

# Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia

Andrés Felipe Marín Cortés<sup>1</sup>, Mauricio Hernando Bedoya Hernández<sup>2</sup>

## Resumen

El presente estudio es un acercamiento comprensivo a la vivencia corporal de mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia.

**Método:** la investigación se hizo desde el enfoque cualitativo mediante los procedimientos de la fenomenología-hermenéutica; se llevaron a cabo entrevistas individuales en profundidad y entrevistas a grupos focales con 15 mujeres que tenían dicho diagnóstico.

**Conclusiones:** se encontró que los sistemas de peso corporal y talla de las prendas de vestir operan como indicadores de belleza corporal que las mujeres con anorexia/bulimia asumen como imperativos para el logro del cuerpo anhelado. Se discute la idea de distorsión de la imagen corporal puesto que en la experiencia de enfermarse las mujeres pueden percibirse delgadas pero se sienten gordas. Finalmente, se problematiza la vivencia del cuerpo durante el tratamiento.

## Palabras clave

*Anorexia, Bulimia, Cuerpo vivido, Trabajos sobre el cuerpo*

## SUMMARY

### Lived body in the experience of women diagnosed with anorexia/bulimia

This study is a comprehensive approach to the body experience of women diagnosed with anorexia or bulimia.

**Method:** the research was carried out using a qualitative approach and the procedures of phenomenology-hermeneutics; in depth individual interviews and focus groups were used on 15 women who had been diagnosed with the aforementioned disorders.

**Conclusions:** it was found that weighing and sizing systems act as body beauty indicators which anorexic/bulimic women adopt as imperatives for obtaining the body of their wishes. The idea of distortion of body image is discussed since, once affected by these disorders, women may feel fat despite seeing that they are slim. Finally, body experience during treatment is problematized.

---

<sup>1</sup> Psicólogo, Magíster en Psicología. Docente Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Psicólogo, Magíster en Psicología, Licenciado en Educación. Docente del Departamento de Psicología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.  
Direcciones: mauro\_bedo@yahoo.es; andresfelipemarin@hotmail.com

Recibido: abril 01 de 2009

Aceptado: abril 24 de 2009

## Key words

*Anorexia, Bulimia, Lived body, Works performed on the body*

## INTRODUCCIÓN

Cuando una persona tiene anorexia o bulimia, se presentan manifestaciones clínicas como pérdida significativa de peso, caída del cabello, debilidad muscular, amenorrea y daños renales e intestinales.<sup>1-3</sup> La lectura que en algunas investigaciones se hace sobre la dimensión somática de las personas con diagnóstico de trastornos de la alimentación, atiende a sus manifestaciones en el cuerpo biológico.<sup>4</sup>

El presente estudio ofrece una mirada alternativa desarrollando comprensiones acerca de la experiencia de las mujeres al centrar su atención en la vivencia corporal en la enfermedad.

La significación de la corporalidad es fundamental para comprender los trastornos de la alimentación.<sup>5</sup> Aproximarse a la vivencia corporal de las mujeres con anorexia/bulimia es recurrir a su historia personal y social.

Las manifestaciones corporales permiten identificar el trastorno alimentario; esta es la vía tomada por los discursos médicos; además, se emplean para explicar la génesis de la enfermedad, posición adoptada por las perspectivas culturalistas. La anorexia/bulimia se gesta en la cultura y se expresa corporalmente, dados los estándares de belleza de nuestro tiempo, que consideran la delgadez como modelo estético.<sup>6</sup>

Según las teorías clásicas, las personas con diagnóstico de anorexia tienen una imagen distorsionada, deformada y exagerada de sus cuerpos.<sup>7</sup> Como sinónimo de distorsión se ha empleado en la literatura la categoría *alteración de la imagen corporal* para referirse a los juicios sobre el cuerpo que no coinciden con sus características reales.<sup>8</sup> De acuerdo con Gempeler<sup>5</sup> la distorsión de la imagen corporal hace parte de los signos y síntomas de los trastornos de la alimentación.

