

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



**PUCP**

**Entre el Estigma y el Éxito: Estética corporal e identificaciones en mujeres con bulimia de sectores medios en Lima**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA**

**AUTORA**

Lourdes Isabella Reus Garrido

**ASESORA**

Fanni Genoveva Muñoz Cabrejo

Julio, 2018

## RESUMEN

En esta investigación se aborda la problemática de la bulimia nerviosa desde la construcción de representaciones e identificaciones en la experiencia de mujeres con bulimia de sectores medios de Lima. Los estudios sobre bulimia han estado tradicionalmente anclados en el paradigma biomédico y en la psicología. Dichas disciplinas han prescindido de factores como el contexto y los entornos de socialización que condicionan y afectan de modo transversal la experiencia corporal de los sujetos. Al aproximarse al tema desde el marco de la sociología se busca poner en evidencia el impacto de dimensiones, elementos de riesgo y predisposición en un contexto de "culto narcisista" al cuerpo propio de nuestro tiempo. Utilizando un enfoque biográfico para recoger las narrativas que tienen los sujetos sobre su propia experiencia, a través de entrevistas e historias de vida; y analizando los hallazgos desde un marco teórico de la sociología del cuerpo en relación con subjetividades y el surgimiento de identificaciones. Se encontró que son los grupos de pares los que reinterpretan valores y representaciones idealizadas sobre el cuerpo femenino y los transmiten de manera más efectiva y cercana, reforzando mutuamente entre compañeras prácticas cotidianas y naturalizadas de estilización y cuidado del cuerpo, hasta llegar a prácticas consideradas propias de los desórdenes alimenticios, en un intento por obtener posicionamiento en su entorno y perspectivas de éxito en la vida privada y pública hacia el futuro.

## Tabla de contenido

<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>I</b>
<b>1. CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. Objeto de estudio	17
1.2. Objetivos	17
1.3. Preguntas de investigación	18
1.4. Hipótesis	18
<b>2. CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Marco teórico</b>	<b>19</b>
2.1.1. La sociología del cuerpo	20
2.1.2. Identificaciones y representaciones en la sociedad posmoderna	24
2.1.3. Experiencia de bulimia	26
2.1.4. Capital Erótico y género	29
2.1.5. Redes virtuales	30
<b>2.2. Diseño metodológico</b>	<b>34</b>
2.2.1. Muestra teórica	38
2.2.2. Herramientas de recojo de información	40
<b>3. CAPÍTULO 3: ESTADO DEL ARTE</b>	<b>43</b>
3.1. Estudios sobre anorexia y bulimia	43
3.2. Estudios sobre cuerpo y estética corporal	48
<b>4. CAPÍTULO 4: LA SOCIALIZACIÓN SECUNDARIA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO BULÍMICO</b>	<b>54</b>
4.1. ¿Quiénes son estas jóvenes?	54
<b>4.2. “La gente bonita se junta con gente bonita”: Grupo de pares como modelador de la experiencia corporal.</b>	<b>58</b>
4.2.1. ¿Existe un ideal de belleza?	58
4.2.2. “Con mis amigas, siempre vivimos a dieta”: Primeros pasos hacia la bulimia	61
4.2.3. Estatus y Amor: Importancia del capital erótico	66
<b>4.3. Medios de comunicación: Un rol indirecto y determinante</b>	<b>72</b>
<b>4.4. La Familia y la moralidad femenina: Un papel secundario</b>	<b>75</b>
<b>5. CAPÍTULO 5: REPRESENTACIONES E IDENTIFICACIONES DE MUJERES CON BULIMIA</b>	<b>79</b>

<b>5.1. Representaciones de la bulimia</b>	<b>79</b>
<b>5.2. Identificaciones en torno a la bulimia</b>	<b>85</b>
<b>6. CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES</b>	<b>92</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>102</b>



## JUSTIFICACIÓN

Tradicionalmente los desórdenes alimenticios han sido vistos y tratados, desde la academia y desde nuestro sentido común, como (1) patologías – y por ende implican una distancia decisiva entre lo normal y lo desviado – (2) meramente físicas y psíquicas. Así mismo, la insatisfacción de la imagen corporal, y en muchos casos su distorsión, que deviene en actitudes alimentarias dañinas han sido consideradas principalmente como productos de baja autoestima, cuadros obsesivo compulsivos, y entornos de familias “disfuncionales”.

Mi intención con el planteamiento de esta tesis no es la negación de alguna de esas ideas, sino una apuesta por el reconocimiento, a través de biografías personales, de los elementos de riesgo y predisposición que cruzan nuestra existencia y todas nuestras relaciones sociales; la manera en que funcionan la familia, los medios de comunicación masivos, el arte, y en general todo un sistema social y económico que presiona sobre los sujetos, especialmente mujeres, a ser funcionales a él, a través de determinadas características físicas. En este sentido, esta investigación apuesta por dismantelar el constructo alrededor de los desórdenes alimentarios como resultado de condiciones psíquicas patológicas y obsesiones marginales respecto al cuerpo, en consideración de la forma en la que aprehendemos y experimentamos nuestro cuerpo en un contexto en el que el “culto narcisista” al cuerpo es propio de la forma de vida de nuestros tiempos. (Giddens 1991)

La elección de este tema, no surge solamente desde una inquietud académica por conocer y analizar la construcción de una narrativa e identidad en torno al cuerpo de las mujeres bulímicas, sino – y tal vez principalmente – por experiencias personales que me llevaron a buscar entender mi propia condición, a cuestionar lo que sentía y porque no, poner especial atención a lo que el entorno me decía sobre mi cuerpo. Esta trayectoria personal marcada por una alta consciencia de mi corporalidad y la de los demás, la excesiva valoración a través del cuerpo que pude sentir en mi familia como experiencia primaria de socialización, mi experiencia como sujeto sexualizado durante mi crecimiento, y las ansiedades producidas ante la incorporación de determinados ideales estéticos que generaban valoraciones y tratos diferenciados entre mis pares, me llevaron a vivir en un constante ida y vuelta de acercamientos con los desórdenes alimenticios e insatisfacción corporal producto, no de lo que comúnmente se llama *body shaming*<sup>1</sup> sino por el contrario, producto de una adulación y atención excesiva de mi entorno a mi cuerpo desde muy temprana infancia.

