

**Estudio comparativo de los procesos de  
socialización alimentaria de adolescentes  
diagnosticados y no diagnosticados de trastornos  
alimentarios**

Eva Zafra Aparici  
Universidad Rovira i Virgili



## **Estudio comparativo de los procesos de socialización alimentaria de adolescentes diagnosticados y no diagnosticados de trastornos alimentarios<sup>1</sup>**

### **Comparative study of food socialization processes of teenagers diagnosed and not diagnosed with eating disorders**

**Eva Zafra Aparici**

Universidad Rovira i Virgili

Observatorio de la Alimentación de la Universidad de Barcelona

eva.zafra@urv.cat

Aceptado: 28 de febrero de 2015

Recibido: 10 de junio de 2015

#### **Resumen**

En este artículo se exponen los resultados de un estudio cualitativo y cuantitativo en el que se comparan los procesos de socialización alimentaria de adolescentes diagnosticados de algún Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) con otros no diagnosticados. Se analizan los elementos en común y divergencia entre sus respectivas experiencias de aprendizaje alimentario, lo cual nos ha permitido conocer y profundizar en las causas socioculturales de los TCA; causas que, indiscutiblemente, van ligadas a los sentidos y significados que adquiere la alimentación en nuestro contexto actual y cotidiano.

**Palabras clave:** Alimentación; Socialización; Trastornos del comportamiento alimentario; Género; Adolescencia; Criterios de diagnóstico

#### **Abstract**

In this paper are exposed the results of a qualitative and quantitative study that compare the food socialization processes of boys and girls diagnosed of some eating disorder with others not diagnosed. We have analyzed the common elements and divergence between food learning experiences. This analysis has allowed us to know and deepen in the sociocultural causes of these problems, indisputably linked to the senses and meanings that food acquires in our current context.

---

1 Los resultados presentados en este artículo son producto de diversas investigaciones: la tesis doctoral *Aprender a comer: procesos de socialización y trastornos del comportamiento alimentario* (Zafra, 2007); *Comer en la escuela y sus circunstancias: aprendizaje, cultura y salud* (2009-2012) e *Individualismo y sociabilidad en una sociedad de consumo en crisis* (2013-2015), del Observatorio de la Alimentación y financiadas por el Ministerio de Ciencia e Innovación CSO2012-37938.

**Keywords:** Food; Socialization; Eating disorders; Gender; Adolescence; Criteria for diagnosis

**Para citar este artículo:** Zafra Aparici, Eva (2015). Estudio comparativo de los procesos de socialización alimentaria de adolescentes diagnosticados y no diagnosticados de trastornos alimentarios. *Revista de Humanidades*, n. 25, p. 103-128, ISSN 1130-5029.

**SUMARIO:** 1. Introducción. 2. Metodología. 3. Resultados. 4. Bibliografía.

## 1. INTRODUCCIÓN

Cada vez son más los adolescentes preocupados por su imagen corporal y que controlan su alimentación a través de dietas adelgazantes no siempre controladas por un experto, mediante ejercicio físico desmesurado o a través de restricciones alimentarias severas y de diverso tipo (saltarse una o varias ingestas, vomitar, etc.), con las que pretenden “compensar” los supuestos excesos cometidos en otro momento (atracones, ingesta de determinados alimentos que consideran excesivamente calóricos, etc.). Según el libro Blanco de la Nutrición en España (2013: 65), un numeroso grupo de adolescentes realizan dietas restrictivas y desequilibradas sin ninguna base nutricional y planificadas por ellos mismos. Además, estas restricciones voluntarias de la ingesta aumentan el riesgo de aparición de alteraciones del comportamiento alimentario, de frustración y pueden conducir, en situaciones extremas, a trastornos alimentarios (Moreno, 2013).

Aunque a menudo estas prácticas provengan de decisiones individuales, no pueden desvincularse del contexto sociocultural donde se producen y reproducen. De hecho, Chernin (1985) y Orbach (1986) ya destacaban los aspectos aprendidos e incorporados de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (posteriormente: TCA), rescatando los roles socioculturales y de género como factores primarios en el inicio de estos comportamientos.

En occidente, la presión social hacia la delgadez es cada vez mayor, pero además, esta presión no solamente tiene que ver con la belleza física, sino también con el éxito social. Así pues, bajo “la imagen de la delgadez” se esconden toda una serie de valores (juventud, dinamismo, profesionalidad, responsabilidad, independencia, etc.) que, mercantilizados a través de la industria de la moda y de la alimentación, han convertido a los (cuerpos) adolescentes en un grupo especialmente vulnerable que a menudo se siente insatisfecho con su imagen corporal y en consecuencia, con su propia identidad.

La alimentación, en estos casos y sobre todo en las mujeres, se suele convertir en la herramienta para conseguir la imagen deseada, en la mayoría de casos, la herramienta para controlar su peso. Soliah et al. (2000), por ejemplo, vieron que los adolescentes entre 14 y 19 años que estaban descontentos con su peso, lo regulaban a través de la alimentación, evitando la ingesta de aquellos alimentos que catalogaban

como “calóricos”. Además, observaron que estas conductas aumentaban entre las chicas y que conforme se incrementaba el comportamiento restrictivo también se acrecentaba, paradójicamente, la insatisfacción con la imagen corporal y el peso. Por su parte, Merino et al. (2001) evaluaron las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes y evidenciaron que, con independencia del peso, cuanto más insatisfecha se siente una persona con su cuerpo y apariencia externa, tanto más obesa se percibe y mayor es su historia de dieta y su deseo de adelgazar (Benedito *et al.* 2003). Asimismo, Moreno (2013: 65) señala que algunos de los motivos que llevan a los chicos y sobre todo a las chicas a realizar restricciones alimentarias y dietas desequilibradas, tiene que ver con el rechazo frecuente de la imagen corporal en lo que refiere a: a) la percepción del tamaño de ésta, creyendo que el cuerpo es más grande de lo que realmente es; b) aspecto subjetivo, satisfacción o preocupación respecto a todo el cuerpo o a partes del mismo; y c) componente conductual, en el que la persona evita situaciones que pueden originarle ansiedad.

La complejidad inherente a la explicación de todos estos comportamientos requiere, entre otras cosas, de estudios que profundicen en las relaciones entre cuerpo, género y alimentación. Por eso, nuestro objetivo ha sido analizar y comparar los procesos de socialización alimentaria de adolescentes diagnosticados<sup>2</sup> y no diagnosticados de TCA (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa), para encontrar puntos en común y divergencia que nos ayuden a profundizar en el conocimiento de la manera en que la socialización alimentaria puede dar cuenta de la causalidad y sintomatología de estas problemáticas.

Los motivos por los que se han analizado los procesos de socialización alimentaria han sido diversos. Por un lado, porque han sido pocos los estudios que han intentado relacionar la socialización alimentaria con los TCA<sup>3</sup>. Por otra parte, porque la socialización se puede entender como el proceso a través del cual el cuerpo es construido en función de las normas y necesidades de cada sociedad, de manera que éste (el cuerpo) se convierte en una medida de evaluación social y personal diferente para mujeres y hombres (Del Valle, 1992; Bernard, 1985). De esta manera,

---

2 Los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-V (2013: 189) son: A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar. C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución. Para la bulimia nerviosa, los criterios son: A. Episodios recurrentes de atracones. B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

3 Sobre los procesos de enculturación alimentaria, en el Estado Español tenemos las etnografías de Carrasco (1991) y Carpena (1999), y sobre la relación entre los procesos de transmisión-adquisición de la cultura alimentaria y los TCA, el estudio de Sánchez (2004).

si relacionamos los procesos de socialización con la cultura alimentaria de niños y niñas podemos averiguar qué factores socioculturales se esconden detrás de estas problemáticas y comprender mejor *por qué* un determinado género es más o menos “susceptible” a padecer un determinado trastorno alimentario, ya que las estadísticas señalan, por ejemplo, que la prevalencia de anorexia nerviosa es mayor en mujeres que en hombres, en una proporción de 9 a 1 (Muñoz, 2011)<sup>4</sup>.

