

La Anorexia y la Bulimia, enfermedades socioculturales. Una aproximación a la realidad caleña

Monografía de grado
Escuela de Ciencias Humanas
Programa de Sociología

presentada por
Beatriz Muñoz Veira.

Directora
Claudia Margarita Cortés García

Semestre II, 2012

Un kilo de ánimo vale más que una tonelada de suerte

No consideres doloroso lo que es bueno para ti

No tengas miedo de abandonar algo bueno, por ganar algo mejor

Dominen sus apetitos y habrán conquistado la naturaleza humana

Debemos convertirnos en el cambio que queremos ver

La comida es la enemiga, engorda. Y, obviamente el gordo es un cachetazo a mi propia imagen.

Princess Ana y Mia

Agradecimientos

A mi papá, por su fortaleza, por su gran sabiduría y por creer siempre en mí. A mi mamá, por su eterna paciencia y sus palabras de aliento. A mis hermanos, por compartir triunfos y alegrías. A Uds., con todo mi amor. A mi directora de tesis, Claudia Margarita Cortés García por el apoyo incondicional y por recordarme que siempre valdrá la pena intentar. Y, con bastante gratitud a las personas que hicieron posible construir estas páginas mientras me mostraban que existen otras realidades, otras formas de vivir.

Tabla de contenido

Introducción

Capítulo I. *“Enmarcando la Anorexia y la Bulimia: Cuerpo, Género y Factores socioculturales”*.Pág.8

Capítulo II. *“Esa fórmula perfecta”. Belleza y delgadez; delgadez y felicidad*.....Pág. 16

Capítulo III. *“El retrato de la enfermedad”: entre amores y odios, ellas hacen parte de mí mundo.* Pág. 29

Capítulo IV. *“El sometimiento corporal una vía ¿hacia la perfección? ¿hacia el campo de batalla?.....Pág. 47*

Conclusiones. *“El cuerpo, los factores socioculturales & las enfermedades sociales”*Pág 59

Bibliografía.....Pág. 62

La Anorexia y la Bulimia, enfermedades socioculturales. Una aproximación a la realidad caleña

“La belleza, como el dolor, hace sufrir.”

Thomas Mann.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son concebidos socialmente como un problema de salud física y mental que afecta en diferentes proporciones a hombres y mujeres. De acuerdo a Rubia (2002), a nivel mundial el 90% de los casos de anorexia y bulimia reportados se presentan principalmente en mujeres, en una proporción de 1 hombre por cada 20 mujeres. Para el caso colombiano, estos trastornos afectan especialmente a la población femenina joven y tienen un alto grado de ocurrencia en las capitales más grandes del país, “en Bogotá el 12% por ciento de las jóvenes y adolescentes la padece y en ciudades como Medellín la situación es más preocupante pues el 17,7 por ciento de las jóvenes entre los 12 y 21 años sufre de ésta enfermedad” (Moreno Et al, 2006:7).

Pero, más allá de las cifras lo realmente problemático es que los individuos relacionan la enfermedad con problemas físicos y mentales lo que posibilita que estos trastornos sean vistos como el resultado de una mala decisión individual, restándole importancia a la influencia de los factores socioculturales en el desarrollo de estas enfermedades. Bien lo reconoce Uribe (2006) al afirmar que, la aparición de los TCA en la población femenina se ha relacionado con la idea de un mal buscado, donde las decisiones personales como el gusto por la moda, los extremos ideales de belleza, la inclusión de dietas rigurosas y el desarrollo de algunas actividades como el modelaje y los oficios que exigen un cuerpo delgado como la práctica de la gimnasia y el ballet inducen a transformaciones evidentes sobre el cuerpo (Uribe, 2006: 32).

Ciertamente, las ideas que individualizan la enfermedad pueden estar alejadas de la realidad, dado que los TCA son en efecto producto de la coexistencia de diferentes factores. De acuerdo a Montcada (2004), la tendencia de los últimos años es considerar a los TCA

como fenómenos heterogéneos y multifactoriales, surgiendo de la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos (Montcada, 2004:6). Es importante tener en cuenta ésta afirmación, pues al tratar de explicar los cambios en la conducta alimentaria bajo una única perspectiva, se desconoce cómo los factores socioculturales inciden en la decisión de cambiar el cuerpo para convertirlo en una herramienta que posibilita el reconocimiento y la aceptación social, el ascenso socioeconómico o logra incrementar la satisfacción personal.

Además de lo anterior es propicio presentar las perspectivas que explican la naturaleza de los TCA para comprenderlos desde las diferentes posturas, cuáles son sus aciertos y vacíos y demostrar que es importante ponerlas en diálogo para lograr un entendimiento aún más amplio de ellos. La primera, asocia la aparición de la enfermedad con factores individuales. La segunda, da cuenta de factores socioculturales relacionados con la aparición de la enfermedad. Y la tercera, se refiere a la influencia de los factores socioeconómicos y los factores culturales sobre la decisión de cambiar el cuerpo por medio de transformaciones en la conducta alimentaria.

En cuanto a la primera, cabe señalar que se ha desarrollado desde la psicología y la psiquiatría. Se reconoce que la aparición de los cambios en la conducta alimentaria se relaciona con factores como la baja autoestima y el ciclo de vida en el que se encuentra el individuo. Al respecto, Góngora et al (2009), comenta que para la población femenina adolescente, las formas corporales y el peso inciden directamente sobre las creencias sobre sí misma, las formas en que se piensan y conciben de acuerdo a la apariencia de su cuerpo. Los aportes más significativos de esta perspectiva son, identificar la relación entre la enfermedad y los rasgos de la personalidad y la existencia de predisposiciones individuales como las genéticas (Sánchez, 2009:146). Pese a estos aciertos, desconoce la incidencia de los factores socioculturales en la vida del individuo.

En cuanto a la segunda perspectiva, construida desde las ciencias sociales, principalmente desde el trabajo social, la sociología y la antropología, reconoce al círculo de apoyo inmediato como la familia y los amigos y al círculo mediato, entre ellos los medios de comunicación como factores para la aparición de la enfermedad dado que imparten el deber ser en términos corporales. Sobre esto, Carrillo (2005), afirma que

aunque los jóvenes se consagran como el objetivo de la publicidad y como una población de riesgo, no todos los que han tenido mucho contacto con las revistas, los programas de televisión, la radio, la moda etc., van a desarrollar TCA, pues a esto se añan otros factores de tipo personal, familiar, las exigencias sociales y las relaciones de amistad. Asimismo esta perspectiva, relaciona la decisión de transformar el cuerpo con factores socioculturales como las exigencias sociales que recaen sobre el cuerpo femenino y la imperancia de los cánones de belleza. Todo esto posibilita que los individuos entiendan cómo lo social en términos del “deber ser” corporal se inscribe y determina en alguna medida la forma en que deciden portar su cuerpo (Turner, 1992).

Finalmente, en la tercera perspectiva pensada y construida desde planeamientos antropológicos, se identifica la incidencia de los factores socioeconómicos y los factores culturales en la decisión de transformar el cuerpo por medio de TCA y se hace una descripción sobre cómo el cuerpo puede convertirse en una herramienta para el ascenso socioeconómico (Uribe, 2006). El vacío conceptual de esta propuesta radica en que invisibiliza un poco al individuo, mientras le concede demasiado poder a la estructura.

A pesar que estas enfermedades han intentado explicarse desde múltiples posturas, socialmente la AN y la BN siguen relacionándose con la idea de un mal buscado, como una decisión equivocada. Por tanto, se propone un estudio cuyo objetivo principal es demostrar que los factores socioculturales se convierten en ejes transversales a la decisión de transformar el cuerpo. Teniendo en cuenta lo anterior, la pregunta en el marco de esta investigación es: *¿Cómo los factores socioculturales influyen en la decisión de transformar el cuerpo a través de la AN y la BN en la ciudad de Cali y cómo el cuerpo transformado puede o no convertirse en una herramienta que permite el reconocimiento social?* Cabe aclarar que en este estudio, los factores socioculturales, al igual que la propuesta del antropólogo colombiano José Fernando Uribe (2006) en su libro *Anorexia los factores socioculturales de riesgo*, se soportan en las presiones sociales y grupales generadas en el medio social, alrededor del trabajo, el estudio, el ambiente de los grupos de amistad, con respecto al cuerpo y al ser mujer dentro de una sociedad que enaltece y valora la delgadez (Uribe, 2006: xiii). Por esta misma vía, el aporte más significativo de la investigación es la comprensión de la AN y la BN a partir de los testimonios de un grupo de mujeres y de un

hombre con estas enfermedades, discerniendo cómo los factores socioculturales se incorporan a sus vidas e influyen en la decisión de transformar el cuerpo a través de cambios en la conducta alimentaria y de la incorporación de prácticas de sometimiento corporal como las dietas y el ejercicio extremo.

Ahora bien, para analizar la influencia de los factores socioculturales en la decisión de transformar el cuerpo y la relación entre el cuerpo transformado y el reconocimiento social, primero, se establecerá cuáles son los factores socioculturales que influyen en la decisión de transformar el cuerpo a través de la AN y la BN en la ciudad de Cali. Segundo, se establecerá la relación entre estos factores y la aparición de la anorexia y la bulimia en un grupo de individuos entre los 20 y los 36 años. Por último, se reconocerá el cuerpo transformado a través de la AN y la BN como un campo de batalla y herramienta que puede o no llegar a ser útil para el reconocimiento social.

Con miras a cumplir con los objetivos de este proyecto se opta por un estudio de corte cualitativo e interpretativo de tipo fenomenológico. Es decir, “se describe y entiende el significado de las experiencias que los individuos producen acerca de un fenómeno específico para comprenderlo a través de las experiencias de los actores involucrados” (Creswell, 1998:54). Teniendo en cuenta este enfoque, el estudio da cuenta de los testimonios¹ de un grupo de individuos de la ciudad de Cali entre los 20 y los 36 años sobre la Anorexia y la Bulimia en relación con los factores socioculturales. Es importante tener en cuenta que los testimonios, para el campo de la sociología, son valiosos en tanto se configuran a partir de una voz individual que representa no sólo las vivencias personales, sino parte de las construcciones sociales, de los procesos y sucesos en diferentes contextos. Por tanto, los testimonios establecen una relación crítica con el mundo de los sucesos reales, que puede ser interpretada abiertamente (Valles, 2009:117).

Para acceder a la población se entró en contacto con una fundación de carácter privado reconocida a nivel nacional por luchar contra las adicciones y con dos centros médicos privados de la ciudad. Las personas que participaron fueron referidas por la Coordinadora Clínica de esta fundación y una Psiquiatra experta en el tema de los TCA

¹ “[...] El testimonio es una huella, el relato de que algo sucedió, existió [...] En sentido estricto, el testimonio incorpora la memoria en el discurso, en el relato, en las narrativas [...]” (Mendoza, 2004: 7).

perteneciente a uno de los centros médicos. Para la recolección de la información se realizó un total de siete entrevistas a mujeres y una a un hombre, diagnosticados con AN o BN y dos a personal médico experto en el manejo de pacientes con este tipo de patologías. En el marco de esta investigación la entrevista se entendió, siguiendo a Taylor & Bogdan (1987), como *los reiterados encuentros, cara a cara, entre el investigador y los informantes. Estos encuentros están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras*. Teniendo en cuenta esto, se optó por realizar entrevistas en profundidad, las cuales permitieron explorar las tres categorías, género, cuerpo y factores socioculturales. En general, las preguntas emergieron conforme las respuestas del entrevistado y se centraron en la aclaración de ciertos detalles con la finalidad de profundizar en el tema central de estudio (Blasco & Otero, 2008:3). Por medio de las entrevistas, además de determinar cuáles son los factores socioculturales y cómo influyen en la decisión de transformar el cuerpo, se trató de establecer si el cuerpo se convierte o no en una herramienta de reconocimiento social.

Para dar cuenta de los resultados de esta investigación, este documento está organizado en cuatro capítulos. En el primero, se muestra el soporte teórico de la investigación haciendo alusión a la tríada en la que se enmarcan la anorexia y la bulimia. Se relaciona el problema de investigación y la tríada investigativa, género, cuerpo y factores socioculturales. En el segundo capítulo, se explora la asociación entre belleza- delgadez y gordura- fealdad y cómo la apariencia se modifica a partir de los imaginarios sociales sobre el “deber ser” corporal. Paralelo a esto se mostrará que el cuerpo es en efecto, producto del entramado social. En el tercer capítulo, se describe la enfermedad, la experiencia de vivir con anorexia y bulimia teniendo en cuenta la narrativa de los participantes.

Además, se destaca la importancia del núcleo familiar especialmente la figura materna. En el cuarto capítulo, se describe cómo las exigencias sociales sobre el cuerpo generan conflictos que versan sobre la no aceptación de sí; la búsqueda desmedida de control y sometimiento a través de prácticas como el ejercicio y la dieta; y el anhelo de aceptación por parte de los pares. Además, se describe cómo el cuerpo se convierte en un terreno de lucha para los individuos que padecen la enfermedad. Y, se concluye acerca de la relación existente entre las categorías de la tríada. Cómo la anorexia y la bulimia se

explican a partir de la influencia los factores socioculturales y cómo el cuerpo se moldea y se porta de acuerdo a las decisiones individuales que pasan por lo social.

Antes de darles la bienvenida debo decir que en esta investigación más que crear figuras de villanos y heroínas, se trata de demostrar que las teorías sobre un fenómeno, en éste caso sobre enfermedades como la AN y la BN toman forma en los testimonios de los individuos entrevistados, son ellos y sus voces el eje fundamental de este trabajo. Asimismo debe tenerse en cuenta que la “realidad caleña” anunciada en el título de esta investigación, se vio reflejada en el trabajo de campo realizado en la ciudad. Lo particular de esta realidad, es que durante los encuentros cara a cara se evidenció una característica propia de la ciudad, característica que se define desde mi propia experiencia de vida, pues al ser Cali mi ciudad natal, sé que en las interacciones entre las personas se hace evidente un alto grado de familiaridad que permite que los encuentros sean amenos y muy espontáneos.

Pero, más allá de las consideraciones, la experiencia lo reafirmó. Primero, debe reconocerse que las clínicas y los centros especializados en los que se trata la anorexia y la bulimia están prestos a brindar la información requerida por cualquier individuo que la desee. Adicional a esto, se puede visitar los centros para hablar con los profesionales que dan cuenta de estas enfermedades y sus experiencias con mujeres y hombres que las padecen. Lo expresado por los médicos, permitió reflexionar en torno a la aparición de este tipo de enfermedades en hombres jóvenes, pues las especialistas hicieron hincapié en que es una problemática en ascenso en la ciudad, por tanto es vital iniciar un proceso de prevención y visibilización. En el material bibliográfico revisado acerca de los TCA en el país, no se hace mayor alusión a estas enfermedades en la población masculina.

Además, las instituciones para el tratamiento de estas enfermedades, en otras ciudades del país, se centran en la población femenina dejando a un lado las vivencias de los hombres en torno a estas problemáticas. Segundo, quienes han padecido o siguen padeciendo la enfermedad, están dispuestos a colaborar de manera desinteresada con los objetivos de la investigación. Dieron su testimonio con la firme convicción de que así ayudan a otros y previenen la aparición de la enfermedad. En este punto cabe resaltar que los encuentros se realizaron en la esfera privada, en tres de los siete casos las entrevistas

fueron en los hogares y en el centro especializado para el tratamiento de adicciones. Las cuatro restantes en espacios públicos, se compartió durante el tiempo de almuerzo, ritual que en muchos casos, simboliza unión familiar. Sin lugar a dudas esto permitió mayor proximidad con los entrevistados y ratificó la idea de que en una ciudad con un flujo migratorio tan alto, la figura del “extraño” se desdibuja cuando se trata de trabajar por el bien común, de pensar en el bienestar del otro.

