

Anorexia y sexualidad: trayectoria de una mujer diagnosticada con anorexia nerviosa en el Distrito Federal

Diana Socorro Gómez López
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa de peso corporal (superior a 15%), la cual se consigue mediante la adopción de estrictos regímenes alimentarios que pueden llegar al ayuno completo y continuado. En México, la prevalencia de la anorexia se reporta entre 0.5 y 5%, presentándose con más frecuencia en mujeres de zonas urbanas. La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por sus múltiples consecuencias y la complejidad de ellas, entre las que destacan las alteraciones fisiológicas provocadas por el ayuno prolongado y el efecto de éste en las personas que la padecen. En el ámbito de la sexualidad, las consecuencias de la anorexia nerviosa para las mujeres que la padecen se presentan desde la alteración de ciclos menstruales, efectos en el deseo sexual y las consecuencias a largo plazo para la reproducción. En este trabajo se reconstruirá la trayectoria del padecimiento de una mujer joven diagnosticada con anorexia nerviosa, enfatizando las consecuencias para la sexualidad desde el enfoque biocultural.

Palabras clave: anorexia nerviosa, sexualidad, reproducción.

Abstract

Anorexia nervosa is a disorder of eating behavior, characterized for a significant weight loss (over 15%) which is obtained by the adoption of strict eating regimens that could lead even to the complete and sustained fasting. In México, the prevalence of anorexia nervosa is reported between 0.5% and 5%, being more frequently in women of urban areas. Anorexia nervosa is a disorder characterized for their multiple and complex consequences, among which stand up the physiological alterations provoked by the fasting and its effect on the persons who suffer from it. On

the sexuality, the consequences of anorexia nervosa for the women presents from alterations in the menstrual cycle, effects of the sexual desire and longtime consequences for reproduction. In this paper, will be reconstructed the illness trajectory of a young woman diagnosed with anorexia nervosa, emphasizing the consequences for the sexuality from a biocultural approach.

Key words: anorexia nervosa, sexuality, biocultural process.

Introducción

Definida por la NOM-043-SSA2-2005 (Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación), la anorexia nerviosa “es el trastorno de la conducta alimentaria de origen emocional que se caracteriza por temor obsesivo a subir de peso, caquexia, amenorrea y distorsión de la imagen corporal que se traduce en rechazo al alimento”; y es más frecuente en mujeres jóvenes, aunque mujeres y hombres de todas edades son susceptibles de padecerla.

De acuerdo con la APA (2005), la anorexia tiene cuatro criterios diagnósticos, que se describen a continuación.

1) Rechazo a mantener un peso corporal igual o encima del valor mínimo considerado para su edad y talla, como resultado de una alteración de la percepción de la forma y tamaño de su cuerpo, dando como resultado que el peso del individuo se encuentre por debajo del 85% considerado normal, aunque de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se considera un criterio diagnóstico un índice de masa corporal (IMC) menor o igual a 17.5 (peso/talla²).

2) Miedo intenso a subir de peso o a convertirse en personas obesas, el cual no desaparece aunque el individuo baje de peso; incluso se observa que el miedo aumenta aunque el peso disminuya.

3) Alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal; mientras algunas personas se perciben obesas, otras se dan cuenta de su delgadez, pero mantienen una preocupación por algunas partes de su cuerpo, como abdomen, nalgas o muslos, que les parecen demasiado gordas.

4) Amenorrea de al menos tres meses en mujeres que hayan presentado la menarquía, mientras que en niñas prepuberales puede ocasionar retraso en la aparición de la misma.¹

¹ Si bien en este trabajo aún se emplea la definición aportada por el DSM-IV, es importante mencionar que el DSM-V presenta modificaciones ante los nuevos reportes sobre el comportamiento anoréxico y bulímico. Respecto a los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa, el criterio A se enfoca en los comportamientos, y se modifica eliminando la palabra “rechazo” (*refusal*) porque implica la voluntad de la persona, la cual es difícil de medir; además se elimina el criterio D (amenorrea de al menos tres meses) porque no aplica para hombres, mujeres prepuberales, mujeres que tomen métodos anticonceptivos orales o postmenopáusicas, y porque se observan otros signos de la anorexia nerviosa aun con la presencia de la menstruación (APA, 2000).

Respecto al panorama epidemiológico de la anorexia nerviosa en México, existen datos contradictorios. Según la Encuesta de Salud Mental de Adolescentes, realizada en jóvenes de 12 a 17 años de la zona metropolitana de la ciudad de México, existe una prevalencia de 0.5% de anorexia nerviosa, 1% para bulimia y 1.4% para trastorno por atracón (Palma-Coca *et al.*, 2011; Benjet *et al.*, 2012). En México sólo se ha realizado una encuesta a nivel nacional sobre la epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario, arrojando una prevalencia de anorexia nerviosa de 0% (Medina-Mora *et al.*, 2003); al igual que la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica, este porcentaje bajo puede deberse al rango de edad de los sujetos encuestados. Por otro lado, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición de 2006, se mostró una prevalencia de anorexia nerviosa de 0.9% para mujeres y 0.4% para hombres, siendo ésta casi el doble en zonas urbanas más que en rurales (Unikel y Caballero, 2010). Aunque estos trastornos pueden considerarse infrecuentes, se reconoce su importancia para la salud pública por interferir en el funcionamiento cotidiano de los individuos, las consecuencias para la salud física y el elevado riesgo de mortalidad (Benjet *et al.*, 2012). De acuerdo con Bustos-Romero (2011), las cifras de anorexia nerviosa y bulimia en México varían de 3.5 a 5%; entre los casos severos de estos trastornos, se observa que 10% de los individuos fallece por complicaciones a causa de ellos, mientras que 30% sufre de enfermedades crónicas como consecuencia.