A este respecto, cada vez son más los estudios que evidencian el estrecho vínculo existente entre alimentación, cuerpo, género y salud (Kerr y Charles, 1986; Bordo, 1990 y 1993; Carrasco, 1991; Moore, 1991; Murcott, 1993; Chernin, 1993; Lupton, 1996; Counihan y Kaplan, 1998; Counihan, 1999; Boroughs, 2002; Criado, 2004; Sánchez, 2004; Cruz et al., 2012; Pérez et al., 2014, etc.). Asimismo, en nuestro estudio se ha corroborado que niños y niñas van conformando e interiorizando prácticas y actitudes hacia la alimentación de forma diferente (y a menudo desigual) porque también resulta diferente y desigual su proceso de socialización. Además, este proceso de aprendizaje diferente y desigual está íntimamente relacionado con el hecho de que determinados criterios para el diagnóstico de la anorexia y la bulimia nerviosa como son “la insatisfacción corporal”, “el miedo a engordar”, “la distorsión de la imagen corporal”, “los atracones” y “los comportamientos compensatorios” (Academia Americana de Psiquiatría, 2013), se den con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres ya que, como decimos, detrás de estos síntomas diferentes también existen desigualdades sociales que los explican.

## 2. METODOLOGÍA

La investigación se ha centrado en Catalunya, concretamente en la ciudad de Tarragona donde, al igual que en otros núcleos urbanos de nuestro Estado, durante las últimas décadas han ido confluyendo factores clave para el estudio de los procesos de cambio social y alimentario. En efecto, la industrialización, la urbanización, el incremento de la presencia de la mujer en el mercado laboral, la mayor escolarización de los niños y niñas, la modificación de las estructuras y los tamaños familiares, los fuertes flujos migratorios, los cambios en los ritmos de vida y en las formas de comunicarse, relacionarse, “sentir”, etc., han propiciado cambios importantes tanto en las formas de vivir como en las representaciones y prácticas alimentarias y corporales de los adolescentes.

---

4 Peláez et al. (2010), revisando los estudios epidemiológicos sobre trastornos de la conducta alimentaria realizados en España, señalan algunos de los estudios más recientes como el de Arrufat (2006), que sobre una muestra de 2280 adolescentes de 14 a 16 años en la comarca de Osona (Barcelona), la tasa de prevalencia global de TCA fue 1,9%. En mujeres el 3,49% y en varones el 0,27%. Muro-Sans y Amador-Campos (2007) evaluaron la prevalencia de TCA en estudiantes de Barcelona de ambos sexos de 10 a 17 años y vieron que el 1,28% de los estudiantes cumplieron criterios TCA; el 2,31% de las mujeres y el 0,17% de los varones (en Peláez et al., 2010).

Las unidades escogidas para la selección, reclutamiento de informantes y la observación de las prácticas y actitudes de los adolescentes, han sido cuatro centros educativos de primaria y secundaria de Tarragona. Para seleccionarlos, se han tenido en cuenta distintas características con la finalidad de obtener la mayor diversidad y representatividad posible en relación con los objetivos planteados: situación sociodemográfica del centro (situados al centro de la ciudad y en la periferia); características socioeconómicas (representadas en gran parte a través del carácter público o concertado del centro); y características ideológicas (religiosos y laicos).

Por un lado, se ha tenido en cuenta una muestra de 117 niños y niñas de 6 a 16 años, con igual proporción por grupos de edad y sexo: 17 niñas y 15 niños de 6 a 9 años; 20 niñas y 21 niños de 10 a 12 años; y 22 niñas y 22 niños de 13 a 16 años.

La complejidad de estas problemáticas abarca múltiples esferas de análisis y el sexo-género es una de las fundamentales. En general y como hemos visto, las estadísticas señalan porcentajes diferentes de “afectados” y “afectadas” y a este respecto, como señalan Esteban, Comelles y Mintegui (2010), el género constituye una categoría ineludible para explicar muchas de las cuestiones relativas a las concepciones y prácticas sobre la salud de los hombres y de las mujeres de nuestra sociedad.

La variable “edad” se ha escogido porque el desarrollo psicosocial del niño y de la niña permite identificar diferentes etapas que se reflejan en sus comportamientos en general, y alimentarios en particular. Por ejemplo, factores como la importancia de la experiencia familiar condicionan, en los de menor edad, actitudes y preferencias distintas a los mayores en relación con su alimentación (Carrasco, 1991; Rozin, 1995; Birch y Fisher, 1998; Carpena, 1999; Tibbs et al. 2001; etc.).

Por lo tanto, junto con las variables sexo-género, la diversidad de comportamientos por edades nos ha obligado a considerar una muestra donde estén representados grupos pertenecientes a distintos momentos del proceso de maduración social y biológico. En este sentido, las etapas principales que estructuran el sistema educativo obligatorio catalán y español (Educación Primaria, de 6 a 12 años, y Educación Secundaria Obligatoria, de 12 a 16 años) se han considerado suficientemente válidas y operativas para atender la variabilidad mencionada. Éstas, a su vez, se han subdividido en tres grupos de edad (niños y niñas de 6 a 9 años, de 10 a 12 y de 13 a 16 años) para poder profundizar y concretar más en el análisis y la consecución de los objetivos.

Por otra parte, se han buscado 2 chicos y 3 chicas diagnosticados de TCA (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) para llevar a cabo el análisis comparativo entre sus marcos de aprendizaje socio-alimentario y los de la población no diagnosticada. Hay que resaltar que no se han tratado de casos crónicos de TCA, sino de casos leves donde los diagnosticados y las diagnosticadas “se movían” en los márgenes de la enfermedad. La captación ha sido mediante la petición de colaboración con psiquiatras y psicólogos de servicios de psiquiatría infanto-juveniles y centros de

salud mental, asociaciones de TCA y profesionales educo-sanitarios de los centros educativos estudiados.

La investigación ha sido cualitativa y cuantitativa. La parte cualitativa ha sido de base etnográfica y comparativa, donde además de la consulta documental y bibliográfica, se ha llevado a cabo observación no participante en los diferentes espacios de los centros educativos implicados en la comensalidad de los menores (pasillos, patio, entrada y salida del colegio y comedor escolar); 117 entrevistas semi-estructuradas; 18 en profundidad y 5 grupos de discusión sobre la misma muestra de 117 chicos y chicas anteriormente descrita. Las entrevistas versaban sobre las prácticas y actitudes alimentarias, modos de vida, aceptación y percepción de la imagen corporal y conocimientos nutricionales.

Asimismo, se han realizado historias de vida a los 2 chicos y 3 chicas diagnosticados de TCA y a 5 adolescentes más (2 chicos y 3 chicas) no diagnosticados de ningún TCA y escogidos a partir de la muestra de los 117 anteriormente descritos.

En lo que respecta a la investigación cuantitativa, se registraron las ingestas de la última semana de los 117 sujetos de estudio a través de una ficha-menú donde se debía especificar el día de la semana, el tipo de ingesta (desayuno, almuerzo, comida, merienda, cena u otras) y el horario, la descripción de la ingesta y de la compañía, el lugar y las actividades simultáneas realizadas durante la ingesta. También se pasó otra ficha para registrar las actividades extraescolares y de ocio. El registro fue diario y durante toda una semana, subdividiendo las actividades según se hubieran realizado durante la mañana, mediodía, tarde y noche.