Finalmente, esa relación tan próxima permitió que el mundo de estas mujeres y del hombre entrevistado dejara de ser lejano, pasando a ser conocido y comprendido a partir de las experiencias contadas en sus testimonios, lo que marcó distancia entre otros estudios realizados acerca de los TCA en los que sólo se muestran las cifras y se narra una pequeña parte de la vida de alguien que vive con anorexia o bulimia. Habiendo aclarado esto, los invito a conocer ese mundo ajeno para muchos y cercano para otros.

Capítulo I

“Enmarcando la Anorexia y la Bulimia: Cuerpo, Género y Factores socioculturales.”



French, J. (1963). *Madame Paulette Net Hat* [Fotografía]. Recuperado de: http://www.allposters.es/-sp/Madame-Paulette-Net-Hat-c-1963-Posters_i3517994_.htm

“Existen en nosotros varias memorias. El cuerpo y el espíritu tienen cada uno la suya.”

Honoré de Balzac.

En su definición más simple los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son un grupo de psicopatologías cuyas características principales son el disturbio en la ingesta, la restricción recurrente de alimentos, los episodios incontrolables de apetito voraz y una excesiva preocupación por la figura corporal y el peso (Fandiño Et al, 2007:345). Las clasificaciones actuales de estos trastornos incluyen la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos de la Conducta No Especificados (TCANE). La Anorexia Nerviosa se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la

práctica voluntaria de procedimientos como la dieta restrictiva. La Bulimia Nerviosa se caracteriza por episodios de ingesta voraz e incontrolada de alimentos en poco tiempo. Los efectos de la sobreingesta se compensan mediante vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos e hiperactividad física. Finalmente, los TCANE son cuadros de AN o BN incompletos, en los que se identifican síntomas similares a la AN o a la BN pero sin llegar a configurar el cuadro completo dado que no se asumen conductas compensatorias excesivas (Arrufat Et al, 2009:24).

Los estudios que describen y exploran los factores asociados a la aparición y desarrollo de la AN y la BN se agrupan principalmente en tres corrientes teóricas. La primera, asocia la aparición de la enfermedad con factores genéticos, fisiológicos y psicológicos. La segunda, da cuenta de los factores socioculturales relacionados con la aparición de la enfermedad poniendo de relieve, por un lado, el rol que juega la familia, los amigos y los medios de comunicación. Y por otro, la existencia de cánones de belleza, de imaginarios sociales que influyen en la apariencia corporal de los individuos. Por último, el tercer enfoque aúna las condiciones socioeconómicas y los factores culturales para explicar cómo ellas inciden en la decisión de cambiar el cuerpo con miras a convertirlo en una herramienta útil para el ascenso socioeconómico.

En este caso, la investigación gira en torno a la segunda perspectiva, el enfoque sociocultural. Dentro de este enfoque se contemplará, como ya se indicó, los factores socioculturales soportados en las presiones sociales y grupales, específicamente por parte de la familia y los amigos en relación con la función de socialización respecto al cuerpo femenino; la noción y el rol de género; los imaginarios sociales y su relación con la delgadez y la belleza, pues ellos resultan ser decisivos en la aparición de la AN y la BN.

Antes de explorar estos factores socioculturales, es adecuado precisar que los TCA, en el caso de los entrevistados, se presentaron durante la adolescencia por eso se explora la noción de ciclo de vida. Al respecto del ciclo de vida según Bearman y cols (2006), la relación entre los cambios biológicos experimentados durante la etapa de la adolescencia y el desarrollo de los TCA, se explica debido a que la nueva estructura corporal en los adolescentes se opone en una gran mayoría de casos, al ideal de belleza establecido socialmente. Esto los convierte en sujetos vulnerables dentro del marco de las relaciones

sociales en el cual se hace evidente la existencia de un ideal de delgadez y las presiones por lograrlo. Dichas consideraciones pueden complementarse con la idea de que los TCA se presentan con mayor frecuencia en la juventud y adolescencia. Durante esos ciclos de vida los individuos están predispuestos a desarrollar este tipo de trastornos debido no sólo a los cambios biológicos, también a las redefiniciones del rol social propias de esta etapa de la vida en las que se manifiesta una excesiva preocupación por la belleza (Portela de Santana Et al, 2012).

Cabe señalar que durante la adolescencia, tanto el núcleo familiar como el grupo de amigos cumplen una función destacable en relación a la socialización. La socialización, en el marco de esta investigación se entiende como aquel proceso que inicia desde que el individuo es integrado a la sociedad con el fin de convertirlo gradualmente en una persona autoconsciente, capaz de conocer las formas de la cultura en el que ella o él ha nacido (Giddens, 1998: 93). En ese sentido, se podría considerar que la familia y los amigos son entes socializadores con una especial influencia sobre los patrones de conducta de los individuos y agentes de transmisión de roles. Dicho aprendizaje de rol implica, por lo menos, cumplir las obligaciones; exigir los privilegios del rol femenino y masculino y adquirir las actitudes, sentimientos y expectativas apropiadas (Ortega Et al, 2005: 28).

Esta idea acerca del aprendizaje de rol, puede sustentarse aún mejor teniendo en cuenta los planteamientos teóricos del sociólogo francés Pierre Bourdieu sobre el campo, la reproducción social y el habitus. Para Bourdieu, estas nociones se relacionan con la idea de que los comportamientos y los actos individuales no siempre pasan por un proceso de reflexión exhaustivo, ni son totalmente conscientes en tanto los individuos aprehenden comportamientos, prácticas, formas de ser y hacer de acuerdo a las posiciones ocupadas dentro de los diferentes grupos sociales. Al respecto cabe destacar que, el campo se entiende como una arena estructurada a partir de las relaciones entre los actores en donde algunas veces tiene cabida la lucha y la confrontación. Lo destacable es que dentro de los diferentes campos, quienes los integran desarrollan habitus propios que les permiten mantenerse dentro de esa arena. Así pues, los habitus terminan por convertirse en disposiciones para actuar de una manera determinada contribuyendo a la reproducción de la

estructura y de los factores socioculturales imperantes dentro de los grupos (Bourdieu, 2008).

Para complementar lo anterior, siguiendo a Oscar Fernández (2003) en *Pierre Bourdieu: ¿Agente o Actor?*, el habitus determina, primero, las prácticas de los agentes sociales sin que estos tengan consciencia de ello; segundo, la reproducción de contenidos previamente incorporados por los agentes; y tercero, las disposiciones individuales para la ejecución de la acción. En conclusión, el habitus se encarga de la reproducción. Sin perder de vista esas ideas y teniendo en cuenta que la sociedad enaltece la belleza y delgadez y las convierten en valores y cualidades, tanto la familia como los amigos se ratifican como “canales efectivos” para la reproducción de esos “valores”. Ellos, exigen que esos “valores” sean alcanzados y aprehendidos por los individuos, especialmente por las mujeres, dado que existe una apuesta cada vez más específica de una belleza femenina, el criterio del talle “delgado”, del vientre firme y sólido, sin rollos ni arrugas (Vigarello, 2011:108).

Es claro, se forja un deber ser corporal sustentado a partir de la diferencia de ser hombre o ser mujer. Ser uno u otro, está atado a la idea de lograr un cuerpo de ciertas dimensiones, que no sobrepase ni las medidas ni los contornos “normales” cuando se hace referencia al cuerpo femenino. Así lo deja ver Vigarello (2011), cuando afirma que para los hombres se acepta cierta redondez, mientras que para la mujer ésta condición es rechazada (Vigarello, 2011:115). En este punto es válido señalar que el deber ser corporal cobra vida en los imaginarios sociales, en aquellos creados alrededor de la belleza.

Los imaginarios sociales, para fines de esta investigación se entienden como un conjunto de imágenes históricas que se encuentran en invención constante, dado que versan sobre la realidad social, siempre tan cambiante, siempre tan dinámica. Los imaginarios, pueden considerarse como expresiones simbólicas cuya base se encuentra en signos coherentes y ordenados capaces de constituir simbolismos colectivos correspondientes a referentes sociales y culturales propios de los diferentes contextos sociales (Narváez Et al, 2006). Con base en esto se podría decir que cada sociedad crea imaginarios de belleza de acuerdo con los factores socioculturales imperantes y estos, a la vez, determinan ciertas maneras de pensar y concebir el cuerpo. Estos imaginarios arraigados en la cultura irrumpen en la cotidianidad del individuo, específicamente sobre la manera en que porta su

cuerpo, lo muestra y logra relacionarse con el mundo a través de él. Se puede pensar que la belleza, el “deber ser” creado alrededor de esta y la forma en que se reproduce dentro de los grupos de socialización como la familia y los amigos, generan inquietudes y sentimientos de zozobra sobre el cuerpo femenino, en mayor proporción. De ahí que haya una búsqueda constante por modificar el cuerpo y sacar provecho de su plasticidad. Al respecto Calvente (2010) comenta en su artículo *Nociones de cuerpo en la revolución somatoplástica*, que el cuerpo se concibe como una realidad plástica capaz de modificarse, perfilarse, construirse y fundamentar la identidad y los proyectos personales. Un cuerpo cultivado, propicia en sociedades contemporáneas mayor felicidad personal, mayor consideración y éxitos sociales, posibilidades de acceso a círculo sociales, a mercados laborales entre otros (Calvente, 2010:2).

Esto deja al descubierto una realidad a veces ajena y a veces ignorada, el cuerpo es ciertamente una construcción sociocultural. Cambia constantemente por la plasticidad de la que está dotado, se transforma como respuesta a la influencia de factores socioculturales, entre los que cabe mencionar los imaginarios sociales acerca de lo que es un cuerpo bello y un cuerpo delgado. Aunque esto podría considerarse como inofensivo, cuando el cuerpo real no concuerda con el imaginario y se reciben “castigos” por ello, tienen cabida comportamientos que atentan contra el bienestar del individuo. Sobre esto, Le Breton (2010), plantea que los individuos buscan cumplir con los imaginarios sobre el cuerpo, pues garantiza la inserción adecuada al medio social, ubicarse dentro del umbral de normalidad y evitar ser señalado, pues “la diferencia se convierte en un estigma más o menos afirmado” (Le Breton, 2010:134). Esta idea de ubicarse dentro del umbral de normalidad, se puede profundizar más con el planteamiento de Pedraz (2010). El autor sostiene que cuando el cuerpo del individuo no concuerda con aquel exigido socialmente, pasa a ser considerado como un sujeto no apto para el cumplimiento de los estándares, convirtiéndose así en blanco de discriminación. En consonancia con lo anterior, debe considerarse que la normalidad se garantiza por la selección adecuada de prácticas que socialmente definen, entre otras, la salud y la forma (Pedraz, 2010:15).

Bajo estos supuestos, la anorexia y la bulimia logran explicarse fácilmente gracias a la imperancia de un ideal de belleza. Pero, además, introducen una noción importante para

comprender cómo lo social se inscribe en el cuerpo y cómo el cuerpo se convierte en símbolo. El uso que se le da y las diferencias establecidas entre unos y otros a partir de la apariencia corporal se puede explicar de acuerdo al contexto social, ya que dentro de este los individuos aprenden a portar su cuerpo, controlarlo y suprimirlo de manera diferenciada (le Breton, 2002). En este punto vale la pena retomar la idea planteada por Luc Boltansky (1975) en *los usos sociales del cuerpo*. Según el autor, el interés y la atención que los individuos atribuyen a su cuerpo, es decir, a su apariencia física, agradable o desagradable y a sus sensaciones físicas, de placer o displacer aumentan a medida que se sube en la escala social (pasando de los agricultores a los obreros, de los obreros a los empleados, de los empleados a los cuadros de dirección), o sea a medida que disminuye la resistencia física de los individuos, que es la resistencia que pueden oponer a sus cuerpos y su fuerza física, o sea lo que pueden aprovechar de sus cuerpos (Boltansky, 1975:5).

Las consideraciones acerca de que el uso del cuerpo está determinado por la clase social y las ocupaciones de los individuos, se desplazan hacia la cotidianidad. Para el caso de los entrevistados se encontró que el cuerpo, el cuidado sobre él y la atención prestada es un tanto excesiva, pues dentro de los círculos de socialización como el núcleo familiar y el grupo de amigos más cercanos o incluso en las aulas de clase se anhela, se espera y se busca que el cuerpo ideal permeado por la cultura, por la clase y los factores socioeconómicos coincida totalmente con el cuerpo real, con el que cada uno “posee” sin que esto implique asumir comportamientos extremos. Teniendo en cuenta esto se puede afirmar que la aparición de la anorexia y la bulimia, vistas desde una perspectiva social está ligada al concepto de riesgo y a la teoría de la desviación planteada por Ulrich Beck.

Según Beck (1997), en sociedades contemporáneas el riesgo se valora positivamente más aún si se alcanzan las metas impuestas de manera individual y colectiva. Así también lo deja ver Uribe (2006), al afirmar que los riesgos socioculturales se asumen como normales y lo patológico recae en el individuo, hombre o mujer que no soporta estos riesgos y termina sufriendo la enfermedad (Uribe, 2006:40). En esta sociedad existe una predisposición a ejercer control sobre sí mismo, se lucha por alcanzar con disciplina el cuerpo anhelado de tal manera que el individuo emprende un camino que permite modificar su apariencia corporal.

Además de los factores socioculturales mencionados anteriormente, vale la pena considerar el rol de los medios masivos de comunicación, pues también se vislumbran como factores de riesgo que inciden en la aparición y propagación de estas enfermedades. Al consagrarse dentro de la esfera social, terminan convirtiéndose en difusores del imaginario corporal, enalteciendo el valor de la belleza, de la apariencia y de la moda (Bourdieu, 2001). Esa forma de exponer el “deber ser” en términos corporales tiene impacto sobre la identidad de los individuos, los invita a construir una nueva imagen o a reinventarla constantemente si es el caso, debatiéndose muchas veces entre una “realidad vivida” y una “realidad construida” (Plaza, 2010). Este enfoque demuestra que la sociedad y la cultura cumplen un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades como la anorexia y la bulimia y cómo los factores socioculturales se convierten en factores de riesgo para el desarrollo de los TCA (Uribe, 2006: xii).

Para el caso colombiano, la violencia, el ostracismo social y las condiciones socioeconómicas han influido en la creación de imaginarios de belleza. En el caso de Medellín y Cali, por ejemplo, el fenómeno del narcotráfico no sólo trajo consigo evidentes transformaciones estructurales y problemáticas sociales, también influyó sobre la manera en que los individuos deciden portar su cuerpo, moldearlo de acuerdo a las exigencias sociales y alcanzar reconocimiento social o mejorar las condiciones socioeconómicas al cumplir con ese ideal de belleza (Arango Et al, 2006; Narváez Et al, 2006). De acuerdo a Uribe (2006), aún en nuestros días, en esta realidad colombiana, se puede observar cómo las exigencias masculinas en relación con el cuerpo femenino siguen siendo importantes en tanto se dan procesos de subordinación y las mujeres continúan cediendo ante la presión de los amigos, de los novios, de las futuras parejas. En las interacciones cara a cara, se enmarcan presiones sociales que inciden en la creación de un ideal de belleza. Las mujeres deben ser atractivas, delgadas y bonitas. Esta idea se materializa en uno de los testimonios que da a conocer Uribe (2006).

“[...] Muchas veces son los novios los que presionan a no comer. “Estás muy gorda, no te ves bonita”. Ellas dicen: “es que mi novio, mi marido dice que estoy muy gorda.” Y yo la miro y no. Hasta a una le hice el índice de masa corporal. Se lo hice en

presencia de ella. Le hice la multiplicación y todo. Era 25,2 y lo normal es hasta 25. O sea, que estaba prácticamente normal. Pero el novio o el marido les dicen que no les gustan gordas [...]” (Uribe: 2006,203).

A pesar de que no todos los individuos creen que los factores socioculturales influyen en la decisión de transformar el cuerpo por medio de la anorexia y la bulimia, ocurre. Ocurre precisamente porque la apariencia física resulta más importante que las capacidades individuales, porque la belleza es un valor social al igual que la gracia y el encanto, porque el cuerpo puede convertirse en una herramienta para el reconocimiento y distinción social y porque es ante todo un agente de transformación (Uribe, 2006:55).