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por sus múltiples consecuencias y la complejidad de ellas. Por un lado, las alteraciones psicológicas llevan a que sea considerado como un trastorno psiquiátrico y pueden estar presentes antes de que se desencadene la enfermedad o aparecer como consecuencia de ella. Por otro lado, las alteraciones fisiológicas son principalmente provocadas por el ayuno prolongado y los efectos que éste tiene en el cuerpo de las personas que la padecen, entre las que se encuentran alteraciones neurológicas, electrolíticas, renales, hematológicas, cardíacas, hormonales, musculoesqueléticas y digestivas (Hernández, 2003; Toro, 2004). Entre las alteraciones hormonales destacan las que impactan en la detención de la maduración sexual; como ya se mencionó, en las mujeres se presenta en la pérdida de la menstruación y del interés sexual, aunque también se puede observar un proceso de androgenización. A continuación se explorarán las consecuencias que tiene la anorexia nerviosa para la sexualidad de las personas que la padecen, y se presentará la trayectoria de una mujer joven diagnosticada con anorexia nerviosa, sus prácticas y representaciones en torno a la sexualidad.

Desarrollo

Como se ha comentado, la anorexia nerviosa tiene múltiples y complejas consecuencias para las personas que las padecen, en particular para las mujeres. Res-

pecto a la sexualidad, la desnutrición provocada por los ayunos prolongados, la pérdida de peso y la ingestión insuficiente de calorías se ve reflejada en la detención del crecimiento y de la maduración sexual en mujeres adolescentes. En jóvenes prepuberales la menarquía se retrasa (conocida como amenorrea primaria), mientras que para mujeres que ya hayan tenido menstruación ésta desaparece (amenorrea secundaria); Bousoño (2003: 120) señala que la amenorrea aparece como consecuencia de la falta de energía del cuerpo, el cual no puede sostener una “función de lujo como puede ser la sexual o reproductiva”, y ésta se presenta por un déficit en la producción de gonadotropinas y hormonas sexuales. Otra de las consecuencias es la oligomenorrea, lo que implica que aunque la menstruación no desaparece por completo, sí existe una disminución en el volumen y en la frecuencia, volviéndose escasa y poco frecuente; ésta puede aparecer incluso antes de la pérdida significativa de peso, y sirve como criterio diagnóstico para los trastornos de la conducta alimentaria; en general se presenta cuando la pérdida de peso es mayor a 15%, aunque puede presentarse antes como consecuencia del ejercicio extremo y las dietas basadas en vegetales (Hernández *et al.*, 2003).

Como expresión del desajuste hormonal, existe una disminución en la producción de gonadotropinas, encargadas entre otras cosas de mantener el equilibrio de la cavidad uterina, estrógenos y testosterona, hormonas relacionadas con la maduración sexual en hombres y mujeres, lo que causa que las posibilidades de reproducción disminuyan (Bousuño, 2003: 120); según Mata (2013), existe un índice de infertilidad de 17% entre pacientes con trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, aunque la mujer que haya padecido o padezca anorexia nerviosa se embarace, se pueden presentar complicaciones durante el embarazo, como la hiperemesis gravídica, es decir, náusea y vómito severos que pueden conducir a la pérdida de peso y deshidratación; también hay poco incremento en el peso durante el embarazo, y se incrementa la posibilidad de un parto prematuro. Respecto al feto, los posibles efectos de la anorexia son retardo en el crecimiento, bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad perinatal y presencia de anomalías congénitas, así como baja puntuación en el Apgar.²

Por otro lado, se puede presentar pérdida del interés sexual, el cual puede deberse a la baja producción de hormonas sexuales, pero también puede relacionarse con la pérdida del significado sexual que se da al cuerpo; como señalan Castro y Toro (2004), las relaciones de pareja y la actividad sexual restringida o nula se pueden deber a la reducción en la excitabilidad psicofisiológica sexual, al mismo tiempo que a la falta de empatía con otros que pueden sentir las personas con

² Primera prueba para evaluar a un recién nacido; se realiza en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé. La anestesista Virginia Apgar desarrolló esta prueba en 1952 con el objetivo de conocer lo más pronto posible el estado físico de un recién nacido y determinar —de modo inmediato— los cuidados médicos adicionales o tratamientos de urgencia necesarios.

Tabla 1. Disfunciones sexuales causadas por la bulimia y la anorexia nerviosas.