Finalmente, los datos obtenidos a través de las fichas cuantitativas fueron organizados, tratados confidencialmente y analizados a través del programa Excel. Las entrevistas fueron transcritas literalmente, revisadas y tratadas también de forma confidencial. Posteriormente, los datos extraídos de las mismas fueron organizados en una unidad hermenéutica, codificados y explotados de forma sistemática y exhaustiva a través del programa de análisis cualitativo Maxqda (*Qualitative Data Analysis*). Este programa ha permitido efectuar un análisis de contenido temático del material empírico recogido mediante método inductivo de re-lectura y codificación, y generar un marco explicativo en relación al objetivo de la investigación.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Similitudes entre diagnosticados/as y no diagnosticados/as: Los criterios del diagnóstico.

La similitud entre los discursos de las chicas y chicos diagnosticados y no diagnosticados de TCA es, precisamente, el hecho de que en todas las historias se ponen de manifiesto los criterios básicos para el diagnóstico de la anorexia y la



bulimia. Es decir, la “distorsión de la imagen corporal”, la “insatisfacción corporal y el rechazo a mantenerse en el normopeso”, el “miedo a engordar”, los “atracones” y los “comportamientos compensatorios”, no sólo aparecen en las personas diagnosticadas de TCA, sino también en la mayoría (más del 50% de los casos) de los adolescentes “no diagnosticados” entrevistados en este estudio.

#### a) Distorsión de la imagen

Este fenómeno corresponde a la popularizada consideración de la persona anoréxica como una persona que, estando delgada, “se ve gorda” (Toro, 2000: 23).

No obstante, esta auto-percepción no es exclusiva de las personas diagnosticadas ya que un 68,2% de las chicas de 13 a 16 años de este estudio afirman “verse gordas” o sienten que alguna parte de su cuerpo (mayoritariamente la barriga y después los muslos) “es demasiado voluminosa”:

Yo me lo cambiaría todo, ¡hasta las pestañas! Pero si tuviera que elegir me cambiaría la barriga, que la tengo muy gorda. Bueno, yo me veo más bien gordita que flaca, pero la tripa sí que la tengo muy gorda (Sandra, 15 años, no diagnosticada).

Por lo general, los chicos muestran más aceptación hacia su imagen corporal. Aun así, un 22,7% de los chicos entrevistados no diagnosticados de TCA también dicen “verse gordos”.

#### b) Insatisfacción corporal

La insatisfacción corporal se caracteriza por el descontento corporal y hacia el propio peso aun estando dentro, incluso por debajo, de los límites que se marcan como normales<sup>5</sup>. Sin embargo, este criterio tampoco es exclusivo de los adolescentes diagnosticados de TCA. En lo que respecta a la muestra de este estudio, de todas las adolescentes de 13 a 16 años entrevistadas (22), sólo 1 se muestra satisfecha con su cuerpo en su totalidad. El resto se cambiaría alguna parte del mismo y al 68,2% (15 de las 22) les gustaría adelgazar. Además, de estas últimas sólo una sobrepasa su normopeso.

Como decíamos anteriormente, los chicos, por lo general, están más satisfechos con su cuerpo y su peso. No obstante, hay un 45,5% de los 22 entrevistados de 13 a 16 años que no se manifiestan a gusto con su cuerpo (10 de los 22 chicos). Además, de este 45% que dice no estar conforme con su cuerpo, sólo el 22,7% superan su normopeso. El resto están en un peso considerado médicamente normal.

---

<sup>5</sup> Según el DSM-V (2013: 189) “el peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. Para la anorexia nerviosa se estiman los siguientes valores: Leve: IMC  $\geq$  17 kg/m<sup>2</sup>; Moderado: IMC 16–16,99 kg/m<sup>2</sup>; Grave: IMC 15–15,99 kg/m<sup>2</sup>; Extremo: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>. Por su porte, la OMS señala que el normopeso está en un Índice de Masa Corporal situado entre los valores: 18,5 y 24,9 (Organización Mundial de la Salud, en línea: <http://www.who.int/es>)

### c) Miedo a engordar

Toro señala que “habitualmente el temor a engordar se incrementa a medida que disminuye el peso y que ante tal incremento es lógico que la persona potencie la restricción alimentaria. Una restricción que da lugar a nuevas pérdidas de peso y nuevos incrementos del temor en cuestión” (Toro, 2000: 22).

En este estudio se ha visto que el “miedo a engordar” lo manifiestan tanto adolescentes diagnosticados como los 22 chicos y 22 chicas de 13 a 16 años no diagnosticados/as de TCA. Esto se explica, generalmente, por el temor a perder los privilegios y el reconocimiento social que la delgadez o la pérdida de peso supone en sus vidas: elogios, aceptación por parte de los amigos, éxito en el amor, etc. Tenemos, en este caso, el ejemplo de Raquel. Una chica de 16 años diagnosticada de anorexia desde hace más de un año que explica que estando “gordita” los chicos no le hacían caso y no se fijaban en ella. Pasaba desapercibida. Sin embargo, cuando empezó a adelgazar su vida cambió y empezó a sentirse bien porque era reconocida, elogiada por sus amigos y amigas, era el centro de atención en las fiestas del instituto, etc.:

Hace varios meses me engordé un poco porque al estar en tratamiento los médicos querían que llegara a los 43 kg y bueno, bien... Llegué a los 43 y medio. Estaba saliendo con un tío y cortamos. Entonces, pues me pasó lo de siempre... ¡Vuelta a comerme la cabeza! Que porqué me habrá dejado, será que no le gusto, estoy demasiado gorda... Otra vez igual...

Además, esto me sentó super mal porque este chico empezó a salir con mi prima. ¡Buena!... Me cogió un trauma. Entonces, empecé otra vez con mis rollos y volví a perder peso. Unos quilos. Pasé a 39-40 Kg. Total, que el otro día fui a Valls, a la discoteca. Y a Valls hacían una cena, pero como yo durante toda la semana había tenido gastritis, mi madre me dijo que no fuese a la cena porque no podría comer nada, porque si me ponían algo muy condimentado me podía hacer daño. Entonces, me quedé a cenar en casa y después de cenar fui con ellos.

Pues bueno... Cuando llegué, todos me querían dar dos besos. Me quedé... ¡Te quedas! ¡Joder! ¡Ser famoso a veces mola! ¡Eh! ¿Sabes lo que es que llegues allí y que todo el mundo se te quede mirando? Muy fuerte. Llegué allí y no sé, me sentí, pues... ¡Otra vez muy bien! Porque al menos la mitad de los tíos me dijeron que estaba super bien, que había adelgazado y que estaba super guay... ¡Y eso es genial! Luego fuimos a una discoteca y al final sólo nos quedamos tres tías y un montón de tíos que... ¡Claro! Quieras que no... Entonces, claro, cuando ya me iba pues me decían: “¡Ay!, ¿ya te vas? Quédate un rato más...”

Entonces, claro, yo lo que pienso es que no he cambiado tanto del año pasado a este, pero todos te ven super cambiada y quieras o no eso te hace sentir bien. Pues, desde el momento en que te hacen sentir bien piensas: “¿Por qué he de cambiar

ahora y aumentar de peso? ¿Por qué los médicos quieren que pese 43 kg si a todo el mundo le gusta más con 39 kg?” Es que es lógico que no quiera engordar....

Asimismo, Luis, un chico que nunca ha estado diagnosticado de TCA, relata sus preocupaciones en torno a su imagen corporal, su deseo de adelgazar y cómo lo que le impulsaba a hacer cada vez más ejercicio y controlarse la dieta era, precisamente, la satisfacción que le producía “estar delgado” porque a raíz de la pérdida de peso empezó a tener más éxito y reconocimiento en su entorno social:

El primer recuerdo que tengo sobre mi cuerpo lo he encontrado a los cinco años de edad cuando me enteré que a mi ex novia le gustaba mi mejor amigo. Recuerdo perfectamente que me daba cuenta de que a ella le gustaba mi amigo y yo sentía celos, y fue entonces cuando pensé que era porque yo había empezado a engordar. Fue también entonces cuando mis compañeros de clase me empezaron a decir que estaba gordo, incluso “ella”, aunque seguíamos siendo buenos amigos.