Por lo general, un agente distinto a la mujer enferma, el personal médico, hace la identificación de los síntomas para establecer el diagnóstico y determinar el nivel de distorsión de la imagen corporal que tiene la paciente, como indicador del trastorno; así, la clasificación acerca de lo que sucede en la experiencia del sujeto la interpreta

otro poseedor de un conocimiento que no es el saber ofrecido por la propia vivencia corporal del sujeto. Dicha lectura acerca de la distorsión se hace desde una lógica realista que propone la existencia de una figura corporal "real" que la mujer con anorexia/bulimia no puede percibir adecuadamente.

Si el cuerpo vivido de las mujeres con diagnóstico de anorexia/bulimia se encuentra relacionado con procesos subjetivos e intersubjetivos implicados en la construcción de los significados acerca del propio cuerpo, y si dicha construcción es siempre social y simbólica, ¿es conveniente emplear términos como *distorsión* o *alteración* para dar cuenta de lo que sucede en la experiencia de estas mujeres?

## METODOLOGÍA

El enfoque cualitativo orientó el estudio pues se comprende la construcción del conocimiento como dependiente del contexto socio-histórico, el cual ha de ser interpretado con la intención de acercarse a los significados y sentidos que configuran el mundo social de los sujetos participantes.<sup>9</sup> Enfoque vinculado al paradigma constructivista, en tanto busca interpretar en su contexto un fenómeno particular y aproximarse a realidades locales y específicas.<sup>10</sup> Se siguieron los procedimientos propuestos por el método fenomenológico-hermenéutico<sup>11-13</sup> el cual plantea que la experiencia vivida es en sí misma un proceso interpretativo. La estrategia metodológica fue el estudio de caso el cual, como diseño cualitativo, busca conocer un fenómeno en su contexto real de existencia. Particularmente se eligió el estudio de caso múltiple o colectivo. Se emplearon dos técnicas para generar la información: la entrevista individual en profundidad y la entrevista de grupo focal.<sup>10,12,13</sup>

En el momento del mapeo<sup>12</sup> se identificaron algunos centros de atención a mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia y se divulgó el proyecto en algunas universidades de Medellín. Durante la fase de muestreo se seleccionaron 15 mujeres entre 18 y 29 años de edad, con diagnóstico de anorexia o bulimia, que pudieran certificar tratamiento médico, psicológico o ambos. Se recurrió a tres tipos de muestreo: el muestreo por criterio lógico, el muestreo de bola de nieve y el muestreo de casos homogéneos.

Las entrevistas individuales en profundidad y las de grupos focales se grabaron en medio magnético y se

transcribieron y almacenaron en archivos electrónicos. Para el proceso de análisis se empleó el software Atlas Ti versión 5.2.

## EL CUERPO COMO HORIZONTE EN LA ANOREXIA/ BULIMIA

El ideal social de cuerpo femenino cruza la vida cotidiana y los discursos de las mujeres con anorexia/bulimia; se anhela dicho ideal porque representa la apropiación de valores culturales privilegiados en occidente: juventud, felicidad, éxito y reconocimiento. En la experiencia de las mujeres con diagnóstico de trastornos de la alimentación aparece la tensión cuando se hacen inalcanzables dicho ideal de cuerpo y los valores que lo soportan, a pesar de que se presentan como posibles, porque en el imaginario colectivo dicho cuerpo le otorgará al sujeto un lugar privilegiado en el mundo social. Así el cuerpo esbelto como representante de determinados valores culturales se convierte en una suerte de quimera social. Además la tensión recae en los medios empleados para alcanzarla. En estas mujeres las vías para lograr el cuerpo anhelado incluyen el recurso al control de la ingesta, hacer ejercicio durante muchas horas, vomitar y tomar laxantes y diuréticos; todas ellas prácticas sobre el cuerpo<sup>14</sup> dirigidas a su transformación.

