

Imagem corporal em personas com trastorno alimentario

Natalia Solano Pinto
Irene Solbes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PINTO, NS., and SOLBES, I. Imagen corporal em personas com trastorno alimentario. In: PRADO, SD., *et al.* orgs. *Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede*. [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. Sabor metrópole series, vol. 5, pp. 251-278. ISBN: 978-85-7511-456-8. Available from: doi: [10.7476/9788575114568](https://doi.org/10.7476/9788575114568). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/37nz2/epub/prado-9788575114568.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Imagen corporal en personas con trastorno alimentario¹

Natalia Solano Pinto

Irene Solbes

Introducción: imagen corporal

El cuerpo humano es un vehículo de vida, la herramienta casi perfecta que nos permite respirar, ser y estar (Romero, 2003). Esa evidencia, puramente funcional, propia de la conceptualización de la Medicina y de la Biología, no es el objetivo propiamente dicho de este capítulo. El objetivo es el concepto de imagen corporal (IC) y la forma en la que hablan las mujeres afectadas por alguna patología alimentaria.

En la literatura, se pueden encontrar muchas definiciones de imagen corporal. En líneas generales, se podría definir como el sentir de la persona respecto a su propio cuerpo, que se reflejará en aspectos muy evidentes como la forma de vestir, peinarse u otras cosas quizás no tan evidentes, como el comportamiento en el acto de comer o en la forma de relacionarse con el entorno. Dicho de otra forma, el sentir con relación al propio cuerpo influirá, y en ocasiones determinará, las decisiones, pensadas o no, que realiza una persona de forma cotidiana (Le Breton, 2002).

Otros conceptos relacionados con la dimensión corporal son los de “*cuerpo vivido*” y “*corporalidad*”. Es el enfoque fenomenológico-existencial,

¹ Esta investigación se ha realizado en el marco del proyecto “Discursos de la Imagen Corporal en población con y sin diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria” (HU20101568), financiado por la Universidad de Castilla-La Mancha, España.

desde las disciplinas de la filosofía y la psicología, el que da forma al concepto de cuerpo vivido relacionándolo con el de corporalidad. Así, la base de la investigación del mencionado enfoque se construye a partir de los escritos de autores como Marcel, Sartre o Merleau-Ponty (Castro et al., 2006). De este último se destacan las siguientes palabras con las que él plantea que

la experiencia del cuerpo propio y de su intencionalidad hacia el mundo es unitaria gracias al esquema corporal, el cual no es una representación estática de las distintas partes del cuerpo, sino la integración dinámica de las mismas en los proyectos motores del organismo [...] Este cuerpo subjetivo-objetivo ha sido reducido a mero cuerpo objetivo e identificado con la cognición y la representación objetiva de aquél. Así, queda anulado el cuerpo vivido, que es centro de posibilidades y relaciones potenciales que, por definición, nunca pueden actualizarse o articularse explícitamente por completo (Merleau-Ponty, 2003, p. 159, apud Castro, et al., 2006).

De esta forma, el cuerpo pasa a ser el centro de las experiencias humanas, ya que dichas experiencias tienen sentido en la medida que son vividas a través y con el cuerpo (Castro y Gómez Peña, 2011).

En este capítulo, se van a emplear los términos “imagen corporal” y “vivencia del cuerpo” de forma indistinta. En el desarrollo de la imagen corporal, cobran especial importancia los factores socioculturales, que determinan a menudo qué es bello y el modo de alcanzar ese objetivo en función de los cánones de belleza que imperan culturalmente. Así, la vivencia del propio cuerpo estará influida, o más bien determinada, por dichos factores socioculturales cuya presión difiere cuando se habla de hombres o de mujeres (Bazán y Ferrari, 2012).

En este sentido, el concepto de belleza ha sido estudiado desde perspectivas antropológicas y sociales. Respecto a eso, Le Breton (2002) menciona el concepto de apariencia estableciendo la relación con la imagen que las personas ofrecen de su cuerpo, tanto a sí mismas como a los demás. Él también incluye en este concepto los autocuidados y las prácticas relacionados con el cuerpo. Vigarello (2005), por su parte, estudia la belleza como la historia de los aspectos y expresiones. Ambos autores señalan que tanto la belleza como la apariencia son construcciones influidas por aspectos sociales que enfatizan la importancia del físico.

Desde distintos ámbitos e instituciones, se formulan discursos que influyen en la construcción del cuerpo y en el modo cómo la persona se relaciona con su propio cuerpo y con el entorno (Marca García y Rodríguez Cortés, 2012). Duch y Mélich mencionan que dichos discursos

afectan de manera directa al cuerpo humano y a todas su representaciones. Por eso mismo el cuerpo o, tal vez aún mejor, las identidades humanas expresadas por mediación de la apariencia corporal, se convertirán en uno de los artefactos más móviles y flexibles de la modernidad (2005, p. 133).

Algunos de esos discursos emergen de la moda y de la publicidad. Actualmente, el cuerpo socialmente aceptado como bello para una mujer se caracteriza por ser joven, con el busto generoso, los brazos y piernas esbeltos, los ojos grandes, los labios gruesos, el vientre plano, las caderas casi rectilíneas y la musculatura ligeramente marcada. Alrededor de ese canon gira todo un negocio de productos light, cremas, dietas milagrosas, productos “*quemagrasas*”, “*aceleradores*” del metabolismo, bloqueadores de la absorción de los hidratos de carbono... El negocio está bien planteado porque el cuerpo propuesto es ligeramente, en algunas ocasiones notablemente, contrario al cuerpo determinado biológicamente para la mujer. Pero los mensajes publicitarios transmiten la posibilidad de conseguir el deseado cuerpo con esfuerzo, sacrificio y consumiendo los productos propuestos. A esto hay que añadir que con la cirugía estética todo es posible y aparentemente asequible (Agliata y Tantleff-Dunn, 2004; Cafri et al., 2005)

Para el hombre, también se propone un canon de belleza prefijado, joven, como en el caso de la mujer, y musculado a nivel abdominal, que es precisamente donde se tiende a acumular la grasa en el cuerpo masculino (McCreary et al., 2007). En una época de crisis económica mundial, llama la atención cómo en España, mientras numerosas empresas cierran sus puertas, otras, relacionadas con la estética, proliferan y prosperan, como ocurre con los gimnasios (Baile Ayensa et al., 2011). El negocio pasa por ensalzar aspectos físicos que se oponen a las tendencias biológicas del organismo y asociarlos a la belleza y al éxito. El ejemplo más claro se encuentra en el vello de los hombres. Rasurar, depilar y eliminar vello corporal o, por otro lado, implantar cabello para evitar la alopecia en los hombres, se ha convertido en un negocio más que rentable.

De esta forma, hombres y mujeres se miran y se evalúan bellos o no, se sienten atraídos físicamente o no, influidos y bailando al son de los cánones de belleza propuestos socialmente. El éxito social está asegurado si se cumple el canon, estableciéndose una clara asociación entre delgadez, belleza y éxito. Por el contrario, si una persona se aleja de ese ideal, por ejemplo, por estar gorda, se le asocian de forma automática características negativas como la dejadez y el fracaso (Rodríguez, 2007).

Esa relación, producto de la influencia de claros factores socioculturales, puede comprobarse fácilmente por medio de la asociación que se encuentra en distintos grupos étnicos entre la insatisfacción corporal y el índice de masa corporal (IMC). Así, Fitzgibbon, Blackman y Avellone (2000) observaron distintos tipos de relaciones entre ambas variables en las mujeres blancas, hispanas y negras: las mujeres blancas tendían a mostrarse insatisfechas con su cuerpo a partir de un IMC de 24.6, mientras que en el caso de las mujeres negras e hispanas eso no ocurría hasta que alcanzaban un IMC de 29.2 y 28.5, respectivamente.

La asociación de la gordura a una gran variedad de atributos peyorativos ha sido ampliamente estudiada en las últimas décadas (Brownell et al., 2005). En las sociedades occidentales, la palabra “*gordo*” ha pasado a ser prácticamente un insulto o, cuando menos, algo negativo. Los niños interiorizan rápidamente esta asociación, pues también ellos muestran una mayor insatisfacción corporal cuando tienen sobrepeso (Pallares Neila y Baile Ayensa, 2012).