Mencionado este episodio e interés autobiográfico por los temas de cuerpo y desórdenes alimentarios, se hace evidente que las preguntas que guían mi investigación del tema no son arbitrarias, surgen de la búsqueda de entendimiento y articulación de ejes fundamentales en la vida de todos

---

<sup>1</sup> Término utilizado en literatura feminista (véase Myra Mendible, *American Shame, Stigma and the body politic*, 2016). En este caso en particular, nos referimos con “Body Shaming” a lo planteado por Luna Dolezal (*The body and Shame: phenomenology, feminism and the socially shaped body*) como una experiencia personal e individual que solo encuentra su articulación en presencia de otros dentro de una regla y norma regida por un ambiente socio cultural y político. Este término también se refiere a las formas en las que el la sociedad asume una determinada corporalidad (*embodiment*) y un mecanismo a través del cual el cuerpo puede ser socialmente formado.

nosotros: nuestros entornos de socialización, la cultura de masas y finalmente nuestra experiencia como sujetos generizados y sexualizados. Este último punto me parece fundamental para abordar los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), pues si bien, diversos estudios muestran que no se trata de condiciones exclusivamente femeninas, pues forman parte de todo un paquete de socialización en torno a la feminidad que aunque ha ganado varios espacios en torno a la igualdad de género sigue encontrando su espacio de reivindicación, a la vez que de sujeción, en el cuerpo.

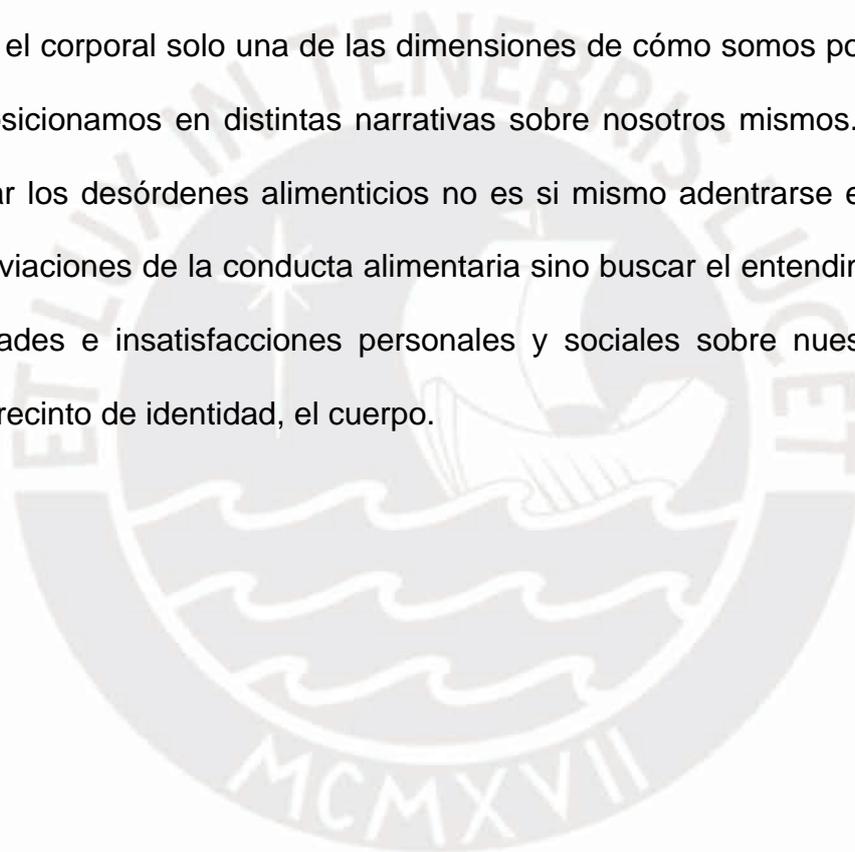
El cuerpo, como medio posmoderno de sujeción y reivindicación femenina, surge como una entidad en la cual se insertan y despliegan nuestras ansiedades sociales, tal como Kardiner señala “Las ansiedades de la modernidad son la autorrealización”<sup>2</sup> dicho de otro modo, la adquisición de éxito y estatus, que en el sentido que lo entendemos hoy, especialmente para las mujeres, suma el condicionamiento del aspecto físico como marca de éxito, pero también como una vía para lograrlo.

Catherine Hakim, señala que el capital erótico – conjunto de activos físicos altamente valorados – se acumula principalmente entre las mujeres, condiciona y también muestra la posición que ocupa y/o ocupará esa persona (Hakim 2012). En este sentido, nuestra investigación se basa en la exploración de elementos sociales y culturales de nuestro tiempo que nos conducen hacia una constante insatisfacción corporal, como solo una de las contingencias en las

---

<sup>2</sup> Retomado del texto de Adela Cortina (2002) *Por una ética del consumo: La ciudadanía del consumidor en un mundo global*. En el cual cita a Abram Kardiner (1945) *The psychological Frontiers of Society*.

cuales se afina nuestra identidad, tal como señala Stuart Hall (2003) nuestra identificación en el mundo contemporáneo es condicional y contingente en tanto implica un proceso de articulación entre los discursos, aquello que nos interpela, y las prácticas, a través de lo que producimos subjetividades. Retomando a Bauman (2003), la naturaleza inacabada e insatisfecha de las identidades en el mundo posmoderno esta estructurada por criterios estéticos, siendo el corporal solo una de las dimensiones de cómo somos posicionados y nos posicionamos en distintas narrativas sobre nosotros mismos. Finalmente, estudiar los desórdenes alimenticios no es si mismo adentrarse en un mundo de desviaciones de la conducta alimentaria sino buscar el entendimiento de las ansiedades e insatisfacciones personales y sociales sobre nuestro primer y último recinto de identidad, el cuerpo.



## 1. CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En las ciencias sociales, el cuerpo fue visto tradicionalmente como una entidad externa, construida socialmente y como un conjunto de expectativas sociales sobre el cuerpo producto de una profunda socialización. Sin embargo, y sin negar lo anterior, se dejó de lado la experiencia misma del cuerpo, la vivencia y negociación de este como locus de construcción de identidad en diálogo con referentes estéticos corporales, marcas de estatus tales como la ropa, y diferentes formas de usar y estilizar el cuerpo. En esa misma línea, los estudios realizados desde la sociología sobre los desórdenes alimenticios, se han enfocado principalmente en los elementos externos que dan lugar al desarrollo de estos, la manipulación y *fetichización* del cuerpo femenino, la importancia de la moda y la imposición de modelos corporales no realistas para la mayoría de jóvenes, entre otras muchos elementos importantes. La influencia de estos factores es ampliamente reconocida por todos los estudios sobre el cuerpo. Sin embargo, poco se ha explorado sobre la forma en que estos operan en la socialización y es que estos son incorporados.