En el cole era uno de los gordos de la clase; siempre de los últimos en ser elegidos por los capitanes de equipo para jugar al fútbol. Todos queríamos ser como Alex, un chico de complexión muy musculosa, físicamente incansable y el que corría más. Yo pensaba que me gustaría ser como él y tener éxito. Quería adelgazar pero era incapaz de no comer cuando tenía un plato de comida delante.

El único cambio logrado fue a los 15 años y tuvo que ver con mi relación con el ejercicio, que empezó a ser más regular; descubrí que con el esfuerzo y la constancia no era tan patoso y podía seguir mejorando. Esto aumentaba mi autoestima aunque seguía envidiando a mis compañeros más delgados, musculosos y ágiles; y con más éxito con las chicas que yo; que estaba gordo.

El sentimiento de que tenía que adelgazar como fuera, fue creciendo en mí durante los dos años siguientes. Todos mis compañeros habían tenido alguna novia o algún “rollo” con alguna chica, y yo no, y creía que esto cambiaría si adelgazaba. La presión creció durante curso siguiente cuando cambié de instituto de nuevo (a un colegio mixto) y me enamoré de una chica, cosa que me hacía sentir más agobiado por mi sobrepeso.

A finales de curso cuando ya salía con aquella chica (cosa que mejoró mucho la confianza en mí mismo), empecé a adelgazar. Todo empezó como por casualidad unos días que iba al gimnasio y no tuve tiempo para comer, e incluso me salté alguna comida entera. Fue una temporada en la que comía sólo ya que no coincidía con mis padres ni con mi hermana al mediodía. A raíz de esto perdí unos dos kilos de peso, cosa que me animó y empecé a saltarme más comidas y a “comer” solamente una manzana o un lata de coca-cola. Aumenté las horas de gimnasio y empecé a ir a correr. Pasé mucha hambre, y algunos días notaba que me bajaba la tensión y el azúcar, pero perder peso me animaba a perder más, aguantándome sin comer y

haciendo más ejercicio: ¡Era fantástico! Estaba adelgazando mucho y deprisa, que era lo que justamente había deseado durante tanto tiempo, y finalmente perdí 20 kilos en unos dos meses (de 81 a 60 kilos).

A partir de este momento entré en una etapa en la que pasé los siguientes tres o cuatro años controlando mi peso haciendo mucho ejercicio ya que el día que no hacía ejercicio me sentía muy mal y me horrorizaba la idea de volver a engordar. En esta etapa volví a comer compulsivamente y con gula, posiblemente más que en etapas anteriores, pero el ritmo de ejercicio que realizaba impedía que engordara. Me comía un paquete entero de 500 gramos de macarrones (peso seco antes de hervir) con un bote entero de 200ml de salsa de tomate frito y un paquete entero de 250 gramos de queso rallado, e incluso luego un filete gordo de ternera! Luego, me iba a correr durante una hora y media...

En definitiva, comparando las experiencias de estos jóvenes con el contexto sociocultural donde éstas toman sentido, parece lógico pensar que una persona se sienta triunfadora estando delgada en una sociedad donde estar gordo o gorda estigmatiza, incluso margina. Por lo tanto, también parece lógico y razonable interpretar que, cuanto más evidente sea la “delgadez”, más lejos se sitúa una persona del estigma.

#### d) Atracciones y comportamientos compensatorios.

A través de las historias de vida y las entrevistas semi-estructuradas y en profundidad realizadas a los adolescentes de este estudio, también se ha podido comprobar que los “atracones” y las “conductas compensatorias” no son exclusivas de las personas diagnosticadas de TCA. Al respecto tenemos el caso anteriormente mencionado de Luis, no diagnosticado de TCA, que explica las enormes cantidades de pasta que se comía y las intensas sesiones de ejercicio físico que practicaba inmediatamente después para compensarlo.

Comportamientos compensatorios de todo tipo se han puesto de manifiesto en la mayoría de las y los informantes de este estudio. Cuando no es a través del ejercicio, es a través de la alimentación, a través de purgas o vómitos auto-inducidos, uso de laxantes o medicamentos, etc. Por ejemplo María, una chica no diagnosticada de ningún TCA, señala que toma complementos adelgazantes para compensar lo que come durante las comidas.

He tomado un medicamento de la farmacia y sobres de estos para adelgazar. Bueno, mi madre toma y me da. Lo único que pasa es que dejé de tomarlos porque me daban mucho dolor de estómago. Es como si te comieran lo que has comido, pero a veces sentía muchos retorcijones y lo dejé de tomar.

Asimismo, algunas de las chicas de la muestra afirman haber tenido episodios recurrentes de atracones, sentimiento de pérdida de control sobre el acto de comer durante este episodio y, consecuentemente, algunas incluso han recurrido al vómito

o al uso de laxantes. Es el caso de María, que afirma haber recurrido más de una vez al vómito; práctica que, incluso llega a considerar “normal” en la medida en que también la practican algunas de sus amigas:

Bueno, yo no sé si es normal o no, lo único que te puedo decir es que de mis amigas, de mi grupito, casi todas hemos intentado vomitar alguna vez. No sólo las gorditas sino las más delgadas también. Rosana está como un palillo y, sin embargo, fue la primera que empezó a vomitar. Nos lo contó y supongo que poco a poco lo fuimos probando las demás... Un día dices: A ver... ¡Voy a probarlo! ¡A ver qué pasa!

Por otra parte, tenemos las dietas y las restricciones alimentarias, que también forman parte de los comportamientos compensatorios. En este sentido, un 63,6% de las adolescentes de 13 a 16 años de este estudio restringe alguna de las ingestas principales del día. Además, la mayoría de veces dicha restricción tiene motivaciones compensatorias como en el caso de Ana (16 años, no diagnosticada):

A veces, si veo que me he pasado de comer, pues después me reprimo de otra cosa... No ceno o ceno muy poco... Así voy compensando. También va por temporadas. Hay temporadas que como más que otras. A veces sí que me he pasado igual una semana haciendo dieta o comiendo super poco porque tengo que ir a la playa, o porque tengo una fiesta que me importa y quiero estar bien y guapa... Depende de las circunstancias o de cómo me dé... hago una cosa u otra. La cuestión es ir compensando los excesos...

Los chicos de 13 a 16 años también realizan comportamientos compensatorios, pero tienen connotaciones diferentes a los practicados por las chicas. Algunos de ellos dicen practicar ejercicio físico intenso, incluso extremo, para compensar determinadas ingestas alimentarias. Las prácticas purgativas son menos usuales que en las chicas y la finalidad del comportamiento compensatorio está más relacionada con el hecho de llegar a ser competitivos en la práctica deportiva que en la búsqueda de una imagen ideal como es el caso de la mayoría de las chicas de 13 a 16 años entrevistadas:

Yo reconozco que me sobran alguno quilillos, pero bueno, intento hacer ejercicio físico. A veces me voy a correr casi dos horas y en pleno calor para sudar más y así voy rebajando los excesos de la comida. La idea es poder adelgazar un poco y ponerme fuerte para correr más y así... ¡A ver si por fin gano a mis colegas! (Antonio, 16 años).

### 3.2. Las diferencias entre diagnosticados/as y no diagnosticados/as: “Estar o no diagnosticado/a”.

Como hemos visto, tanto los adolescentes diagnosticados de TCA (recordemos que nos referimos a aquellos que se mueven en los márgenes de la salud-enfermedad),

como los que no lo están, responden de forma similar a los principales criterios del diagnóstico de la anorexia y la bulimia. Por este mismo motivo, uno de los aspectos que los diferencia es, paradójicamente, el hecho de “estar o no diagnosticados/as”. Esta diferencia no es en términos absolutistas, ni mucho menos, pero evidenciarla nos permite reflexionar en torno a los propios criterios del diagnóstico, el proceso del mismo y en definitiva, sobre los límites de la salud-enfermedad-atención<sup>6</sup> (Menéndez, 2004) de estas problemáticas.