Desgraciadamente, el estigma del sobrepeso se muestra en múltiples ámbitos de la vida, incluso en el ámbito de la salud. En nuestra cultura, la delgadez es sinónimo de salud, mientras que la obesidad se identifica con la enfermedad (Gracia Arnaiz, 2002), y eso produce lo que algunos autores han denominado la “medicalización de la belleza” (Díaz, 2002). No obstante, no todas las personas delgadas tienen asegurado el reino de la salud, ni tampoco todas las personas con sobrepeso padecen enfermedades asociadas (Bazán y Ferrari, 2012).

En España, el problema de la obesidad ha alcanzado también un espacio en el debate público, pues se trata de un problema de salud creciente. La investigación epidemiológica realizada a partir del estudio ENRICA (2009-2011) constató que el 39,4% de la población adulta española presenta sobrepeso, y el 22,9%, obesidad (Rodríguez-Artalejo et al., 2011). A partir de esos datos, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad solicitó que

ésta sea reconocida como una enfermedad crónica, como se ha hecho en EEUU (*El Mundo*, 9/07/2013). El debate está vigente por contradicciones evidentes. Por una parte, la obesidad era aceptada y socialmente deseable en otras épocas, ya que se asociaba al poder y la opulencia (Massa Hortigüela, 1999); por otra parte, los estudios indican que la realización de dietas tiene escasa eficacia en el mantenimiento de un peso deseable, pues las personas con tendencia genética al sobrepeso lo mantienen pese a comer la misma cantidad o incluso menos que personas que no tienen obesidad. Además, cuando se somete el cuerpo a una menor ingesta de alimentos, éste reduce su gasto metabólico basal para compensar la disminución de la ingesta. También se debe tener en cuenta que el 80% de las personas que desarrollan un trastorno alimentario (TA) han iniciado sus síntomas con la realización de una dieta, por lo que se considera ésta como un factor precipitante de dicho tipo de enfermedad (Kirszman y Salgueiro, 2002; Toro, 2004). El cuerpo no se puede modificar y moldear como su propietario y ciertos “negocios” desean.

A esta situación hay que añadir el uso de las diferentes plataformas para favorecer la comunicación a través de las nuevas tecnologías. En ocasiones, se produce una exhibición, un escaparate constante de la forma de vida que frecuentemente está sesgada. Se transmite una imagen social que a veces no coincide con la imagen real de las personas, pero sí con la deseada, lo que pudiera ocasionar problemas en la construcción de la identidad, fundamentalmente, en población vulnerable (Escobar y Román, 2011; Lenahrt et al., 2010). Los aspectos señalados anteriormente cobran especial relevancia en las personas que se encuentran en un momento evolutivo en el que el físico es especialmente relevante, como ocurre en la adolescencia, etapa de fuertes y rápidos cambios biopsicosociales: el cuerpo y la apariencia física se cuestionan, siendo esperable un incremento de la preocupación por la imagen corporal (IC) y un aumento en el deseo de gustarle al otro (Miranda et al., 2011; Miranda et al., 2013).

En ocasiones, la vivencia del propio cuerpo genera insatisfacción y da paso al sufrimiento. La insatisfacción con la IC hace referencia al malestar que una persona siente con su propia figura. Eso engloba valoraciones de partes del cuerpo o del cuerpo total que se tienden a sobreestimar y/o exagerar, fundamentalmente con connotaciones peyorativas hacia el mismo (Solano-Pinto y Cano-Vindel, 2010). Sin duda, una de las primeras autoras que volcó su interés en la importancia del trastorno de la IC, como ella misma

lo denominó, fue Hilde Bruch en 1962. Esa autora mencionó la existencia e importancia del trastorno de la IC en pacientes con anorexia nerviosa. Enfatizó que dicho trastorno englobaba una percepción e interpretación erróneas de las señales internas, que suponía una sensación de descontrol en relación a las funciones corporales y que llevaba implícito un trastorno del propio concepto corporal (Bruch, 2002).

Palabras como percepción, interpretaciones erróneas, descontrol, concepto corporal, trastorno de la imagen o insatisfacción corporal han acompañado a los modelos explicativos de distintas corrientes sobre la IC. Así, las aportaciones de Bruch, de índole psicoanalítica, han sido acogidas por otras corrientes cognitivas y conductuales. Por ejemplo, Cash (2002) enfatiza el aspecto perceptivo y el cognitivo-emocional de la IC. Raich (2000), una de las autoras más notables en el estudio de la IC en España, incluye la importancia del otro, del entorno. De esta forma, se menciona que la IC influye en los pensamientos, sentimientos y conductas hacia el propio cuerpo y en la imagen que se da a otras personas y, por lo tanto, también influye en cómo responde el entorno hacia la persona. En esa línea, la IC puede ser diferente a lo largo de la vida, cambiando por las circunstancias, la edad, la influencia social y la interpretación de las situaciones. En cualquier caso, según esta autora, la IC tiene un fuerte anclaje en la infancia y en la adolescencia.

Distintas corrientes han señalado que la IC está íntimamente relacionada con la formación y estructuración de la identidad (Becker Lewkowicz y Lewkowicz, 2013; Toro, 2013). En esa línea, la hipótesis del “escape” señala que las personas que presentan problemas en esa área sienten un gran sufrimiento al encontrar mucha discrepancia entre cómo se perciben a sí mismas y el ideal social, generando ideas obsesivas y negativas sobre sí mismas y sobre cómo les perciben los demás, lo que les hace sentir que quieren escapar de ellas mismas a través del control de su cuerpo (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Por otro lado, parte de las vivencias de las personas que padecen ese tipo de problemas se centran en el área de la alimentación y en la relación de ésta con su peso y su cuerpo. Su preocupación por huir del temido sobrepeso hace que lleven a cabo una serie de conductas restrictivas y compensatorias que ponen en fuerte riesgo su salud. Para algunas, la experiencia de restringir las calorías consumidas hasta límites insospechados se convierte en una forma de control y poder, que se ve recompensada con la pérdida de peso y, a menudo, se convierte en una parte significativa de su identidad (Carey, 2009).

En otros casos, las personas que padecen un problema de IC emplean la comida como una vía de escape que, desde su punto de vista, les ayuda a enfrentarse a situaciones inciertas o que perciben como fuertemente estresantes. En ese caso, cuando expresan sus vivencias respecto a su situación, algunas hablan de su relación con la comida como de una adicción (Cassin y von Ranson, 2007), especialmente cuando se producen atracones y la sensación de pérdida de control respecto a la alimentación.

En las últimas décadas, la psicología ha comenzado a mostrar interés en cómo los afectados por distintas patologías describen y organizan las historias de sus vidas, considerando que esa organización narrativa está vinculada con la identidad personal y con cómo la persona configura su propio mundo (Duero, 2010). De esa forma, distintas investigaciones han intentado identificar y analizar los repertorios de discurso de individuos afectados por distintas problemáticas y/o aspectos psicosociales, por ejemplo, con rasgos de personalidad de riesgo (McAdams et al., 2004), con esquizofrenia (Argembeau et al., 2008) o con trastornos alimentarios (Díaz et al., 2013).

En esa línea, existen varias investigaciones cualitativas que han analizado el discurso de personas con TA. Destacamos la investigación realizada por Brooks et al. (1998), quienes identificaron cinco repertorios descriptivos a partir del análisis de 11 entrevistas realizadas a 10 mujeres y 1 hombre con bulimia. En el primero de ellos, el individuo aparece como una víctima de la bulimia, enfermedad que le debilita, destruye y absorbe. En el segundo enfoque, la entiende como algo que alguien se hace a sí mismo; la persona se posiciona como víctima de sí misma, creando un dualismo mente-cuerpo. La tercera perspectiva destaca el papel de las mujeres como víctimas de estereotipos sociales; la cuarta, considera la bulimia como un rasgo de personalidad; y la quinta se centra en la bulimia y el afectado socialmente marginado.