Así, la pregunta que guía esta investigación es sobre la manera en qué factores como la familia, las redes, los medios de comunicación, entre otros agentes de socialización, median en la construcción del cuerpo dentro de la experiencia bulímica. Sin embargo, el funcionamiento de estos factores externos y relaciones sociales, no se dan sobre una *tabula rasa*, o un individuo

sin subjetividad, por el contrario implica la construcción de representaciones del cuerpo e identidades que van surgiendo en los sujetos a lo largo de dicha experiencia. Este segundo cuestionamiento en la investigación, busca trascender a la idea de un '*death-like body*'<sup>3</sup> o la delgadez extrema como referente estético y explorar la negociación y renegociación de dichos modelos en relación con las practicas alimenticias bulímicas.

Los desórdenes alimenticios, y en general todos los temas relacionados al cuerpo, cobran relevancia y encuentran un nicho de estudio en las ciencias sociales hacia finales de los años setentas, no solo con el surgimiento de movimientos feministas, sino también con un emplazamiento del cuerpo como figura central del mundo posmoderno (Giddens 1991).

El sistema social, económico y cultural del mundo de consumo capitalista es el contexto que enmarca la preocupación por el cuerpo y su centralidad en nuestras vidas. Este auge del cuerpo en el mundo contemporáneo no implica que en otras épocas y contextos el cuerpo no haya tenido un lugar central en la sociedad, pues el cuerpo es un fenómeno social y cultural, materia simbólica, objeto de representaciones e imaginarios (Le Breton 1992) aún cuando la experiencia corporal es parte de nuestra vivencia como individuos, este no es materia de estudio de las ciencias sociales sino es hasta bien entrado el siglo XX. Sin embargo, a pesar de esta centralidad en nuestra existencia, en las

---

<sup>3</sup> Término extraído de Joan Jacobs Brumberg (1995) en *fasting girls: Reflections on writing the history of anorexia nervosa*

culturas tradicionales el cuerpo no constituía el locus principal de identidad e individualidad, que sí es en el mundo capitalista contemporáneo, tiempo en el que se vuelve un símbolo y pantalla de prestigio, signo y referencia de status social (Baudrillard 2008). En este contexto, el cuerpo femenino por excelencia cruza y se encuentra omnipresente en las diferentes industrias y actividades económicas y sociales. La industria publicitaria, la moda, belleza, entre otros, son solo algunos que utilizan la figura femenina – y joven – como representaciones ideales (y de normalidad) del cuerpo y éxito sociales.

La relación entre la materia/ naturaleza/ cuerpo y la sociedad se cristaliza en las necesidades de esta última y los requerimientos para su funcionamiento, el sujeto/ empleado ideal del capitalismo tardío no es un individuo de “trabajo duro” sino una persona que posea características visibles que muestren y confirmen la deseabilidad de lo ofrecido por el sector servicios de la economía (Evans y Lee 2002). Dichas características, no solo apuntan a la eficiencia y especialización en un sistema experto, sino a cualidades físicas corporales tales como el tamaño, talla, vestimenta; lo que en el sentido común conocemos como “buena presencia”. La importancia del aspecto físico y la belleza, junto con los requerimientos de éxito y posicionamiento del sistema social generan la ansiedad del éxito como forma de autorrealización como señala Kardiner (1945), que llevado al plano cotidiano generan preocupación y centralidad del cuidado del cuerpo como carta de presentación de uno mismo.

Dentro de estas rutinas de cuidado se encuentra la alimentación, el deporte, el

ejercicio físico y la vestimenta, que llevadas a un punto extremo pueden generar conductas, consideradas como desviadas u obsesivas, como sería la bulimia nerviosa. Este preámbulo sobre el lugar el cuerpo en nuestra sociedad contemporánea es solo el acercamiento a la naturaleza social de un desorden del comportamiento individual. La Bulimia nerviosa – y en general los desórdenes alimenticios – es solo uno de los fenómenos sobre los que cabe preguntarse dentro de ese continuo de prácticas alimenticias y en general de cuidados corporales a través de los cuales mantenemos nuestro cuerpo funcional a dicho sistema.

Hacia finales del siglo XX, el cuerpo cobra relevancia dentro de la sociología, y en adelante se han venido sumando estudios e investigaciones en torno a este y la estética corporal. El trabajo teórico de Le Breton (1992) en “Sociología del cuerpo”, nos da un marco específico para el análisis del cuerpo dentro de las ciencias sociales. Sobre los TCA, es Turner uno de los pioneros en poner atención al tema desde la sociología, aunque como la mayoría de investigadores, puso énfasis en el estudio de la anorexia, la cual es presentada como una expresión de las ambigüedades de las mujeres en el mundo contemporáneo, así como reflejo de la forma en que se ve la belleza y la delgadez (Turner 1984). Sin embargo, el planteamiento más importante de Turner respecto a la anorexia es que, al igual que la histeria y otras enfermedad asociadas principalmente a las mujeres, son enfermedades de dependencia: Condición que expresa la separación del mundo público (masculino) de autoridad del mundo privado de (femenino) las emociones

(Turner 1984). Como señalaré más adelante, los desórdenes alimenticios no son en si mismos fenómenos nuevos, el cambio reside en la significación que le damos a estos.

La importancia de estudiar los desórdenes de la conducta alimentaria radica en primer lugar a su carácter expansivo en los últimos años, el aumento de los casos de bulimia, así como también de otros desórdenes asociados a la imagen corporal desde finales del siglo XX y siglo XXI en sociedades occidentales – más recientemente en Asia – dentro de una cultura de consumo, las convierte en un fenómeno social que implica la creación de colectividades, espacios virtuales y físicos de apoyo entre quienes presentan esta condición, pero principalmente por su relevancia para la salud pública y bienestar mental y físico de los sujetos.

Los trastornos de la conducta alimentaria han sido definidos clínicamente como perturbaciones persistentes de la alimentación que resultan en un consumo alterado, exagerado o restringido de la comida y que afecta la salud y al funcionamiento mental y social (Walsh 1995). Esta definición médica se encuentra dentro de la influencia del paradigma biomédico, siendo este el más aceptado en las teorías y prácticas de salud. “El modelo biomédico, ve a las enfermedades y desórdenes corporales anclados en una base biológica con una explicación unicausal, cuya práctica se centra en la definición de síntomas y signos objetivos correlacionables con el factor orgánico, siempre buscando una causa biológica necesaria y suficiente para llevar una acción directa hacia

el mismo” (Velasco 2009: 24). Es en el marco de este paradigma que surgen las definiciones de los desórdenes alimenticios que actualmente conocemos, centradas, en la sintomatología y factores orgánicos que dejan de lado los elementos simbólicos y estructurales en los que se desenvuelve el sujeto y que forman parte del tratamiento, evolución y aparición de enfermedades; tal como sostienen algunos otros paradigmas médicos que apuestan por la incorporación de estos elementos en las prácticas de salud (Velasco 2009).