En este sentido, se ha demostrado que el proceso de diagnóstico está supeditado a cierta “arbitrariedad” que implica situaciones ambiguas y paradójicas como las que nos encontramos entre aquellos adolescentes que, aun teniendo la misma sintomatología, unos están diagnosticados de TCA y otros no. Los motivos tienen que ver, entre otras cosas, con las circunstancias y el contexto del propio proceso por el que se llega a ser o no diagnosticado/a.

En primer lugar, cabe señalar que para ser diagnosticado o diagnosticada de TCA, se debe ir a la consulta del profesional que diagnostica el problema, y en este caso, la mayoría de las personas que dejan de comer de forma voluntaria (como es el caso de la anorexia nerviosa) no buscan la ayuda ni el soporte de ningún profesional, precisamente, porque realizan esta práctica de forma voluntaria y sin considerarla patológica ni “anormal” en la medida en que se trata de comportamientos y actitudes que, como veíamos anteriormente, son comunes y compartidos entre la mayoría de sus iguales (compañeros, compañeras, amigos y amigas). Además, como señalan García y Martínez (2010: 146), los adolescentes constituyen un grupo de edad caracterizado por considerar vagamente los recursos profesionalizados en sus procesos de búsqueda de ayuda, suelen entender las aflicciones como productos del mundo social y su proceso de búsqueda de salud o ayuda más común implica a los iguales.

En el caso de los TCA, para que el adolescente llegue a la consulta del profesional sanitario, primero han de haber intervenido los agentes de su entorno más inmediato: familiares o amigos cercanos que les aconsejan u obligan a ir. Pero, hay que tener en cuenta que la intervención de estos familiares o amigos tampoco está siempre garantizada, ya que depende de numerosas variables como el hecho de que conozcan o no la problemática, de que conozcan su sintomatología y la relacionen con los TCA, de que ésta les pase más o menos desapercibida, etc.

Raquel, por ejemplo, fue diagnosticada de anorexia nerviosa a los 15 años. Según cuenta, sus comportamientos alimentarios eran iguales, si más no similares a los de muchas de sus compañeras de clase. No obstante, a diferencia de otras compañeras, ella fue diagnosticada de anorexia nerviosa porque un familiar cercano, que era médico, relacionó los síntomas que sus padres le explicaban con la anorexia nerviosa

---

6 La “salud-enfermedad-atención” se entiende como un proceso dinámico y cambiante según cada sociedad, ya que es ésta (la sociedad) la que resuelve cotidianamente las formas de cuidar la salud y cómo recuperarla cuando ésta se ha deteriorado (Menéndez, 2004).



y la derivó a un psiquiatra amigo suyo:

Fui diagnosticada y tratada por los contactos que el marido de mi prima, al ser médico, tenía con el psiquiatra de un Centro de Día. Digamos que fue cuando llegué a clase después del verano. ¡Claro! Los compañeros de clase se dieron cuenta de que había adelgazado y me preguntaban si me pasaba algo... así insinuando. Pero nada que no sea lo normal, todas mis amigas han adelgazado y engordado muchas veces, incluso una compañera mía de clase pesa lo mismo que yo y mide 10 o 12 cm más que yo y no le han dicho que es anoréxica, simplemente, no ha ido al médico. Yo creo que esto es muy fuerte porque yo no lo entiendo. He tenido amigas mías, íntimas amigas... ¡eh!, que incluso han llegado a vomitar un montón de veces y... ¿éstas qué? ¿Éstas no están enfermas o qué? Pues éstas siguen por ahí tan campantes... La cuestión es que había adelgazado pero tampoco más que cualquier otra amiga mía. Pero, entonces, a principios de octubre que mis tíos celebraban 25 años de casados y mis abuelos 50, en una comida de estas familiares... ¡pues claro!, todos, porque hacía mucho tiempo que no me veían, me vieron más delgada. Además coincidió que una prima de mi padre trabaja aquí en el hospital y su marido es médico. Su marido es muy amigo del psiquiatra del Centro de Día del hospital y les dijo a mis padres: “Id al centro de día porque esto se tiene que parar ya”. Y él se encargó de todo. Al cabo de una semana ya tenía hora al Centro de Día con el psiquiatra.

Sin embargo, en el caso de Carlos (no diagnosticado), el desconocimiento de la bulimia nerviosa por parte de su madre fue uno de los factores principales que condicionó el hecho de no haber ido nunca a una consulta médica por sus comportamientos “extremados” y por lo tanto, el no haber sido diagnosticado de TCA:

Mi madre nunca pensó que tenía anorexia, que era lo que por entonces se conocía más, porque yo comía mucho. Si hubiera sospechado que existía la bulimia seguro que se hubiera preocupado más y me hubiera lleva al médico.

Con todo esto no pretendemos valorar ni juzgar el diagnóstico de los TCA, sino profundizar en las circunstancias socio-culturales que lo condicionan, y evidenciar que por más bien definidos que estén los criterios para detectar estas problemáticas, éstos no pueden ser suficientemente válidos ni eficaces si no los entendemos y consideramos en relación con las cuestiones sociales, familiares, personales y contextuales que los rodean.

### 3.3. Discusión: ¿Qué hay detrás de estos síntomas (criterios de diagnóstico de los TCA)? ¿Los puede explicar la socialización alimentaria?

El hecho de que tanto chicos y chicas diagnosticados de TCA como los que no lo están respondan a los mismos criterios de insatisfacción corporal, miedo a engordar, distorsión de la imagen, atracones y comportamientos compensatorios;

criterios que por otra parte conforman el cuadro diagnóstico de los TCA, nos lleva a plantearnos importantes interrogantes que se deberían resolver.

El primero tiene que ver con el hecho de que si tanto los adolescentes diagnosticados como los que no lo están, coinciden en tener actitudes y prácticas alimentarias que corresponden con los criterios del diagnóstico de los TCA: ¿Por qué estos últimos no están diagnosticados? Y si debieran estarlo, porque como hemos visto, un número importante de chicas y chicos (más chicas que chicos) cumplen con los criterios del diagnóstico: ¿Quiere esto decir que todos ellos deben considerarse “enfermos” y “enfermas”? Trasladando esta reflexión a nivel general: ¿Significa esto que la mayoría de nuestros adolescentes están “enfermos” o “enfermas”, “trastornados” o “trastornadas” o, si más no, al límite de estarlo? ¿Qué está pasando por lo tanto con la prevención o de qué manera se tienen que interpretar estos datos? Teniendo en cuenta, además, que según Toro (2000: 28), “quienes presentan algunos de los criterios también deben ser atendidos ya que puede tratarse de personas de riesgo, sufriendo el trastorno de una forma sub-clínica, o presentando síntomas de la enfermedad en remisión”, todavía aumenta más el número de chicas y chico con riesgo a sufrir TCA y al borde de traspasar la barrera de la supuesta “normalidad”.

Todas estas cuestiones resultan difíciles de responder por la complejidad que implica, en todos los niveles (personal, familiar, comunitario y social), la salud mental en general y particularmente los TCA. No obstante, el debate que se abre en torno a los límites y márgenes de estas enfermedades resulta necesario si queremos mejorar la eficacia en la comprensión e intervención integral de estas problemáticas.

