incómodas con su propio cuerpo, se ubica en la etapa adolescente. Si bien no todas relatan antecedentes de problemas con su peso, muchas dicen haber tenido dificultades para lograr disminuirlo al momento de tomar la decisión de hacerlo.
- muchas reconocen que como-se-autoperciben-corporalmente y se sienten consigo mismas, y como-crecen-que-las-ven, afecta su estado de ánimo, su autoestima y su participación en actividades sociales y la relación con otros. Por otra parte, la importancia que adquiere la imagen corporal y el control de la ingesta para ellas, determina la relación que tienen consigo mismas y

posibilita la aparición de conductas que giran en torno a la preocupación por la estética y el peso.

-reconocen que el contexto social con sus modelos de delgadez, así como las expectativas del varón que admira la figura esbelta, influye en la preocupación hacia sí mismas. Esto lo han experimentado en distintos momentos y ámbitos de su vida: la vivencia de rechazo y discriminación de parte de los otros en relación a su cuerpo, genera en ellas el temor a engordar, a no ser capaz de controlarse, lo que es interpretado como incapacidad personal.

- señalan que el bajar de peso y estar delgadas les proporciona la certeza de ser aceptadas en un contexto social que rechaza la gordura y prioriza el cuerpo delgado en la mujer por sobre otros valores. Por lo tanto cualquier estrategia que les permita lograr su objetivo (controlar el peso-bajar de peso=estar delgada) está relacionada con la meta última de satisfacción personal: ser aceptada y necesitada.

- tienen múltiples experiencias de fracaso (las tienden a evaluar negativamente) en el uso de estrategias que les ayuden en el logro de su objetivo. Su uso reiterado es explicado por dificultades previas y actuales que tienen o han tenido ellas, o algún otro miembro familiar, para disminuir de peso, tendencia a engordar y oscilaciones de peso, entre otras.

- reconocen que su vivencia de poseer un cuerpo que no las complace, limita sus vidas, principalmente por el tiempo que dedican a preocuparse del peso (paulatinamente se transforma en prioridad para el logro del objetivo) y control del alimento, y porque ha significado un cambio en sus actividades y relaciones con los otros, interfiriendo en el desarrollo normal de ellas.

- sobretodo aquellas jóvenes que han logrado una baja importante en su peso y que además se plantean metas en relación a ello más y más bajas, explican esta conducta y actitud no sólo por temor a engordar, sino también por su aspiración a que mientras más bajo es éste, disminuye la posibilidad de llegar a ser gordas, y les da licencia para comer sin preocuparse del peso ni limitar lo que comen.

-Las jóvenes le asignan significado a aquello que les ocurre recurriendo a formulaciones y definiciones que generan a partir de su propia experiencia y creencias, mezclándolas con definiciones y significados teóricos especializados.

-lo que las motiva a consultar un especialista, en la mayoría de los casos, no es un malestar en sí misma, sino la sensación de estar "afectando" a los otros (sensación de culpa), su familia principalmente . En algunos casos, la

motivación también se debe a que han aparecido consecuencias físicas (de la subalimentación o de vómitos reiterados), lo que les produce temor.

- los comentarios y observaciones que les hacen principalmente los padres, respecto a su apariencia corporal (delgada-gorda), las hace sufrir y rechazar lo que les dicen. Esto las lleva a dejar de creer en esos comentarios y las personas que los emiten, por lo que prefieren guiarse por sus propias decisiones y creencias respecto a lo que ellas perciben y les resulta importante. Sin embargo, no dejan de reconocer el peso y la influencia que tienen en ellas las expectativas familiares, de los padres más que nada.

- cuando sienten que ante su “problema” existe una excesiva presión externa, que se traduce en constante vigilancia o amenaza de hospitalización, las jóvenes “anorécticas”, como una forma de sentirse más aliviadas se “mejoran”, para ello diseñan respuestas que respondan a las expectativas familiares, para que de esta forma las dejen tranquilas.

- así también, las jóvenes diagnosticadas como anorécticas, vivencian el diagnóstico como certeza de estar delgadas y confirmación de un estado ideal.