La clasificación, definición y construcción de los diferentes TCA como enfermedades o desórdenes de la conducta encuentra su raíz en la medicina en el siglo XVIII y más recientemente, durante el siglo XX en la psicología, donde son la bulimia y anorexia las más presentes dentro de estos estudios, en parte debido a la naturaleza muchas veces transitoria de una a otra entre las personas que presentan estas condiciones.

A diferencia de la anorexia nerviosa – entendida como un trastorno alimenticio caracterizado por el miedo intenso a engordar, negativa a mantener peso corporal por encima del mínimo médicamente recomendado, y pérdida de peso autoinducida por conductas compensatorias en algunos casos (Guía de Trastornos alimenticios del Centro Nacional de Equidad de Género de México 2004) – La Bulimia Nerviosa ha acumulado menos conocimiento sobre el origen y desarrollo de la enfermedad, e incluso no se ha llegado a una definición unificada entre bulimia y anorexia, viendo a la primera como un sub tipo de la segunda.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995) del American Psychiatric Association, define a la bulimia como un desorden con presencia recurrente de atracones – sensación de pérdida de control sobre una ingesta superior al promedio en periodos cortos de tiempo – presencia de conductas compensatorias con el fin de no ganar peso como provocación del vómito, uso de diuréticos, laxantes, enemas, y otros fármacos<sup>4</sup>. Así mismo, se establece un período de tiempo de 3 meses de duración de atracones al menos 2 veces por semana, así como una autoevaluación condicionada por el peso y la silueta corporal. Junto con esta definición se establecieron dos tipos de bulimia nerviosa, una purgativa y otra no purgativa<sup>5</sup>, aunque en ambas se utilizan conductas compensatorias para no ganar peso.

Es a partir de esta definición, que la bulimia nerviosa se desliga de la anorexia nerviosa como un desorden independiente. Cabe resaltar, que la presencia de estos desórdenes no son el resultado de nuestra época, sino son su significado y representación los que han sido reestructurados; lo cual no hace más que resaltar el carácter social y cultural de estos desórdenes en tanto la interpretación dada en cada época ha estado orientada hacia las principales preocupaciones y ansiedades del contexto.

---

<sup>4</sup> <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

Página visitada el 20 de junio del 2017.

<sup>5</sup> Bulimia Purgativa: Tipo de bulimia en el que después del “atracon”, y como resultado de sentimientos de culpa, se recurre a laxantes, diuréticos e inducción del vómito.

Bulimia No Purgativa: Tipo de bulimia en el que después del “atracon” no hay una purga, sino una conducta compensatoria (sesiones de ejercicio excesivo y/o ayuno durante algunos días).

Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa se remontan al mundo antiguo y medieval y fueron cambiando de significado de acuerdo con la época en la que eran estudiadas. En el caso de la anorexia, fue siempre asociada al cuerpo femenino y su función reproductora como origen de estas, y otras, alteraciones en la conducta. Nombres como “enfermedad de la matriz” / “sofocación de la matriz”, son algunos con los que fue conocida en épocas antiguas. A partir del siglo XVII es que se hace referencia a la enfermedad desligada de motivos religiosos o con raíz en los órganos reproductores femeninos, pero no fue hasta 1870 que el médico Charles Lasegue (1873) acuña el término de “Anorexia Histórica” resaltando el origen psíquico de la enfermedad. Sin embargo, es hasta bien entrado el siglo XX en que la anorexia nerviosa es tratada como un fenómeno enteramente psicológico en el cual confluyen elementos sociales y culturales como condicionantes en el desarrollo de los desórdenes.

En el caso de la Bulimia, si bien fue tratada a lo largo del tiempo como una variante de la anorexia, esta era conocida en el mundo antiguo en Roma como una conducta orientada al placer y al exceso alimenticios (Crichton 1996). En el siglo XVIII, James (1743) describió a la bulimia, “*True Boulimus*”, como un fenómeno caracterizado por una intensa preocupación por la comida, atracones de grandes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo, seguido de trastornos físicos como vómitos y desmayos. Fue recién en 1979, el psiquiatra Gerald Russell publicó la primera definición clínica exacta de la

enfermedad como una variante de la anorexia en donde personas con peso normal presentaban un miedo excesivo a engordar junto con atracones de comida y vómitos u otros métodos purgativos. (Rava y Silver 2004).

Las definiciones presentadas hasta el momento sobre estos dos desórdenes alimenticios corresponden principalmente al campo médico y psiquiátrico, poniendo más énfasis en los síntomas y tratamiento de estos trastornos que en las causas o condicionantes en los cuales los TCA se han desarrollado y expandido en los últimos años. Respecto a este último punto, un estudio realizado en 2007 por el NEDA (National Eating Disorders Association) encontró que al utilizar definiciones menos estrictas sobre los TCA, obtuvieron como resultado una prevalencia más alta de estos desórdenes<sup>6</sup>; Aún así, las estadísticas se han mantenido estables sobre la incidencia de los desórdenes alimenticios desde 1980. Sin embargo, es imposible conocer el estado actual de prevalencia de los desórdenes alimenticios debido a la ausencia de data estadística actualizada.

El Centro Nacional de Género y Salud Reproductiva en México señala que debido a diversos prejuicios en torno a los TCA por parte de quienes las padecen, como de su entorno y de los especialistas, junto con definiciones clínicas demasiado estrictas lleva a que haya una alta tasa de invisibilización y/o problemas en el diagnóstico (Guía de Trastornos alimenticios 2004)<sup>7</sup>. En

---

<sup>6</sup> <https://www.nationaleatingdisorders.org/bulimia-nervosa>

Página web visitada el 10 de abril del 2007

<sup>7</sup> <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>

relación a prácticas cotidianas extendidas en la población, el sector salud de México reportó que el 95% de los casos de anorexia y bulimia se originan a partir de hacer dietas estrictas.

Según datos presentados por ANAD (American Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders) hacia el 2007 se encontró que al menos 30 millones de personas de todas las edades sufren de algún desorden de la conducta alimentaria<sup>8 9</sup>. Así mismo, reportan que el 1.5% de las mujeres en Estados Unidos sufren de bulimia nerviosa, mientras que el 0.9% de mujeres sufren de anorexia nerviosa.<sup>10</sup> Así mismo, el NEDA<sup>11</sup> (National Eating Disorders Association) encontró que en una investigación realizada a 496 adolescentes Norteamericanas, con un seguimiento de 8 años hasta que tuvieran 20 años, se encontró que el 5.2% concordaban con los criterios de anorexia, bulimia o desorden de atracones, mientras que cuando la definición se ampliaba a “Desórdenes alimenticios no específicos” la cifra se elevaba al 13.2% de las jóvenes a la edad de 20 años.

---

Página web visitada el 10 de abril del 2007

<sup>8</sup> <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>

Página web visitada el 22 de agosto del 2017.