En este sentido, la propia comunidad científica se empieza a cuestionar los criterios diagnósticos de los TCA en las clasificaciones del *International Classification of Mental Disorders* (DSM). Fairburn y Cooper (2005), por ejemplo, señalan que la clasificación de los TCA en el DSM-IV es un pobre reflejo de la realidad clínica. Señalan que ésta reconoce básicamente dos condiciones, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, pero que estos estados son simplemente sólo dos presentaciones, entre muchas y que, como consecuencia, al menos, la mitad de los casos vistos en la práctica clínica son relegados al diagnóstico residual de TCA no especificados (TCANE). De Zwaan y Herzog (2011) opinan que los requisitos diagnósticos de los TCA clásicos, anorexia y bulimia, se caracterizan por una alta validez y utilidad clínica. Sin embargo, hasta un 50% de las pacientes en centros especializados no reúnen los criterios completos siendo confinadas al diagnóstico remanente de TCANE. Asimismo, Behar y Arancibia (2014) señalan que el DSM-6 representa un desafío para la optimización de un esquema integrado de aproximaciones categoriales y dimensionales para los TCA.

En efecto, nuestro estudio también ha puesto de manifiesto la necesidad de indagar en los límites y márgenes de los TCA, desde perspectivas integrales que no solamente enfoquen la mirada sobre la enfermedad, sino también sobre la persona



enferma y el contexto socio-cultural que la rodea, rescatando, como en su momento ya hicieron Chernin (1985) y Orbach (1986), los aspectos aprendidos e incorporados de estas conductas y rescatando los roles socioculturales y de género como factores primarios en el inicio de estos comportamientos. En este sentido, el estudio de los procesos de socialización alimentaria nos ha permitido conocer algunos de los factores de orden sociocultural que están explicando algunas de características y criterios más significativos de los TCA.

En primer lugar, destacamos la importancia de la transmisión y adquisición de las responsabilidades doméstico-culinarias como factor clave en las formas de socialización alimentaria, es decir, en las maneras como aprehendemos a comer y a interiorizar unos hábitos alimentarios, pero también en las formas como a través de la alimentación aprehendemos a identificarnos y a relacionarnos con los demás y con nosotros mismos (autoestima, autovaloración, etc.).

La participación culinaria influye en la manera que los niños y niñas aprenden con respecto a la alimentación. Un plato que ofrezca una participación en su elaboración (manipular, condimentar, seleccionar, modificar) da espacio a la experimentación y resulta siempre preferente. Aquí el niño y la niña no se limita a consumir sino que interviene en lo que se lleva a la boca y se convierte en actor de su propio plato. “Simbolizar” se suma a la necesidad de comer, convirtiendo el plato en algo más apetitoso porque satisface ambos aspectos. Además, el hecho de preparar la comida junto con el padre, la madre, el hermano o la hermana, así como comerse aquello que el propio niño o niña ha preparado, favorece la comunicación, el intercambio de experiencias y sentimientos con los demás comensales, sean familiares, compañeros y compañeras de colegio, etc.

No obstante, la transmisión de responsabilidades doméstico-culinarias no es igual en niños que en niñas. En este estudio se ha demostrado que algunas adolescentes, sobre todo las chicas de 13 a 16 años y de clase social más baja, se responsabilizan más que los chicos de las tareas domésticas y del cuidado de sus hermanos y hermanas menores. Esto influye en el hecho de que muchas chicas renuncien voluntaria o involuntaria al placer de comer por la obligación que les supone preparar la comida para los demás, pero no disfrutar de ella, ya que no es lo mismo “cocinar para los demás” en función de los gustos de los demás, que “que cocinen para uno en función de sus preferencias”.

Por otra parte, las formas de socialización en el ejercicio físico, deporte y actividades relacionadas con el “control del medio”, también influyen en los comportamientos alimentarios. Como bien es sabido, la práctica de ejercicio físico tiene repercusiones en la alimentación. Entre otras cosas implica una manera de comer más hedonista y saciativa porque una mayor práctica de actividad física repercute en un mayor apetito. Sin embargo, niños y niñas no se socializan del mismo modo en la práctica de ejercicio físico.

En el caso de las chicas, se ha visto que a pesar de que muchas se inician en la práctica de ejercicio físico desde pequeñas, llegada la adolescencia, la abandonan. Un aspecto recurrente en este estudio ha sido que muchas niñas dicen practicar algún tipo de deporte cuando son más pequeñas, pero al llegar a la adolescencia abandonan dicha práctica. Así, mientras que un 64,8 % de las niñas de 6 a 12 años practican algún deporte al salir del colegio -fundamentalmente baloncesto, gimnasia rítmica o natación-, sólo un 36,4% lo practica en el grupo de 13 a 16 años. Un dato interesante al respecto de la última Encuesta Nacional de Salud, es que el 45% de las chicas menores de 24 años nunca hace ejercicio. Las causas a las que más aluden son falta de tiempo, desmotivación porque otras compañeras o amigas se desapuntan, motivación por otras actividades (salir con los/as amigos/as o la pareja) y falta de espacios públicos y motivación colectiva para practicar el deporte que a ellas les gusta (baile, patinaje, etc.). Esto repercute a la vez en la alimentación ya que socializarse menos en la práctica de ejercicio físico las “obliga” muchas veces a tener que recurrir a la comida como método para controlar su peso:

Yo practicaba de pequeña ejercicio. Hacía baloncesto. Pero luego lo dejé y la verdad es que ahora me cuesta mucho volverme a enganchar. Además, como ninguna de mis amigas hace tampoco ejercicio... Pues eso, que me cuesta y tampoco voy a esperar a que me entre la vena deportiva, la verdad. Así que dejo de comer o me controlo un poco lo que como porque... ¡Algo tengo que hacer con esta barriga! (Ana, 14 años).

En el caso de los chicos, éstos se mantienen más a menudo en lo que podríamos denominar “modelo de la actividad”<sup>7</sup> durante todo el proceso de socialización. Así, el 69,4% de los niños de 6 a 12 años practica algún deporte al salir del colegio (fútbol, baloncesto, kárate, natación...) y en el grupo de 13 a 16 años aumenta la práctica a un 72,7%. Además, muchos de los que durante la infancia no practican ninguno, luego, en la adolescencia empiezan a iniciarse en la práctica de alguno.

Asimismo, para la mayoría de los niños el deporte es también un juego además de una obligación; y, lo más importante, una forma de relacionarse. En este sentido, muchos niños se reúnen después del colegio para ir a jugar a fútbol, van los domingos a entrenar con sus padres y amigos a un campo de fútbol cercano, etc. De este modo, el deporte para ellos no se trata de una actividad extraescolar más, sino que también forma parte de su tiempo de ocio y disfrute. Esto es fundamental porque implica una mayor actividad física y una particular manera de relacionarse e interactuar con el mundo en general y con la alimentación en particular. Por ejemplo, según Booth

---

7 Berger y Dibb (1972) señala que los hombres son más socializados en el modelo de “la acción”, mientras que las mujeres lo son más en el de “la expresión/emoción”. Por otra parte, Martínez-Benlloch (coord.) (2001) o Dostie (1988) mantienen que los niños se les inserta más en un modelo de aprendizaje basado en la exhibición e instrumentalización de su cuerpo para la fuerza y el trabajo, mientras que a las niñas se las incorpora más en el de la reproducción y la seducción.

(1982), el hambre es uno de los condicionantes del gusto por los alimentos saciativos. Así se demuestra porqué los niños, en general, tienen actitudes más saciativas hacia la alimentación, ya que practican más actividad física que las niñas.

En tercer lugar, los papeles que tradicionalmente se les ha asignado a los hombres en relación con las formas de comer van más ligados a la saciedad y el placer, mientras que la feminidad está todavía más vinculada con el control alimentario. Al respecto, todavía encontramos determinados contextos donde la masculinidad se demuestra “comiendo mucho”, incluso “atracándose”. El ejemplo de Ramón y Luís cuando fanfarronean de sus prácticas alimentarias (comer lo que les gusta y en la cantidad que quieren) a la vez que ridiculizan las prácticas restrictivas de sus compañeras lo pone de manifiesto:

Yo no entiendo cómo las niñas pueden estar sin comer toda la mañana. Es que tengo compañeras que se la pasan así. Yo se lo digo a Laura: “¿Cómo puedes estar sin comer? Cómete aunque sea una fruta al patio, o tómate algo por la mañana antes de venir al instituto”. Yo, si fuera ella, me moriría. Así se la pasan... Sin comer o... ¡Comiendo unas cutradas! Yo necesito mi bocadillo de jamón y antes de salir de casa un buen vaso de leche con cola-cao y galletas” (Ramón, 15 años).