Por su parte, Chan y Ma (2003) analizaron la historia de vida de una paciente china con anorexia, destacando tres aspectos que la paciente utilizaba para justificar el exceso de control: ahorro, reserva de comida y método de adelgazamiento. También Weaver et al. (2012) analizaron textos de una adolescente, las cartas que le dirigía su madre y las notas de su terapeuta. En ese análisis, se observa la anorexia como una intrusión que deben afrontar juntas. Márquez Guerrero (2010), por su parte, analizó las interacciones clínicas con dos pacientes, una con anorexia y otra con bulimia, observando que la paciente

con anorexia realizaba un desdoblamiento del yo en tres: la narradora, la parte enferma y la parte sana.

En esa línea, Carreras y Duero (2012) realizaron otro trabajo aplicando la metodología fenomenológica-narrativa en entrevistas a tres mujeres diagnosticadas de TA. Entre sus conclusiones, destacan el concepto de sentimiento de orientación vital, refiriéndose a la forma como se estructura y organiza la existencia humana. Así, observaron que las manifestaciones de las personas con TA pueden adquirir un significado personal que organiza la existencia vital de la persona y que va más allá del culto al cuerpo o de la presión sociocultural sobre la estética.

En conclusión, numerosos estudios han analizado la imagen corporal de personas que padecen distintos trastornos de la alimentación, por la evidente relación que existe entre ambos aspectos. Aunque los estudios que tratan de esa temática empleando una metodología cualitativa hayan aumentado en los últimos años, creemos que es necesario considerar las formas comunes y cotidianas de hablar sobre la propia imagen corporal, tanto en la población diagnosticada de TA como en la población general.

Investigación

Los resultados que se presentan en este capítulo pertenecen a una investigación general que se inició en el año 2010 con los siguientes objetivos:

- identificar los repertorios interpretativos que emplean personas con/sin diagnóstico de TA y sus cuidadores en relación a la IC, en el contexto de entrevistas biográficas;
- contrastar el constructo de la IC con el discurso sobre la IC desplegado en la narración autobiográfica;
- construir un mapa analítico del discurso relativo a la IC en la población española actual en el espectro de población de riesgo y afectada por TA que constituya un recurso metodológico para la creación de instrumentos de evaluación y el desarrollo de estrategias de prevención en esa área.

Método

Los participantes fueron 20 personas pertenecientes a cuatro perfiles distintos con la misma cantidad de participantes en cada uno: (1) personas diagnosticadas de TCA en fase de seguimiento clínico y asintomáticas; (2) sus cuidadoras o cuidadores principales; (3) mujeres con perfiles sociodemográficos análogos al primer grupo, pero sin diagnóstico ni antecedentes de TCA; (4) personas cercanas a las mujeres del grupo 3.

Para la selección de los perfiles 1 y 2, se contó con pacientes de la consulta de psicología de la primera autora de este capítulo, quien también realizó las entrevistas. Se les pidió el consentimiento para realizar la entrevista y utilizar los datos con fines de investigación y de formación.

El propósito de las entrevistas autobiográficas era crear un mapa que representase cómo las personas que han sido afectadas por el TA se refieren a su propia IC y a su conducta alimentaria en su vida cotidiana. Para eso, se establecieron algunos puntos clave de la entrevista que permitieran cubrir distintos ámbitos en los que podrían aparecer esos temas. En concreto, se preguntó a todos los participantes sobre los siguientes aspectos: familia de origen; familia creada; parejas y rupturas; relaciones sexuales; relaciones sociales informales; tiempo libre y ocio; trabajo y trayectoria profesional; problemas de salud asociados o no con la patología alimentaria; consumos; cuerpo en la infancia; moda y publicidad; fuentes de estrés; y proyectos de futuro.

Dichos puntos sirvieron de eje para la realización de la entrevista, pero en ningún momento constituyeron un guion estructurado, ya que se trataba de conseguir un discurso abierto de los participantes. Las temáticas fueron seleccionadas a partir del conocimiento previo de los autores sobre el tema del capítulo.

En cuanto al procedimiento de aplicación de las entrevistas, éstas se estructuraban como una historia de vida, considerando la trayectoria vital y biográfica de la persona entrevistada como el eje básico organizador de la misma. Para iniciar la entrevista, se le introducía con una petición similar a esta: *“Cuéntame la historia de tu vida hasta hoy, las cosas más importantes que te han ocurrido, las que han hecho que seas como eres, tu proceso hasta llegar aquí”*. Una vez iniciada la narración con esa propuesta genérica, se guiaba la entrevista a través de preguntas abiertas, de manera

que los participantes pudieran comenzar por donde quisieran y avanzar o retroceder en su propia historia.

Es importante señalar que los temas no siempre se presentaron del modo ni en el orden en que aquí son presentados. En muchas ocasiones, la información era proporcionada de forma espontánea por las entrevistadas. En otras, surgía como respuesta a otra pregunta o en medio de un comentario. En todos los casos, se procuró privilegiar la dinámica de la entrevista y el curso que ésta adquiriría a partir del propio relato de los participantes. Las entrevistas se registraron en grabadora digital, se transcribieron íntegramente y se analizaron con la ayuda del programa de análisis cualitativo de datos MaxQDA.

En este capítulo, se presenta el análisis que tenía como objetivo construir un mapa de los repertorios interpretativos usados para expresar las vivencias personales en relación con la IC de las participantes del perfil 1: mujeres diagnosticadas de TA en fase de seguimiento clínico y asintomáticas. En concreto, para crear ese mapa se emplearán referencias de tres entrevistas con el siguiente perfil de las entrevistadas:

María tiene 47 años y ha tenido todas las manifestaciones compatibles con la anorexia nerviosa. La evolución del trastorno ha sido muy larga: aproximadamente 20 años sin experiencia terapéutica por la patología alimentaria. Sin embargo, acudió a consulta con un terapeuta de la corriente psicoanalítica por ansiedad. No ha tenido ningún ingreso. En los últimos años, ha estado en tratamiento psicológico. En el momento de acudir a la consulta, presentaba un IMC de 14.5, y en el momento de la entrevista, de 17.5, estando asintomática con seguimiento de un año desde la última consulta y la entrevista realizada para la investigación. Tiene dos hijos y una pareja estable, estudios universitarios y trabaja de forma no remunerada en el cuidado de sus hijos y quehaceres cotidianos en su casa.

Ana tiene 34 años, trastorno de atracones con un año de evolución y una historia de relación de pareja conflictiva que termina en ruptura. Su peso corporal aumentó de un IMC de 21 hasta un valor de 23. En el momento de realizar la entrevista, presentaba un índice de 21. Tiene estudios universitarios y está buscando trabajo. Vive con sus padres.

Gema, 30 años, bulimia nerviosa. Evolución de 10 años con grandes oscilaciones de peso (aproximadamente 20 kilos) y tres ingresos. En el momento de la entrevista, estaba asintomática en relación a las conductas.

Tiene estudios universitarios y trabaja. Vive con su pareja con la perspectiva de formar una familia.

Resultados

Para describir el mapa analítico del discurso relativo a la IC de las tres participantes, se hará referencia a distintos momentos de la narración de María, Ana y Gema en relación a sus vivencias sobre su propio cuerpo. En definitiva, se trata de dar voz a esas protagonistas, para entender cómo han vivido y viven su imagen corporal. Para organizar los análisis, se ha propuesto una estructura que incluye cuatro formas emergentes de entender la IC: “el sentir”, “la aparición pública”, “gorda” y “la alimentación”.

El sentir

Este apartado presenta referencias a sentimientos y vivencias hacia el cuerpo que las participantes manifestaron en el momento de ser entrevistadas.

María hace referencia a su edad y los cambios acaecidos en su cuerpo.

María: Pero, por otra parte, eh, las formas - porque yo voy a cumplir 47 años - pues sí que están cambiando, dentro de más o menos algunos años, sí que realmente cae, sí que hace, y a mí eso ahora me provoca cariño, aceptación. Cuando los niños en casa me dicen “hala mamá, las arrugas cómo se están marcando”, digo “sí ¿verdad?, ya me he dado cuenta”.