<sup>9</sup> Información recogida por ANAD de un estudio sobre la prevalencia de los desórdenes alimenticios [Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.]

<sup>10</sup> Información recogida por ANAD de Jacobson, I. G., Smith, T. C., Smith, B., Keel, P. K., Amoroso, P. J., Wells, T. S., Bathalon, G. P., Boyko, E. J., & Ryan, M. A. (2009). Disordered eating and weight changes after deployment: Longitudinal assessment of a large US military cohort. *American Journal of Epidemiology*, 169(4), 415-427.

<sup>11</sup> <https://www.nationaleatingdisorders.org/bulimia-nervosa>

Página web visitada el 22 de agosto del 2017.

En el caso Latinoamericano, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de México<sup>12</sup>, los ingresos por primera vez a la Clínica de trastornos de la conducta alimentaria de dicho instituto se incrementó de menos de 50 casos hasta el año 1997 a casi 250 casos en el año 2003. De estos casos señalados, menos del 10% eran mujeres con casos de Anorexia compulsivo – purgativa, más del 40% eran mujeres con casos de bulimia y menos del 10% eran casos de anorexia restrictiva. Es importante recalcar que en los 3 tipos de TCA mencionados, la incidencia en mujeres era más alta mientras que el porcentaje de hombres que ingresaron por primera vez a la clínica entre el año 1992 y 2003 con diagnóstico de TCA no específico era de más del 60% mientras que el de mujeres era de alrededor del 40%. (Guía de trastornos alimenticios 2004).

En Europa, encontramos que en un estudio realizado en el 2004 por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) para conocer la prevalencia de TCA entre estudiantes universitarios de 18 a 30 años se encontró que la población universitaria con alto riesgo a desarrollar un TCA es del 14,9% en hombres y el 20,8% en mujeres. En lo relacionado a las prácticas realizadas por los estudiantes se encontró que los vómitos inducidos se presentaron en el 9,6% de hombres y 16% en el caso de las mujeres, respecto al uso de laxantes para el control del peso es un 10,6% en chicos y 14,5% en chicas. (Sepúlveda, Gandarillas y Carroble 2004).

---

<sup>12</sup> Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria (2010) [http://www.inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos\\_alimentacion.pdf](http://www.inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf)  
Revisión de informe en página web visitada el 11 de agosto del 2017

Finalmente, en Perú en el año 2013 se reportaron 743 casos de anorexia y 395 casos de bulimia, mientras que para junio del año 2014 el ministerio de salud atendió 332 casos de pacientes con anorexia y 185 de pacientes con bulimia.<sup>13</sup>

Estos datos sobre el carácter expansivo de los desórdenes alimenticios en los diferentes espacios y contextos en el mundo occidental desde la década de los 80, puede ser complementado con información en las redes sociales y páginas web, así como también recursos literarios, autobiografía y sitios web de ayuda a pacientes con esta condición. La existencia de esta comunidad virtual Pro – Ana y Pro – Mia que valida y promueve prácticas a través de blogs, páginas web y foros donde las jóvenes comparten sus experiencias y descargan la frustración implica tener la enfermedad, ha recibido una respuesta negativa de parte de la comunidad médica, académica y de la opinión pública. Sin embargo, poco se conoce acerca de las narrativas y propósitos de estos espacios virtuales libres de la regulación y mecanismos de control de la esfera pública, que proveen un espacio seguro, fluido y fugaz para darle voz a las personas que presentan estos desórdenes.

A diferencia de lo que se suele señalar sobre la existencia de estos sitios web y sobre los desórdenes alimenticios como condiciones “irracionales” e “inconscientes”, el ciberespacio proporciona a estas personas un espacio

---

<sup>13</sup> Datos extraídos de nota realizada por el diario Peru21 a Yuri Cutipé, director de Salud Mental del Ministerio de Salud, 11 de agosto del 2014  
<http://peru21.pe/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-y-anorexia-2195388>  
Página web visitada el 14 de julio del 2017

importante de interacción y alivio, encontrando en el anonimato la posibilidad de compartir sus experiencias y su lucha contra los TCA con otras personas que se encuentran en la misma situación, constituyendo un espacio alternativo para salir de la soledad característica de esta enfermedad y encontrar ayuda. (Dias 2003). Así mismo, estos sitios web y foros no únicamente dan cuenta de la existencia y de la creación de una comunidad alternativa en el ciberespacio en relación a los TCA, sino también constituye una fuente importante sobre las motivaciones y causas sociales y culturales de los desórdenes alimenticios:

*“Déjame decirte algo...he sido gorda toda mi vida (como si fuera hace mucho, yo sé, tengo solo 15), pero ahora estoy tratando de cambiar eso. Las personas con desórdenes alimenticios están en todos lados. Me di cuenta de esto cuando tuve uno (bulimia). Conozco a dos chicas, no estoy incluida, que son bulímicas, y al menos una que es anoréxica, vivo en un pueblo PEQUEÑO, y es muy poco común encontrar a tanta gente de la misma edad que sufra las mismas cosas. Nunca supe del problema de mis amigas; y aún ahora que lo sé, nunca hablamos de eso. Tener sobrepeso y ser molestada, rechazada, criticada, etc. Puede destruir la mente de una pequeña niña. Yo nunca le diría a nadie que haga lo que yo hago, pero si ellos los hacen por si mismos, ellos tienen sus razones. Todos mis amigos con desórdenes alimenticios, incluida yo misma, son más felices delgados que cuando eran gordos. Los insultos y la crueldad son más fáciles de manejar cuando vienen de ti misma. (S.C.a.R.E.D. Forum User, 2001-2002)”. (Dias 2003: 37)*

[Traducción personal]

Estos espacios son también lugares de reivindicación y creación de identidad que trascienden a lo que tradicionalmente se piensa sobre quienes presentan TCA como personas irracionales y descontroladas, pues muestra elocuencia y “racionalidad” en lo que ellas denominan un estilo de vida. El reconocimiento y separación de lo que consideran estilo de vida y de la enfermedad da cuenta de algo que se encuentra presente en nuestro día a día, que se centra principalmente por el rechazo tanto de la obesidad como de la delgadez mórbida, más que por conductas alimentarias extremas en si mismas. “Es la apariencia de un cuerpo cadavérico lo que nos repele, no el patron de dietas

obsesivo” (Brumberg 1985). Así, la opinión expresada por la administradora de uno de los blogs Pro – Ana que circulan en la web reivindica y está en la línea de aquellos valores culturalmente aceptados y normalizados: la perfección y delgadez.