“Esa fórmula perfecta”

Belleza y delgadez; delgadez y felicidad.



French, J. (1952). Pat Goddard in Malcom Brown Gingham Blouse and Jeans with Roger Moore [Fotografía]. Recuperado de http://www.allposters.es/-sp/Pat-Goddard-in-Malcom-Brown-Gingham-Blouse-and-Jeans-with-Roger-Moore-1952-Posters_i6173324_.htm

“Tu problema es quererme perfecta, el mío, pretender serlo.”

Princess Ana y Mia.

“Nuestro segundo cuerpo es el que ven los demás y el que nos devuelve, más o menos, el espejo y los retratos... este mismo cuerpo es el que fue tan caro a Narciso, pero que desespera a muchas personas, el que entristece y ensombrece casi a todos.”

Paul Valéry

Siguiendo a Vigarello (2011), desde el siglo XIX, la gordura podía ser eventualmente apreciada para el hombre. El tamaño corpulento, en el que se confundía el músculo y la grasa no producía ni rechazo ni repudio pues representaba en ocasiones un status. En cambio, en el caso de las mujeres siempre debían estar ahí presentes, en su cuerpo, la delgadez y la fragilidad. Eran pues, rasgos obligados ya que la gordura de los contornos femeninos se despreciaba. Por ejemplo, en caso de que la mujer llegase a tener algún tipo de “redondez”, debía ser ante todo delicada y bella, claro sin llegar a rozar la gordura y los volúmenes propios de ella (Vigarello, 2011).

A mediados del siglo XIX, gracias a la difusión que tuvo el ideal de delgadez en los medios de comunicación, principalmente en los periódicos de modas, se asoció juventud y delgadez y se puso en alarma a las mujeres cuando subían de peso. Esto, ayudó a que las presiones sobre el cuerpo femenino aumentaran considerablemente. Esa idea del siglo XVII de “estar a punto”, un estado en el cual, más que músculo es carne y más que hueso una apariencia curvilínea, desapareció. Ocurrió así debido a que la idea generalizada sobre el cuerpo, en el siglo XIX, no era poseer una figura intermedia si no dejar de lado la proximidad a la gordura (Vigarello, 2011).

Al respecto, es importante reconocer que las nociones sobre gordura y delgadez no han permanecido intactas, ni tampoco han escapado a las particularidades de cada cultura. Sin embargo, también lo es que en sociedades contemporáneas aún se manifiesta el miedo a engordar, no para todos los individuos, no para todas las mujeres, pero sí en el caso puntual de las y el entrevistado. Pero, ¿Por qué tanto temor a engordar?, ¿Por qué los individuos tiemblan ante la idea de que su cuerpo alcance contornos más amplios? porque la gordura, socialmente concebida denota falta de interés sobre sí, abandono, descuido de la apariencia, pérdida de control y una imposibilidad de ajustarse al umbral de “normalidad” (Baltasar Et al, 2012).

La “normalidad” a la que se hace referencia, se define a partir de la exposición del cuerpo y la mirada que recae sobre él. Según Vigarello (2011), desde el Siglo XIX, con los nuevos tiempos libres los individuos se exponían más, acudían a lugares públicos como la playa y ahí se despojaban de sus prendas para dejar al descubierto sus contornos. Contornos no tan bellos como cuando estaban cubiertos pero ciertamente más reales, más naturales.

Ahí, parados unos frente a otros, exhibiendo sus cuerpos semi desnudos, las burlas no se hacían esperar. Los cuerpos causaban sorpresas entre los bañistas a punto tal de comparar las figuras femeninas con “esferas”, “globos”, “ballenas” y “boyas”. Las “monstruosidades” se exponían y al mismo tiempo se intensificaban las presiones en el afinamiento de los cuerpos (Vigarelli, 2011: 204). Visto así, la mirada se posiciona como un mecanismo de control para los individuos y sirve para marcar diferencias entre los cuerpos, un “cuerpo vivido” y un “cuerpo imaginario”, un deber ser corporal y una búsqueda incesante por alcanzar la “perfección”, sobre cómo debería verse el cuerpo y los comentarios sobre la apariencia dentro de los marcos sociales. Esto, a la vez, genera nuevos comportamientos y cambios en las prácticas y conductas que hacen parte de la rutina diaria como por ejemplo la alimentación.



Eisenstaedt, A. *Corps de Ballet Listening to Ballet Master During Rehearsal of "Swan Lake" at Paris Opera* [Fotografía]. Recuperado de: http://www.allposters.es/-sp/Corps-de-Ballet-Listening-to-Ballet-Master-During-Rehearsal-of-Swan-Lake-at-Paris-Opera-Posters_i3782086_.htm

Estas ideas se materializan en la vida cotidiana de un grupo de mujeres entre los 20 y los 36 años de edad de clase media-alta y en la de un hombre de clase baja en la ciudad de Cali. Es importante aclarar que en este estudio la clase social, no hace parte de la tríada

investigativa, por tanto el término es usado únicamente para presentar a los entrevistados y demostrar que, pese a que los TCA se consideran como enfermedades propias de las clases altas, también empiezan a aparecer y reproducirse en otros espacios socioeconómicos. De esta manera se demuestra que los factores socioculturales, entre los que cabe mencionar las presiones sociales generadas por la familia y los amigos, independientes de la clase social de los individuos, influyen sobre la decisión de iniciar un proceso de transformación corporal a través de prácticas extremas de sometimiento como dietas restrictivas y ejercicio.

Aunque se hace esta salvedad es preciso aclarar, siguiendo a Bourdieu (2008), que la clase social debe concebirse como el lugar que se ocupa en el espacio social, como las condiciones sociales de existencia del individuo que están condicionando el habitus. Este concepto es empleado por Bourdieu para referirse a la mediación entre la sociedad y las prácticas del individuo dando cuenta de los gustos y los estilos de vida como signos distintivos (Bourdieu, 2006). Entonces, siguiendo esta definición, para el caso de las mujeres y el hombre entrevistado aunque sus habitus difieren por pertenecer a clases sociales distintas, no se establecieron diferencias pues en todo caso el ayuno, las dietas extremas y el ejercicio se consagraron como prácticas para transformar el cuerpo.

Además, como rasgos generales se encontró que tanto la anorexia como la bulimia se presentan en la adolescencia entre los 14 y los 16 años, surge como respuesta ante la inconformidad con el cuerpo vivido es decir con su propio cuerpo, el que naturalmente les correspondió y que han construido de acuerdo a sus preferencias y gustos. Este sentimiento de inconformidad y rechazo frente a la apariencia física se genera porque en los grupos de socialización, para este caso, en la familia y en el grupo de amigos el cuerpo es sobrevalorado, también la belleza y la delgadez se enaltecen y se configuran como valores que vale la pena cultivar para alcanzar reconocimiento y aceptación social. A continuación se le da voz a cuatro de las mujeres entrevistadas. Sus nombres fueron cambiados para preservar su identidad, por eso se les asignó el nombre de una flor del desierto. Las flores del desierto son las mujeres, así como lo diría Vargas Llosa, que tienen sonrisas en los ojos, las que lloran con unos pocos y a las que deben mirar más allá de las piernas torneadas y los pechos de vértigo.

Acacia

Acacia faernesiana, especie distribuida por todo el desierto. El crecimiento de sus hojas y espinas, depende de la lluvia.

Acacia una mujer oriunda de Buga- Valle, tiene 36 años y es enfermera de profesión. En el momento se encuentra como paciente interna en una fundación de carácter privado dedicada al tratamiento de las adicciones como el alcoholismo, la drogadicción, la ludopatía y los TCA. Cuando habla lo hace con mucha seguridad, no le tiembla la voz. Pero, los ojos, que no mienten, se le entristecen cuando recuerda la forma en que su familia, compañeros de colegio y amigos se referían a su cuerpo. Acacia, alcanzó un peso máximo de 115 kilos y llegó a pesar en un lapso de tres meses y medio casi cuatro, entre 46 y 47 kilos.

“[...] Mi mamá me vivía diciendo gorda. De pronto me tiraba hacía un lado del comedor, no me podía sentar en el comedor y más cuando venían sus amigas. Me sentaba al lado de la basura o en el baño. Eso era como un ataque de ella para que me adelgazara ¿no? Entonces, pues debido a eso empecé a trabajar en ello [...] Me decía mire la hija de tal, ella si es esbelta, a ella si le sirve la ropa. Tan bonita, en cambio usted está gorda no sé que, tan fea [...]”

Acacia.

Entonces, la gordura no sólo es cuestión de descuido ni de pérdida de control. También es motivo de vergüenza, de humillaciones y sufrimiento lo es porque se asocia con la fealdad y con la falta de perfección. Vigarello (2011), lo deja entrever al afirmar que la obesidad indicaba para quién la padecía una suerte de ostracismo social, de rechazo, pero también de infelicidad infinita, de sufrimiento individual, de angustia y tormento constante. En oposición a esto, la delgadez propicia el reconocimiento social en términos positivos, el progreso dentro de los diferentes contextos sociales, la felicidad, la obtención de las aspiraciones individuales y la cristalización de los sueños. Todo esto bajo la prevalencia de discursos e imaginarios sociales que apuntan a un deber ser que implica además de la

belleza y la delgadez, unas formas de ser y hacer propias del género (Bourdieu, 2008; Uribe, 2006). Visto así, si la gordura produce sufrimiento, la delgadez promete mundos de leche y miel. Deben buscarse los caminos que conduzcan a la felicidad, ¿quién no anhela serlo? En el caso de Acacia, el camino que la conduciría a la “felicidad”, la arrastró a la enfermedad.

“[...] Tapé los espejos, no me quería ver y empecé. Me retiré del colegio un año porque decidí que estando tan gorda y viendo a las niñas tan delgadas y la rabia que tenía en el corazón dije no más y empecé a hacer deporte. Primero a caminar, pero me cansaba demasiado, así que suspendí la alimentación y entonces empezó de un día para otro. Dije: ¡ya no quiero más! Y la comida la tiraba, ¡qué asco!, ¡qué asco! [...]” Acacia

En efecto, la gordura encarna el dolor, la inconformidad y la tristeza pues el individuo siente que no encaja dentro de esa normalidad, de esas formas estándares que imparten una única forma de ser bello. La delgadez personifica la belleza y también la perfección, inalcanzable por supuesto. Pero, más allá de que la delgadez sea anhelada, el problema se origina cuando el “cuerpo vivido” de cada individuo no concuerda con el “cuerpo imaginario” que indica cómo debe ser en términos de la apariencia corporal. Según Le Breton (2010), mientras el “cuerpo vivido” y el “cuerpo imaginario” no encuentren un punto de intersección, mientras siga existiendo la preocupación por llenar las expectativas sociales y se repriman hasta las más mínimas expresiones corporales, será muy difícil alcanzar la liberación del cuerpo.

Al respecto, debe considerarse que el punto de intersección entre estas dos formas corporales es difícil de encontrar porque dentro de los círculos sociales y a través de los medios masivos de comunicación, tal como lo expone Le Breton (2010), *“[...] el cuerpo “liberado” es limpio, liso, neto, joven, seductor, sano, deportivo. No es el cuerpo de la vida cotidiana [...] (Le Breton, 2010:132). Y no lo es precisamente porque el cuerpo real, nada tiene que ver con la perfección, porque está más cerca de la naturalidad y de las curvas, es imperfecto en sí mismo.*

Maguey

Maguey (Agave atrovirens), de esta flor se extrae un zumo azucarado conocido como aguamiel, tiene grandes propiedades para el cuerpo.

Maguey tiene 20 años, es estudiante de comunicación en una institución educativa de carácter privado de la ciudad de Cali. Sufrió anorexia y bulimia a los 16 años, justo antes de graduarse del colegio. Ella cuenta su historia como si fuera cualquier relato, no oculta que padeció la enfermedad y admite abiertamente que ha dado varias veces su testimonio porque considera que “no fue nada grave”. Su caso ejemplifica bastante bien como una “simple” frase dicha sin el ánimo de herir, puede incidir en las decisiones y comportamientos futuros.

“[...] Ve, todo empezó porque un amigo me dijo como que “Ve pareces una vaca” y yo ¡sí, pareces una vaca! [...] Y ya deje de comer, pues o sea fue como que volví una rutina. Empecé a no desayunar en mi casa sino que me tomaba un jugo de naranja. Me iba al colegio y pues la jornada del colegio es larguísima. Entonces, me comía como un sándwich y un Nestea en todo el día del colegio y llegaba a mi casa y me comía una ensalada y atún y ya. No volvía a comer nada en todo el día [...] Y pues así mucho tiempo obviamente empecé a bajar de peso de una. Después, todo el mundo me decía: “Ve, pareces un gancho”. Maguey.

El testimonio aclara que aunque se presiona al individuo por su apariencia corporal mediante burlas y humillaciones, no se espera como respuesta cambios extremos en los comportamientos, en los estilos de vida y mucho menos en la apariencia del cuerpo. Sin embargo, quienes reciben dichas críticas tienden a considerar que cumplir con los imaginarios imperantes garantiza de cierto modo la inserción adecuada al medio social, y ubicarse dentro del umbral de normalidad pues “la diferencia se convierte en un estigma más o menos afirmado” (Le Breton, 2010:134). Por tanto, cuando el individuo se aleja de lo esperado y se inventa así mismo puede llegar a ser visto como el “otro”, el “diferente” y automáticamente señalado por no adaptarse. Esta idea acerca de que se señala y se estigmatiza a los individuos, permite pensar sobre cómo vivir en sociedad supone el

cumplimiento de normas y cánones que indican como debe ser la apariencia corporal y al mismo tiempo señala que existe una preocupación por ajustarse al perfil deseado socialmente. Al respecto, Goffman (2001) afirma que los individuos se preocupan por mantener la impresión de que actúan conforme las múltiples normas que sirven para juzgarlos. Pero, más allá de estar preocupados por el problema moral de cumplir con esas normas, lo están por el problema de construir la impresión convincente de que las satisfacen (Goffman, 2001). Ocurre así porque los individuos temen ser estigmatizados por su apariencia, por su comportamiento, por tocar los límites de la normalidad y sobre pasarlos, por caer en el riesgo.



Marroqui, H. *Relación mortal* [fotografía]. Recuperado de: http://www.allposters.es/-sp/Relacion-mortal-Posters_i8277151_.htm

La vida individual se concibe en relación a los más variados tipos de riesgo, los cuales tienen un alcance tanto global como personal (Beck, 1997:205). Con base en lo anterior se puede señalar que las alteraciones del comportamiento alimentario como la anorexia y la bulimia, además de las predisposiciones genéticas y psicológicas que no pueden desconocerse en la etiología de la enfermedad, surgen también por los sentimientos de

inconformidad de los individuos con respecto a su apariencia corporal. Estos, a la vez, se intensifican gracias a las críticas que los pares hacen sobre los contornos del cuerpo, las diferencias que trazan entre unos y otros por medio de la mirada que sirve como mecanismo de control, como ente fiscalizador que determina la normalidad, lo delgado y lo gordo, lo bello y lo feo y también estigmatiza cuando se cae en el riesgo.

Lantana

Lantana camara, se distribuye por todo el centro y sur del desierto, sus flores rojas y amarillas son típicas en primavera y verano.

Lantana es una mujer de 32 años. Estudió por fuera del país, vivió en la capital colombiana aproximadamente tres años y volvió a su ciudad natal, Cali. Ha estado hospitalizada diecisiete veces y seis en cuidados intensivo. Padece hace más de 15 años anorexia y bulimia. Con su voz algo ronca, entre humo y cerveza relató su historia. Aquí un fragmento de ella.