En el fragmento anterior, María refleja que “el sentir” que evoca su cuerpo actual, asociado a su edad, está basado en el bienestar. En el siguiente fragmento, hace referencia a su futuro biológico más inmediato: la menopausia y el supuesto cambio en su peso corporal pronosticado por una ginecóloga. Ese supuesto cambio de peso podrá poner en duda el sentimiento de bienestar y la aceptación: “*ahí veremos realmente si he dado el salto ese de la aceptación*”. Además, ella relaciona ese posible futuro aumento de su peso con el momento de comprar ropa, cuestionándose de forma indirecta cómo reaccionará cuando tenga que comprar otras tallas, aunque parezca dejar claro que rechaza la talla 36.

María: Bueno, pues entonces, pues la duda es esa, pero en general de sentir antes algo que yo arrastraba conmigo, que era el cuerpo, a estar muy agradecida porque mi cuerpo se mueve, porque cuando me duele una rodilla digo “que se cure”, o sea porque veo el potencial de tener el cuerpo, de poder moverte, de todo. Y entonces, yo creo que ahora lo que siento es pues cariño, aceptación (2), pero me queda la duda, que... uhm... lo sabremos, cuando ya entre en menopausia que por lo visto es el 10% ¿no? lo que se engorda, me lo dijo la ginecóloga en el curso.

Entrevistadora: No me lo sé, he de confesarlo.

María: Pues dijo que se aumentaba más o menos un 10% del... del peso corporal, ahí veremos realmente si he dado el... el salto ese de la aceptación, pero yo creo que, otra cosa, que cuando yo voy a comprarme ropa, antes era la 36, eso está olvidado, es más me parece mal (ríe).

En los siguientes fragmentos, Ana también expresa aceptación respecto a su cuerpo:

Ana: Y, ahora sí, me reconozco en mi cuerpo y me siento a gusto con él. Independientemente de que el (eh) ideal de belleza de su madre, de la sociedad que la parió, pues pueda ser otro, y yo no estoy en ese ideal, pero me la pela, o sea, es que es distinto: Esa... ¡Esa no es Ana! Además, yo nunca me haría una operación de éstas. ¡No jodas! Si ya cuando me echo maquillaje y me ponen de más, digo “No soy yo”, como (boca piñonera:) poner(me) unos morros así o alguna chorrada de esas, o ponerme unas tetas así. No, es que además no me gusta.

Ana: (riendo) ¡Era horroroso! O sea, (mira) esa es una de las... de las... de cirugía estética que no me habría hecho yo nunca. Ah y tampoco de las demás, la verdad, pero dices: “Yo soy muy diferente”. Me veo muy diferente. Yo es que no me reconocía en ese cuerpo. Me veía fea, me veía mal. No me encontraba. Yo no era... no era la Ana a la que yo estoy acostumbrada.

En los párrafos anteriores, Ana hace referencia a la posibilidad de modificar el cuerpo a través de una cirugía para ajustarlo al canon de belleza, expresando

claramente su rechazo a eso. La justificación de dicho rechazo se argumenta a través del no reconocimiento de sí misma, de la imagen asociada a su identidad. Ella parece valorar más sus propios criterios que los criterios externos.

Por su parte, Gema rechaza de forma explícita su cuerpo, habla de sus emociones y de la importancia de la referencia del otro.

Gema: Pero yo me veo mi culo, me veo mis caderas, me veo mi tripa, mi brazo, mi tal y me sigo agobiando y me sigue agobiando muchísimo y me encantaría pues eso no sé. Y a veces pienso: “la gente me verá gorda porque yo me veo gorda”.

En el fragmento anterior, la entrevistada especifica las zonas del cuerpo que le causan malestar emocional. Esas zonas coinciden con las que socialmente, en el cuerpo de la mujer, son objeto de presión. Por otro lado, enfatiza en una sola frase la importancia de la mirada del otro, pues se pregunta qué opinarán las personas de ella, si la verán tan gorda como ella parece verse, sentirse. Y continúa, en el siguiente párrafo, comparándose con las personas que trabajan con ella. La comparación curiosamente es física, en un entorno donde supuestamente se valoran competencias profesionales y el físico se encuentra en un plano que debería ser secundario. Sin embargo, para Gema, la apariencia física parece ser fundamental. A partir de sus palabras, podemos deducir que estar “gorda” es lo peor que le puede pasar, que la propia palabra es muy peyorativa para ella.

En las siguientes frases, ella hace referencia a estrategias que aprendió en terapia para diferenciar entre el sentir y el estar, el pensar y el ejecutar, el pensar y el parar. En ese debate, parece hacer contrastes y pruebas de realidad en voz alta: ¿Se puede estar gorda en una talla 38, 36 ó 34? Parece estar consciente de que eso no es posible, pero no sabe qué hacer con su malestar emocional (con su *agobio*), con su pensamiento (*soy una gorda*), al no poder percibirse de otra forma. La solución que encuentra Gema es tapar, disimular y esconder el cuerpo. Emoción, cognición, percepción y conducta parecen estar presentes en su forma de vivir su cuerpo.

Gema: O sea, hoy me he vestido y he pensado que soy la más gorda de mi despacho y pienso “Gema” – yo me doy cuenta – o sea, lo bueno que yo tengo que todos los años que llevé allí de terapia fue el que sé perfectamente parar

ese pensamiento, cuestionar ese pensamiento, y un poco frenar y decir: “basta, ¿no? ¿qué gilipollas!, eres bonita, ¿no?”, pero, claro, el problema es que lo sigo teniendo y que ese pensamiento sigue y que me afecta y que me agobia y que yo me veo, y entonces me encantaría ponerme, o sea, a veces, pienso que me encantaría salirme de mi cuerpo y ser otra persona y mirarme ¿no? Y mirarme y pensar: “¿cómo eres?, ¿destacas por gorda?, ¿por no gorda?, ¿eres una tía normal?”. Porque yo me veo gorda, me veo con culo, ahora mismo. Hace tiempo que ya no soy capaz de ponerme unos pantalones vaqueros sin llevar una camiseta. Todo tiene que ser largo, ancho y que me tape el culo. Otra vez como otras veces, porque, cuando yo estaba más delgada, decía eso ¿no? que estaba dentro del canon de belleza: 36. ¿38, no! Con 38, ya empecé a taparme el culo, pero con 34, 36 yo decía “es que, hombre, digo yo que lo tendré pequeño?”

Aparición pública

Este apartado hace referencia a fragmentos en los que se describe la forma de vivir el cuerpo en apariciones públicas, en eventos sociales.

Respecto a eso, en su narración, María hace referencia a sus relaciones sociales en el pasado y las compara con las del momento presente tras la petición de la entrevistadora solicitándole dicha comparación. En el momento actual, María se siente cómoda en sus relaciones sociales y parece que lo importante para ella es pasar un momento agradable con la gente y lo que ésta le transmite. Se puede inferir que el cuerpo no es el protagonista de las reuniones sociales. Por el contrario, en años anteriores, su cuerpo era su absoluto centro de atención, pues tenía que mostrar un cuerpo que percibiera delgado. Para conseguir ese cuerpo, acudía a los diuréticos y así percibía que mostraba un cuerpo “libre de líquidos”.

Entrevistadora: Vale, oye, has comentado antes el tema de las relaciones sociales, ¿no? Has dicho en algún momento pues esto que... que evitabas, que rechazabas ¿no? al gordo, o pensabas que era que no se podía controlar, o que evitabas ir a algún sitio, y ahora cómo está, el antes o el después, ahora cómo es.

María: Pero que evitaba por mí ¿no?

Entrevistadora: Uhm.

María: Ahora ya no es tema, no es tema, es más, yooo... que me temblaba tanto la voz, que no se qué, ahora llego y, cuando voy con la gente, es porque voy con la gente y no soy yo la que está haciendo la actuación, es porque voy con la gente para pasar un rato, punto, con lo cual siempre es disfrute.

Entrevistadora: Uhm, y si tuvieras que contar el antes, ¿qué te pasaba antes, por qué había esa dificultad?