El alcance del cuerpo anhelado se vale de instrumentos que indican qué tan próximo o distante se encuentra el sujeto de dicho ideal. La báscula aparece como indicador de cuánto peso se debe ganar o perder en relación con el ideal estético. Una de las participantes en la investigación expresa: *la mujer perfecta pesa 48 kilos.*<sup>1</sup>

Aunque muchas mujeres alcanzan el peso deseado, llama la atención que se siguen empleando las prácticas sobre el cuerpo, bien sea porque los estándares del cuerpo anhelado se transforman, o bien porque se requiere la continuidad de dichas prácticas para mantenerse en los límites del ideal.

Además de la báscula, otro indicador del cuerpo anhelado es el sistema de tallas, que en la mayor parte de los casos es significado como angustiante. Los criterios de elección de las prendas no son el gusto y la comodidad, sino la talla, la cual es asociada a la belleza física. En algunos centros comerciales, cierto tipo de ropa femenina solo viene en tallas pequeñas; de acuerdo con las participantes, esto genera en las mujeres el afán de lograr cierta figura corporal.

La báscula y el sistema de tallas de las prendas de vestir son dos maneras de controlar<sup>15</sup> a las mujeres con anorexia/bulimia, adentrándolas en una suerte de metafísica del consumo, en la que los símbolos de belleza son los productos que desea adquirir el sujeto. Los relatos de las mujeres con anorexia/bulimia indican que la mujer perfecta se define, en primer lugar, por el peso corporal y la talla de las prendas de vestir; es decir, uno de los criterios de perfección femenina lo definen el cuerpo, sus formas y contornos, con la peculiaridad de que dicho criterio se encuentra determinado por unidades de medida.

Antes del diagnóstico o de la experiencia de sentirse enfermas, algunas mujeres con anorexia/bulimia significaron sus cuerpos como agradables, armónicos y deseables. No se trata de una historia personal en la que el cuerpo haya sido desde siempre negado o rechazado.

*"(...) yo percibía mi cuerpo bien, armonioso (...) pensaba que era adecuado para mi estatura, adecuado para mi edad, me sentía muy cómoda con mi cuerpo".*

Esos cuerpos agradables y armónicos son confrontados con los cuerpos del ideal cultural, que termina imponiéndose con un enorme poder simbólico, gracias a la reproducción de los discursos que en torno a ellos se han establecido, pues el cuerpo delgado y ágil ha sido asociado a la juventud y la salud;<sup>16</sup> así, perder peso se ha convertido en la necesidad de lograr un estado de juventud mítica y de perfección corporal.<sup>17</sup> Ese cuerpo significado durante la infancia como agradable es luego intervenido, bien por el deseo de transformarlo según un modelo de belleza inalcanzable y siempre escurridizo, o bien a causa del sentimiento de culpa, como una forma de pagar por la traición al proyecto del ideal de belleza corporal, lo que hace que las mujeres incrementen sus rutinas de ejercicio o restrinjan aún más la ingesta.

El cuerpo es el soporte objetivable que le dice a la mujer con anorexia/bulimia y a los otros significantes (parientes, amigos, pareja) que se tiene el trastorno.

Por la vía del cuerpo la familia y el personal médico concluyen que la mujer está enferma, lo que se expresa en preocupación familiar y en la formulación diagnóstica. Los signos corporales leídos como síntomas y las prácticas sobre el cuerpo que lleva a cabo la mujer con anorexia/bulimia le permiten al profesional de la salud inferir a qué cuadro clínico corresponde lo que ocurre en la experiencia del sujeto. Los síntomas, prácticas y el

diagnóstico médico se convierten en indicadores fundamentales a partir de los cuales se ubica a la mujer como objeto de preocupación, atención y cuidado.