<i>Disfunción sexual</i>	<i>Descripción</i>
Trastorno de la identidad sexual.	Incomodidad o rechazo al propio sexo, por el rol social del mismo (género) o la inclinación a identificarse con el sexo opuesto.
Deseo sexual inhibido.	Disminución del deseo de mantener una relación sexual, imaginada o real.
Aversión sexual.	Evitar el contacto genital porque la persona siente rechazo a algún aspecto particular del sexo.
Trastorno orgásmico femenino.	Alteración en la capacidad de experimentar el orgasmo.
Trastorno en la excitación sexual.	En la mujer, se presenta cuando hay ausencia de vasocongestión pélvica, lubricación, dilatación vaginal y tumefacción de genitales externos.
Rechazo a la iniciación sexual.	Rechazo activo y voluntario de toda conducta de acercamiento a la genitalidad.

anorexia nerviosa. De acuerdo con Bousoño (2003: 120), otra consecuencia para la sexualidad es la impotencia en el hombre o la frigidez en la mujer. Por otro lado, Abraham y Beaumont (*apud* Mata, 2013) —a partir de una investigación con 30 pacientes— señalan que se puede agrupar en tres categorías el efecto sobre la sexualidad de los trastornos de la conducta alimentaria: negación de la sexualidad, rigidez y evitación de sentimientos y actividades sexuales; sexualidad insegura, un desarrollo presexual lento y timidez respecto al cuerpo, y la pasividad sexual con negación al intercurso sexual.

De acuerdo con Saba y Fraise (1998), la bulimia y la anorexia nerviosas pueden generar disfunciones sexuales, entendidas como una alteración en el ciclo de respuesta sexual que genera conflicto en las relaciones interpersonales, y es vivenciada con malestar subjetivo, las cuales se presentan en la tabla 1.

Como conclusión, los autores señalan que la anorexia nerviosa genera una desviación en el desarrollo normal de la persona, el cual implica la maduración sexual como uno de sus procesos característicos. Al evaluarse en función del cuerpo (y el consecuente conflicto que éste genera), impacta en el establecimiento de relaciones de pareja y la expresión de la sexualidad adulta. Además de las complicaciones fisiológicas y somáticas, la anorexia nerviosa puede desencadenar complicaciones psicológicas —como una baja autoestima, depresión, trastornos de ansiedad y desadaptación psicosexual— que impactan en la sexualidad de la persona.

Para la antropología física, el cuerpo toma relevancia porque:

[...] es la base física perceptible de adaptaciones macro y microevolutivas, comunicación y construcción, que permite marcar simbólicamente diferencias entre los sexos, que son culturalmente ratificados, negados, transformados o cambiados, de acuerdo con las necesidades particulares de cada grupo, a lo largo de la historia humana, convirtiéndose

así “el cuerpo” en una constante que preocupa y adopta un carácter polémico a partir de su gran variabilidad (Hernández y Peña, 2005: 523).

En este sentido, la exploración del cuerpo y la sexualidad en la anorexia nerviosa cobra relevancia dado que es en él donde se concreta la realidad del trastorno. Ante un trastorno que surge como conflictos con la imagen corporal, que se expresan en el cuerpo y cuyas consecuencias más evidentes son corporales, el enfoque biocultural brinda la posibilidad de relacionar la información biomédica con la realidad corporal y sociocultural de la persona y su enfermedad. El enfoque biocultural en estudios de antropología sexual “describe y analiza los hechos que afectan al cuerpo sexuado de las personas, pero cuyas consecuencias son mediadas por la cultura” (Vargas, 2003, *apud* Peña, 2011: 299).

Para los fines de este trabajo, se retoma la definición de sexualidad aportada por Peña (2003: 41):

[...] una categoría del comportamiento indispensable para la sobrevivencia de toda especie animal que se organiza socialmente [...] se significa culturalmente a través de una construcción vivencial y racional que los diferentes grupos humanos generan y que sus individuos integran a partir de sus experiencias de percepción e interacción desarrolladas en diferentes ámbitos: biológico (cuerpo, función y percepción), psicosocial (sentimientos, personalidad y vinculaciones afectivas, entre otros) y sociocultural (identidad social, tradición y normas, etcétera).

La autora considera que algunos de los elementos básicos de la sexualidad son el cuerpo (la realidad biológica, base física perceptible), el género (diferencias en la socialización de los seres humanos de acuerdo con el sexo biológico), el erotismo (necesidades y experiencias placenteras y displacenteras que permiten generar códigos culturales que pueden actuar como detonantes de estímulos sexuales), la reproducción y la vinculación afectiva (formas de atracción y apareamiento institucionalizadas o no, y las maneras de obtención de pareja).