María: (Pausa) Una era la parte mía, uhm... el..., la parte mía era todo, era la parte en que, pues, fíjate, cuando conocí a la familia de (pareja), me tomaba diuréticos antes de verles. Mi amigo "X", su madre tomaba yo no sé, lo de la tensión es diurético, que ahora cuando dice - no me acordaba yo - entonces me decía "pues te doy la pastilla de mi madre para que pierdas líquido" y yo me la tomaba.

Entrevistadora: ¿Te tomabas la pastilla de la madre de "X" para la tensión?

María: Yo me la tomaba, teniendo la tensión yo baja, claro, ¿por qué? Porque iba a ver a la familia de (pareja). Imagínate lo que veía la familia de (pareja), si ya tengo la tensión baja (riendo), con unas ojeras, con todo lo que había meado ¡jajajaja!

Entrevistadora: Tu pareja ni se movía ¿no? (riendo)

María: Pero me parecía que tenía que estar, que comer, delgada, que... que era lo que yo tenía que enseñar a la gente era esa parte física, y que esa parte física tenía que estar delgada (pausa) para, para cumplir (pausa). Cosa que es que ahora (pausa) pues realmente no, no, cuando yo quedo con gente es porque va María, no es... nada más, nada más, es que tú me lo enseñaste muy bien, es lo que te transmite la gente, lo que... simplemente, lo que te transmite, ya está, no es "gordo, delgado", no, es lo que, pues eso, lo que te transmite.

En el siguiente fragmento, Ana se refiere a la inseguridad que sintió en sus primeras relaciones sexuales con un chico: inseguridad y vergüenza, ante la duda de si le gustaría a la otra persona por una parte y, por otra, por las propias reacciones físicas que pudiera sentir. Se puede inferir por

su narración que el foco de atención en sus primeras relaciones sexuales estaba en su propio cuerpo, en que el otro sólo existe para evaluarla. No hay verbalizaciones sobre el papel del cuerpo de la otra persona, su aspecto físico o cómo ella se sentía respecto a ello. Tampoco habla de emociones entre ambos, por lo que se produce la impresión de que eran encuentros meramente sexuales.

Ana: Era muy diferente, eran otras sensaciones. No sé por qué, además, yo de aquella experiencia tenía un poco de vergüenza de decir “Claro” porque... yo lo había hecho con este chico, la persona con la que yo estaba ya tenía más experiencia que yo, y que... que sí, que te da un poco de corte decir “Bueno pues”. No sé, de estando así insegura, decir “Pues mi cuerpo... pues... pues si te puede gustar, o no te puede gustar, pero, sobre todo, las reacciones que vas a tener.”

En los siguientes párrafos, Gema describe cómo se sentía en la época en que tenía más peso.

Entrevistadora: Uhm, oye y con estas oscilaciones de peso, de 20 arriba, 20 abajo y cuando estabas con sobrepeso, ¿qué hacías con el cuerpo? porque...

Gema: ¿Qué hacía con qué?

Entrevistadora: Con el cuerpo. ¿Quedabas con la gente?

Gema: No, me costaba mucho conocer a gente nueva. No soportaba conocer a gente nueva por el miedo al rechazo. O sea, cuando estaba así, bueno, aparte que yo. Bueno, espera primero por un lado y luego por otro.

Gema: Pero cuando, a lo mejor, mis amigas me decían uhm... ¡Ay, que he quedado con menganita o con fulanita! Uhm... yo evitaba esas situaciones porque tenía mucho miedo a que me rechazasen por mi físico. No me gustaba y no.

Yy... y en ciertos momentos, ahora sí que me pasa, ¿eh? El “¡uy!”, a ver si van a pensar que “ya viene la gorda” ¿no? y “mira, la gorda, la gorda simpática”.

Luego, por ejemplo, a mí, por ese aspecto, mi relación con los hombres ha sido muy difícil siempre, porque fue como la catapulta de mi problema: el gorda, gorda, gorda, gorda.

Y, cuando me he liado con tíos, ha sido cuando adelgazaba. Cuando tenía, a lo mejor, tampoco adelgazaba mucho ¿eh? A lo mejor, ponte que adelgazaba 5 kilos, que me quedaba un poco más grande el pantalón, entonces, yo ya me sentía un poco mejor y entonces, bueno, cuando tú te sientes bien, emites otra cosa que cuando te sientes mal. Entonces, ha sido cuando he estado más delgada cuando... cuando he ligado, cuando... ¿no? cuando estaba muy delgada. De hecho, cuando empecé con Pedro, estaba súper delgada.

Entrevistadora: Uhm, oye, ¿en algún momento te has sentido más... eh... aceptada por amigas, amigos o familiares cuando tenías el cuerpo, voy a decir, de 34?

Gema: Por familiares: por mi abuela por parte de padre que no la soporto, no la he soportado nunca (pausa) por muchos motivos, entre otras cosas, por eso ¿no?

Entrevistadora: Uhm

Gema: “¡Uy, ahora sí que estás guapa!, ¡Ahora sí que sí!” ... Por mis amigas, nunca y, por mis padres, jamás, y por mi hermano, no.

Entrevistadora: Uhm

Gema: Por gente que he conocido, sí. Me he sentido, o sea, gente que de repente me han presentado, me he sentido mucho más aceptada y mucho más eh... un eh... a ver (3), o sea, como más aceptada o con más interés para hablarme.

Entrevistadora: Uhm

Gema: Sobre todo, con los tíos de forma exagerada. Con las tías, no. Por lo que decíamos cómo estás gorda, no, no, pues “pobrecita no me va a quitar

al chico” tal (ja ja); pero, por los tíos, sí. Ya, claro, yo veía que... joder. Yo cuando estaba más delgada, pues, me arreglaba. No es que me arreglase más, pero, como que me permitía determinados modelos que aunque yo no me viese bien sabía que me los podía poner, entonces, claro, yo sé que entraba con unos taconazos súper delgada tal me ponía, me pintaba y no sé qué, y entraba pues yo me acuerdo cuando conocía a (pareja) al poco tiempo me llevó a una fiesta de unos amigos suyos. Pues ese día me acuerdo perfectamente de, de, de tener que decir, o sea, no decirles, pero de sentirte realmente guapa, porque todo el mundo me decía “¡qué guapa, qué tal hala, qué niña más guapa, qué no sé qué (pareja) no sé qué, pero qué pibón!”

Entrevistadora: ¿Eras un pibón?

Gema: En ese momento, para ellos, sí. Yo pa mí era lo que estoy siendo ahora mismo, pero, para ellos, era un pibón. Cosa que ahora creo que no me dirían ¿no?

Animada por la entrevistadora, Gema describe en esas líneas su experiencia de sentirse y estar gorda durante su adolescencia y juventud. Por una parte, se refiere al miedo a ser rechazada por el sexo contrario, pues el peso corporal y su sentir respecto al cuerpo son lo que dicta sus decisiones en relación al acercamiento al otro. En su descripción, hay contradicciones que pudieran revelar un debate, una lucha interna sobre su propia identidad. De esa forma, menciona que en realidad es lo que ella transmitía, y no tanto la diferencia de peso, lo que determinaba el éxito de sus acercamientos.

Por otra parte, establece una división entre las chicas (debido a su gordura, no la perciben como una competidora que les pudiera quitar al chico elegido) y los chicos (quienes la pueden rechazar por no cumplir con el canon de belleza). De esa visión de las personas y sus intereses se podría deducir que, a ojos de Gema, vivimos en una sociedad en la que las mujeres compiten por ser elegidas por hombres, y éstos las eligen utilizando como criterio el aspecto físico puramente. Curiosamente, Gema no refiere sentir estos miedos o inseguridades con sus amigas ni con su familia, excepto con la abuela paterna. Eso podría significar que, en el ámbito de la amistad y la familia, el cuerpo pierde protagonismo para ella.

Gorda

Los siguientes fragmentos hacen referencia a la experiencia de ser gorda en la preadolescencia. Las tres participantes han tenido esa experiencia.

María, que engordó a los 10 años, explica cómo su familia le señalaba que ser una niña gorda era algo negativo.