¡Es que están tontas! No sé para qué hacen esas tonterías. Yo no lo entiendo. Con lo bueno que es comer... A mí me encanta el patio. Cuando se acerca la hora, ya estoy pensando en el bocadillo de nocilla que me voy a comer... ¡No podría vivir sin él!” (Luís, 14 años).

En el caso de las chicas, comer hasta saciarse puede convertirse en sinónimo de “poca feminidad”. A este respecto, durante la observación que se hizo en los comedores escolares se pudo comprobar cómo Rosana, una niña de 11 años, le gritaba a una compañera: “¡Marimacho, que tragas más que un camionero!”.

En cuarto lugar, la socialización en el aprendizaje del *dieting* y el cuidado estético también influye en los comportamientos y actitudes aprehendidas hacia la alimentación. En general, los chicos suelen sentirse más a gusto con su cuerpo. Si bien es cierto que el hecho de expresarlo o decirlo no significa necesariamente que realmente lo estén, sí que es cierto que los chicos adoptan otras actitudes a la hora de manifestarse sobre su imagen. Por una parte, muchos de los que señalan sentirse satisfechos, se sienten también orgullosos y presumen del duro entrenamiento que les ha supuesto conseguir un cuerpo “musculado”. Por otra parte, los que dicen no estar del todo satisfechos con su imagen, relativizan la cuestión, mostrándose incluso optimistas y asegurando que pueden alcanzar la imagen deseada si se lo proponen.

Sin embargo, la mayoría de las chicas de 13 a 16 años desearía cambiar alguna parte de su cuerpo (sobre todo la barriga). Algunas incluso manifiestan que estarían dispuestas a pasar por el quirófano. Recurso que, por otro lado, no ha sido mencionado por ninguno de los chicos. Es más, cuando se les ha preguntado si recurrirían a él

han respondido negativamente, incluso algunos se han sentido ofendidos como si se tratara de una práctica “sólo *de* y *para* mujeres”.

Además, el control del cuerpo y la búsqueda de la delgadez a través de la alimentación, practicando dietas de diverso tipo, conductas compensatorias como auto-ayunos, vomitar, etc. es más evidente en las chicas que en los chicos. Este control corporal a través de la alimentación, como señala Esteban (2004: 101), “es un control social muy eficaz donde se articulan aspectos sociales externos, individuales e internos: las personas son reguladas desde fuera, pero ellas mismas se convierten en protagonistas directas de este control”. En este sentido, muchas de las adolescentes entrevistadas dicen controlar su alimentación para no engordar:

Me gustaría comer lo que quisiera, pero no puedo porque me engordo mucho. Me encantaría atracarme a cosas que me gustan y que no me engordaran... ¡Eso sería genial! (Laura, 16 años).

Asimismo, muestran actitudes de “miedo a comer” con placer, lo que quisieran y en el momento que quisieran. En este sentido, podríamos decir que se auto-controlan por temor, precisamente, al “descontrol”. Es decir, por miedo a las consecuencias sociales de comer “sin control” o “descontrolarse comiendo”; una de las cuales es engordar. En este sentido, hemos visto más casos de chicas discriminadas por su “exceso” de peso que chicos. Aunque “la gordura” también estigmatice a los chicos, lo hace en menor contundencia. Ejemplo de ello han sido los casos observados de chicos gorditos cuya imagen física, al contrario que en las chicas, no intercedía en su función de líderes.

Por último, las formas cómo se enseña y aprenden a manifestar las emociones, también influye en las posibilidades de recurrir a la alimentación como forma de expresión y comunicación. La alimentación, al igual que el ejercicio físico o la sexualidad, son herramientas para expresar o poner de manifiesto los “malestares” y “bienestares” que experimenta o siente una persona. En este sentido, el estudio ha evidenciado que mientras que a los chicos se les enseña-aprenden más a manifestarse a través de la fuerza física y la agresividad, a las chicas se las socializa más en un modelo de “contención”, donde a menudo “se tragan los problemas” y los canalizan a través de la alimentación: comiendo mucho, poco, no comiendo, etc. Como señala Orbach (1987), existe una diferente exteriorización de la agresividad en los hombres y las mujeres, ya que las mujeres la canalizan más hacia ámbitos como el de la alimentación.

#### 4. CONCLUSIONES

El estudio comparativo de los procesos de socialización alimentaria de adolescentes diagnosticados de anorexia y bulimia con otros no diagnosticados, ha permitido profundizar y conocer más las causas socioculturales de estas

problemáticas, que están íntimamente relacionadas con los sentidos y significados que adquiere la alimentación en nuestro contexto actual y cotidiano.

En este sentido, hemos visto que las principales similitudes entre diagnosticados y no diagnosticado son, precisamente, los propios criterios del diagnóstico (DSM-V). Así pues, aspectos como la insatisfacción corporal, el miedo a engordar, la distorsión de la imagen, los atracones y los comportamientos compensatorios son comunes en la mayoría de los 117 adolescentes entrevistados, siendo la principal diferencia entre ellos (diagnosticados y no diagnosticados) el hecho mismo de estar o no diagnosticado de la patología.

Estos resultados plantean importantes paradojas e inquietudes, no solo sobre los límites de la salud mental en general, y de los TCA en particular, sino también sobre los “márgenes” por donde la mayoría de nuestros adolescentes se mueven y que demuestran la necesidad de realizar estudios e intervenciones desde enfoques y metodología integrales y transdisciplinarios, que tengan en cuenta los nexos ineludibles que existen entre alimentación, género y cuerpo y entre biología, sociedad y cultura. Sobre todo, se pone en evidencia la necesidad de continuar profundizando en los aspectos socioculturales de estas problemáticas. Por un lado, porque la relación entre las formas de aprendizaje alimentario y los TCA han sido escasamente analizadas y, por otro lado, porque tal y como se ha demostrado en nuestra investigación, los aspectos aprendidos e incorporados de estas conductas, así como los roles socioculturales y de género, tienen un peso ineludible en la explicación de los TCA.

Así pues, el análisis de los procesos de socialización alimentaria nos ha proporcionado elementos interesantes para comprender y entender mejor los TCA. Hemos visto al respecto que las formas de socialización, es decir, las maneras cómo chicos y chicas aprehenden a construir su identidad corporal en función de las normas y necesidades de cada sociedad, influyen en la adquisición de hábitos alimentarios, así como en los significados adquiridos e interiorizados sobre la comida y el hecho de comer como formas y herramientas para la expresión, comunicación, control y/o reivindicación corporal. Destacan especialmente los roles de género, que nos permiten conocer el porqué de la mayor prevalencia de mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En efecto, los porcentajes de chicas que manifiestan insatisfacción corporal, miedo a engordar, distorsión de la imagen, realizan atracones y comportamientos compensatorios son significativamente superiores que en el caso de los hombres. Esto es debido, entre otros motivos, a la estrecha relación existente entre la comida como modo de expresión y control social y el cuerpo como una medida de evaluación social y personal diferente y desigual en las mujeres y hombres.