En dichos procesos la imagen corporal cobra gran importancia al ser resultado de las formas de socialización y la prolongación de modelos socializados sobre el cuerpo humano; así, la relación entre la imagen corporal y la biología humana es dialéctica, lo que implica que no sólo los procesos orgánicos y fisiológicos forman parte de la construcción de la imagen corporal, sino que a su vez ésta los influye y, en ocasiones, determina; en este sentido el cuerpo es a la vez centro receptor de una cultura y fruto de ella (López, 2000: 16). La construcción de la imagen corporal depende de la socialización e interiorización de experiencias del entorno social y familiar; así, el cuerpo humano es receptor de una educación familiar y social, a partir de la cual la persona

[...] elabora sus propios modelos a partir de los ya existentes (padres, hermanos, maestros, amigos, etc.) y de las exigencias que cada uno le imprime, y a través de ellos hace una representación subjetiva de sus emociones y percepciones y las vincula a formas de vida "con o sin calidad" (Rivera, 2002: 190).

Por último, un elemento importante es la trayectoria del padecimiento. Anselm Strauss (1984) propone distinguir entre el curso de la enfermedad —concepto que se refiere a las fases características de cada enfermedad, definidas en términos biomédicos— y la trayectoria del padecimiento —que se refiere al despliegue fisiológico de la enfermedad de una persona enferma, además de la organización del trabajo hecho en el curso de ésta y el impacto que tiene para los involucrados en el trabajo y su organización—; en este sentido, las trayectorias están ligadas a lo que las personas esperan de la enfermedad, por lo que las definiciones de trayectoria pueden variar de persona a persona (Strauss, 1984: 64-67). Para Kleinman (1988) el padecimiento se construye por la persona, su familia o su grupo de pares; implica procesos de percepción, atención, respuesta afectiva, procesos cognitivos y evaluación de enfermedad y sus manifestaciones; en este sentido, integra la vivencia y la percepción de la enfermedad; por esta vía la persona enferma contiene con ella e incluye las obligaciones, responsabilidades y comportamientos del *ser* enfermo, las cuales se determinan según los contextos social y cultural; involucra también roles, normas, expectativas, creencias y valores en torno a la salud y la enfermedad; el padecimiento detona la búsqueda de atención, y es a partir de él que los practicantes de la salud construyen la enfermedad (*disease*), dándose a la tarea de reconfigurar lo que el paciente y su familia expresan en términos técnicos que permitan la intervención médica; incluye cómo se explica y categoriza en términos accesibles la enfermedad, además de los problemas prácticos que ésta representa.

Si bien se han estudiado las afectaciones de la anorexia nerviosa en la sexualidad desde la biomedicina, después de la breve revisión expuesta surgen preguntas acerca de la anorexia nerviosa y la sexualidad: ¿cómo se viven las consecuencias de la anorexia nerviosa en el cuerpo?, ¿cuáles son los efectos sobre la sexualidad de las personas con anorexia nerviosa?, ¿cómo se perciben estos efectos? Considerando que desde la antropología poco o nada se ha explorado respecto a la temática que nos ocupa, y como un intento de responder a estas interrogantes, se presenta el caso de Laura,³ a partir del cual se propone explorar las prácticas y representaciones respecto al cuerpo y consecuencias a la sexualidad, en particular los cuatro elementos básicos propuestos por Peña (2003), desde el enfoque biocultural en el caso de una mujer diagnosticada con anorexia nerviosa.

³ Pseudónimo utilizado para preservar la identidad de la entrevistada.

El caso de Laura

A continuación se presenta el caso de Laura, con quien se han realizado entrevistas minuciosas entre agosto de 2013 y febrero de 2014 con el objetivo de reconstruir su trayectoria de padecimiento e itinerario terapéutico.⁴ Laura inició las dietas a los 15 años de edad para agradar a los hombres que le atraían —“siempre que yo conocía a alguien empezaba a dejar de comer, pues para verme flaca, para verme bien, para agradarle más; siempre lo he hecho, es una regla de oro”—; aunque restringía su alimentación, se daba cuenta que no obtenía los efectos deseados, por lo que empezó a consumir distintos recursos que le ayudaran en la pérdida de peso (medicamentos, laxantes, diuréticos, recursos herbales, suplementos alimenticios, dietas), hasta limitar su alimentación diaria a una toronja y jugos de frutas. Laura fue diagnosticada con anorexia nerviosa cuando tenía 22 años de edad; actualmente tiene 31 años.

Su itinerario terapéutico incluye distintas instituciones públicas y privadas, además de médicos generales, gastroenterólogos, ortopedistas y psicólogos que atienden las consecuencias de la anorexia nerviosa que ella ha vivido. Aunque estuvo en tratamiento multidisciplinario (psiquiatría, nutrición y terapia grupal) en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, éste no pareció contribuir a mejorar su salud, hasta que fue internada tres meses en la misma institución. Las consecuencias de la anorexia nerviosa que ella ha experimentado en su cuerpo van desde osteopenia, lanugo, pérdida del cabello, afecciones dentales, taquicardias, amenorrea, trastornos intestinales y hormonales. Laura suspendió el tratamiento psiquiátrico, aunque la preocupación ante la anorexia nerviosa, los comportamientos compulsivos y las consecuencias en el cuerpo aún es un tema recurrente, por lo que se mantiene informada en aspectos de nutrición y psicología.