““[...] Hicimos un viaje a Estados Unidos y yo me pegué una engordada. Yo era la populacha del colegio, la que los manes le tiraban todo. Y empecé a subir de peso después de ese viaje, [...] Yo me acuerdo de un momento muy específico que estábamos en vacaciones. Hicimos, mi mejor amiga hizo, una fiesta pues en la piscina, con música con toda la vaina y también como que, o sea, yo sentía que los ojos estaban encima mío me entendés, o sea que mi cuerpo había cambiado y eso me llevo a eso, la verdad [...]”

Lantana

Entonces, es cierto. La mirada sirve para controlar y fiscalizar, también para leer el cuerpo. Según Macías (2004), citando a Samantha Murray todas las personas tienen la capacidad de leer los cuerpos. Lo interesante de ello es que en esa práctica se construyen y reproducen los conocimientos sobre el cuerpo, mientras adquieren significados culturales que se convierten en conceptos normalizados que operan sin mayores cuestionamientos. En este marco, los cuerpos se constituyen como normales, como desviados o como perversos. Por ejemplo, la mujer “gorda” es presumiblemente vaga, fuera de control, enferma, una

adicta a la comida que no puede manejar sus deseos y cuyo nivel de inteligencia está por debajo de la media (Macías, 2004:5). Al exponer el cuerpo y al permitir que sea leído se espera que este no sea concebido en términos negativos, es decir, que no se asocie a la gordura y a todas las connotaciones que ella tiene. Por el contrario se espera que sus dimensiones y contornos se encuentren dentro de lo “normal” y sean agradables para la vista del otro. Por eso, es tan usual que se transforme la conducta alimentaria, que se intensifique la rutina de ejercicio y que el cuerpo se someta y se controle. Lantana, comenta un poco acerca de eso.

“[...] Necesitas retomar el control de las cosas y una de esas cosas era bajar un peso que yo había subido y yo necesitaba hacerlo ya. Es como, como el que roba el banco ¿por qué? porque no tiene plata pa’ pagar el arriendo o porque tiene un niño en el hospital que se está muriendo o sea hay situaciones de la vida que te llevan al extremo y te hacen sentir y eso me hacía sentir en control, entonces yo sabía que, independiente de que estuviera comiendo o no estuviera comiendo estaba bajando de peso [...]” Lantana.

El control que tanto se anhela se desprende de la mirada que recae sobre el cuerpo, de la lectura que los individuos hacen de otros y de la imagen que crean sobre los cuerpos de sus pares y aquella que les devuelven en las interacciones. Tal como lo afirma Macías (2004), citando a Foucault, la mirada sobre el cuerpo femenino constituye un *panóptico* perfecto y con esto una búsqueda de docilidad del cuerpo. Los individuos se convierten en guardianes del control social gracias a la violencia simbólica que se ejerce sobre ellos, se infligen castigos como el hambre, el ejercicio desmedido, las dietas relámpago o las diversas mutilaciones en las clínicas de cirugía (Macías, 2004:7).

Nopal

Nopal (Opuntia robusta), se encuentra lo largo del centro y sur del desierto. Sus frutos pueden comerse.

Nopal es fisioterapeuta, tiene 31 años y está casada hace cuatro. Su sueño, tener un hijo. Por cuestiones de salud aún no puede hacerlo pues su cuerpo no está en las mejores

condiciones físicas. A continuación, se muestra parte de su narrativa acerca de las prácticas alimentarias y las formas de sometimiento corporal.

“[...] Por la mañana no como nada, media mañana no como nada. Al almuerzo, a veces me como un salpicón que venden por ahí. A la media tarde me da hambre y me como unas papitas, una gaseosa o un jugo. Después tengo pacientes a domicilio y me voy a hacer mis domicilios y llego a la casa y como y vomito. Entonces, es muy poquito lo que como. En estos días que no he tenido pacientes en la tarde, así como hoy, yo le contaba a la doctora que no como nada en la mañana, sólo tomo agua y a medio día me como un corrientazo pero pensando en que lo voy a vomitar. Voy a la casa, como otro corrientazo, papitas, coca-cola, y vomito. Yo tengo que hacerlo, mi cuerpo me lo pide [...]”

Nopal.

“Mi cuerpo me lo pide”. Si se toma sólo esta frase, se saca de este contexto y se lleva a cualquier otro, se termina por entender que el cuerpo cobra vida en aquellos instantes en los que el individuo es consciente de él, de las necesidades físicas pero también de las afectivas, de las dolencias que lo aquejan y de las emociones que se apoderan de él diariamente, esas que lo hacen infinitamente feliz o desdichadamente triste. El cuerpo no es sólo carne, no es músculo, no es hueso, no es la unión de órganos marchando a la perfección, más que biología es vida en sí misma y la vida es también espíritu y alma. Le Breton (2010) lo explica muy bien. Según sus consideraciones, en el cuerpo confluyen cuatro elementos esenciales: la forma, el contenido, el saber y el valor. La forma hace referencia a la conciencia del individuo en relación con todas sus partes y sus límites; el contenido, va más allá de los contornos pues se relaciona con los sentimientos, las sensaciones y las consideraciones; el saber, permite al individuo aprender la organización y función de los órganos; y el valor, entendido como la aprehensión que el sujeto hace del juicio social respecto de los atributos físicos que lo caracterizan, lindo/feo, joven/viejo, alto/bajo, flaco/gordo, etc.

Estas consideraciones son muy importantes cuando se trata de entender cómo se relaciona el individuo siendo cuerpo con la sociedad. Esa imagen que el individuo forma sobre su cuerpo, las órdenes que le da y las necesidades que él manifiesta se crea en

concordancia con su historia personal, pero también conforme las expectativas de otros. Ese cuerpo individual y socialmente construido es poseedor de un *alter ego*, entiéndase como el otro yo. Si se observa desde ésta perspectiva, el ser humano resulta ser una propiedad dualista, por un lado “persona”, con las emociones, las sensaciones, las formas de ser y hacer y por otro “carne”, que resulta ser apariencia y belleza. En sociedades contemporáneas, por ejemplo, se alimenta el alter ego mediante el excesivo cuidado de la apariencia pues se busca conquistar ese territorio, ese cuerpo que en ocasiones parece escapar de su dueño (Le Breton, 2010:146).

Al respecto, el cuidado de la apariencia se relaciona en muchas ocasiones con el sometimiento corporal que se ratifica como una práctica normalizada para los individuos con algún tipo de trastorno en la alimentación. Aunque por lo general afirman que es importante sentirse en “control” de sí y de su cuerpo, se hace evidente la pérdida de él. Ese cuerpo que piensan como propio es realmente de otros. Lo es precisamente porque se moldea y configura bajo los imaginarios sociales imperantes de belleza. Esa idea puede complementarse con las consideraciones de Arango (2006), quien toma a Bourdieu como punto de partida para explicar como la construcción de la belleza está atada al género y por tanto al “deber ser” dentro de los contextos patriarcales y sexistas. Arango (2006), explica que la cotidianidad de la mujer en la que cobra vida el cuerpo, por ejemplo, se estructura con base en la mirada de los demás. Esa mirada indica que siempre deben ser agradables y atractivas, femeninas y bellas. Así es, las mujeres deben conservarse siempre sonrientes, ser simpáticas y estar atentas a las necesidades de otros.



Dambier, G. (1959). *Lucinda in London* [Fotografía]. Recuperado de:

http://www.allposters.es/-sp/Lucinda-in-London-1959-Posters_i8080459_.htm

Entonces, esa “feminidad” termina jugando a favor de los intereses masculinos, de la dominación que ejercen sobre las mujeres. Esto, demuestra que los factores socioculturales, siendo uno de ellos los imaginarios sociales relacionados al género y a la belleza, determinan la forma en que las mujeres deciden transformar su cuerpo y portarlo (Arango Et al, 2006:54). Teóricamente, el cuerpo es definido desde las ciencias sociales como producto del entramado social. Pero más allá de eso, lo importante es que las voces de las mujeres reflejan y dan sentido a esas consideraciones. En las decisiones de transformar el cuerpo por medio de la anorexia y la bulimia se observa la influencia de los factores socioculturales y de los diferentes actores que hacen parte del contexto social en el que ellas se encuentran.

Capítulo III

“El retrato de la enfermedad”: entre amores y odios, ellas hacen parte de mi mundo.



Kelley, R. *Teenagers Screaming and Yelling* [Fotografía]. Recuperado de: http://www.allposters.es/-sp/Teenagers-Screaming-and-Yelling-During-Elvis-Presley-s-Personal-Appearance-at-the-Florida-Theatre-Posters_i3596455_.htm

“[...] las situaciones estresantes y las situaciones difíciles de la vida te llevan a tomar decisiones incorrectas. Y yo sé, sé, sé que mucha gente trata de alejar las cosas de la cabeza o no quieren contar esto es por miedo a muchas cosas [...]”

Lantana

La frase con la que inicia este capítulo, corresponde a un pequeño fragmento de la entrevista realizada a Lantana. La “populacha” como ella misma se autodenomina, sabe muy bien que es vivir con la enfermedad, que es sentirse en el “cielo” cuando se pierde esos

gramos que están de más y en el “infierno” porque el cuerpo ya no aguanta. En su mundo, las decisiones incorrectas como ella misma las llama, la llevaron a compartir su vida hace más de quince años con la anorexia y la bulimia.

Con el fin comprender la enfermedad, es necesario entender qué es la salud y a partir de esa definición reflexionar acerca de la AN y la BN. Según Suárez (2001) la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud, en un primer momento como un estado de bienestar físico, mental y social (Suárez, 2001:13). Sin embargo, esta definición fue replanteada en el año 2005 por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud dada la preocupación acerca de las constantes inequidades sanitarias y sociales. Teniendo en cuenta esto, en 2008, se presentó el informe final de la Comisión en el que se definió que entender la salud desde una perspectiva social, supone el posicionamiento de determinantes tales como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Estas consideraciones, se complementan con los planteamientos de Herzlich (1984) y Petersen y Lupton (1996), quienes indican que la salud no representa únicamente la existencia del equilibrio biológico sino que sirve como un marco de referencia, que permite interpretar las relaciones del individuo con el orden social y pone en evidencia la relación existente entre el cuerpo individual y el cuerpo social (Suárez, 2001:13). Al respecto es importante señalar que para entender cómo se estructuran y funcionan esas relaciones resulta indispensable conocer la forma en que los individuos viven y construyen su cotidianidad, cuáles son las prácticas que determinan el quehacer diario y cómo estas cumplen una función tanto para la vida del individuo como para el grupo social que integra, pues muchas veces las prácticas sirven como indicadores de que algo ha dejado de funcionar “correctamente”.

Lo anterior deja entrever por qué el interés de las Ciencias Sociales sobre el campo de la salud, pues tal como lo indica Suárez (2001), el entendimiento de la diada desde esta perspectiva posibilita verlas como una construcción individual y social de la que hace parte los determinantes sociales, históricos, políticos y culturales. Cabe considerar que incluir una perspectiva sociocultural de la salud-enfermedad, según Berger y Luckman (1966), permite reflexionar sobre los contextos sociales, los valores y los conocimientos y su

articulación con la realidad social (Suárez, 2001:17).

En el caso de los entrevistados se encontró que están en una relación de tensión con su cuerpo y con el orden social y la enfermedad se explica, entre otros, a partir de la influencia de los factores socioculturales. En el contexto de esta investigación la relación de tensión se explica teniendo en cuenta la idea desarrollada por Simmel (1939) acerca del contenido social de la vida. Según el autor, aunque este puede ser explicado enteramente por los antecedentes sociales y por las relaciones sociales, debe considerarse también bajo la categoría de la vida individual, lo cual supone posicionar las vivencias del individuo (Simmel, 1939:45). Teniendo en cuenta esto se podría afirmar que entender la vida de los sujetos, la forma en que estructuran sus comportamientos y sus prácticas, supone situarlos dentro de los diferentes contextos sociales. Dentro de ellos el individuo lucha por preservar su individualidad, sus gustos y preferencias sobre aquellos socialmente deseables que buscan ser impuestos.

En lo concerniente al cuerpo, los individuos se debaten entre un cuerpo vivido y un cuerpo imaginario que evidencia una relación de tensión constante entre la vida individual y el contenido social de la vida. Por un lado, existen deseos de portar el cuerpo de acuerdo a imaginarios de belleza contruidos individualmente. Por otro lado, exigencias e imaginarios sociales que indican cómo debe verse el cuerpo y de qué manera debe portarse para hacerlo bello y atractivo. En el caso de la relación con el orden social, se podría pensar que la tensión se origina cuando la enfermedad se hace visible a través del cuerpo. El origen de la tensión, se encuentra en aquellos comportamientos que llevados al extremo terminan por poner en riesgo al individuo. En sociedades contemporáneas no hay algo más condenable que al asumir el riesgo, se caiga en él (Beck, 1997).

Para comprender qué es vivir con AN y BN teniendo en cuenta que se trata de relacionar la enfermedad con los factores socioculturales, la cotidianidad de los participantes identificando el rol de la familia, especialmente la figura materna y las prácticas que se asocian a la enfermedad, a continuación se presenta el testimonio de los enfermos y del médico especialista entrevistado.

Acacia

En el caso particular de Acacia, el haber moldeado su cuerpo a través de la anorexia y la bulimia le permitió el reconocimiento social. Sus amistades, principalmente el círculo de mujeres, la invitaba a hacer parte de ciertos planes como ir de compras, tomar un café o un cóctel. En relación a los hombres, su cuerpo delgado le permitió “ganancias” materiales, pues a través de la apariencia corporal accedía a bienes materiales con los que soñaba: regalos, viajes, asistencia a eventos etc. Esto representaba el compromiso de no engordar y mantenerse siempre bella. De esta manera lo relata.

“[...] y cuando adelgacé realmente, cuando adelgacé, mis amistades, amigos en carro: venga, vamos, salgamos. La juventud, hablo de mi tiempo, ¿no? quería tener un amigo que va en el carro, que te invite a no sé, vámonos a san Andrés, salgamos, compremos ésta ropa que ya me la podía poner ¿no? y ellos te exigen de que tienes que estar en una figura. [...] mi novio, él me decía todo el tiempo “¿qué está comiendo? ¿Ya se va a engordar? ¿Por qué estás comiendo? Mirá que eso te va a engordar, no comás eso. Yo no quiero una gorda y si no me voy a buscar otra [...]”
Acacia

Testimonios como estos afirman la idea de que la sociedad exige el cumplimiento de ciertos requisitos para el reconocimiento, la imperancia de ideales y por supuesto el tinte social de la enfermedad. Es necesario hacer referencia a este último aspecto, pues es importante entender que aunque es el individuo el que enferma, los factores socioculturales, ellos, las exigencias y presiones provenientes del medio social incide sobre la aparición de la enfermedad, la manera de enfermar y la experiencia de vivir. Por ejemplo, Acacia afirma que aunque recibía halagos y reconocimientos por su cuerpo, las prácticas y el quehacer diario le demostraban que algo había cambiado, algo que iba más allá de la apariencia corporal. Aunque al principio se cuestiona sobre el poder del cuerpo y de la influencia del nuevo aspecto sobre el reconocimiento social, identifica como parte del proceso de enfermar, el estado mental.