Gracias a los signos corporales estas mujeres consiguen significarse como enfermas. Dicha significación se basa en dos tipos de signos: los referidos al funcionamiento del organismo y los asociados con la apariencia física. Muchas de las mujeres con anorexia/bulimia consiguen significarse como enfermas, gracias a que perciben como alteradas algunas funciones de su organismo; en particular aparecen problemas en el aparato digestivo y el metabolismo. El diagnóstico y las explicaciones médico-biológicas favorecen la significación de la enfermedad, pero no la determinan. Esto indica que la clasificación diagnóstica como la posibilidad de comprensión que favorece la significación se encuentra unida a las dificultades del funcionamiento que generan malestar físico. Sin embargo, cuando una mujer se encuentra en la vía del proyecto del cuerpo anhelado, el diagnóstico se asume como mera información, sin implicaciones en la experiencia de enfermarse del sujeto. Por otra parte se encuentran los signos referidos a la apariencia física, que parecen tener mayor significación en la experiencia de la enfermedad de las mujeres con anorexia/bulimia, puesto que se ubican en el lugar de lo evidenciable, de lo que se presenta ante los otros y que puede ser leído por ellos como signo de enfermedad, y además, por pertenecer al plano de lo observable, toca con la dimensión estética. A muchas de estas mujeres el cabello se les torna opaco, quebradizo y se les cae permanentemente, la piel pierde tersura y se ven demacradas. Signos que rompen el ideal de belleza femenina al que se han vinculado como proyecto del cuerpo anhelado; así se pervierte el plan seguido para alcanzarlo. Estos signos posibilitan también que se generen significados acerca de estar enferma, aun sin atacar el ideal del cuerpo anhelado.

*"(...) estaba pesando 48 kilos, no tenía pelo; es más, no tengo, a mí se me cayeron los vellos de las axilas y nunca me volvieron a crecer, los de las manos yo era normal velludita y nunca más me volvieron a salir".*

Los signos sobre el funcionamiento del organismo y sobre la apariencia física, le permiten a la mujer con anorexia/bulimia moverse en lo que Battán<sup>18</sup> ha denominado la diada *inocencia-conocimiento* en la experiencia de la enfermedad. La inocencia y el conocimiento son dos instancias que se vinculan en la experiencia de la

enfermedad. Si bien para Canguilhem<sup>19</sup> el estado de inocencia se refiere a la salud, este estudio propone que dicho estado además puede referirse a la falta de significación de estar enferma, aun cuando los signos corporales lo indiquen, aproximándose a la postura de Merleau-Ponty<sup>20</sup> la cual indica que el estado de conocimiento está restringido a la significación de la experiencia de la enfermedad en la dimensión subjetiva.

En la experiencia de la enfermedad el cuerpo es vivido como horizonte,<sup>21</sup> a partir del cual el sujeto se vincula con el mundo, bien sea en la búsqueda de un ideal estético, como criterio diagnóstico o como indicador subjetivo de estar enfermo.

## **VERSE DELGADA PERO SENTIRSE GORDA: DOS DIMENSIONES DE LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD**

Perpiña y Baños<sup>22</sup> definen la imagen corporal como aquella representación del cuerpo que se forma en la mente. Estas comprensiones dan cuenta de la lógica dualista representativa de la modernidad, que concibe a la mente separada del cuerpo,<sup>23</sup> y que la perturbación de la mente viene por la vía de la incapacidad de representar fielmente el cuerpo. Aquí se ha incluido clásicamente a las mujeres con anorexia/bulimia quienes, desde la mirada positivista, no pueden ver el cuerpo que realmente tienen, aludiendo a las categorías de distorsión y alteración de la imagen corporal.