Antes de iniciar las dietas y el ayuno prolongado, Laura había probado varios recursos para perder peso, lo cual consiguió al mismo tiempo que tenía su primera relación de pareja, aunque considera que “ya traía unas broncotas de imagen muy feas porque él [su pareja] me hacía como chancla vieja; la autoestima con él la traía muy baja y tenía sobrepeso”. En esta relación de pareja, Laura tuvo un embarazo que decidió terminar, tomándose un té de hierbas compuesto, recomendado por una amiga. Si bien el aborto no ocurrió después del diagnóstico de anorexia nerviosa, sí marcó su sexualidad y su imagen corporal.

Al explorar los elementos propuestos por Peña (2003) que integran la sexualidad, respecto al cuerpo y las consecuencias vividas de la anorexia, destaca en el caso de Laura la pérdida de la menstruación, la cual vivió como algo normal: “fue un periodo que ya no me bajó y a mí se me hacía normal, hasta llegué a entenderlo

⁴ Trabajo que forma parte de la investigación de maestría en Ciencias Sociomédicas, con especialidad en Antropología en Salud de la autora.

porque sabía que tenía desajustes hormonales, que era normal que se me tuviera que atrasar la regla porque después de lo del aborto uno no queda muy normal que digamos y porque siempre había tenido problemas con mi ciclo menstrual". En el tratamiento psicoterapéutico que recibió le informaron sobre las consecuencias de la anorexia nerviosa en su cuerpo, entre las que se incluía la amenorrea, y cuando ocurrió

[...] como que se prendió un foquito de alerta, así de "chin, lo que me dijeron que pasa ya pasó"; yo estaba así de ¡wow!, como si estuviera en un tratamiento de algo benéfico, pero antes de eso me decían: "puede que te pase esto y vas a empezar a sentir estos cambios", y estás así como maravillada por los cambios, pues yo así me sentía; me agradó porque no tenía la molestia de estar con las toallas; era bien chido porque no se me inflamaba la panza; fue para mí muy padre porque era como regresar a ser niña; y lo más chido de todo es que no me iba a embarazar.

La ausencia de menstruación duró tres años, aunque Laura no se preocupaba porque

[...] me acuerdo que me explicaban que el cuerpo tarda en recuperarse, y principalmente en el aparato reproductor iba a tardar, porque fue un daño muy feo, una agresión muy fea, entonces se tardaba mucho volver al equilibrio hormonal, a la producción de hormonas para volver a ser fértil; si yo hubiera querido, hubiera tenido relaciones allá, acullá y allá, y no me hubiera embarazado, y era bien chido; esa parte de mi vida, aunque suene feo, me gustó mucho porque yo me sentía libre.

Después del internamiento recuperó peso y fue dada de alta, aunque mantenía el tratamiento psiquiátrico; al mismo tiempo seguía en la búsqueda de recursos para perder peso, y consumió productos que contenían CLA,⁵ que ella relaciona con la sensación de hambre y la recuperación de masa muscular; "y no me ayudó, porque el CLA es adapto-génico; me dijeron que a lo mejor yo no tenía grasa que quemar; me aumentó mucho las piernas, pero me aumentó mucho la panza y lo dejé"; ella identifica dicho producto con la reaparición de su menstruación.

Además de la ganancia de peso y la recuperación física, Laura identifica la reaparición de su menstruación con el interés que mostró por mantener una relación de pareja con un hombre: "siento que empecé como a sentir muchas cosas que hace mucho no experimentaba, y el día que me dio el primer beso, ese día me bajó"; aunque ya tenía tres años sin menstruar y sabía que la reaparición de la

⁵ Ácido linoleico conjugado, empleado en productos para perder peso (Sanhueza, Nieto y Valenzuela, 2002).

menstruación era un signo de recuperación física, “me acuerdo que me bajó y dije: ‘voy a hacer todo lo posible para que se me vuelva a ir; maldita sea’; porque no, era un trancazote; otra vez a ser mujer, otra vez a estar con el pinche pánico de quedar embarazada”; y volvió a experimentar con ayunos para, aparte de perder peso, perder la menstruación. Además de las implicaciones de la anorexia nerviosa para la menstruación, Laura identifica que su ciclo menstrual tiene efectos en su alimentación: “si estoy ovulando me he dado cuenta que me da un hambre terrible, y es un poquito molesto, y ya después de la ovulación me empieza a dar asco todo”.

En cuanto al erotismo y las relaciones sexuales, Laura manifiesta que se ven afectadas porque “si tú no te soportas ver al espejo no vas a soportar que el otro te vea porque te sientes gorda, te sientes sucia, te sientes que te da asco; entonces ves al otro como el enemigo”; para ella “el órgano masculino de un hombre, o cuando una tiene relaciones, es como una invasión, porque si la comida viene a ser una invasión, algo sucio que se va a descomponer en tu cuerpo que alguien meta sus fluidos o se meta [...] es como una invasión”. Respecto al deseo sexual:

[...] no tenía deseo sexual; yo lo vivía como normal, pero yo creo que en mi caso primero fue así como psicológico, como mental; lo empecé como a negar, y más que nada porque no soportaba que me vieran; a la calle no podía salir porque sentía que las personas, más los hombres, me veían a través de la ropa y que veían que yo estaba asquerosa, y que cualquier subidita de peso, cualquier cosita, a lo mejor ese día no fui al baño, que ellos lo iban a saber, que ellos sabían la porquería que traía dentro, toda la persona horrenda que yo era, y por eso empecé a bloquear todo eso, así como bloqueé la necesidad de comer, o sea, yo bloqueé la sensación de hambre, bloqueé la sensación del deseo.