“[...] Cuando cambié mi cuerpo, pues entré a un vínculo social de gente con dinero [...] realmente lo que hizo eso fue el cuerpo, más la mente estaba mal, mi mente estaba muy mal [...] el cuerpo maneja muchas cosas ¿sabe? hablo de la mente, del cuerpo y del físico. [...] y lo que te permite conseguir [...] Acacia

Tal como lo afirma Moreno (2010), la enfermedad va más allá del cuerpo pues repercute sobre las formas en que el individuo se relaciona y entiende el mundo, modifica las capacidades, las relaciones afectivas y las representaciones simbólicas. Además, involucra el entorno normativo, supone una interpretación de las sensaciones, las percepciones y las experiencias de vida, tanto en el contexto históricosocial como en el simbólico (Moreno, 2010: 155). Entonces, para el caso de la AN y la BN además de que hay una modificación evidente en la apariencia del cuerpo, también se da un desequilibrio en la mente que se manifiesta en la percepción de los contornos corporales, específicamente en la tendencia a sobre dimensionarlos cuando en realidad ha habido una pérdida perceptible de peso y el reconocimiento de esto por parte de los círculos de apoyo como la familia y los amigos. A pesar de que el cuerpo habla a través de la apariencia, durante y después del proceso de adelgazamiento, el individuo continúa sintiéndose insatisfecho. A esto se le conoce como distorsión corporal y hace parte de los síntomas de la enfermedad (Marín & Bedoya, 2010). Ahora bien, para quienes no padecen la enfermedad y observan desde afuera la forma en que los individuos con AN y BN se conciben a sí mismos en términos de la apariencia corporal, resaltan que estos trastornos son mentales debido a que distorsionan sus contornos y manifiestan estar gordos, sin estarlo. En el momento en que se hace visible la patología se empieza a relacionar con locura. Al ocurrir así, algunos de los miembros de los círculos de apoyo deciden tomar distancia del enfermo argumentando que el comportamiento es insano, no hay muestras de recuperación después de un largo tiempo en tratamiento y se hace notable la falta de interés por recuperar el bienestar perdido gracias una mala decisión individual.

Por esta misma vía es válido aclarar que al ser consideradas socialmente como enfermedades mentales producto de una mala decisión individual, generan rechazo y estigma sobre la persona que la desarrolla. Esto, demuestra como lo afirma Uribe Tobón (2005), que los individuos olvidan el problema de las enfermedades mentales. El problema

radica en que ellas tienden a re aparecer, es decir, los síntomas se manifiestan posteriormente en la vida del paciente, pueden presentarse en nuevas fases o estabilizarse como síntomas de una etapa avanzada o crónica. Se utiliza el término crónico ya que las enfermedades mentales por lo general, aunque se traten juiciosamente y haya una búsqueda constante por curar los síntomas se estabilizan como parte de la vida del paciente de tal manera que el individuo termina por compartir la vida con la enfermedad.

Chinita

Chinita, Chaetanthera glabrata es una hermosa planta habitante del desierto de chileno, sus flores son amarillas.

Chinita tiene 20 años, es estudiante de psicología de una institución privada de educación superior en la ciudad de Cali. Básicamente desde los 16 años, como ella misma lo afirma “empezó con eso”. Desde que se fue de intercambio a Francia padece de anorexia y bulimia, aunque en su historia personal se encuentra que el círculo mediato, especialmente su madre jugó un rol importante en la aparición de la enfermedad. Desde los 8 años su madre le compraba laxantes y la llevaba a consulta por los 3 kilos de más que siempre debía bajar. En la etapa crónica de la enfermedad estuvo recluida en la unidad psicosomática de una institución prestadora de servicio de salud de carácter privado de la ciudad.

Según lo relata, subir de peso durante el tiempo que estuvo como paciente interna en la fundación era motivo de felicidad en tanto los médicos le permitían tener contacto con sus amigos y familiares. Las visitas estaban garantizadas siempre y cuando se cumpliera con la meta de ganar, progresivamente, algunos gramos. Al principio el apoyo de estos grupos se hizo notorio, pero así como se señaló anteriormente cuando los comportamientos fueron llevados al extremo y no se logró la recuperación esperada, algunos de sus amigos se alejaron. Las palabras de Chinita sirven para ilustrar esta idea.

“[...] como a los 44 kilos me dijeron bueno te dejo ir media hora a Jardín plaza, salí de la clínica un rato. Entonces llamé a mis amigos, ve tengo media hora en jardín plaza por favor lleguen temprano. [...] Omar, mi médico me permitió visitas pero de ciertas personas, familiares y amigos. Fueron me decoraron el cuarto, me llevaban bombas, muñecos y bueno vi a mis amigos y después de ahí nos fuimos a la clínica. Después a los 45, me dejo una hora y a los 46 ya me dejaba ir a mi casa [...]”

Chinita

Así pues, teniendo en cuenta las palabras de esta mujer se puede afirmar que la recuperación progresiva del individuo garantiza algunas concesiones y motiva a seguir en el proceso de recuperación, pues no sólo se piensa en mejorar para garantizar el bienestar individual sino para tener contacto con las redes de apoyo. En este caso las redes están representadas por los amigos y la familia, lo que demuestra la importancia de estos en la vida cotidiana del individuo. Aunque se creería que después de ese avance no retrocedería, ella lo hizo y fue estigmatizada por ello. Pasó de hacerse acreedora de regalos y detalles a ser rechazada. La enfermedad se convirtió en “locura” tal como se muestra a continuación.

“[...] La gente de mi colegio después de mi segunda hospitalización me dejó sola. Se alejaron un resto de mí, mis amigos como que ¡ay otra vez hospitalizada yo no sé que, deja la bobada, estás loca! Me afectó un montón pero yo dije, bueno, en esas circunstancias los verdaderos amigos se conocen. Y yo bueno, muy poquita gente se quedó ahí y estuvo ahí constantemente [...]”

Chinita

Esto pone en evidencia que los individuos durante las relaciones sostenidas en el tiempo, en las interacciones cara a cara evalúan constantemente el comportamiento de sus pares y establecen fronteras que determinan cuáles son los comportamientos esperados y cuáles no, cuáles se encuentran dentro del umbral de normalidad o cuáles por fuera de él. Esto sin importar que el campo de observación verse sobre la diada salud- enfermedad. Según Durkheim (2005), tanto para las sociedades como para los individuos, la salud es

buena y deseable; la enfermedad, al contrario, es lo malo y lo que debe ser evitado (Durkheim, 2005:93). Lo interesante al respecto, tal como lo señala Durkheim (2005), es que los individuos buscan señales perceptibles ante la mirada que permitan diferenciar uno de otro esos dos órdenes de hechos. Y es desde ahí, con base en las señales perceptibles que logran diferenciarse los hechos normales de los hechos patológicos o mórbidos. Pero, además de hacer esa diferenciación y una vez se señalan los comportamientos desviados y las patologías cuyos orígenes se encuentran en las “decisiones individuales”, se despierta en algunos individuos la conciencia moral. Esa conciencia moral de la sociedad que alienta a impedir todo acto que la ofenda, todas las faltas morales (Durkheim, 2005:117).

Con base en esta idea, se podría afirmar que la conciencia moral con respecto a la AN y la BN se despierta una vez se identifican los síntomas y se hacen visibles en el cuerpo del enfermo. Para los individuos, un cuerpo casi cadavérico encarna la enfermedad y tal como lo dice Durkheim, la enfermedad no es deseable, no lo es porque sale de la normalidad. Lo abrumador al respecto de estas enfermedades es que la sociedad presiona al individuo sobre su apariencia corporal y una vez los individuos tocan fondo son estigmatizados por su conducta. Es preciso aclarar que esta forma de estigmatización procede de la conciencia moral de la sociedad, pues las enfermedades mentales cuyo origen se encuentra en las decisiones individuales y están relacionadas a comportamientos y prácticas extremas como el sometimiento corporal a través de ayunos prolongados, ejercitación extrema del cuerpo y pensamientos negativos sobre la apariencia constituyen en esencia faltas morales. Al castigar a los individuos con rótulos como “loca”, “gancho”, “flaca” horrible”, “fea” y “enfermo” desconocen que en parte la aparición de la enfermedad tiene una alta carga social.

Teniendo en cuenta esto, es importante retomar la idea de que la anorexia y la bulimia deben ser concebidas como enfermedades en las que convergen varios factores, biológicos, psíquicos y socioculturales. Es así como se logra reconocer que aunque hay una afectación mental y un cambio corporal evidente, los factores socioculturales determinan la decisión de transformar la apariencia corporal. Cuando se logra posicionar estos factores como ejes transversales a estas enfermedades, se pone en evidencia otras realidades que hacen parte de la vida cotidiana tales como la cultura del riesgo y el estigma. En este orden

de ideas, tanto el riesgo como el estigma demuestran que cuando se cruza la frontera de la normalidad y el comportamiento se desvía, el reconocimiento social ganado a través de un cuerpo bello y delgado termina por perderse y a la vez emergen nuevas formas de relación con el mundo para los enfermos, entre las que cabe mencionar la relación enfermo-familia.

*Rafael*²

Rafael es un hombre de 23 años, estudiante de pre prensa en una entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Dentro del grupo de personas entrevistadas es el único de clase social baja, es residente del sector popular de Agua blanca en la ciudad de Cali. Vive con su mamá, su papá y un tío materno. Durante su niñez fue obeso, por lo que se convirtió en objeto de burlas y discriminación. Su madre, quien participó de la entrevista, da cuenta de las vivencias propias de la enfermedad. Madre e hijo relatan su experiencia de la siguiente manera.

*“[...] Yo le decía vaya haga deporte, vaya haga deporte. Mire como Ud. está de gordo, haga deporte, haga deporte. Ud. haciendo deporte va a bajar. Yo luché mucho para que él fuera a hacer deporte. Y yo me metí a un grupo para que él me viera, pues porque la disciplina dentro por la casa.” Carmen*³

Al respecto, Carmen comenta que la incorporación de las prácticas deportivas a la vida cotidiana de Rafael se explica por las presiones ejercidas. Cabe señalar que estas presiones versan sobre las relaciones de poder, relaciones claramente asimétricas en las que se evidencia cómo un individuo se somete y obedece. En este caso, Rafael acató las exigencias y dejó entrever, para propósitos de esta investigación, que el cambio en la conducta alimentaria y en la apariencia corporal se explica también por el ejercicio del poder. Según Bourdieu (2001), todo poder de violencia simbólica, o sea, todo poder que logra imponer significados e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de

² Se cambia el nombre para proteger la identidad

³ Se cambia el nombre para proteger la identidad

fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza (Bourdieu, 2001). Con base en esto se puede explicar que la transformación en las prácticas alimentarias por ejemplo, o la realización de ejercicio durante un tiempo prolongado, respondan al ejercicio de la violencia simbólica, a esas relaciones de fuerza que tienen lugar en los encuentros cara a cara dentro del núcleo familiar o en los grupos sociales como el de los amigos. En este fragmento, se ejemplifica mejor.

“[...] Le hice caso a mi mamá, estuve haciendo ejercicio. La verdad fue algo excesivo, me fui a los extremos. Tuve una época en la que prácticamente terminaba de comer y me iba a hacer deporte. Ahora que salí a vacaciones no volví a hacer deporte, pero ya casi no como [...]”

Rafael

Teniendo en cuenta los testimonios de Rafael y Carmen, se logra identificar como ya se señaló, la existencia de relaciones asimétricas de poder dentro del núcleo familiar y el sometimiento de algunos integrantes frente a las figuras de autoridad. Según Micolta & Maldonado (2000), la autoridad hace alusión a la estructura normativa y las formas de orden en la familia, en específico atañe a las maneras de relación entre padres e hijos. Así, tanto la estructura normativa como el orden propio de la estructura familiar determinan la interacción entre los miembros, dan coherencia y cohesión a los vínculos.

Al respecto cabe aclarar que aunque existen dichas relaciones de poder y autoridad los individuos se someten y moldean su comportamiento conforme las exigencias y expectativas de rol, la afectividad juega un papel destacado. Ocurre así en la medida que la afectividad se mezcla inevitablemente con las normas, los valores, los castigos o sanciones y los estímulos o recompensas que reciben los hijos por parte de las figuras de autoridad del núcleo, es decir por parte de la madre y el padre (Micolta & Maldonado, 2000:191). Con base en esto se podría afirmar que las exigencias sobre el cuerpo, emitidas dentro de la familia, especialmente por parte de la madre, no son en esencia malintencionadas pues no se trata de perjudicar, perturbar o alterar la vida de los hijos. Se trata de procurar el

bienestar de ellos, de garantizar la aceptación en otras esferas sociales y de hacerlos “exitosos”.



Lorre, P. (1953). *Crime and Punishment* [Fotografía]. Recuperado de: http://www.allposters.es/-sp/Crime-and-Punishment-Peter-Lorre-1935-Posters_i5095920_.htm

Se hace referencia al éxito porque como se ha dicho, la belleza y la delgadez son la clave de este. Lo anterior se complementa con la idea de que aunque el miedo y el respeto aparecen como partes del proceso de socializar, instruir y guiar al individuo hasta la etapa de la adultez, no se trata únicamente del ejercicio de estos por medio de la violencia pues estos pasan por un proceso de mando y obediencia que permite organizar a los individuos en torno a un conjunto de normas que pretende hacerlo productivo y responsable (Micolta & Maldonado, 2000:193). Dicha productividad y responsabilidad están relacionadas en esta cultura, con la apariencia. Un individuo delgado y bello es responsable consigo mismo, un obeso y poco atractivo no lo es. A un individuo atractivo se le abren las puertas del mercado laboral, del académico, del afectivo y podría ser en potencia un excelente trabajador, una persona exitosa.

Por tanto, bajo el temor de que sus hijos sean rechazados a causa de la apariencia física, las madres, quienes por lo general están a cargo del bienestar de los miembros, fijan su atención en el control de la alimentación y la nutrición. Sobre esta idea, Micolta y Maldonado (2000), afirman que el tema de la buena nutrición está influenciado entre otras por las consideraciones de la sociedad de consumo y los avances "científicos" transmitidos por los medios de comunicación, pues estos se plantean diferentes alternativas de alimentación y debaten acerca de las ventajas de los alimentos. Entonces, influenciadas por las exigencias sociales, motivadas por la idea de que la belleza es un valor que se debe procurar, las madres toman la decisión de convertirse en madres nutricionistas. Ellas empiezan calcular el beneficio de cada alimento, toman las decisiones que consideran pertinentes en cuanto a las prácticas que deben involucrarse para la pérdida de peso: alimentos bajos en grasa, ejercicio diario, ayunos etc. De esta manera se involucran en unas posiciones y toman distancia de otras (Micolta & Maldonado, 2000).

Además del rol de la madre debe tenerse en cuenta que existe una tipología familiar. López (2008) resalta que para comprender la incidencia de la familia sobre el individuo que presenta algún tipo de trastorno de la alimentación, es fundamental conocer el contexto familiar en el que se encuentra. Por tanto, toma como base el estudio *Familias psicósomáticas: anorexia nerviosa en contexto* (1989). En él se documentó que los sistemas familiares de las personas con AN y BN revelan modelos organizativos en los cuales se puede reconocer características disfuncionales. A continuación se presentan dichos modelos:

1. **Aglutamiento:** Cada miembro de la familia está involucrado recíprocamente. Por tanto, se manifiestan tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros.
2. **Sobreprotección:** Todos los miembros de la familia muestran un alto grado de interés recíproco. En el momento en que el enfermo asume un comportamiento sintomático toda la familia se moviliza e intenta protegerlo.
3. **Rigidez:** El sistema se resiste al cambio, se presenta como un grupo cohesionado y armonioso, en el que no existen problemas más allá de la enfermedad

del paciente. La rigidez apunta a que no es necesario una transformación, sino permanecer aferrado a la tradición.

4. ***Evitación del conflicto:*** Se utilizan mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo con el fin de que no estallen discrepancias entre los miembros del grupo. En este proceso de evitar el conflicto, el paciente con AN y BN juega un rol central

Aunque estas tipologías ofrecen una caracterización bastante general sobre las familias, en el caso de los participantes se encontró que los modelos prevalecientes son el de aglutamiento y el de rigidez. Para el caso de Rafael, Acacia, Chinita y Rosa del desierto, las prácticas de adelgazamiento se definieron en parte, de acuerdo con las exigencias realizadas por la figura materna respecto a la apariencia corporal y la importancia de la pérdida de peso para la obtención de reconocimiento social. Esto, muestra la existencia de una tendencia coercitiva sobre los pensamientos y sentimientos, una actitud ante todo sobre sobreprotectora tal como lo define Rosa en su entrevista. En cuanto a Maguey, Lantana y Nopal, el modelo familiar imperante es el de rigidez, niegan que es necesario un cambio en los roles y en la relación entre los miembros del grupo y los enfermos. Además, se relega el cuidado de la enfermedad a los médicos especialistas y la recuperación queda en manos de ellos, pues en general la familia no considera que haya incidido en la decisión de enfermar, de transformar el cuerpo por medio de la AN y la BN. Se presenta en este momento a Rosa del desierto para ejemplificar uno de los modelos organizativos.