María: Claro, entonces, es que lo de la parte del cuerpo, desde los 10, que me... Luego cuando empecé a engordar, empezaron a decir “La niña está gorda, la niña está gorda”. Yo nunca me había sentido, ni visto, además que yo era bastante infantil en ese sentido, pero el gordo era negativo...

Ana, por su parte, tuvo la experiencia de ser una chica gorda a los 12 años. Aunque lo cuente de una forma aparentemente divertida, en su discurso, se refleja su malestar, puesto que describe a sí misma con palabras peyorativas y termina con el reconocimiento de dicho malestar.

Ana: Pero pésimamente. Y luego ya después, en la pubertad y demás que te cambia un poco el cuerpo, ¡buah!, yo, a los doce, tuve un cambio, o sea, de ser un palillo así me convertí en un tonel. Joé tal...² Por qué no tengo fotos aquí. No sé dónde estarán las fotos. Sí, yo creo que le... que... ayudé a mi madre a esconderlas para que nadie las viera.

Bueno, ¡horrrible!, o sea, me convertí pero en una bola, pero... pero bola inmensa. O sea, a lo mejor, que pesaba tres o cuatro veces más de lo que yo pesaba. Y la verdad es que, en aquella época, recuerdo que... que muy mal, muy mal (riendo), porque no me gustaba nada. Veía, pero toneles ¡qué toneles! de... El uniforme no me valía, tuvieron que comprar otro uniforme nuevo. ¡Oh, qué desastre! Porque además es que dices ¡”Joé si me salieran tetas”!, porque no me salían nada de tetas. Era como, (ppfffr) así todo así un culo grande, unas patorras. Estaba superdivertido, la verdad. Ahora que lo pienso en aquel momento, no me gustó nada.

² “Joé tal” es una expresión muy coloquial. Qué pena...

Gema comenta la experiencia de sobrepeso en su preadolescencia describiéndose como una persona con demasiado peso para su edad y refiriéndose, con mucha emotividad, a cómo las burlas de sus iguales en relación al físico le servían para confirmar sus “sospechas”.

Gema: Afffff... Entonces, ¡gorda, gorda, gorda, gorda, gorda, gorda! Y yo lo estaba pasando muy mal, yo ya sabía que estaba gorda o no gorda, pero, o sea, yo creo que en ese momento, sí, que estaba gorda para la edad que tenía, tampoco te sé decir, pero, bueno, ¡yo que sé! (solloza). Yo me sentía gorda y bastase que te digan los demás efectivamente que estás gorda, pues pa que yo ya dijera “¿ves como no soy yo? pues estoy gorda.”

La alimentación

En líneas generales, las participantes dedicaron mucho menos tiempo a hablar de la alimentación o de la comida de lo que han dedicado al discurso sobre sus vivencias del cuerpo. No obstante, los comentarios que aportan sobre esta temática son altamente significativos y expresan, en relación a la alimentación, una serie de metáforas y vivencias con alta carga emocional y física.

Así, su relación con la comida en los momentos más duros es vivida con angustia y ansiedad; ellas incluso llegan a comparar el problema alimentario con una “adicción”, que les provoca un sentimiento de culpabilidad importante después de producirse el atracón o la conducta compensatoria (vómitos autoinducidos, consumo de laxantes, ejercicios).

Gema: Pues porque yo creo que es una enfermedad que tiene, es como un drogadicto. Que es drogadicto toda la vida. Yo creo que soy una drogadicta de la comida, creo que, siempre que estoy nerviosa o mi vida con más ansiedad, termino igual, o sea, termino comiendo mucho o no comiendo y con ideas un poco de todo ¿eh? Hay momento en los que, si tienes determinadas ideas de bueno, pues vas a la farmacia o vomitas o hago más deporte o eso por un lado [...]

Gema: (4) pues yo creo que no ha sido un aprendizaje, yo creo que, al final, como siempre, he utilizado la comida como forma de calmar la ansiedad, creo que viene de ahí, como el drogodependiente que se pincha heroína

para calmarse y luego se siente culpable por habérselo pinchao, pues yo un poco lo mismo.

Gema piensa que va a “padecer” esa enfermedad toda la vida, como una persona con una adicción a las drogas: cuando se encuentre en una situación de vulnerabilidad, estrés o desesperanza, recurrirá a la comida (de forma desenfadada) y a las conductas compensatorias para tratar de sobrellevar esas sensaciones.

Por otro lado, tal y como suele ocurrir con las personas que padecen un TA, dos de las participantes explican cómo al comienzo de su problema o durante el curso de la enfermedad los episodios de ayuno, dieta y conteo de calorías se intercalan a menudo con conductas compensatorias y atracones, que patologizaban totalmente su relación con la alimentación y el cuerpo, sin conseguir tampoco calmar sus inseguridades o el rechazo hacia su propio cuerpo.

Ana: Que no se lleva nunca a la práctica, pero ese verano sí se llevó y empecé a... pues empecé a adelgazar, pero empecé, entré en lo que luego supe que era anorexia, porque no comí durante un verano entero. Me pasé los tres meses de verano prácticamente sin comer nada. Y sobre todo fruta y melocotón: me dió por comer melocotones a todas horas, yy hacía muchísimo deporte, nadaba mucho. Nadaba tres veces al día, yo creo que entre 4 y 5 horas al día nadaba (pausa), una vez comía. Y claro adelgacé mucho. Pues yo que sé, adelgazaría 20 kilos 15 kilos una burrada, tampoco te sé decir, pero más o menos mis cambios han sido así: cuando he adelgazado, he adelgazado 20; y cuando he engordado, he engordado 20. Entonces, era así normalmente [...]. Total que yo seguí, mal empecé ya a vomitar. Empecé a... no comer. Tenía períodos de vomitar de atracones y ya empecé todo mi problema: ¡gordo, gordo, gordo! Luego me descompensé otra vez y engordé.

Gema: Otra vez, cogí los 20 kilos. Cuando estaba en COU,³ engordé muchísimo, porque no controlaba. Había períodos que no comía, otros que comía mucho y no vomitaba; otros períodos que comía y vomitaba. Ahí, en ese momento, no estaba con laxantes. No estaba con nada. Y hacía regímenes y

³ COU, son las siglas de “Curso de Orientación Universitaria”. Pero ya no existe porque cambió la normativa. Por tanto, se sustituye por “Curso Anterior a la Universidad”.

no hacía régimen y tal y no sé qué. Y otra vez gorda, muy gorda (errr). Solo me ponía chándal. Solo, bueno, físicamente, yo me veía completamente horrorosa.

Por otro lado, el control que Ana era capaz de ejercer sobre su ingesta de alimentos se asociaba a una sensación de “control” que sólo encuentra en esta área, la de la alimentación, en contraposición con otras áreas de su vida que son percibidas como más incontrolables o impredecibles.

Ana: Era lo único a lo que tenía (tose) una cierta libertad, aunque no fuera verdad, porque luego me controlaba a mí toda esa ansiedad y todo ese comer. Y comer más, pero yo tenía en la... en el primer momento, una sensación de que era algo, que era de lo poco que yo controlaba. Conmigo, ¿no? de decir. Porque en mis sentimientos, ¡eh! (pausa longa) Todo eso yo no podía controlarlo. En ese momento, la situación en la que estaba, no podía controlarlo. Lo único que yo creía que tenía una cierta libertad de acción era comer. (Pausa longa) Pensaba que yo era libre, pues bebiendo o comiendo, porque decía “Claro esto. Es algo que yo cojo con mi mano y me lo meto en la boca”.

En el siguiente fragmento, María relaciona el sentir del propio cuerpo con la forma de comer y con la actividad física y explica cómo el manejo de su peso le permite sentirse fuerte. En cuanto a los propios alimentos que comenta, hace referencia a la aceptación de determinados productos, haciendo énfasis en, quizás, uno de los más temidos por estar socialmente satanizado: la grasa, representada, en este caso, por los dulces y el aceite de oliva.