Junto con estos estudios sobre la construcción de una comunidad virtual entre personas con TCA a través de blogs y páginas web, se han venido desarrollando una gran cantidad de trabajos sobre los desórdenes alimenticios. Hacia finales de los años ochentas, Joan Brumberg (1984) publica *“Fasting girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease”* libro en el que hace un análisis de la anorexia a través de un recorrido histórico sobre las motivaciones de las mujeres para rechazar la comida. En los noventa Susan Bordo, aborda el tema de los desórdenes alimenticios intentando desmitificar su locación y exclusividad dentro de clases sociales medias y altas, así como propio de jóvenes mujeres blancas. Así mismo, en Estados Unidos, se han publicado gran cantidad de ‘Readers’ y estudios sobre temas de cuerpo y alimentación. Debra Gimblin (2002) en su libro *“Body Work: beauty and self image in american culture”* enfoca 4 estudios de casos situados en centros de estilización de la imagen corporal y los tipos de ‘trabajo corporal’ que en ellos se llevan a cabo, desarrollando un retrato sobre como las mujeres utilizan el ‘trabajo corporal’ para negociar las relaciones entre el cuerpo y la persona, proceso en el cual devienen desviaciones corporales producto de ideales culturales.

En el Perú, Liuba Kogan ha desarrollado estudios sobre cuerpo y género, en los que recupera la experiencia y vivencia de los sujetos en la construcción de cuerpo e identidades, bajo el marco del concepto de cuerpo vivido. En una de sus investigaciones encuentra que la vivencia del cuerpo difiere considerablemente en función de variables como la edad, el género y la clase social. Las diferencias intergrupales en las representaciones del cuerpo dan cuenta de la importancia de factores de posicionamiento y socialización de los sujetos en el proceso de construcción de su cuerpo e identidad. La diferencia más marcada se da entre las generaciones más jóvenes en el Perú, para quienes el cuerpo en sí mismo es un locus de construcción de identidad, lo cual da cuenta de los cambios sociales y culturales de occidente en las últimas décadas, del giro narcisista al culto al cuerpo y la posición privilegiada que este ocupa.

*“La generación más joven –tanto varones como mujeres- entiende su cuerpo como una matriz de poiesis; es decir, de creación de identidad. Sin embargo, los jóvenes son quienes más insatisfechos se sienten con sus propios cuerpos”. (Kogan 2001)*

En este sentido, las generaciones más jóvenes en Lima estarían lideradas e interesadas por corrientes y movidas estético – culturales. El consumo, forma parte medular de la construcción de identidades de estos jóvenes, de su vivencia cotidiana y de las prácticas que la configuran. Citando a Adela Cortina (2002) “Precisamente a través de su peculiar forma de consumir es como expresan su identidad y, sobre todo, como se forjan su identidad”. El consumo no está solo limitado a bienes o servicios sino también a productos culturales tales como imágenes, moda, tendencias, estilos de vida, fotos, videos, acceso a cierto tipo de información, etc. El hecho de que el consumo sea uno de los

horizontes de construcción de identidad refuerza los modelos aspiracionales, la obtención de estatus a través del consumo abre la puerta a un sin fin de prácticas en las cuales el cuerpo es la herramienta y locus principal en el cual se desplegarían estos símbolos de estatus e identidad. Un estudio realizado en el 2013 sobre la estética corporal masculina (Villa 2013) confirma y desarrolla la tesis de Liuba Kogan (2005), en donde los jóvenes de sectores altos en Lima buscan establecer distinción y autenticidad a través de la gestión del cuerpo centrada en el consumo de prendas de vestir.

Los estudios sobre desórdenes alimenticios en el Perú se han mantenido dentro de los márgenes clínicos, poniendo especial énfasis – al igual que en las ciencias sociales – en el estudio de la anorexia como desorden alimenticio emblemático. Sin embargo, poco se conoce sobre la bulimia nerviosa, así como de otros TCA que no necesariamente pasan por la distorsión de la imagen corporal pero sí por la insatisfacción estética.

Este proyecto tiene 2 cuestionamientos principales: (1) la forma en que se relacionan los ideales estético corporales dominantes con las representaciones corporales que tienen las mujeres con bulimia y la forma en que estos son diseminados por redes, familia, y medios de comunicación masivo; y dentro de esa misma línea, (2) analizar la forma en que dichos criterios estéticos median la construcción de identidades ancladas en la corporalidad de estas mujeres.

En este sentido, la presente propone un análisis a profundidad tanto de la

construcción de subjetividades, como de la influencia de imaginarios sociales en dicho proceso.

### **1.1. Objeto de estudio**

La construcción de representaciones estético corporales en mujeres con bulimia y su práctica cotidiana en relación con los modelos estéticos dominantes presentes en espacios de socialización en los que están insertas estas mujeres.

### **1.2. Objetivos**

Analizar los procesos a través de los cuales se forma un modelo corporal dominante en espacios de socialización como la familia, los grupos de pares y la influencia de los medios de comunicación y redes sociales; y como se constituyen como referente aspiracional en mujeres con bulimia.

Analizar la manera que las expectativas de éxito y la aceptación del entorno por un modelo de feminidad asociado a la delgadez median en la construcción de identidad de estas mujeres.

### 1.3. Preguntas de investigación

¿Cuáles son los criterios culturales y expectativas que median la construcción de identificaciones en mujeres con bulimia de sectores medios en Lima Metropolitana?

¿De qué manera intervienen el entorno familiar, grupo de pares y medios de comunicación en la construcción de representaciones del cuerpo en las mujeres con bulimia de sectores medio en Lima Metropolitana?

### 1.4. Hipótesis

**H1:** A diferencia de la representación de la bulimia asociada a la patología o enfermedades físicas en mujeres de sectores medios, esta está influenciada por las expectativas de éxito y aceptación del entorno por un modelo de feminidad asociado a la delgadez.

**H2:** La construcción del cuerpo bulímico en mujeres de sectores medios está mediado y condicionado por la influencia de factores como redes (amigos), familia y medios de comunicación, encargados de la construcción de estereotipos estéticos en el proceso de socialización.

## 2. CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

### 2.1. Marco teórico

En el presente análisis se utilizan los enfoques de sociología del cuerpo como marco paraguas bajo el cual guiar nuestra investigación, tomando los aportes de Bryan S. Turner y de David Le Breton a esta rama de estudios y su definición de la categoría de cuerpo. La relación entre cuerpo y subjetividad planteada por este enfoque nos lleva a estudiar las identificaciones y representaciones desde la propuesta teórica de Stuart Hall, quien entiende estas como estratégica, posicional e inacabada; las cuales surgen dentro de marcos simbólicos y representaciones propias del sistema social. Por otro lado, el enfoque dramático de Irving Goffman será utilizado principalmente para entender la experiencia de bulimia y las diferentes etapas por las que pasan nuestras informantes en el desarrollo del TCA.