- las jóvenes relatan que la etapa de la adolescencia es o ha sido de múltiples cambios fisiológicos-corporales. La mayoría define esta etapa como un período no grato, sin importancia, que las defraudó en cuanto a las expectativas que tenían, etc. Lo que resalta como más relevante se refiere a las experiencias de cambios corporales, que no sólo las hicieron sentirse en desventaja frente a sus compañeras y amigas, sino que además dieron pie a que las discriminaran.

- identifican al interior de esta cultura y sociedad, el modelo de una figura delgada, como condicionante de éxito y seguridad de acceso al mundo social-laboral y de deseabilidad social. Reconocen que los medios de comunicación juegan un rol fundamental en la promoción de las necesidades, deseos y expectativas basadas en una imagen ideal de mujer, que incluye un patrón estético y una asignación determinada de roles.

- la vivencia personal de “ser mujer” para muchas es ingrata; la relacionan con términos como: “para mí ser mujer es una lucha”, “es una exigencia”. Perciben que lo que vive la mujer actualmente es conflicto e incomodidad, al tener que compatibilizar múltiples roles y tener que responder satisfactoriamente a todos, por lo que tienden a rechazar estas demandas y se manifiestan contrarias a emprender y desempeñar las funciones “típicas” o propias asignadas a la mujer. Consideran que la “mujer tradicional” no es “valorada”, y no logra sentirse satisfecha consigo misma porque “se deja de lado”.

- en los casos de jóvenes “anorécticas” y “bulímicas”, evalúan como efectivo el tratamiento realizado, porque ayudó a resolver problemas familiares anteriores; sin embargo, reconocen que su problema con el alimento también ayudó a solucionar problemas familiares. No reconocen ni asocian el tratamiento con la superación o solución a su “problema” con el alimento o insatisfacción con su cuerpo (aquellas jóvenes que están en tratamiento o han sido dadas de alta, manifiestan aún su preocupación e interés por ser delgadas y su temor a ser gordas).

- la vivencia en relación a los tratamientos se centra en lo aversivo e invasivo que éste les resulta. Esto las lleva a diseñar estrategias para cumplir con las expectativas y metas que se plantea su propia familia y el profesional tratante. En otros casos, la participación en los tratamientos está mediada por la constatación personal de haber llegado a un límite, ya que el malestar personal experimentado es excesivo (malestar del que también participan los otros).

- actualmente como personas se autoevalúan positivamente. En cambio, en la evaluación actual del “problema” dicen que éste aún juega un rol importante en sus vidas: no renuncian a la delgadez.

SÍNTESIS FINAL:

La interacción y el intercambio de mensajes en el contexto social, suele ser impuesto y validado desde los grupos y culturas dominantes. A lo largo de nuestra vida incorporamos una serie de significados y representaciones sociales que señalan y refuerzan, entre otras, la idea de lo que es normal-anormal, salud-enfermedad. Se tiende a explicar la “enfermedad” como aquello que es opuesto o contraviene la normativa y el orden social; de hecho, es posible entender al “síntoma”, su significado, cuando podemos constatar las relaciones que el individuo “enfermo” sostiene con el contexto social.

- ¿Cuál es el discurso en que estas jóvenes explican y significan su T.A?

Para este grupo de mujeres, las explicaciones y significados que ellas se dan de su T.A, han sido construídas desde su propia vivencia, agregándose parte de las explicaciones que han recibido de los “especialistas”. Sin embargo, aparentemente, en sus narraciones, aparecen como contradictorios: por una parte, la definición de su problema como “anormalidad”, y por otra, la definición de sus conductas en relación a la comida como un distintivo, una característica que las reafirma y las identifica.

Pienso que se podría plantear que este discurso que ellas presentan, continúa sirviendo de soporte para una relación con el alimento que todavía es conflictiva, manteniéndose latente el problema en la actualidad (durante y posteriormente al tratamiento).

- ¿Cuáles son los significados relacionados con la “identidad femenina” que dan estas jóvenes al T.A?

Estas adolescentes y jóvenes se refieren al tema de la “identidad femenina” contradictoriamente; por un lado reconocen: a) que el patrón estético (imagen corporal delgada) les dicta cómo tienen que ser y aparecer,

b) que la mujer debe compatibilizar varios roles en su vida, es sobre-exigida, y nunca puede cumplir satisfactoriamente con las demandas sociales. Por fracasar o no ser reconocida, se siente permanentemente insatisfecha y se auto-desvaloriza.