Rosa del desierto

Rosa del desierto (Adenium obesum), es un arbusto de bellas flores, capaz de florecer en verano, varias veces.

Rosa es una mujer de 29 años, oriunda de la ciudad de Cali. Estudió psicología en una institución de carácter privado de esta misma ciudad. Padeció, en principio de anorexia y poco a poco el trastorno se convirtió en bulimia. En sus propias palabras, “*la comida se*

volvió mi sentido de vida y refugio para la ansiedad, mi centro de diversión. Mi vida se convirtió en un infierno, era horrible.” En relación a los modelos organizativos de familia, Rosa, de acuerdo a su experiencia como enferma y con base en su formación académica comenta.

“[...] La anoréxica viene de un contexto familiar, con un patrón de madre sobreprotectora, dominante, e invasiva que trata de vivir la vida de la anoréxica comunicándole culpa por sus elecciones y tratando de vivir la vida de ella. En esa medida, por decirlo así, hay una interiorización de rechazo de sí misma o culpa por existir [...] El cuento de la comida es que la comida es la simbolización de la existencia y es lo que reciben de la madre, al no querer comer, no quieren mantener el vínculo con la madre [...]”

Rosa del desierto

Afirmar que se trata de vivir la vida de otros, es aceptar que existe una búsqueda constante del ejercicio de poder, un interés por dominar y avasallar ese territorio que se supone individual, la vida. Es así como esta termina por debatirse entre los deseos e intereses individuales y las exigencias sociales que hacen parte del terreno de lo público. Cuando el individuo se encuentra entre estas dos posturas y se inclina por una más que por otra, termina dándole prioridad a otros, excepto a sí mismo.

Por esta misma vía López (2008) en su estudio *Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia*, concluye que quienes padecen estas enfermedades son por lo general personas que estructuran sus comportamientos con base en los ideales de sus padres y tratan de encajar con el “deber ser” estipulado socialmente. Además, consideran que “hacer siempre lo adecuado” es obligatorio. Debe tenerse en cuenta que lo “adecuado” se fija dentro de los límites de la normalidad, por tanto salir de ese margen supone el desarrollo de un pensamiento individual. Tal como lo deja ver López (2008), los individuos con estas patologías temen estructurar su comportamiento conforme sus creencias y expectativas, pues sólo sienten seguridad cuando cumplen con el deber ser social (López Et al, 2008: 64). Finalmente, las ideas acerca de la preocupación sobre los

contornos corporales por parte de la madre, la intervención respecto a la apariencia y la nutrición se hizo evidente en todos los participantes entrevistados. Rosa y el médico especialista lo comentan así.

“Mi mamá siempre me comunicó inconscientemente rechazo, bueno, eso fue lo que ella recibió de la propia madre. Creo que una culpa que ella también cargaba. Mi abuela si ha sido así muy preocupada por el peso y la belleza, pero mi mamá no. Más bien, trataba de calmar mi angustia con la alimentación, dándome comida desde niña. Usaba la comida como método tranquilizante.”

Rosa

Tanto las consideraciones teóricas como los testimonios de los entrevistados ratifican la idea de que la familia es un medio para la reproducción de patrones culturales sobre la forma en que debe portarse el cuerpo. Lo interesante al respecto tal como lo afirma García (2006) es que el cuerpo una vez es transformado rompe con el silencio. García, citando a Strada (2002) señala que el cuerpo anoréxico contiene un mensaje que aunque debe ser descifrado, está dirigido a la familia y a los diferentes grupos sociales. Estos mensajes además de mostrar el alto componente social de la enfermedad, dan cuenta de los sentimientos de quienes las padecen. Según Strada (2002), la anorexia se convierte en una herramienta que posibilita sacar el dolor que el individuo lleva por dentro, haciéndolo pasar del alma a la piel. Entonces, la carne, la piel aquello que es visible se convierte en la muestra de un cuerpo que llora pidiendo ayuda a la sociedad. El médico especialista lo explica e invita a una profunda reflexión acerca del rol de la familia en esta problemática.

Médico especialista

El médico entrevistado es especialista en Nutrición, trabaja en una institución médica privada de la Ciudad de Cali. En los últimos años ha atendido en su consultorio a mujeres y hombres principalmente adolescentes con AN y BN. Según sus consideraciones, existe una relación directa entre la aparición de los TCA y el núcleo familiar.

“[...] siempre, siempre creo en la experiencia que he tenido con ellos que detrás de la anorexia hay un problema más profundo. Es un problema de relación con los padres, con la familia [...] se me han presentado dos casos que la mamá friega y friega y con la figura y las niñas ya cuando están adolescentes la mamá está más flaquita que ellas, entonces ya es una competencia [...]”

Médico especialista

Además de que la madre aparece como una figura de poder y control referente a la apariencia corporal, el médico especialista termina la entrevista concluyendo que las enfermedades del comportamiento alimentario están en relación directa con el contexto familiar, con la imagen que cada uno guarde y el amor que sienta por sí mismo.

Si hay bases familiares solidas y los padres le enseñan, porque ellos son unos maestros, cómo amarse, quién es uno, cómo conocerse, estas enfermedades no aparecerían. El objetivo de tener una mamá es que le enseñe al niño a cuidarse, a protegerse a hacer lo mejor por él y el papá a que lo haga. La mamá le enseña cómo y el papá le dice: ¡hágalo! Si eso se tiene, nunca no se perdería en anorexia ni nada de eso. Se pierde es cuando los padres están en otro cuento. Hay niños que nacen y los cuida la empleada y la mamá es así toda como te digo: la pinta y la figura y no sé qué y no comás así, eso te engorda y todas esas cosas. Entonces, el niño nunca crece conociéndose, amándose, respetándose porque muchas personas nacemos para ser bien delgadas, otras para no ser tan delgadas, otras muy medianas y uno tiene que conocer eso y amarlo como es y cuidarse en ese sentido. Médico especialista

Esta postura invita a pensar acerca de la enfermedad y de la importancia de la autoestima, pero también sirve para pensar acerca de este tipo de enfermedades. Ayuda a reconocer que tanto la anorexia como la bulimia se materializan en círculos donde se privilegia la apariencia corporal, la belleza y hacen faltan figuras de autoridad con

suficiente poder para enseñar dentro del núcleo familiar que es más importante cuidar el cuerpo y amarlo tal como es, que tratar de encajar con el cuerpo idealizado. Sinceramente y aunque no se trata de crear figuras de villanos y víctimas, sobran madres con delirio de nutricionistas e individuos con firmes propósitos de alcanzar la “perfección”. La enfermedad entonces es querer ser “normalmente delgado”.

Finalmente, el aporte de este estudio desde la sociología al dar cuenta de las dinámicas familiares en torno a la problemática de los TCA, es que permite pensar a la familia como una institución en la que se evidencian las relaciones de poder, tensión y conflicto. Las relaciones de poder dentro de la familia según lo manifestado por los entrevistados tienen cabida en las interacciones entre madre y enfermo, aludiendo a la aparición de la anorexia y la bulimia. La madre, es la figura de autoridad por excelencia y el enfermo quien obedece. Esto, deja entrever que las relaciones sociales aún en un grupo que se piensa como armonioso, muchas veces idealizado, no escapan a la distribución asimétrica de poder. Alguno de los individuos termina por ceder y orientar su comportamiento de acuerdo a las exigencias, mientras el otro recibe algún tipo de beneficio por ese sometimiento, al menos incrementa su autoridad. Al respecto cabe señalar que la obediencia supone enfrentamientos, tensiones y conflictos, pues los individuos no siempre están conformes con la idea de acatar las órdenes o al hacerlo usan mecanismos no esperados por quienes exigen el cumplimiento de ciertas conductas, patrones o ideales. Esto, demuestra que existen diversas formas de interacción familiar y por ende de estudiarlas y comprenderlas. Al tomar las tipologías familiares, aglutamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto definidas desde la psicología y psiquiatría, y analizarlas desde una visión sociológica, se logra dejar de lado esas consideraciones reduccionistas y homogeneizadoras. En estas perspectivas se hace evidente que la cohesión y la integración “salva” al individuo y la familia termina siendo el refugio de la hostilidad de la sociedad, sin cuestionar que en algunas ocasiones la aparición de estas enfermedades está asociada a una excesiva sobreprotección y entrometimiento en la vida individual, lo que vendría a representar la existencia de fuertes lazos de cohesión social y una búsqueda por cohesionar los comportamientos y las conductas, imponiendo así un deber ser.

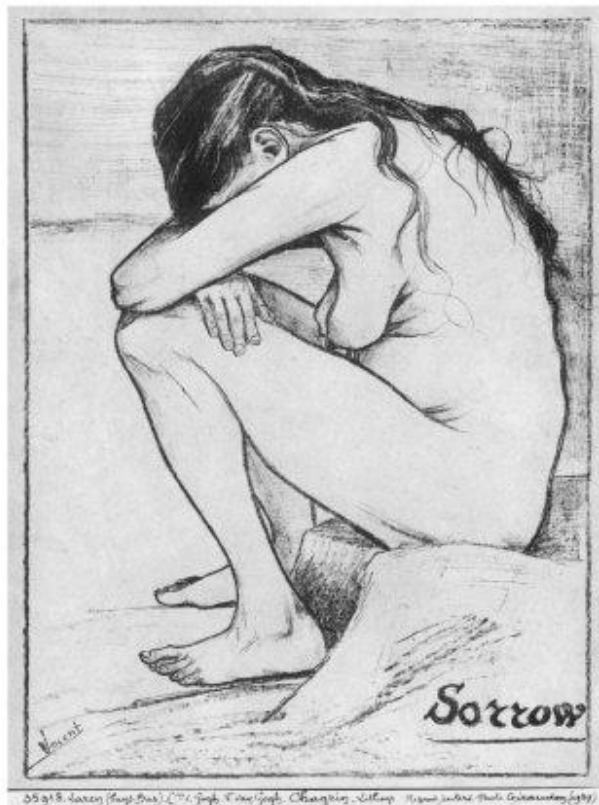
Además, la familia deja de ser pensada solamente como arena para el sostenimiento de relaciones prolongadas en el tiempo en donde se espera que haya aprehensión de conductas, comportamientos y prácticas. Pasa a ser vista como un espacio en el que los individuos, los miembros del núcleo familiar interpretan y viven el mundo de acuerdo a los significados que le otorgan a los diferentes símbolos. De ahí que no en todos los casos, las mujeres y hombres adolescentes enfermen de anorexia o bulimia al observar cuerpos famélicos en las pasarelas, tomen como punto de partida para modificar sus cuerpos los ideales de belleza y las exigencias sociales, o que todas las madres vean en las modelos el patrón para sus hijas, pues existen diferentes formas de interpretar el mundo en las que intervienen los diferentes capitales sociales, culturales, políticos etc. y los intereses individuales.

Finalmente, aunque la familia se concibe como un grupo en donde se evidencian las tensiones, también debe tenerse en cuenta que es un pilar fundamental para mantener el orden social. En los testimonios, los entrevistados la reconocieron como un factor que influye para la aparición de la enfermedad, pero también reconocieron que hizo parte del proceso de buscando integrarlos nuevamente a la sociedad. Sin dudas, la familia se constituye en medio de antagonismos.

Capítulo IV

“El sometimiento corporal una vía ¿hacia la perfección? ¿hacia el campo de batalla?”

“El cuerpo habla incluso cuando uno no quiere que hable.” Pierre Bourdieu.



Van Gogh, V. (1882). *Sorrow*. Recuperado:

http://www.allposters.es/-sp/Sorrow-1882-Posters_i6244202_.htm

La mejor manera para iniciar este capítulo final, es reflexionar acerca de cómo el cuerpo “habla”, cómo puede o no convertirse en un terreno de batalla en el que se pone de manifiesto la existencia de luchas y tensiones. Esas luchas que se crean cuando el individuo

entra en conflicto con las exigencias del medio social, que para este caso, nacen de un ideal de belleza imperante, de una exaltación exagerada sobre los atributos físicos y los contornos del cuerpo. La idea de ser “feo” genera pánico entre los individuos, sentimientos de inconformidad, una no aceptación de sí mismo y un rechazo a la imagen que le devuelve el “espejo”, ese amigo y enemigo que acompaña a los individuos en la cotidianidad. Lo peligroso de estos encuentros entre el “deber ser” y la “realidad” corporal es que pueden incidir, un poco más de lo esperado, en las decisiones de los individuos con respecto a sus contornos y a sus dimensiones.

Visto así, el contexto sociocultural y las consideraciones que pasan por lo individual, terminan por construir una estética de lo bello, de lo aceptado y de lo amado. En el día a día los individuos no sólo hacen frente al trabajo, al estudio, a las responsabilidades del hogar sino que también deben cuidar de los atributos físicos que por naturaleza les correspondió o buscar los mecanismos más eficaces para someter y moldear el cuerpo con el firme propósito de hacerlo atractivo y de continuar dentro de todos los campos o por lo menos, entrar en contacto con ellos: el campo laboral, el campo educativo y por qué no el campo sentimental, el del amor.

Siendo conscientes de la importancia de la belleza dentro de las sociedades, de lo fundamental que resulta encajar dentro de la “normalidad” que termina siendo una, pues no se habla en plural de ella y mucho menos se acepta que los individuos crucen las fronteras que los separan eventualmente del “deber ser” en términos de apariencia corporal y belleza, tal como lo afirma López (2007) citando a Rossana Reguillo, tanto la estética corporal como las intervenciones en el propio cuerpo terminan por convertirse en formas de hablar que trascienden el gusto estético y por dialogar acerca de los miedos y las esperanzas, de las luchas y las creencias (López, 2007:109). Estas consideraciones sobre el cuerpo, la manera en que se desplaza de un campo meramente físico a un campo social, pues termina siendo el reflejo del entorno y expresando sus tensiones no son sólo teorías, son realidades vividas en carne propia por los individuos.

Mediante las entrevistas realizadas, se logró comprobar que el sometimiento a prácticas extremas como dietas, ayunos prolongados, ejercicio excesivo entre otras derivan

de la búsqueda de perfección y del interés por sentirse acogido, querido y respetado por los pares. Así lo relatan los entrevistados.

Acacia

“[...] Hacía deporte en la mañana, me levantaba a las 4:00 de la mañana. Hacía por ahí 25 km en bicicleta ida y vuelta, llegaba y no comía. Me comía una piña, una rodaja de piña con sal y limón. Luego de ahí descansaba un rato, me iba a patinar. Patinaba unas 6 horas hmmm aunque era una cantidad excesiva de deporte, deporte y deporte... salía e iba y trotaba. Yo todo el día no permanecía en la casa porque yo en lo único que me la pasaba era en el deporte [...]”

En su testimonio se aclara lo importante que resulta controlar las dimensiones corporales para evitar a toda costa la ganancia de peso. Pero, más allá de eso, refleja que la modificación en las prácticas sirve para fortalecer el sentimiento de control y dominio sobre sí, para demostrar a la sociedad que la vida y el cuerpo están en total concordancia con lo que se debe ser en términos de belleza. Esta idea la explora muy bien Foucault en su libro *los anormales, en la clase del 22 de enero de 1975*. Al respecto comenta que desde la Edad Media y hasta el Siglo XVIII, el concepto de monstruosidad únicamente no tomó fuerza dentro de los grupos sociales sino que sirvió como un marcador de diferencias entre unos y otros. Para ejemplificarlo, el autor lo resume así: *“el hombre con cabeza de buey, el hombre con patas de pájaro- monstruos-. Es la mixtura de dos especies, la mezcla de dos especies: el cerdo que tiene cabeza de carnero es un monstruo. Es la mixtura de dos individuos: el que tiene dos cabezas y un cuerpo, el que tiene dos cuerpos y una cabeza es un monstruo (Foucault, 1999: 69)*. Aunque en estos casos no se trata de una monstruosidad de estas dimensiones, en esencia, cuando queda al descubierto la enfermedad quien la padece tanto por sus rutinas y prácticas extremas como por su físico, es reconocido socialmente por haber modificado su apariencia y cambiarla hasta convertirse en un “cadáver”.