En este sentido, se ha puesto de manifiesto que el significado que va adquiriendo el comer y el no-comer para los niños y las niñas es distinto (y desigual) en tanto que también lo es su contexto socializador. De este modo, mientras que a las chicas se les enseña y aprehenden más a controlar su cuerpo y a manifestar sus sentimientos a

través de la alimentación, a los chicos se les enseña y aprehenden más a controlar su cuerpo y expresarse a través del ejercicio físico y el deporte. Algunos de los factores del proceso de socialización que condicionan este aprendizaje diferente y desigual en función del género con respecto a la alimentación los podríamos resumir en: a) aprendizajes desiguales en relación a las responsabilidades doméstico-culinarias; b) socialización diferente y desigual en relación a la práctica de actividades físicas y de “control del medio”; c) aprendizajes distintos y desiguales en cuanto a la práctica del *dieting* y el cuidado estético; d) el hecho de que culturalmente todavía esté mal vista la mujer que “come mucho”, mientras que “atracarse” se relacione con un signo de “masculinidad”; y e) la diferente y desigual socialización de niños y niñas en relación a las formas de manifestar sus emociones y canalizarlas a través de la alimentación.

En conclusión, podemos afirmar que los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (insatisfacción corporal, miedo a engordar, distorsión de la imagen, atracones y comportamientos compensatorios...) son actitudes y comportamientos aprendidos e incorporados de nuestra sociedad, que toman sentido dentro del *continuum* relacionado con la lógica cultural que explica las formas de comer en nuestro contexto actual y que, por lo tanto, como tales deben ser considerados y tenidos en cuenta en las políticas y modelos de prevención y tratamiento de estas problemáticas.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, Cecilia y Bolis, Mónica (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. *Organización Panamericana de la Salud* (en línea). Disponible en: <http://www.eutimia.com/ops> (Consulta: 03 febrero 2014).
- Arrufat, Francisco Javier (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- Behar, Rosa y Arancibia, Marcelo (2014). DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, vol. 52, n.1, p.22-33.
- Benito, Ma. Del Carmen *et al.* (2003). Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría*, n. 58 (3), p. 268-72.
- Berger, John y Dobb, Mike (1972). *Ways of Seeing*. Londres: Penguin.
- Bernard, Michel. (1985). *El cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Birch, Lean L. y Fisher, Jennifer O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, v.101. p. 539-549.
- Booth, David A. (1982). Normal control of omnivore intake by taste and smell. *The Determination of Behavior by Chemical Stimuli*, Steine, J. (ed.). Londres: Information Retrieval, p.856-861.



- Bordo, Susan (1990). Reading the slender body. En: Jacobus, M.; Fox Keller, E.; Shuttleworth, S. (eds), *Body Politics. Women and the Discourses of Science*. Nueva York y Londres: Routledge, p. 83-112.
- Bordo, Susan (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and The Body*. San Francisco: University of California Press.
- Boroughs, Michael and Thompson, J. Kevin (2002). *Exercise Status and Sexual Orientation as Moderators of Body Image Disturbance and Eating Disorders in Males*. Wiley Periodicals, Inc.
- Carpena, Josefa (1999). *Variabilitat sociocultural de les experiències d'aprenentatge alimentari*. Treball de recerca del programa de Màster-Doctorat en Investigació Bàsica i Aplicada en Antropologia Social i Cultural. Departament d'Antropologia Social i Prehistòria. Bellaterra: U.A.B.
- Carrasco, Sílvia (1991). *Antropologia i alimentació. Una proposta per a l'estudi de la cultura alimentaria*. Bellaterra: Servei de Publicacions U.A.B.
- Chernin, Kim (1985). *The hungry self: Women, Eating and Identity*. Nueva York: Harper and Row.
- Counihan, Carol (1999). *The anthropology of food and body. Gender, meaning and power*. Londres: Routledge.
- Counihan, Carol y Kaplan, Steven L. (1998). *Food and Gender. Identity and Power*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Criado, Enrique (2004). El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Española de Sociología*, n.4. p. 93-118.
- Cruz, Marcelina *et al.* (2012). Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México. *Población y salud en Mesoamérica* (en línea), vol.9, n.2. Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/PSM/article/view/722> (Consulta: 30 enero 2015).
- De Zwaan, Martina y Herzog, Wolfgang (2011). Diagnostic criteria for eating disorders: What will DSM-5 feature? *Nervenarzt*, vol.82, n.9, p.1100-1106.
- Del Valle, Teresa (1992). Mujer y nuevas socializaciones: su relación con el poder y el cambio. *Kobie-serie antropología cultural*, n. 6, p. 5-15.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (2013). Criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios. *American Psychiatric Association*.
- Dostie, Michel (1988). *Les corps investis*. Montreal: Saint-Martin.
- Esteban, Mari Luz (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Esteban, Mari Luz; Comelles, Josep Maria y Díez Mintegui, Carmen (eds.) (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

- Fairburn, Christopher y Bohn Kristin (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther*, v.43, n.6, p.691-701.
- Instituto Nacional de Estadística (2013) *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012* (en línea). Disponible en: <http://www.ine.es> (Consultado: 11 enero de 2015).
- Kerr, Marion and Charles, Nicola (1986). Servers and providers: the distribution of food within the family. *Sociological review*, n. 34 (3).
- Libro Blanco de la Nutrición en España* (2013). Fundación Española de la Nutrición (FEN).
- Lupton, Deborah (1996). *Food, the body and the self*. Londres: SAGE Publications.
- Martinez-Benlloch, Isabel (coord.) (2001). *Género, desarrollo psico-social y trastornos de la imagen*. Madrid: Instituto de la Mujer, Serie Estudios.
- Menéndez, Eduardo (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli H., compilador. *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merino, Hipólito *et al.* (2001) Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, vol.13, n.4, p. 539-545.
- Moore, Henrietta (1991). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.
- Moreno, Luis Alberto (2013). Adolescencia. *Libro Blanco de la Nutrición en España*. Madrid: Fundación Española de la Nutrición (FEN).
- Muñoz, Ma Teresa (2011). Trastornos del comportamiento alimentario. *Protoc diagn ter pediatr*. Vol.1, p. 255-267.
- Muñoz, Araceli y Martínez, Ángel (2010). “Un infinito que no acaba”. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte. *Salud Mental*, vol.33, n.2, p.145-152.
- Murcott, Anne (1983). Women’s place: cookbooks images of technique and technologie in British Kitchen. *Women’s studies international forum*, n.6 (1), p. 33-9.
- Muro-Sans, Pilar y Amador-Campos, Juan Antonio (2007). Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating and Weight Disorders*, vol.12, n.1, p.1-6.
- Orbach, Susie (1986). *Hunger strike: the anorectic’s Struggle as a Metaphor for Our Age*. Nueva York: Avon.
- Orbach, Susie (1987). *Tu cuerpo, tú misma*. Barcelona: Juan Granica.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/es/> (Consulta: 27 enero 2015).
- Peláez, Ma. Ángeles; Raich, Rosa Ma y Labrador, Francisco Javier (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión de estudios epidemiológicos. *Revista*



*mexicana de trastornos alimentarios* (en línea), vol.1, n.1. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232010000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232010000100007&script=sci_arttext) (consulta: 17 abril 2014).

Pérez, Sara y Gracia, Mabel (eds.) (2014). *Mujeres (in)visibles: Género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*. Tarragona: Publicacions URV.

Rozin, Paul (1995). Perspectivas psicobiológicas sobre las preferencias y aversiones alimentarias. En: Contreras, J. (comp), *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Sánchez, María Jesús (2004). Los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisiónadquisición de la cultura alimentaria. *Gazeta de antropología* (en línea), n. 20. Disponible en: [www.ugr.es](http://www.ugr.es). (Consulta: 16 abril 2014).

Soliah, Luann; Walter Janelle M. and Erikson, Janelle S. (2000). Physical activity and affinity for food of high school and college students. *American Journal fo Health Behaviour*, vol.24, n.6, p. 444-457.

Tibbs, Tiffany; Haire- Joshu, Debra; Schechtman, Kenneth; Brownson, Ross.; Nanney, Marilyn; Houston, Cheryl y Auslander, Wendy (2001). The relationship between parental modeling, eating patterns, and dietary intake among African-american parents. *J Am Diet Association*, vol.101, n.5, p. 535-541.

Toro, Josep (2000) *El cuerpo como enemigo*. Barcelona: Ariel.