La idea de la distorsión de la imagen corporal se fundamenta en investigaciones antropométricas, que generan convenciones y tablas normalizadas de peso, altura y edad.<sup>7</sup> Sin embargo, estos estudios desconocen las dimensiones subjetiva y social, y olvidan que ellos mismos obedecen a acuerdos sociales que son tomados como verdades científicas, gracias a procesos de legitimación.<sup>24</sup>

Las alteraciones de la imagen corporal incluyen aspectos relacionados con la distorsión perceptiva de la talla, lo que lleva a que se sobreestimen algunas partes del cuerpo, y con la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.<sup>7</sup> Llama la atención que dicha distorsión sea de partes del cuerpo que en occidente se consideran indicadores de belleza femenina (abdomen, caderas, senos, brazos, etc.). En caso de considerar la perspectiva de los estudios clásicos

valdría la pena preguntarse cuál es la génesis de la distorsión corporal de ciertas partes del cuerpo de la mujer.

Este estudio ha encontrado que las mujeres con anorexia/bulimia no presentan en su experiencia la serie de categorías con las que se las ha leído clásicamente: distorsión del esquema corporal y distorsión o alteración de la imagen corporal. Estas mujeres pueden percibirse delgadas, según la significación que realizan sobre sus propios cuerpos y las expresiones que los otros significantes<sup>24</sup> hacen acerca de sus figuras. El problema radica en que se ven flacas, pero se *sienten* gordas. Sentirse y verse configuran dimensiones de la experiencia que son cualitativamente distintas y no siempre correspondientes.

*“(...) al otro día me sentía inmundamente gorda, y es que no es que uno se mire al espejo y se vea gordo como dice la gente, que se ven gordas, es que no es eso, uno se mira al espejo y no comprende por qué tiene el cuerpo así, uno se ve delgado pero uno no se siente así, yo sentía que a mí se me salían gorditos, me ponía ropa ancha todavía, pero no es que te mires al espejo y te veas el gordo colgando, no”.*

Lo que desean las mujeres con anorexia-bulimia no es solo verse delgadas sino además *sentirse* delgadas, puesto que la problemática no se encuentra relacionada con la imagen que devuelve el espejo, sino con las significaciones acerca de su propio cuerpo, la respuesta de los otros significantes y el ideal corporal propuesto culturalmente.

El diagnóstico médico es generalmente parcial, puesto que se establece a partir del criterio del cuerpo objetivado, es decir, de los signos corporales y los cambios fisiológicos, y muchas veces desconoce la experiencia de las mujeres, sin considerar su vivencia corporal. A la chica se la ve flaca y enferma, pero la forma de establecer el diagnóstico olvida el criterio subjetivo, esto es, que a pesar de estar delgada se siente gorda. Quizá por esta razón algunas mujeres aunque se les diagnostica anorexia/bulimia no se sienten enfermas, ni desean seguir la dieta y el tratamiento médico.

La vivencia del cuerpo de la mujer con anorexia/bulimia no es equivalente a la imagen que se refleja en el espejo puesto que, además de la percepción, se trata de información propioceptiva anclada a la dimensión emocional. Por este motivo el diagnóstico y la

preocupación de los otros significantes no son las únicas vías por las que se significan enfermas, puesto que a la experiencia de la mujer con anorexia/bulimia la soportan valores culturales vividos subjetivamente.

## LAS PRÁCTICAS SOBRE EL CUERPO EN LA ANOREXIA/BULIMIA

En las teorías clásicas sobre anorexia/bulimia se registran algunos comportamientos típicos entre los que se encuentran hacer ejercicio en exceso, atracones, vómito, dietas, entre otros. Estos comportamientos operan a la vez a modo de indicadores para establecer el diagnóstico. Este estudio enfoca los comportamientos de las mujeres con anorexia/bulimia, comprendiéndolos como prácticas sobre el cuerpo.