En consonancia con lo anterior, aparece una noción explorada por Foucault en la misma clase del 75. La transgresión, como él la llama, deriva de la apariencia monstruosa de los individuos. Pues, la monstruosidad se relaciona con sobrepasar los límites naturales, las clasificaciones y en general la ley como marco. Sin embargo, la transgresión va más allá de cruzar los límites de la normalidad establecidos por la naturaleza y por el marco de la ley. Lo que determina que los individuos transgredan o no las fronteras es cuando se pone en entredicho el derecho civil, canónico o el religioso, es decir, se pone en cuestión el orden natural de las cosas y de aquello esperado socialmente (Foucault, 1999). Teniendo en cuenta esta idea de transgredir los límites establecidos y los marcos de referencia que determinan la normalidad o la ausencia de ella, se retoma nuevamente el testimonio de Acacia. A continuación un pequeño fragmento.

“[...] pues mandé a hacer un traje desde el tobillo y subía hasta el cuello y las muñecas de las manos y dentro me aplicaba yodo y me cargaba una jarra de limón caliente y esa era mi comida prácticamente. [...] me iba trotando de Tulúa- Buga. En Buga me tomaba una Breña allí y me devolvía. Llegaba y nadaba por lo menos 3 horas, llegaba a la casa y bueno otra vez, comía un banano y agua de panela con limón caliente [...] llegué a perder 70 kilos, claro no comer y si uno lo suda, pero todavía me veía gorda [...]

Acacia

Para el espectador de estas prácticas y para el lector se hace evidente un comportamiento transgresor, una anormalidad. Por una parte porque hay una infracción al campo de la salud y a los marcos que definen la normalidad dentro de él, específicamente en cuanto a la práctica regular de ejercitación del cuerpo y a la manera en que este se lleva, se porta; y por otra, porque al ver el cuerpo modificado también se evidencia un cambio en el aspecto físico, en la naturaleza de él o en lo que debería ser. Estas modificaciones además de dejar recuerdos en quienes las vivencian dejan al descubierto, tal como lo afirma López (2007), momentos y procesos personales que desean reflejarse y enfocarse al exterior, capaces de romper con el orden y modificar las percepciones que los individuos han construido con respecto a ese “otro” (López, 2007:110).

Cabe destacar que las percepciones se crean también con base en los cánones de belleza, con el deber ser y con los ideales. Por eso, es tan común que el cuerpo se estandarice y se piense únicamente bajo un modelo corporal capaz de marcar diferencias. Los cuerpos, estandarizados, se rigen bajo las tendencias de la moda, del mercado y de las tecnologías. El individuo termina siendo tan sólo un reflejo capaz de soportar maquillajes, accesorios, cirugías plásticas y en fin una lista amplia de prácticas de sometimiento. Esa idea de que el cuerpo es sometido quedó reflejada en parte del relato hecho por Nopal durante su entrevista.

“[...] yo pesaba 55 kilos y empecé a bajar y a bajar hasta cuando llegué a 43- 44 kilos en tres meses [...] ya empecé con todo, a leer y a estudiar todo el tema y hacer las cosas que hacían ellas: los laxantes, tomar muchísima agua, el ejercicio [...] me metía cebolla, me metía unas tiras de silicona para vomitar, después ya seguí con el dedo [...]”

Nopal

Ahora bien el sometimiento al cual se enfrenta el cuerpo diariamente demuestra que la vida se estructura a partir de esa idea de que se está aquí por un corto tiempo, que los momentos son finitos y efímeros y lo realmente valioso es cumplir con las expectativas y el deber ser. Así lo explica Paul Walder (2004) en *el cuerpo fragmentado* al afirmar que sin trascendencia social, histórica o metafísica, la existencia del cuerpo es actual, no tiene una finalidad y tampoco conserva un sentido. Por tanto, se busca cuidarlo y mantenerlo para evitar su deterioro o detener los procesos biológicos normales por los que pasan todos los individuos como el envejecimiento.

Entonces, el cuerpo de los individuos entrevistados, el suyo y el mío busca mantenerse bajo modelos imperantes en el mercado. Lo preocupante al respecto es que los modelos corporales se crean teniendo como punto de referencia, entre otros, los cuerpos exhibidos en los *mass media*, en las pasarelas, en las fotografías retocadas con foto shop. Pero más allá de eso es que el “maniquí” así como lo afirma Walder, se convierte en un patrón, en una disciplina, en una norma, en una pauta rigurosa de comportamiento social que debe ser acogida como garantía de la inclusión social. Viéndolo de esa manera los

modelos terminan convirtiéndose en herramientas de control social y garante de la integración e inclusión. Uno de los médicos especialista reconoce que el sometimiento corporal y las prácticas de adelgazamiento guardan relación con el contexto sociocultural y con las exigencias que desde ahí se imparten. A continuación la perspectiva del experto en relación con lo comentado.

“[...] El perímetro que tenían las escuelas de modelaje para una modelo es que la espina iliaca tenía que salir. Cuando esa espina iliaca sale ya está uno desnutrido y aquí los acromios, que se tienen que ver los acromios también está desnutrido y el rostro de las costillas. Entonces, claro, eso les exigían unas dietas como de 800 calorías y dele y dele y dele y con la emoción de salir a actuar o a hacer un show por la pasarela, ellas hacen lo que sea [...]”

Médico especialista

Esta postura sugiere una reflexión acerca de cómo el cuerpo puede llegar a ser concebido y transformado en una herramienta que puede posibilitar el reconocimiento social y el ascenso socioeconómico. Entonces, por ejemplo, si es una mujer con un cuerpo escultural puede ganar con mayor facilidad espacio dentro de la arena social porque cumple las expectativas de rol, de esta forma el cuerpo deja de ser valorado individualmente para ser reconocido en términos positivos por la sociedad. Ser modelo de alta costura, de pasarela, presentadora de farándula o simplemente “la hija, la amiga, la novia y la esposa bonita” permiten mayor reconocimiento social y por supuesto la obtención de mayores recursos económicos pues es un hecho que ese cuerpo expuesto es agradable ante la vista del otro. Como lo expresa Rodó (1987) en *El cuerpo ausente*, el cuerpo femenino termina siendo un “adorno” más que un “tesoro” al que hay que salvaguardar y del cual deben sentirse dueñas, pues se construye y concibe como una herramienta que permite transformar la vida en términos económicos y sociales.

Sabiendo que en teoría los cambios en la apariencia física fomentan el reconocimiento individual dentro de los diferentes campos, debería tenerse en cuenta las vivencias con respecto a ello. Acacia comentó brevemente que para entrar a los grupos

sociales de mayor poder adquisitivo, debió someter su cuerpo a dietas restrictivas y a largas jornadas de ejercicio con la firme convicción de permanecer dentro de estos y gozar de los “privilegios” a los que se puede acceder. Tal como lo dijo ella, lo importante es conservarse atractiva así la vida gire en torno a la apariencia y se piense únicamente bajo la óptica masculina lo que sugiere que aún existe la dominación de las mujeres frente a los hombres. Ella lo comenta con algo de “frescura” de la siguiente manera.

“[...] ¿Y qué más haces? estarte metida en un gimnasio, en un spa, no sé qué, la cirugía. No tienes tiempo para nada más sino para eso [...] otra cosa que se une a eso es la dependencia a una persona, la dependencia a esa persona. Y es más, siempre tratas de estar con una persona que tenga dinero, que te da todo [...]”

Acacia

Aunque se ha reconocido que las modificaciones corporales nacen en parte como respuesta a las exigencias del medio social; a la existencia de imaginarios y de un “deber ser” que afecta en mayor proporción a las mujeres, tal como lo aclara Claudia Hasanbegovic (2009) citando a Susan Bordo (1993) y Kathy Davis (1991, 1995, 1997) no debería olvidarse que los individuos toman el riesgo de modificar su estética no solamente como víctimas pasivas de los medios de comunicación y las normas de belleza, sino como agentes racionales. Como tal, sus decisiones han pasado por un discernimiento acerca de que esas normas de belleza son compartidas y al ser acatadas los aproximan a los amantes potenciales, a los empleadores, a los amigos, por lo tanto existe un interés en cumplirlas para triunfar en todos los niveles (Hasanbegovic, 2009: 3)

El planteamiento anterior se complementa con las consideraciones en las que se ratifica a las prácticas de modificación estética como expresiones de agencia, puntualmente, de las mujeres. Según Hasanbegovic citando a Davis las mujeres se encuentran en una lucha constante frente a las construcciones culturales de la feminidad y la belleza, sobre lo que debe hacerse o no con el cuerpo. Por consiguiente, asevera Davis, la belleza no debe ser vista simplemente en términos de dominación masculina y opresión femenina ya que la misma es una fuente incuestionable de placer y gratificación para las mujeres

(Hasanbegovic, 2009:6).

Ciertamente las nuevas consideraciones podrían rebatir lo planteado a lo largo de estas páginas. Sin embargo, los aportes son muy valiosos porque ayudan a entender que los cambios corporales de los individuos surgen en medio de tensiones y luchas. Por un lado, porque las decisiones individuales no terminan siéndolo, sino que se piensan y estructuran a partir de un contexto social; por otro lado, porque quien enferma elige de forma “racional” pues se supone que ha evaluado los beneficios y perjuicios de caer en el riesgo, pero, una vez toma consciencia de la “mala decisión” reflexiona al respecto y convierte su vida y su cuerpo en un terreno de batalla.

Al respecto, los participantes reconocieron que enfermar de anorexia o bulimia es cambiar la apariencia física y al mismo tiempo vivir en una zozobra constante porque no se hace una elección sobre el camino a seguir. Como enfermedades mentales, del comportamiento y multicausales no se curan totalmente sino que reaparecen incesantemente en los recuerdos y en el día a día, posicionando el cuerpo y la vida misma como terrenos de batalla en donde se confrontan las creaciones sociales sobre la belleza y las aspiraciones individuales referentes al cuerpo. A continuación las narraciones de los participantes de acuerdo a sus propias experiencias y estilos de vida.



Masse, T. *El último baile* [Imagen]. Recuperado de: http://www.allposters.es/-sp/El-ultimo-baile-Posters_i2036906_.htm

“Ellos & sus voces”

Rafael “[...] Me da miedo engordar nuevamente porque temo ser rechazado socialmente otra vez [...] Todos mis compañeros me dicen que así estoy mejor, todos los compañeros me dicen que así flaco estoy muy bien. Quiero seguir siendo flaco, aunque no sé si en el futuro cambié [...]”

Acacia “[...] Y vives de tu cuerpo, no es que ejerza la prostitución directamente, que trabajo de prostituta todo el día, no. Pero, prácticamente te vuelves el títere de una persona que acomodadamente te puede dar lo que tú quieres [...]”

Maguey “[...] Pero, igual todavía o sea yo me veo en el espejo y digo: “yo quisiera estar tan flaca como estaba en ese momento” pero sé que no. O sea es como una pelea interna porque querés estar así, porque te gusta estar así, porque pues no sé, tu imagen mental era chévere cuando te veías así. Así todo el mundo te diga “ve, estás horrible” vos creías que estabas súper bien [...] yo creo que uno sufre tanto pues con eso que vos decís como que: ve, yo no quiero estar así. Por eso te digo que es una lucha interna todo el tiempo como que quiero estar flaca pero no [...]”

Lantana “[...] obviamente yo me miro al espejo y digo marica estoy gorda, tengo un gordo acá, tengo un gordo acá, tengo un gordo aquí, no me gusta. El problema es que antes, cuando iba al gimnasio mi cuerpo estaba súper tonificado pero pues no me han dejado ir. Y yo no estoy contenta con este peso [...]”

Nopal “[...] Mi motivación es mantenerme siempre delgada. Y lo peor es que me dice Mauricio, que él, obviamente no se fijo en mí por el cuerpo, porque yo era mucho más delgada. Si no pues por como yo era, por lo buena mujer que yo soy y por todas esas cosas. Entonces, él me dice que él no me quiere ver más así. Que si yo lo quiero a él y que si ya vamos a estar juntos por mucho tiempo, me quiere ver más gordita para él estar mejor. Y él me dice que así voy a estar más preparada para tener nuestro bebé [...]”

Chinita “[...] yo siempre he sido muy consciente o sea yo sé que no estoy gorda, que soy normal, que es una bobada todo lo que pienso, que me la tengo que guerrear, que

cada vez que coma es como enfrentarme a ese miedo que no es más que un miedo ridículo que tengo. Pero, son como esos dos pensamientos. El diablito y el ángel. Está el que te dice “Cada vez que te metas un bocado te vas a engordar un kilo, entonces piensa bien antes de comer porque todo lo que comas te va a engordar, así sea un vaso de agua. Todo lo que te metas a la boca te va a engordar.” Y está el otro que te dice “dejá de ser boba, eso es mentira, comé tranquila que no te va a pasar nada [...]”

Rosa del desierto *“[...] Y bueno, estás en un medio que te vende alimentos pero a la vez te exige ser perfecta en tanto mantienes una figura que es imposible de adquirir bajo los estándares de alimentación que te promueve. Y bueno, realmente creo que el deseo de la anoréxica es poder controlar su cuerpo, llegar a la perfección saliendo del fantasma de rechazo [...] me enojaba por el hecho de vivir para esto porque no tenía más opciones y porque me consumía, era horrible [...]*

Médico especialista I *“[...] Eso es una cosa muy grave, o sea no es fácil un anoréxico. Yo prefiero tener mil gordos y no un anoréxico porque es muy difícil sacar el pensamiento por lo que se queda en un círculo como atrapado en una telaraña diría yo y no puede salir de ahí aunque el vea [...]”*

Médico especialista II *“ [...] siempre la característica es que los papas vienen a decirme “¡dígame que coma!” pero, yo no puedo hacer nada sin un psiquiatra porque es el que le ayuda a avanzar, a salir de, cómo pienso yo, de esa equivocación del cerebro, de ese plano donde está y despacito ir tomando auto reconocimiento verdadero de su cuerpo [...]”*

Seguramente, así como estos testimonios existen muchísimos más que muestran como la vida se construye y debate en torno al cuerpo, cómo se evalúa constantemente su apariencia y los beneficios o la falta de ellos al modificar en algo la imagen. Al finalizar este capítulo sólo resta decir que las enfermedades van más allá del padecimiento, del plano físico y biológico. Trascienden al campo de lo social no sólo porque en muchas ocasiones se originan ahí sino porque la vida misma se concibe de manera diferenciada, se piensa el

mundo y se porta el cuerpo conforme las experiencias construidas diariamente en los contextos sociales. Además, la enfermedad trasciende los diferentes campos. Por ejemplo, el campo cultural, pues los procesos que se definen y pasan por la diada salud-enfermedad sugieren una respuesta en la que indiscutiblemente participan los actores sociales, los grupos sociales, los pacientes y los médicos los cuales estructuran sus comportamientos y formas de asumir los roles que les corresponden de acuerdo a los patrones culturales inherentes a la sociedad que integra.

Al respecto, Langdon & Wiik (2010), partiendo del concepto de que la cultura es un fenómeno total y provee una visión de mundo a las personas que la comparten, la cuestión de la salud y de la enfermedad está contenida en esta visión del mundo. Entonces, se puede entender que cada grupo social se organice colectivamente, de forma diferenciada para comprender y poner en marcha dispositivos que sirven como respuesta a las experiencias individuales, colectivas o simbólicas de la diada salud-enfermedad. De esta forma, todas las sociedades se esfuerzan por desarrollar conocimientos, institucionalizar prácticas y saberes no sólo para clasificar las enfermedades sino también para percibirlas, construir una imagen de ellas, comprenderlas e intervenir.