María: (Pausa) ¿De mi cuerpo actual? (pausa) Pues que... que es estupendo y que... cada vez, que cada vez está mejor (ríe), porque (pausa) entre lo bien que como, que eso tarde o temprano digo yo que sí, que tiene que... lo equilibrado (pausa). Ahora encima con... la natación, como veo que quemaba mucho y que sí que se encoge o es que se pone más duro, y como yo creo, yo creo que soy de las pocas que no voy por adelgazar (ríe), que lo hago por estar sana a largo plazo, pero veo que, que adelgaza, entonces pues, mira, qué ventaja, porque el aceite de oliva, o sea, como yo es verdad que las grasas vale, malas, y todo, pero las meto que mira, con el dulce, pues ahora lo que hago es el aceite de oliva. De vez en cuando, mojo, y hago barquitos, y mis ensaladas brillan, no te voy a decir que voy a cambiar ¡jajaja! pero que sí que me per sí que hago

cambios de (oye oye que coonn), si voy tres días seguidos, veo que adelgazo. No quiero esto, quiero estar fuerte, y entonces pues pues, digo pues me voy a poner mucho más sana todavía, porque mis ensaladas, lo que te digo, brillan, cuando me vi haciéndome mi barquito con el aceite, la sal, el pimentón, uhm... Entonces, es que yo quiero... es que estoy encantada, es que me siento muy bien, muy bien con mi cuerpo. ¿Cómo lo miro? Pues es que cuando me visto (pausa) siempre tengo un espejo, pero lo que voy buscando no es mirarme tanto, como que siempre que me visto, de siempre con lo del Taichí, intento hacer equilibrio, de vestirme sin..., o sea, me fijo más en no perder el equilibrio que..., pero si me miro siempre, siempre es con simpatía. Ahí, no es alguna vez (pausa), ni siquiera cuando me aprieta el pantalón. Siempre, ahí sí es (pausa) me gusta mucho todo.

Discusión

En estas líneas, se ha intentado reflejar cómo hablan de su propia imagen corporal tres mujeres adultas que han estado diagnosticadas y tratadas de trastorno alimentario y que, en el momento de ser entrevistadas, se encontraban asintomáticas respecto a las manifestaciones de la patología alimentaria.

Como era de esperar, cada una de ellas muestra un discurso propio y un ritmo distinto en la narración de su propia historia, pero se han detectado ciertos repertorios que se repiten en los tres relatos: el sentir sobre su cuerpo, la aparición pública, la vivencia de sentirse gorda y su relación con la alimentación.

Respecto al sentir, dos de las participantes han expresado aceptación de su cuerpo, y una de ellas ha manifestado desacuerdo y malestar, es decir, lo que se denomina insatisfacción con su imagen corporal. Esas manifestaciones de acuerdo/desacuerdo se han producido con independencia del índice de masa corporal que poseen actualmente y están más asociadas al momento vital y a su recuperación.

La participante que muestra insatisfacción ha descrito de forma espontánea cómo identifica y maneja esos pensamientos que son vividos de forma intrusiva. De esa manera, ella se plantea cómo solucionar “*lo imposible*”, es decir, ¿cómo estando en una talla 38 se siente y se percibe gorda? La participante trata de solucionar ese dilema acudiendo a pruebas de realidad, con el objetivo de parar los planteamientos que le generan angustia.

Además, ella menciona las partes de su cuerpo que más dudas le producen, que son precisamente las que, en el cuerpo de la mujer, son objeto de más presión sociocultural (tripa, caderas, trasero).

Por otro lado, también se alude a los cambios biológicos que se producen en el cuerpo como un momento de vulnerabilidad. El cuerpo de las mujeres, por sus características biológicas, presenta más cambios a lo largo de la vida, que además, en muchos casos, son relativamente rápidos, lo que hace que se puedan sentir cuestionadas. Esos cambios suelen estar asociados a la pubertad, a embarazos y a la menopausia. En esas situaciones, además, la presión social aumenta en relación al cuerpo, lo que convierte a las mujeres en seres más vulnerables a la hora de presentar malestar en relación a su forma corporal. Para dar atención a dichas circunstancias, sería adecuado realizar estudios cualitativos en diferentes momentos vitales de las mujeres con el fin de conocer sus vivencias específicas en esas situaciones concretas.

Por otra parte, las participantes asocian la aceptación corporal con la aceptación de alimentos socialmente asociados a la gordura. Es decir, en esas mujeres ha tomado forma el mensaje sobre los “*peligros de la grasa*”, porque se transmite a través de distintos medios que ésta modifica el cuerpo, engordándolo. Por tanto, afrontar la ingesta de determinados alimentos necesarios para el correcto funcionamiento del cuerpo se convierte en un afrontamiento de sus temores sobre perder el control ante la posible modificación de su cuerpo.

En relación con lo que hemos llamado “*apariencia pública*”, se hace referencia a situaciones en las que la participante se convierte en el foco de atención y cómo cuando dicha atención, en relaciones sociales o en situaciones íntimas, se centra en el cuerpo, éste adquiere una relevancia y genera un malestar tan grande que hace que la mujer realice comportamientos para poder gestionar la angustia, como evitar o consumir diuréticos. Se hace una comparación entre dos momentos sucesivos: convivir con el malestar hacia el cuerpo y aceptar el cuerpo. Parece que es esencial el cambio del foco de la atención a otros aspectos que, aparentemente, no tienen mucho que ver con las características físicas del cuerpo. Lo que transmiten las otras personas y lo que la participante puede aportar son aspectos esenciales en las relaciones sociales que pasan a un primer plano cuando existe la aceptación del propio cuerpo, inferimos, de su identidad.

Respecto a la vivencia de sentirse gordas, las tres participantes refieren malestar y la importancia otorgada por el entorno, por parte de los iguales y de la familia, a su supuesto sobrepeso. En ese sentido, el rechazo a la obesidad y la mayor presión hacia la mujer hace que la insatisfacción respecto a la IC sea considerada por algunos autores como una característica propia del sexo femenino (Gracia Arnaiz, 2002). Esa “normalización” de la insatisfacción conduce a muchas mujeres a la realización de determinadas prácticas como seguimiento de dietas, uso de laxantes o vómitos esporádicos para tratar de controlar su peso (López- Guimera y Sánchez- Carracedo, 2010). Respecto a eso, algunos autores se plantean si esas prácticas y los TA conforman un continuo y se preguntan si esos trastornos podrían ser una construcción social que patologiza conductas que son socialmente aceptadas, como lo fueron en otras épocas la práctica del vómito autoinducido en la antigua Roma o el ayuno en las santas (Gracia Arnaiz, 2002).

Por otro lado, numerosos autores se refieren a variables relacionadas con emociones, creencias, pensamientos y conductas cuando se intenta describir el concepto de IC. Las tres participantes han hecho referencia a todos esos aspectos al hablar de su IC, dando una especial relevancia “al otro” en ese proceso, incluyendo en la categoría “otro” a sus iguales, familias, parejas o posibles parejas. Es decir, la insatisfacción hacia el cuerpo parece estar relacionada con el deseo de gustarle a alguien, de atraer o de mostrar algo de sí misma que pudiera ser valorado. En este punto, cabe preguntarse si esas personas buscan ser valoradas por aspectos físicos porque no han encontrado otras formas de identificarse, de mostrarse. Así, ¿el deseo obsesivo de tener un cuerpo delgado responde a un vacío en su identidad? En ese sentido, algunos autores señalan que el trastorno alimentario surge como una reacción que va más allá del culto al cuerpo y que se relaciona más con los procesos identitarios (Duero, 2010). Surgen de esa idea preguntas inquietantes: si eso fuera cierto, partiendo del hecho de que actualmente casi todas las mujeres presentan de forma “normalizada” insatisfacción corporal y realizan conductas para controlar el peso, ¿estamos ante una sociedad de mujeres sin identidad?, ¿se les enseña a no tener identidad?, ¿es ese proceso una forma más de manipulación?

Las narraciones de las participantes nos muestran también cómo la comida y la alimentación se convierten, para algunas de ellas, en una “adicción” similar a la adicción a las drogas, a la que han recurrido o temen recurrir cuando los factores estresantes de sus vidas les hacen sentir

sobrepasadas por la situación. El control de la cantidad y calidad de lo que comen y, por consiguiente, de su peso, les proporciona una sensación de control que no consiguen obtener en otras áreas de sus vidas, principalmente en lo que respecta al mundo social y emocional.