Las prácticas sobre el cuerpo son tanto individuales como colectivas; lo cual sugiere que operan como configuraciones intersubjetivas y que, aunque sean llevadas a cabo por individuos sobre su propio cuerpo, tienen un componente social. Ellas ubican al sujeto en el sistema de normas y regulaciones sociales, pues tal como lo propone el interaccionismo simbólico, sus deformidades son estigmatizadas y sus perfecciones, definidas como objetos de alabanza y admiración.<sup>14,25</sup>

De acuerdo con Turner<sup>14</sup> el mantenimiento del cuerpo crea vínculos sociales, expresa relaciones, las reafirma y las niega. Las prácticas que sobre el cuerpo lleva a cabo el sujeto le posibilitan sentirse vinculado al mundo social. De esta manera la anorexia/bulimia pone en juego prácticas sobre el cuerpo que son interpretadas como un desorden, que se define de acuerdo con los parámetros de normalidad y anormalidad acerca de las formas corporales de los sujetos.

El ejercicio del control social a través de los cuerpos lleva al deseo de liberarse del exceso de masa corporal mediante el adelgazamiento, para sentirse en la vía del mundo social, en términos de lo que a un cuerpo bello se refiere. En la experiencia de las mujeres con anorexia/bulimia las instituciones y los medios de comunicación masiva contribuyen a construir un ideal corporal estilizado, alto y delgado. Las prácticas corporales buscan el perfeccionamiento de la figura corporal, que se encuentra sujeta a unos cánones de belleza construidos culturalmente como deseables.

Turner<sup>14</sup> propone el concepto de *prácticas del cuerpo* para referirse a los trabajos que el sujeto realiza sobre este; el presente estudio se aproxima a la lógica del concepto, pero interroga el término empleado por el autor. Las *prácticas del cuerpo* sugieren todo tipo de trabajos realizados por los sujetos, en los que siempre está implicado el cuerpo; sin embargo, no todas ellas están dirigidas al propósito de transformarlo. Tendría que establecerse entonces una diferencia entre las *prácticas del cuerpo* como todas aquellas cuya realización involucra al cuerpo y las *prácticas sobre el cuerpo* como aquellas que tienen el propósito de transformarlo. El presente estudio denomina *prácticas sobre el cuerpo en la anorexia-bulimia* a los trabajos que sobre él llevan a cabo las personas con tal diagnóstico, con el propósito de conseguir el cuerpo anhelado.

Dichas prácticas han sido distribuidas en tres categorías: alimentarias, cosméticas y atléticas. Cabe anotar que llevarlas a cabo no convierte al sujeto en anoréxico-bulímico; se quiere decir que, en las personas diagnosticadas como tales, dichas prácticas corporales se viven de una manera particular. Las prácticas alimentarias tienen la característica de que se llevan a cabo para alcanzar el cuerpo anhelado y siempre se presentan como una posibilidad para el sujeto que, al igual que las prácticas atléticas, requieren disciplina. La particularidad de las prácticas cosméticas es tener un carácter más inmediato en términos de la transformación corporal, como es el caso de las cirugías estéticas. Todos los sujetos llevan a cabo *prácticas corporales* y *prácticas sobre el cuerpo*, sin embargo, el problema de la experiencia de la anorexia/bulimia radica en que las *prácticas sobre el cuerpo* son privilegiadas.

## EL CUERPO VIVIDO EN EL TRATAMIENTO

Los discursos médico, filosófico, sociológico y psicológico han tratado el cuerpo como objeto de estudio, pero ha sido la ciencia médica la que ha instrumentalizado su saber en torno al cuerpo en términos de salud y enfermedad. Ha propuesto ciertos hábitos de comportamiento higiénicos, sexuales, alimentarios, horarios de vigilia y de sueño; prácticas que permiten saber qué hacer y cómo hacerlo, lo cual implica y propone lo que son una vida saludable, el bienestar físico y una alimentación balanceada; se crea de este modo un saber que regula el cuerpo en la vida cotidiana.

Las mujeres con anorexia/bulimia reciben por lo general asistencia médica, fundamentalmente nutricional y psiquiátrica, y a pesar de que dicha asistencia está dirigida a su bienestar, muchas de ellas la significan como una forma de violencia, ya por la manera como son categorizadas, o bien por la irrupción de la medicación y la dieta.