Además de ser una consecuencia fisiológica generada por la falta de producción de hormonas, Laura identifica la falta de deseo sexual como una consecuencia “psicológica” de la anorexia nerviosa, información que obtuvo de su papá y de fuentes electrónicas: “y ahí viene toda la explicación de porqué no se permite desear una persona que no tiene anorexia, y lo que pasa en el cuerpo cuando no hay grasa en el cuerpo”. Para ella, la falta de interés en el sexo opuesto y de deseo sexual se debe a que estaba “tan encerrada en mí misma, flaca, no veía alrededor; cuando bajé mucho de peso y todavía andaba en la calle nadie me pelaba porque traía una pinta muy mal, pero aun así me seguían piropeando, y yo decía: ‘qué me ven si ya no tengo chichis ni pompas ni nada’; era muy molesto para mí”.

Respecto a sus relaciones de pareja, Laura señala que “en un noviazgo lo primero que pienso es en cariño, apapacho, manos sudadas, acompañamiento, plática, muchas cosas; no pienso en sexo; me dicen noviazgo, y yo no pienso en sexo a menos de que ya lo haya tenido y me haya gustado”. La falta de deseo sexual afectó sus relaciones de pareja: “muchos chavos me han dicho que soy muy fría; uno has-

ta me llegó a decir que era frígida porque no tenía deseo". Además, las relaciones sexuales le generan conflictos:

[...] porque no soporto que me vean desnuda, todas mis parejas me han criticado; me empiezan a corregir: "ay mira, deberías de hacer esto porque tienes mucha flacidez en el vientre, que deberías de hacer pecho porque tienes mucha no sé qué"; me choca y me trauma mucho porque, si de por sí estoy en un conflicto con mi imagen, todos los días estoy luchando con esto y con lo otro, que alguien llegue y me diga lo que tenga que hacer con mi cuerpo, esas siempre han sido las broncas con mi pareja, que me quieran corregir o a lo mejor una aportación, pero yo lo considero como una amenaza, como una crítica; es como "chin, no soy perfecta, entonces cómo me veo, me veo horrenda, es que esto, es que lo otro"; y no, viene una angustia y otra vez viene la presioncita a no comer, a no comer. Por eso han sido las broncas; hasta se te va el deseo, se te van las ganas.

Además, sus relaciones de pareja se ven afectadas porque no quiere comer:

[...] ese es el problema, porque desgraciada o afortunadamente me ha tocado estar en familias donde la comida está muy socializada, donde para ellos la comida es muy normal y para mí no; para mí, comer representa una amenaza; no puedes evitar que se den cuenta de tus hábitos; cuando dices que no tienes hambre, cuando no puedes comer y cuando te ven, pues sí se dan cuenta; entonces a mí las broncas que siempre han sido de que no quiero comer y a huevo me quieren obligar a comer, entonces han querido ser protectores [...] siempre ha sido la bronca: "come, come, come".

Ella considera que para una pareja es difícil ver "que alguien a quien amas se quiera matar de hambre". Además, cree que su negativa a tener hijos generará problemas con sus parejas: "me da miedo más adelante porque no quisiera quedarme sola, sin pareja; hasta la fecha no tengo planes de casarme [pero] no quiero pasármela sola el resto de mi vida; sí quisiera estar con alguien, pero no quiero tener hijos".

Ante el tema de la reproducción, Laura considera que la maternidad es una exigencia social que tiene consecuencias biológicas: "es lo que dicen que pasa si no tienes hijos: 'matriz que no tiene hijos, matriz que da cáncer'"; y la presión sobre ello ha aumentado de parte de amigos y familia: "ya empezaron a fregar; me dicen que ya para cuándo, que para cuándo me caso"; sin embargo, no quiere tener hijos:

Tener un niño o una niña al que tengas que querer y abrazar y alimentar, si yo ni a mí misma me quiero alimentar, por qué tengo que andar alimentando un chamaco; no entiendo por qué yo tengo que ser todo lo que todo mundo dice si yo no quiero; no lo quiero porque si yo ejerzo mi sexualidad a todo lo que da le voy a hacer daño a mi cuerpo; siento que a

mí un embarazo me va a fregar; me va a fregar los huesos, me va a fregar la autoestima, me voy a volver loca con un escuincle.

Además de la modificación corporal que implica el embarazo, Laura considera que no está lista para un embarazo por las consecuencias que la anorexia nerviosa ha tenido en su cuerpo: “por mis huesos, por mi columna, por mi corazón y por el asunto de la cabeza, del estrés”.