Desde nuestra perspectiva, una forma de profundizar en esta temática y responder a las preguntas aquí propuestas y a otras muchas que surgen de los discursos femeninos es dar voz a las personas: a las mujeres que sufren y desarrollan un TA (trastornos graves, pues entre un 5-10% de ellas mueren por sus consecuencias directas y/o indirectas); a las que se han recuperado; y a las que se presupone insatisfechas; es decir, a las mujeres en general. Identificar sus repertorios y sus vivencias nos ayudará a realizar acciones para fomentar una sociedad libre, que pueda y sepa mirarse en el espejo y relacionarse con la comida de un modo sano y gratificante.

Referências

- AGLIATA, D. e TANTLEFF-DUNN, S. "The impact of media exposure on males' body image". *Journal of Social and Clinical Psychology*, v. 23, 2004, pp. 7-22.
- ARGEMBEAU, A. D. et al. "Remembering the past and imagining the future in Schizophrenia". *Journal of Abnormal Psychology*, v. 117, n. 1, 2008, pp. 247- 51.
- BAILE AYENSA, J.I. et al. "Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios". *Revista de Psicología del Deporte*, v. 20, n. 2, 2011, pp. 353-66.
- BAZÁN, C.I. e FERRARI, E.L. "La delgadez, las dietas hipocalóricas y la salud: un estudio transcultural". *Quaderns de Psicologia*, v. 14, n. 2, 2012, pp. 37-53.
- BECKER LEWKOWICZ, A. e LEWKOWICZ, S. "Escuchando las voces del cuerpo". *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n. 116, 2013, pp. 35-42.
- BROOKS, A. et al. (1998). "Accounts of experiences of bulimia: a discourse analytic study". *International Journal of Eating Disorders*, n. 24, 1998, pp. 193-205.
- BROWNELL, K.D. et al. *Weight bias: nature, consequences, and remedies*. New York: Guilford Press, 2005.
- BRUCH, H. *La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós, 2002.
- CAFRI, G. et al. "Pursuit of the muscular ideal: physical and psychological consequences and putative risk factors". *Clinical Psychology Review*, n. 25, 2005, pp. 215-39.
- CAREY, E. "Eating, food and the female body in the media and medicine: a feminist analysis of eating disorders". *Socheolas: Limerick Student Journal of Sociology*, v. 1, n. 1, 2009, pp. 31-45.
- CARRERAS, X. e DUERO, D.G. "Sentimiento de orientación vital y vivencia del cuerpo en personas con trastorno de la alimentación: un estudio fenomenológico- narrativo". *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, v. 4, n. 3, 2012, pp. 30-47.

- CASH, T.F. "The situational inventory of body-image dysphoria: psychometric evidence and development of a short form". *International Journal of Eating Disorder*, n. 32, 2002, pp. 362-66.
- CASSIN, S. E. e VON RANSON, K. M. "Is binge eating experienced as an addiction?". *Appetite*, n. 49, 2007, pp. 687-90.
- CASTRO, A. et al. "La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial". *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, n. 17, 2006, pp. 122-48.
- e GÓMEZ PEÑA, M. "Corporalidad en el contexto de la psicoterapia". *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, n. 27, 2011, pp. 223-52.
- CHAN, Z. e MA, J. "Anorexic body: A qualitative study". *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, v. 4, n. 1, 2003. Disponible em: <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs030117>.
- DÍAZ, F. et al. "Autobiografía y anorexia: Una alternativa cualitativa al modelo de estados del cambio de Prochaska y DiClemente". *FQS Qualitative Social Research*, v. 14, n. 1, 2013. Disponible em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1792/3470>.
- DÍAZ, R. "La belleza es salud, la medicalización lingüística de la publicidad de los cosméticos". *Revista Contextos*, n. 19-20 (37-40), 2002, pp. 109-21.
- DUCH, L. e MÉLICH, J. *Escenarios de la corporeidad*. Madrid: Trotta, 2005.
- DUERO, D.G. "Coherencia y composición en el relato autobiográfico: estrategias para su análisis e implicancias para la psicoterapia". *Revista CES Psicología*, v. 3, n. 2, 2010, pp. 18-47.
- ESCOBAR, M. e ROMÁN, H. "La presentación del yo en el ciberespacio: un análisis de las autodefiniciones personales en blogs y redes sociales". *Revista de Psicología Social*, v. 26, n. 2, 2011, pp. 207-22.
- EXPERTOS PIDEN QUE LA OBESIDAD SE DECLARE ENFERMEDAD. (9 de Julio de 2013). *El Mundo*. Disponible em <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/07/09/nutricion/1373366474.html>.
- FITZGIBBON, M.L. et al. "The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups". *Obesity Research*, n. 8, 2000, pp. 582-89.
- GRACIA ARNAIZ, M. *Somos lo que comemos: estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel Antropología, 2002.
- KIRSZMAN, D. e SALGUEIRO, M.C. *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA Ediciones, 2002.
- LE BRETON, D. *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.
- LENHART, A. et al. "Social media and mobile internet use among teens and young adults", 2010. *Journal Pew Internet and American Life Project*. Disponible em: <http://www.pewinternet.org/Reports/2010/Social-Media-and-YoungAdults.aspx>.
- LÓPEZ-GUIMERA, G.L. e SÁNCHEZ-CARRACEDO, D. *Prevención de las alteraciones alimentarias: fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: Pirámide, 2010.
- MARCA GARCÍA, Y.S. e RODRÍGUEZ CORTÉS, A.B. "Imaginario de belleza en estudiantes de Educación Física". *Avances en Psicología Latinoamericana*, v. 30, n. 1, 2012, pp. 108-17.
- MÁRQUEZ GUERRERO, M. "El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico". In PAÚLS, B. Gallardo e CAMPOS, V. Moreno (eds.). *Aplicaciones Clínicas: estudios de Lingüística Clínica*. Valencia: Universitat de València, 2010, pp. 117-45.

- MASSA HORTIGÜELA, C. *La imagen propia en la obesidad infantil*. Universidad de Valladolid, 1999.
- MCADAMS, D. P. et al. "Traits and stories: links between dispositional and narrative features of personality". *Journal of Personality*, v. 72, n. 4, 2004, pp. 761-84.
- MCCREARY, D. R. et al. "A review of body image influences on men's fitness goals and supplement use". *American Journal of Men's Health*, n. 1, 2007, pp. 307-16.
- MERLEAU-PONTY, M. *El mundo de la percepción*. México: Fondo de Cultura Económica, 2003.
- MIRANDA, V.P.N. et al. "Insatisfação corporal em adolescentes brasileiros de municípios de pequeno porte de Minas Gerais". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 60, n. 3, 2011, pp. 190-97.
- et al. "Estudo transversal sobre imagem corporal de adolescentes". *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v. 15, n. 3, 2013, pp. 151-62.
- PALLARES NEILA, J. e BAILE AYENSA, J.I. "Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española". *Psychology: Avances de la Disciplina*, v. 6, n. 2, 2012, pp. 13-21.
- RAICH, R.M. *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide, 2000.
- RODRÍGUEZ, A. "Reflexiones sobre el cuerpo contemporáneo". *Revista Kinesis*, n. 48, 2007, pp. 72-9.
- RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. et al. "Justificación y métodos del estudio sobre nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA)". *Revista Española de Cardiología*, v. 64, n. 10, 2011, pp. 876-82.
- ROMERO, E. *Las formas de la sensibilidad: emociones y sentimientos de la vida humana*. Peñaflores, Chile: Nort-Sur, 2003.
- SOLANO PINTO, N. e CANO VINDEL, A. *Imagen: evaluación de la insatisfacción de la imagen corporal*. Madrid: TEA Ediciones, 2010.
- TORO TRALLERO, J. *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Psicología, 2004.
- . *El adolescente ante su cuerpo*. Madrid: Pirámide, 2013.
- VIGARELLO, G. *Historia de la belleza*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2005.
- WEAVER, K. et al. "Mirroring voices of mother, daughter and therapist in anorexia nervosa". *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, v. 13, n. 3, 2012. Disponível em: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120363>.