En algunos centros hospitalarios las mujeres son reducidas a las categorías diagnósticas “anoréxica” y “bulímica”. Esta forma de interacción despersonaliza y deshistoriza a las mujeres, restando importancia a sus experiencias y reduciéndolas a los indicadores que permiten establecer el diagnóstico. La singularidad del sujeto se desdibuja y cada historia personal queda a la sombra de la categoría. Una anoréxica o una bulímica es cualquier “objeto”, y como tal se lo trata; si todas las mujeres resultan iguales, las formas de tratamiento serán las mismas para todas.

*“(…) cuando llegué como que ya les habían dicho las enfermeras que iba a ir una niña con anorexia, entonces me decían “¿usted es la anoréxica?”*

La experiencia de la enfermedad es de enorme relevancia para la construcción del conocimiento científico.<sup>19,20</sup> Dicha experiencia es lo que posibilita una ciencia del “hombre normal” expresada en discursos como la fisiología. No tener en cuenta la experiencia de la enfermedad es característica de las limitaciones explicativas que escinden lo psicológico y lo somático, que se evidencian en las formas de tratamiento de las mujeres con anorexia/bulimia las cuales, por una parte, no tienen en cuenta la experiencia de la enfermedad y por otra marcan la escisión entre lo somático y lo psíquico.

Durante el tratamiento se evidencia un fuerte rechazo de las mujeres enfermas a la ingesta de medicamentos, lo cual contrasta con el hecho de que, para el personal médico, su consumo sea un imperativo; algunos de ellos no se prescriben para que la mujer con anorexia/bulimia aumente de peso, sino porque se considera que hay otros trastornos asociados al de la alimentación, entre los más comunes, la depresión. Entonces, lo que atañe al cuerpo en sus signos más evidentes se regula mediante la dieta hospitalaria, y lo referente a la dimensión subjetiva, psíquica y emocional se pone bajo control con procedimientos bioquímicos. Durante los períodos de tratamiento médico el cuerpo también es el horizonte desde el cual se pretende alcanzar la recuperación, tanto para la dimensión corporal como para la emocional.

Según Gil,<sup>26</sup> la medicalización supone un refuerzo de las instituciones sanitarias que ejercen su “tiranía moral” sobre agentes que ocupan un lugar de debilidad, pero que, al mismo tiempo, son legitimados a partir de sus presunciones de cientificidad.

*“(…) me estaba volviendo muy dependiente, yo era [que] ya cualquier cosa, la fluoxetina\* y no quiero que mi vida corra por cuenta de una pastilla. Entonces no me la estoy tomando”.*