A través del concepto de *Estigma* (Goffman 1963) buscaremos aproximarnos tanto a las características corporales que se encuentran por fuera de las representaciones de belleza y normalidad dominantes, así como a su condición patologizada por la experiencia de un desorden alimenticio. Todo esto se pone en relación directa con el cuerpo al introducir la noción de “*body shame*” o *vergüenza corporal*, trabajado por Luna Dolezal (2015) desde una perspectiva fenomenológica. Finalmente, el enfoque de género, nos permitirá aproximarnos a la identidad genérica de nuestras entrevistadas los modelos de feminidad

asociados a la delgadez y su interpretación simbólico. Para ello se utiliza la propuesta teórica de Judith Butler sobre la relación entre sexo y género y el concepto de performatividad con el objetivo de recuperar la dimensión material y corporal del sujeto sexuado dentro de un marco simbólico, social y de poder.

### **2.1.1. La sociología del cuerpo**

El cuerpo cobra relevancia como objeto de estudio en las ciencias sociales a finales de los años setentas, trayendo a colación miradas de otras disciplinas que clásicamente han tenido al cuerpo como foco de análisis: la biología, la psicología, la medicina. Este encuentro no es casual, debido a que muchas, sino la mayoría de las nociones y formas de entender y vivir la corporalidad están mediadas por el saber médico occidental, especialmente desde el paradigma biomédico. Por otro lado, los principios fundacionales de la sociología como disciplina radican en el positivismo del siglo XIX, tomando como objeto principal de estudio las interacciones y relaciones sociales tratando de demarcar fronteras claras entre el saber biomédico y la psicología (Turner 2008).

Este determinismo sociológico sobre el mundo social reprodujo las clásicas divisiones y dualismos occidentales, no solo a nivel individual – cuerpo/ mente – sino también entre naturaleza/ sociedad e individuo/ sociedad. Desde esta perspectiva clásica, el cuerpo quedaba reducido al de entidad psíquica y biológica. En respuesta, la sociología del cuerpo propone superar dichos

paradigmas – a través de los cuales hemos visto al sujeto separado del cuerpo – y plantear una apuesta teórica en la que el cuerpo sea entendido como construcción constante e inacabada en la que se incorporan e interiorizan categorías y tramas simbólicas con las que las personas aprenden y se identifican a lo largo de su vida.

El problema del cuerpo para Bryan Turner (1984) implica una imbricación entre los procesos biológicos y naturales por los que transita el cuerpo y su significado dentro de un universo cultural, simbólico y de prácticas. El sujeto, que experimenta su cuerpo como un límite frente a el entorno, tiene pues una consciencia “encarnada” dentro de la experiencia corporal interpretada por categorías socio – culturales. David Le Breton (1992) continúa con esta lógica sosteniendo que la manifestación corporal solo adquiere sentido dentro del marco simbólico del grupo, dentro de un conjunto de categorías de entendimiento, que cobran sentido tanto el individuo – y la formación de su subjetividad – como para el grupo en conjunto. En esta misma línea, el concepto de *enfermedad*, por ejemplo, describe la condición de una persona más que la de su materia en el sentido estricto, así como dicha condición implica también un rol con comportamientos y normas correspondientes a dicha condición (Turner 2002) y por ende, resulta en un posicionamiento particular del individuo en su entorno.

Las propuestas teóricas de Turner y Le Breton, buscan dar significado y encontrar lógicas culturales en los sentidos comunes respecto al cuerpo, es

decir, plantear al cuerpo como objeto de estudio como socialmente formado y ubicado, en tanto nuestra fisiología esta siempre mediado por la cultura. El estudio del cuerpo no es pues de importancia únicamente individual sino en el que se entrecruzan estructuras políticas, económicas y culturales. Dichos sistemas se cristalizan en la corporalidad como marcas de estatus, y es a través de la apariencia corporal que se genera una escenificación del yo y de la relación con los demás, es un modo de presentarse y representarse a si mismo, y a la vez de ponerse en juego socialmente (Le Breton 1992).

Este correlato entre el simbolismo del cuerpo y el simbolismo de la sociedad, introduce la noción de poder en tanto colectividad, las ansiedad, peligros y limites sociales son reproducidos en el cuerpo humano; y es el cuerpo individual regulado y organizado en consideración de los intereses de la población o del cuerpo colectivo, esto implica dinámicas de poder, disciplinamiento y control de sus comportamientos y formas. Desde esta perspectiva, el cuerpo es una metáfora por el (des) orden social, que implica una mirada reciproca de la sociedad a través del cuerpo y viceversa (Bendelow 1998).

A los estudios sobre la sociología del cuerpo, Michel Foucault realiza un gran aporte con su propuesta teórica sobre el poder y el cuerpo discursivo, pues encuentra una estrecha relación entre la estructura social y la producción y reproducción de los cuerpos, en los que se inscriben mandatos institucionales y relaciones de poder, tal como se señaló previamente. La genealogía del

análisis de Foucault enfatiza al cuerpo localizado dentro de un campo político y de relaciones de poder, caracterizado por la presencia de instituciones que buscan disciplinar al cuerpo y volver dócil, productivo y económicamente útil, es decir, funcional a un determinado sistema social y económico. El cuerpo es histórico. Esto, dentro de los contornos para el estudio del cuerpo en la sociología (Turner 1984) ocurre a través de dimensiones espaciales y temporales en luchas de poder sobre el control de los deseos y compulsiones individuales y colectivas; como también de los conceptos y condiciones producto de cambios históricos y productos culturales en la organización social, que implican luchas políticas y el asentamiento de sistemas e ideologías.

Sobre la regulación el cuerpo, Foucault plantea que el tránsito hacia un sistema de poder disciplinario se dio a través de varios tipos de instituciones, no solo la clínica y los hospitales, sino a través de las escuelas, y otras instituciones de disciplinamiento e instrucción. Sin embargo, junto con estas prácticas regulatorias, se plantea la existencia de prácticas de resistencia de las personas, es decir, formas en las que hacen frente o sobrellevan las implicaciones de las tecnologías disciplinarias del poder/ conocimiento; desarrollando conceptos como la autonomía, reflexividad y crítica como elementos del acto y la transformación de si mismos para alcanzar cierto estado de felicidad, sabiduría, perfección o inmoralidad (Foucault 1988). Turner, siguiendo a Foucault, sostiene que todas las enfermedades son enfermedades sociales. Ejemplos como la histeria, la masturbación femenina son algunos de los referentes más comunes para ver como en occidente

determinadas prácticas y acciones han sido clasificadas dentro del sistema médico como una metáfora de determinadas relaciones sociales (Bendelow 1998).