Aunque los médicos le han dicho que sí podría tener hijos en un futuro, Laura comenta:

Llegué a desear que hubiera un problema con mi matriz después de la anorexia, por la anemia; yo de veras quería quedar totalmente infértil y lo he llegado a desear todavía, porque siento que esa parte para mí se equivocaron cuando me hicieron, porque no; fíjate que voy a hacer todo lo posible para que mi matriz no sirva porque no quiero generar óvulos, porque yo sentía una amenaza, de que un hombre o alguien por ahí me fuera a hacer daño y me fueran a embarazar [...] y yo dije: “no, yo no voy a volver a ser receptáculo de nadie”.

Una vez que recuperó un poco de peso y los procesos biológicos se normalizaron, Laura recobró su menstruación y el deseo sexual reapareció:

[...] volví a comer; me volvió la regla, me volvió el deseo y en una temporada empecé a explorar otra vez y a saber lo que era el placer, porque antes me generaba mucha culpa, me sentía sucia con eso, y después de lo del aborto más, me sentía muy sucia, y ahora que lo volví a reencontrar hace algunos años me ha causado conflicto; la respuesta del cuerpo a ciertas cosas se me hace sucio.

Respecto a las exigencias de género, Laura considera que la presión que las mujeres vivimos para ser perfectas afecta también el deseo sexual, en particular en relación con sus parejas; la presión de mantener una apariencia y actitud deseables, genera conflictos con su imagen corporal: “en relación a mi imagen y querer ser perfecta para ellos, y que no se vayan con otra más joven, y es mucha presión”. Para ella el rol femenino le ha generado conflictos porque la anorexia nerviosa “es una negación tremenda a ser mujer, a lo que la sociedad dice que es ser mujer; yo quiero ir a contracorriente, yo no voy a hacer lo que digan; yo voy a hacer lo que quiero, y así me la he vivido”.

Consideraciones finales

La relación entre anorexia nerviosa y sexualidad ha sido ampliamente discutida cuando se habla del origen de los trastornos de la conducta alimentaria. En este

sentido, en los inicios del siglo xx los análisis y minuciosas descripciones de Pierre Janet, en *Les obsessions et la psychasthénie*, darán un nuevo impulso al estudio y descripción de la anorexia nerviosa, identificando el origen emocional del padecimiento y destacando la vergüenza por el propio cuerpo, relacionándolos con una negativa a crecer, a desarrollarse sexualmente; en resumen, a “convertirse” en mujeres. Por su parte, Sigmund Freud denominó la anorexia como una “neurosis nutricional”, describiéndola como una melancolía caracterizada por una carencia en el desarrollo adecuado de la sexualidad:

La neurosis alimenticia llamada anorexia puede compararse con la melancolía. La anorexia mental de las adolescentes, trastorno éste muy conocido, aparece, luego de una profunda observación, como una forma de melancolía en aquellos sujetos cuya sexualidad está aún inacabada. La enferma, en ese caso, afirma no querer comer sólo porque no tiene hambre. Por lo tanto, hay pérdida del apetito, y en el terreno sexual, pérdida de la libido (Freud, 1895, *apud* Rimbault y Eliacheff, 1991: 21).

De esta manera, y teniendo en cuenta que para Freud el apetito era una manifestación de la libido, asoció la anorexia a la histeria de conversión, y a partir de la sexualización de las funciones alimentarias, así como la atribución de un significado simbólico sexual a los alimentos, las anoréxicas los convierten en repugnantes, manifestando de esta manera un rechazo al erotismo oral.

Tanto la psicología como la antropología han buscado una relación causal en la sexualidad de las mujeres para la anorexia nerviosa. Así, desde la antropología la anorexia nerviosa se ha explicado como consecuencia del conflicto ante los roles sexogenéricos (Rigol, 2006; Tinat, 2008), pero la exploración sobre cómo se vive la sexualidad desde un trastorno de la conducta alimentaria sigue estando ausente. La anorexia nerviosa es una enfermedad, mediada cultural y socialmente, con profundas consecuencias físicas y fisiológicas para las personas que la padecen (DiNicola, 1990, *apud* Toro, 1996), y la relación entre anorexia nerviosa y sexualidad no se limita al proceso causa-efecto: al ser un trastorno anclado a la realidad corporal de las personas que la padecen, la anorexia nerviosa necesariamente tiene consecuencias físicas, fisiológicas y psicológicas que requieren una exploración multidisciplinaria cuyo objetivo no sea sólo la búsqueda de causas, sino la exploración de las consecuencias y su integración a la experiencia de las personas.

Hablar de la anorexia nerviosa nos remite necesariamente al cuerpo, la realidad biológica que nos ancla al mundo, pero también a cómo se percibe, representa y vive el cuerpo en una sociedad y una cultura cuyas imágenes de belleza y salud refieren necesariamente a la delgadez como deseable. Así, en el conflicto con la imagen corporal se conjugan los elementos culturales en que la persona se desarrolla y la personalidad individual; además, el amplio conocimiento de las consecuencias

de la anorexia nerviosa en el cuerpo y la sexualidad aumenta la consciencia y la reflexión ante ellos. Por otro lado, los conflictos ante el rol de género asignado a las mujeres surge como una constante en la vivencia de la anorexia nerviosa, como en el caso de Laura, a la resistencia ante la maternidad, la necesidad de perfección y de cumplir con las exigencias sociales de lo femenino son elementos que se integran a su trayectoria de padecimiento.