Concatenada a la idea anterior debe resaltarse que la enfermedad también toca el plano de lo político en tanto, una vez los grupos sociales, los actores políticos y el Estado se organizan, se esfuerzan por crear y solidificar un sistema de atención que aúna los conocimientos sobre los orígenes, las causas y los tratamientos adecuados. Claro, en medio de estas interacciones se hace evidente la existencia de relaciones de poder, luchas, tensiones e intereses que inciden de una u otra forma en la manera en que se aborda la enfermedad.

Todo esto, demuestra que la enfermedad no está desligada de los diferentes ámbitos que dan cuenta de la vida en sociedad. Pensar en que se debe comprender su origen para poder intervenir resalta el carácter histórico de ella, lo importante que es situarla en un espacio temporal y también social para generar mecanismos efectivos de control que impacten directamente sobre el bienestar de los individuos y la población. Una visión de enfermedad forjada desde las diferentes ópticas demuestra que enfermar es más que portar un rotulo que identifica al individuo como diferente.

Enfermar, es en todo caso resaltar la dimensión simbólica de la salud y de la enfermedad, las percepciones socioculturales de esta diada que sirven para definir, clasificar y establecer diferencias entre las culturas, pues para cada una de ellas existe un concepto sobre lo que es estar saludable y estar enfermo, lo que demuestra que los marcos en los que se mueven los individuos son fácilmente ajustables a las realidades y por tanto lejos de ser universales (Langdon & Wiik, 2010:182-183). La enfermedad entonces resulta ser vivida, construida y relatada no sólo desde la descripción de los síntomas y de la visibilización de ellos, sino desde un entramado amplio que implica la interacción de los diferentes campos y la historia personal y social de cada individuo, es por eso que cada una de las personas cuenta a su manera la forma en que enfermó, como lo vivió y porque sigue o no siendo participe de esa batalla.

Conclusiones

“El cuerpo, los factores socioculturales & las enfermedades sociales”

En todo caso, aunque se trató de no crear figuras de héroes y villanos, se sentó una posición clara acerca de los TCA, su origen, su reproducción y consolidación como forma de vida entre adolescentes, mujeres y por qué no extenderlo a la población masculina, antes no involucrada en estos fenómenos y ahora participante de ellos.

Para el caso de la anorexia y la bulimia se encontró que pueden ser reconocidas como las nuevas enfermedades socioculturales. Según el análisis realizado a las entrevistas, estas emergen de las presiones provenientes de los contextos sociales, pues dentro de estos la idea de ser bello, delgado y atractivo persiste y determina quien está por dentro o por fuera de los círculo de amigos, de las reuniones familiares, de los equipos de trabajo y de las relaciones de pareja. Por esta misma vía cabe resaltar que expresiones como “Marrana” “Gordo” “Feo” marcan diferencias en la vida de quienes las reciben y aunque se piensan como inofensivas terminan dejando huellas casi imborrables en la piel y en la mente. Los entrevistados manifestaron que las burlas, las frases crueles sobre su apariencia corporal, el rechazo y la sobrevaloración de la belleza por parte de sus pares y familiares fueron determinantes para enfermar.

En este punto es fundamental retomar la idea de que los individuos piensan y construyen su cuerpo conforme el conocimiento que adquieren de la cultura, es decir, a medida que entran en contacto con los diferentes grupos de socialización aprenden no sólo a conocer su propio cuerpo sino a domesticarlo y moldearlo para ganar un espacio dentro del terreno social. Sobre esto Barreiro (2004) con base en los planteamientos de Douglas (1988), comenta que el cuerpo como objeto natural es moldeado por fuerzas sociales de ahí que se puedan diferenciar dos cuerpos, el físico y el social. El segundo, restringe la naturalidad propia del cuerpo y la forma en que se expresa. Tal como lo señala la autora tomando como punto de referencia a Douglas (1979) el cuerpo termina siendo un medio de expresión altamente restringido, pues en él confluyen tanto la cultura como las presiones sociales. Las situaciones sociales terminan por imponerse en el cuerpo y ceñirlo a actuar de

forma esperada, convirtiéndolo en un símbolo concreto de la situación, del lugar en donde se sostiene el encuentro y de las personas que conforman la escena. Desde ahí, desde esa construcción social del cuerpo en la que se determina cómo debe portarse y cómo debe verse, los individuos aprehenden y estandarizan los conceptos de belleza y fealdad, de lo que se supone agradable o desagradable, de lo que es deseable o indeseable y lo hacen casi siempre desde una postura dicotómica.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la construcción del cuerpo pasa por la esfera pública, por el ámbito de lo sociocultural, cuando los comentarios sobre la apariencia corporal se hacen recurrentes, cuando se exige que se debe consultar a un médico especialista mensualmente para perder 2 ó 3 kilos, cuando se inicia una dieta sin previa prescripción y acorde a las necesidades del individuo tales como el ciclo de vida y actividades diarias, cuando se abren las puertas en los diferentes campos, académico, laboral, sentimental por la belleza y no por las capacidades, el individuo termina cediendo ante esa realidad y toma el camino más “fácil”. Camino que supone modificar el cuerpo mediante prácticas de sometimiento como dietas restrictivas, purgas y ejercitación extrema. Sin embargo, pese a lo que se pensaría esa no es la vía más corta y mucho menos la más placida. En realidad resulta ser un callejón sin salida, una telaraña, así como lo expresó uno de los médicos entrevistados que enreda la vida del individuo.

Teniendo en cuenta lo anterior y lo expresado en términos generales por los participantes *“te dicen te has adelgazado, te has engordado. Te has adelgazado, te ves muy bien y te has engordado pero te ves muy bien, ya desapareció.”*, las asociaciones entre belleza y delgadez se hacen recurrentes en los encuentros cara a cara e inciden en los comportamientos individuales. ¿Quién no quiere recibir un halago, quién no quiere sentirse querido? Lo preocupante es que esas consideraciones acerca de lo que es bello o no, se reproducen a diario y se robustecen generando una preocupación casi enfermiza sobre los contornos del cuerpo y la manera en que este debe portarse.

Cabe señalar que una vez se establece el “deber ser”, el individuo opta por demostrar al otro, que su vida y su cuerpo concuerdan totalmente con el imaginario social que está dentro del margen de la normalidad construida socialmente. Esto supone controlar la ingesta, los centímetros y los kilos, cuidar cada detalle de la imagen y de la apariencia

corporal. Pero realmente nada está más alejado de ser “normal” que pretender serlo cuando el comportamiento ya se ha desviado y el control sobre sí pasa a manos de la sociedad. De esta manera la regulación de los cuerpos en términos de incorporar prácticas como la dieta y el ejercicio demuestran que las decisiones individuales se definen por los contextos y los factores socioculturales asociados a él.

Podría decirse entonces que los individuos a pesar de ser conscientes de su cuerpo y del poder que este tiene, aún les hace falta apropiarse de él, cuidarlo y salvaguardarlo. Preservarlo no es llevarlo a algún lugar lejos de otros, es marcar límites entre lo imaginario y lo vivido para construir un cuerpo acorde a los gustos y preferencias individuales, pero al mismo tiempo, porque entiendo que somos humanos y queremos sentirnos parte de un todo, hacerlo acreedor de elogios y halagos.

Finalmente, aunque para muchos la decisión de modificar el cuerpo pueda ser un acto racional en tanto se evalúan los posibles beneficios y al ser racional recae sobre la persona que decide cambiar su cuerpo, su estilo de vida y relacionarse con el mundo desde la enfermedad, no debe olvidarse que los comportamientos individuales y las prácticas responden en todo caso a unas motivaciones externas. Estas motivaciones siempre anteponen la imagen, el cuidado y prometen la felicidad eterna. Creería que es imposible desaparecerlas, pero también creo firmemente que pueden transformarse. La realidad así como la vida y el cuerpo está dotada de plasticidad. Entonces, el aporte más valioso desde lo social con respecto a la construcción del cuerpo es lograr ver más allá de la carne y de lo aparente para reconocer al ser humano con sus capacidades, con sus virtudes y defectos, acercándolo más a lo que es en esencia y alejándolo de una perfección inexistente.

Bibliografía

- Arango, R. (2006). *Influencia de los determinantes sociales, culturales e individuales en la realización de cirugías estéticas en mujeres de la ciudad de Cali*. Tesis, Univalle, Facultad de Humanidades. Recurso disponible en página web: <http://es.scribd.com/doc/22735066/influencia-de-los-determinantes-sociales-culturales-e-individuales-en-la-realizacion-de-cirugias-esteticas-en-mujeres-de-la-ciudad-de-cali>
- Arrufat, F. (2006). *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Avellaneda, S. (2009). *Determinación de la prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana*. Bogotá: Biblioteca virtual Universidad Javeriana.
- Baltasar, F Et al. (2012). *El discurso popular sobre la obesidad. Análisis de contenido de una discusión virtual*. Recurso disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/baltasar1.pdf>
- Barreiro, A. (2004). *La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas*. España: Universidad de A Coruña. Departamento de Sociología y Ciencia Política y de la Administración.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (1997). *La sociedad del riesgo global*. España: Siglo XXI Editores.
- Benítez, V Et al. (2009). *La obesidad, un problema de salud y su influencia en las relaciones de pareja*. Revista Científica Electrónica de Psicología ICSa-UAEH.
- Blasco T. (2008). *Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I)*. España: Nure Investigación. Recurso disponible en página web: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formet_332622008133517.pdf
- Boltansky, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos aires: Editorial Periferia.
- Bourdieu, P. (2001). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2006). *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Editorial Taurus ediciones.
- Bourdieu, P. (2008). *El oficio del sociólogo*. Buenos aires: Siglo XXI editores.
- Brian, T. (1992). *Regulating Bodies: Essays en Medical Sociology*. Editorial Routledge.
- Bullen, M. (2005). *Una perspectiva Socio-cultural de los trastornos alimentarios*. BIBLID.
- Calvente, M. (2005). *Nociones de cuerpo en la revolución somatoplástica*. Themáta.

- Carillo, M. (2005). *Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad*, 2, 120-141.
- Creswell, R. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. London, New Delhi, Thousand Oaks, Sage Publications, 1-372
- De Barbieri, T. (1990). Sobre género, prácticas y valores. notas acerca de posibles erosiones del machismo en México», en *Normas y prácticas morales y cívicas en la vida cotidiana*, Juan Manuel Ramírez (coordinador), CIIH-Porrúa.
- Durkheim, É. (2005). *El suicidio*. España: Ediciones Akal S.A
- Fandiño, A Et al. (2007). *Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia*. Cali: Colombia Médica, 38 (4), 344-351.
- Fernández, O. (2003). Pierre Bourdieu: ¿Agente o Actor? Revista Humanismo, No. 90. <http://www.geiuma-oax.net/Web/docs/agenteactor.htm>
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. España: Editorial Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (1999). *Los anormales*. Argentina: Fondo de Cultura Económica. S.A.
- García, R. (2006). *El mundo según Marta*. Rev. Asoc. Esp Neuropsiq. v.26 n.97, 31-52.
- Giddens, A. (1998). *Sociología*. España: Editorial Manuales.
- Gil, E. (2005). *Perspectiva de género en la investigación en salud*. Ponencia. II Jornadas del Programa GEODA. “Mujeres y Medio Ambiente”.
- Goffman, E. (2001). *Estigma: la identidad deteriorada*. España: Amorrortu Editores.
- Góngora, V Et al. (2009). *Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: un estudio sobre conductas y cogniciones*. Anuario de investigaciones, Vol. 16.
- Hasanbegovic, C. (2009). *Mujeres en el mundo. Una necesidad del alma, poner el cuerpo mujer y cirugía estética en la argentina*. Venezuela: Lainet, Universidad de Carabobo.
- Iturrieta, S. (2001). *Perspectivas teóricas de las familias: Como interacción, como sistemas y como construcción social*. En “Conflictos Familiares ¿cómo resolverlos? Chile: CED-Universidad Católica del Norte.
- Judith, B (1999). *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity*. Editorial Routledge.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos aires: Ediciones Nueva visión.
- López, B Et al. (2008). *Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia*. Honduras: Editorial IMSS.

- López, R. (2007). *Cuerpos transgresores, cuerpos transgredidos. Carne y memoria marcadas. Los jóvenes y sus prácticas de modificación corporal*. Última dedicada N°26, 103-119.
- Macías, B. (2004). *Anorexia y bulimia como enfermedades culturales: prevención y medios de comunicación*. Ponencia desarrollada en la Universidad Complutense de Madrid (UCM), programa de doctorado de Semiótica de la Comunicación de Masas.
- Marín, A; Bedoya, M. (2010). *La inclusión social por la vía del cuerpo en mujeres diagnosticadas con anorexia bulimia en la ciudad de Medellín, Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia. *Iatreia*, vol. 23, núm. 4. 319-328
- Mendoza, J. (2004). *Las formas del recuerdo. Las memorias narrativas*. Athenea Digital.
- Micolta, A; Maldonado, M. (2000). *Representaciones sociales y prácticas de la paternidad y maternidad en Cali. Análisis desde la perspectiva de género*. En *La autoridad, un dilema para padres y madres al final del siglo XX El caso de Cali*. Colombia: Universidad del Valle-Colciencias. 189-221.
- Montcada, M. (2004). *Nutrición: Trastornos de la Conducta Alimentaria*. En *Alimentación y nutrición*, 1-42.
- Moreno, H; Nieto, M, Plazas, C; Cepeda D (2006). *Ponencia para primer debate proyecto de acuerdo 157 de 2006*, 1-12.
- Narváez, T. (2006). *Influencia de los determinantes socioculturales en el desarrollo de la anorexia y la bulimia*. Tesis. Colombia: Univalle, Facultad de Humanidades.
- Pedraz, M. (2010). *La construcción social del cuerpo sano. El estilo de vida saludable y de las prácticas corporales de la forma como exclusión*. Madrid: Nómadas, Revista de Ciencias Sociales y Jurídicas. Recurso disponible en página web: <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA1010440129A>
- Plazas, J. (2010). *Medios de comunicación, anorexia y bulimia*. REVISTA ICONO, 8, 62-83. ISSN 1697-8293.
- Portela de Santana Et al. (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión*. *Nutr. Hosp.* vol.27 no.2 Recurso disponible en página web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112012000200008&script=sci_arttext&tlng=t
- Quiroga L; Santacoloma A. (2009). *Perspectiva de estudio de la conducta alimentaria*. *Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 2(2) ,7-15.
- Ramos, O. (2011). *El cuerpo y la afectividad como objetos de estudio en América Latina: intereses temáticos y proceso de institucionalización reciente*. *Revista Sociológica*, 26(74), 34-78.
- Rodó, A. (1987). *"El cuerpo ausente"*. En *Proposiciones Vol.13*. Santiago de Chile: Ediciones SUR, 1-14.

- Simmel, G. (1939). Sociología. Argentina: Espasa-Calpe Argentina.*
- Suarez, R. (2001). Reflexiones en salud: Una aproximación desde la Antropología. Colombia: Tercer Mundo Limitada, Ediciones.*
- Taylor, S; Bogdan, R. (1988). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos aires: Editorial Paidós.*
- Uribe, C. (2005). Virginidad, anorexia y brujería: el caso de la pequeña Ismenia. Revista Antípoda (03) 51- 90. Recurso disponible en página web: <http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/39/1.php>*
- Uribe, J. (2006). Los factores socioculturales de riesgo. Colombia: Editorial Universidad Antioquia.*
- Vigarello, G. (2011). Historia de la obesidad. Metamorfosis de la gordura. Buenos aires: Editorial Nueva Visión.*