Todo esto las lleva a rechazar, en su discurso, estas presiones, y a la vez a sentir malestar e incomodidad por no poder evitarlas (a pesar de haber sido la gran mayoría de ellas hija no-conflictiva, no-problema, antes de la manifestación del T.A).

De varias maneras ellas plantean la necesidad de liberarse de estas imposiciones del rol tradicional de mujer, pero, sin embargo, en su discurso expresan que no hay cabida, ni posibilidad real de implementar algo diferente.

Por otra parte, al explorar las significaciones que tiene para estas mujeres su comer-problema, se puede visualizar un conjunto de creencias y representaciones sociales que ella comparte con sus pares, con su familia, con su pareja y con el medio, y que explican, en parte, la aparición y mantención de su T.A.

En relación al tema de este estudio, la lógica que tiene la posición de estas jóvenes resulta coherente si se constata que los mismos instrumentos que ellas utilizan (conductas, apariencia, roles, etc.), socialmente se promueven, y aparecen como garantía de acceso y éxito en los distintos ámbitos en que se inscribe la mujer en su contexto social.

Al cambiar tan drásticamente las relaciones sociales a lo largo del siglo XX, cambió el lugar social y los roles que se le exigen a la mujer. Los individuos se han ido adaptando a los cambios. Para la mujer en especial, el cambio de mayor impacto ha sido su incorporación al mundo laboral, estableciéndose una competencia en este ámbito con el hombre; ella pasó a integrar espacios que eran propios del varón. No obstante, no resulta extraño que las variadas exigencias y los diferentes ámbitos de funcionamiento de la mujer no hayan tenido una integración armónica en sus vidas.

Desde la mirada de este estudio, se puede observar que las mujeres entrevistadas -como muchas otras- están iniciando tempranamente un intento de adaptación al lugar que les toca vivir como mujeres, en la sociedad; pero este intento de adaptación, les significa a la vez un fracaso desde el punto de vista de su autorregulación, ya que su cuerpo expresa malestar y su discurso revela disconformidad.

- ¿Por qué el T.A aparece de preferencia en la adolescencia?

Para ser aceptada y querida, la mujer aprende desde su infancia, a través del proceso de socialización, ciertas características culturales y de apariencia corporal que los demás esperan ver en ella.

En la adolescencia, se inicia un conflicto con estas expectativas, ya que el cuerpo cambia de forma y de aspecto en general, alejándose del modelo de dimensiones y proporciones estilizadas. Además, en esta etapa la toma de conciencia y la necesidad de construir su propia identidad se intensifica. Las relaciones entre la hija y sus padres, debe necesariamente cambiar, la hija tiene una fuerte necesidad de “individuarse” y “diferenciarse”. Y desde la “cultura de la delgadez”, instaurada también en la familia, se comienza a evaluar de manera distinta a la hija: se le pide que sea sana, fuerte, delicada y delgada. Ella se compara con sus pares y con los modelos estéticos imperantes, y comienza a sentirse cada vez menos comfortable en su cuerpo.

La población adolescente, en su conjunto, está siendo bombardeada por multiplicidad de mensajes que plantean valores y logros de alta exigencia, competencia y comparación entre individuos a todo nivel. Algunos jóvenes (mujeres en su mayoría) parecen iniciar un proceso de adaptación al modelo de delgadez, estableciendo una relación inadecuada con el alimento, sobrepasando los límites de cuidado de su propio cuerpo .

Se puede destacar que dentro del complejo proceso en que se desarrolla un T.A, las motivaciones iniciales son la búsqueda de ser reconocida, necesitada, y aceptada ; también, la búsqueda de una imagen corporal prescrita para la mujer en esta sociedad; y, por último, la búsqueda de una diferenciación e individuación con respecto a su familia. Sin embargo, paradójicamente lo logrado por la joven es un reconocimiento como “enferma”, un rechazo hacia su aspecto corporal (en anorécticas) por considerar que no es agradable visualmente, y una mayor dependencia con respecto a su familia.