Por último, indagar acerca de la trayectoria del padecimiento nos remite necesariamente a la experiencia humana de la enfermedad y el sufrimiento. En este sentido, al recuperar la trayectoria de mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa se busca tener una perspectiva integral que explore no sólo la búsqueda de atención, sino el *proceso de enfermar*, los recursos empleados y las ganancias, pérdidas, dificultades, etcétera, que la anorexia nerviosa implica para cada persona, teniendo en cuenta que se están inmersas en un proceso constante de recuperación y recaídas. Al mismo tiempo se recupera el significado cultural que tiene la persona enferma en su contexto; y el padecimiento se construye según este significado y el del cuerpo en un contexto social y cultural específico. Recuperar dicha información tiene como objetivo brindar información de orden cualitativo al entendimiento de la enfermedad y su contexto que pudiera ayudar a vislumbrar no sólo las causas de la anorexia nerviosa, sino también las representaciones de las personas que la padecen.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (2005), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), Barcelona, Masson.
- (2013), "Feeding and eating disorders"; en línea [<http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>], consultado el 5 de diciembre de 2013.
- Benjet, Corina *et al.* (2012), "Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes", en *Salud Mental*, vol. 35, núm. 6, pp. 483-490.
- Bousoño, Manuel (2003), "Consecuencias de la anorexia nerviosa", en Luis Rojo y Gloria Cava (eds.), *Anorexia nerviosa*, Barcelona, Ariel, pp. 111-122.
- Castro, Josefina y Josep Toro (2004), *Anorexia nerviosa. El peligro de adelgazar*, Barcelona, Morales i Torres.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2004), *Guía de trastornos alimenticios*, México, Secretaría de Salud.
- Hernández, Lilia y Edith Peña (2005), "Análisis antropofísico sobre personas con lesión medular espinal. Cuerpo, salud y sexualidad", en *Estudios de Antropología Biológica*, vol. XII, pp. 522-529.

- Hernández, Víctor *et al.* (2003), "Trastornos bioquímicos y metabólicos de la bulimia nervosa y la alimentación compulsiva", en *Salud Mental*, vol. 26, núm. 3, pp. 9-15.
- Kleinman, Arthur (1988), *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*, Nueva York, Basic Books.
- López, Sergio (2000), *Prensa, cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano*, México, Centro de Estudios y Atención Psicológica.
- Mata, Eduardo (2013), "Anorexia, bulimia y sexualidad", en *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, núm. 16; en línea [<http://www.aap.org.ar/pagina2013/publicaciones/forense/index-forense.htm>], consultado el 4 de mayo de 2013.
- Medina-Mora, María *et al.* (2003), "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México", en *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, pp. 5-11.
- Moreno-Altamirano, Laura (2007), "Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica", *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 1, pp. 63-70.
- Palma-Coca, Oswaldo *et al.* (2011), "Association of socioeconomic status, problem behaviours and disordered eating in mexican adolescents: results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006", en *Journal of Adolescent Health*, vol. 49, pp. 400-406.
- Peña, Edith Yesenia (2003), *Los entornos y las sexualidades de las personas con discapacidad*, México, Eudfam.
- (2011), "Antropología sexual: bases teóricas y metodológicas", en Anabella Barragán y Lauro González, *La complejidad de la antropología física*, t. II, México, ENAH-INAH, pp. 289-314.
- Raimbault, Ginette y Caroline Eliacheff (1991), *Las indomables figuras de la anorexia*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Rigol, Assumpta (2006), "El otro cuerpo de la identidad: análisis de modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino", en *Cultura de los cuidados*, año X, núm. 19, en línea [<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2030813>], consultado el 5 de mayo de 2013.
- Rivera, M. (2002), "La adolescencia, el cuerpo y la salud", en Sergio López (coord.), *Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I*. México, Centro de Estudios y Atención Psicológica/Plaza y Valdés.
- Saba, Guillermo y María Fraise (1998), "Disfunciones sexuales en anorexia y bulimia nerviosa", en *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. IX, núm. 32, pp. 125-130; en línea [<http://www.polemos.com.ar/vertex32.php>], consultado el 25 de abril de 2013.
- Sanhueza, Julio, Susana Nieto y Alfonso Valenzuela (2002), "Ácido linoleico conjugado: un ácido graso con isomería trans potencialmente beneficioso", en *Revista*

- Chilena de Nutrición*, vol. 29, núm. 2, agosto, pp. 98-105; en línea [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000200004], consultado el 11 de febrero de 2014.
- Strauss, Anselm *et al.* (1984), *Chronic illness and the quality of life*, San Luis, CV Mosby.
- Tinat, Karine (2008), "De jóvenes, cuerpos y alimentos: la reconstrucción de un itinerario de investigación", en *Estudios sociológicos*, vol. XXVI, núm. 76, pp. 179-196.
- Toro, Josep (1996), *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Barcelona, Ariel.
- (2004), *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*, Barcelona, Ariel.
- Unikel, Claudia y Alejandro Caballero (2010), *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".