Las mujeres con anorexia/bulimia perciben la dieta hospitalaria como en extremo estricta. Se reconoce la necesidad de llevarla a cabo pero se les convierte en una obligación y un deber. Las instituciones hospitalarias, bajo la consigna del cuidado de la vida, diseñan e implementan a través de sus agentes programas a los que los sujetos deben acoplarse en tanto se encuentren institucionalizados. Para el caso de las mujeres con anorexia/bulimia, la experiencia de la hospitalización es significada como agresiva, ya que muchas de ellas al no sentirse enfermas no desean someterse al plan médico de tratamiento, posición que genera una respuesta coercitiva en los agentes institucionales, para que la mujer con diagnóstico de anorexia/bulimia se cure.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Staudt MA, Rojo NM, Ojeda GA. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión Bibliográfica. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina [Revista en Internet] 2006 [Consultado el 31 de marzo de 2009]; 156: 24-30. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6\\_156.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6_156.pdf)
2. Sáenz HM, López-Ibor JJ, Del Río J. Anorexia nerviosa atípica sin alteración de la imagen corporal: a propósito de un caso clínico. Actas Esp Psiquiatr [Revista en Internet] 2003. [Consultado el 31 de marzo de 2009]; 31: 103-105. Disponible en: [http://www.arsxxi.com/pfw\\_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2003/02/111020301030105.pdf](http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2003/02/111020301030105.pdf)
3. Cabetas HI. Desnutrición en anorexia nerviosa: enfoque psicosomático y tratamiento multidisciplinar. Nutr Hosp [Revista en Internet] 2004. [Consultado el 13 de marzo de 2009]; 19: 225-228. Disponible en: [http://sid.usal.es/iodocs/F8/ART11269/desnutricion\\_anorexia\\_nerviosa.pdf](http://sid.usal.es/iodocs/F8/ART11269/desnutricion_anorexia_nerviosa.pdf)
4. Cruzat C, Ramírez P, Melipillán R, Marzolo P. Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. Psykhe 2008; 17: 81-90.
5. Gempeler J. La corporalidad funcional como meta terapéutica en el trabajo cognoscitivo-comportamental de los trastornos de la imagen corporal en los TCA: una reconceptualización. Rev Colomb Psiquiatr 2007; 36: 451-459.
6. Castro A, García G, Rodríguez I. La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial. Rev Psicol Carib 2006; 17: 122-148.
7. Zagalas M. Distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Programa de prevención desde la educación física escolar. Revista Fuentes [Revista en Internet] 2005. [Consultada el 24 de marzo de 2009]; 6. Disponible en: [http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloI.visualiza&articulo\\_id=10748](http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloI.visualiza&articulo_id=10748)
8. Sepúlveda AR, Botella J, León J. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. Psicothema [Revista en Internet] 2001. [Consultada el 24 de marzo de 2009]; 13: 7-16. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/407.pdf>
9. Colás P, Buendía L. Investigación educativa, 2ª ed. Sevilla: Alfar; 1994.
10. Valles M. Técnicas cualitativas en investigación social. Barcelona: Síntesis; 1998.
11. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Contus; 2003.
12. Sandoval C. Investigación Cualitativa. Bogotá: ICFES; 2002.
13. Buendía L, Colás P, Hernández F. Métodos de investigación en psicopedagogía. Madrid: McGraw Hill; 1998.
14. Turner B. El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social. México: Fondo de Cultura Económica; 1989.
15. Bauman Z. Modernidad Líquida. México: Fondo de Cultura Económica; 2003.
16. Uribe JF. Anorexia: los factores socioculturales de riesgo. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2007.
17. Medina F. El cuerpo en la postmodernidad: la salud, el ejercicio físico y el cuerpo perfecto. Signo y Pensamiento 1996; 15: 99-120.

\* Se refiere a que en todo momento de ansiedad acudía al consumo de fluoxetina.

18. Battán HA. Entre inocencia y conocimiento: la experiencia de la enfermedad. En: Calguilheim G, Merleau-Ponty M, eds. A parte Rei [Revista en Internet] 2008; [Consultado el 31 de marzo de 2009]; 55: 1-8. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/battan55.pdf>
19. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI; 1981.
20. Merleau-Ponty M. La estructura del comportamiento. Buenos Aires: Hachette; 1957.
21. Gadamer HG. Verdad y método, 6ª ed. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1996.
22. Perpiña C, Baños R. Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. Anales de Psicología [Revista en Internet] 1990. [Consultado el 31 de marzo de 2009]; 1: 1-9. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v06/v06\\_1/01-06\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/01-06_1.pdf)
23. Descartes R. Meditaciones metafísicas. 1ª ed. Madrid: Alianza; 2005. 176 p.
24. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad, 1ª ed. 19ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu; 2005.
25. Goffman I. Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 2006.
26. Gil T. Anorexia y bulimia: discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas. [Tesis de doctorado en Internet]. Granada: Universidad de Granada; 2005. 511 p. [Consultado el 20 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/15476443.pdf>