### **2.1.2. Identificaciones y representaciones en la sociedad posmoderna**

Al tener como objeto de estudio al cuerpo, y como se mencionó previamente con las propuestas teóricas de Turner y Le Breton, la experiencia individual y el surgimiento del yo en las sociedades modernas implican tanto nuestra psiquis como nuestro cuerpo. Para ello, se utilizará el enfoque teórico y categorías propuestas por Stuart Hall en sus estudios culturales y de representaciones para analizar la construcción de identidades dentro de la experiencia bulímica.

El concepto de identidad para Stuart Hall (1996) no es pues esencialista ni estable, por el contrario se trata de una categoría posicional y estratégica. Esta deconstrucción del concepto implica una rearticulación entre sujetos y prácticas discursivas; dicho de otro modo la propuesta del concepto de identificación frente al de identidades recoge repertorios discursivos y psicoanalíticos en su planteamiento.

De la vertiente discursiva se reconoce el carácter inacabado y de construcción permanente en tanto se desarrolla dentro de las contingencias, y condiciones en las que se encuentra el sujeto; es así que la construcción de identidades se da a través del trabajo discursivo y práctico dentro de dinámicas específicas de

poder en los que se establecen límites, se excluye y se demarcan diferencias, construyéndose pues dentro de las representaciones y no fuera de ellas.

De la vertiente psicoanalítica se recoge el carácter ambivalente de las identidades, en las que se encuentran por lado la agencia como el superyó como entidad conflictiva y desordenada, y de manera similar en yo idealizado en el cual se componen ideales culturales, muchas veces en conflicto<sup>14</sup> (Hall y Du Gay 2003). La función bisagra que tiene el concepto de identidad para Hall, articulando por un lado representaciones, discursos y prácticas que nos emplazan en posiciones sociales y nos interpelan; y por otro, los procesos de producción de subjetividades como sujetos de enunciación, incorpora postulados Foucaultianos sobre el rol del poder en la producción y modelación de individuos, en tanto se incorporan en la psiquis de los sujetos (Butler, 2001).

Las representaciones son el marco en el que se desarrollan y construyen las identidades de los sujetos. Por representaciones, tomamos la definición que utiliza Sally Wiggins (2008) sobre el peso y manejo del cuerpo, en donde entiende las representaciones corporales como “construcción, constitución y reificación de los cuerpos en prácticas discursivas cotidianas” [Traducción personal]. La relación entre identificaciones y cuerpo se vuelve palpable ya que se reconoce a este en tanto vía de materialización y somatización de elementos culturales y sociales, como escenario en donde se generan

---

<sup>14</sup> Stuart Hall (2003) en la introducción del libro “questions of cultural identity” recoge aportes de Freud, Lacan, Laplanche y Pontalis.

relaciones de poder desde procesos externos hasta su internalización por parte de los sujetos.

Al articular las categorías analíticas de identificación y representación a nuestro estudio sobre los desórdenes alimenticios recuperamos la centralidad de la experiencia cotidiana a lo largo del desarrollo de la bulimia, entender las identidades como estratégicas y posicionales – en tanto un individuo posee multiplicidad de identidades cada vez más fragmentadas y que son construidas a través de los discursos, prácticas y posiciones diferentes (Hall y Du Gay 2003) - nos permitirá entender las subjetividades de los sujetos sobre conductas socialmente trasgresoras como son la alimentación compulsiva y la purga, dentro del marco de otras identificaciones que subyacen a su experiencia corporal, mediadas por el sexo, género, clase social, etc.

### **2.1.3. Experiencia de bulimia**

Para el análisis de la experiencia en los desórdenes alimenticios, utilizaremos el enfoque dramático de Goffman, el concepto de **estigma** y de **vergüenza corporal**, para entender y estudiar las diferentes etapas por las que transitan nuestras entrevistadas en medio de sus prácticas alimenticias.

Este enfoque plantea la existencia de un conjunto de prácticas y comportamientos a los que los individuos se aproximan y para los cuales se preparan para entrar en contacto con otros (Goffman 1997), donde los

individuos intentan guiar o tener cierto control sobre la impresión que dan en sus interacciones. Estos repertorios de acciones y comportamientos que adquieren y despliegan los individuos están involucrados con la prevención de la vergüenza. La experiencia de la vergüenza no solo se expresa a través del cuerpo sino que este mismo puede ser motivo de vergüenza en tanto este es formado y estilizado en un ambiente determinado con límites e ideales. La experiencia de la vergüenza, específicamente *'body shame'* o vergüenza corporal como categoría analítica en esta investigación será desarrollando en el marco de la propuesta de Luna Dolezal<sup>15</sup>.

La vergüenza es corporal y social, es un hecho fundamental de la vida humana, necesario en nuestra experiencia corporal e identitaria. Esta es definida como una emoción experimentada por un sujeto que percibe que sus errores o deficiencias son observadas por otros, es una emoción de consciencia sobre sí mismo (Dolezal, 2012). Aun cuando la experiencia de vergüenza está enfocada en uno mismo, y no necesariamente implica la presencia de otros, es en sí una emoción social y tiene necesariamente una inter – corporalidad en tanto surge de la experiencia entre cuerpos, la visibilidad del mismo (Dolezal 2015). Sobre la vergüenza corporal se establece una distinción de dos tipos: (1) la vergüenza corporal aguda es aquella que actúa principalmente como un regulador dentro de la interacción social, indica la trasgresión a un determinado límite social en la apariencia o el

---

<sup>15</sup> Dolezal recoge el trabajo teórico de Merleau – Ponty, Sartre y Husserl para hacer un análisis fenomenológico de la vergüenza y específicamente el *'Body shame'* .

comportamiento. Se trata de una emoción normal y necesaria dentro de la vida social, y resulta producto de factores actitudinales y de comportamiento del cuerpo. (2) La vergüenza corporal crónica es una forma más permanente de la vergüenza y se da principalmente sobre la apariencia del cuerpo y sobre sí mismo. Como condición permanente es repetitiva en la consciencia de uno mismo generando opresión y dolor al sujeto, teniendo consecuencias profundas y continuas sobre la subjetividad de los individuos. Muchas veces clasificado como una patología – como en el caso de los desórdenes alimenticios – aun cuando no existe una línea divisoria clara entre la vergüenza corporal ‘normal’ y una patológica.

En este sentido, la vergüenza aparece como el estigma, como una característica que escapa a lo que la sociedad establece como atributos esperados, ordinarios y naturales de las personas que entran en ciertas categorías. Estas características se vuelven normativas y demandas presentes no consientes en la interacción con los individuos pero que de no ser cumplidas, o de presentar atributos no esperados reducen a los individuos como un todo descartado; a la misma vez que constituyen la identidad social del sujeto (Goffman 1986). Existen 3 tipos principales de estigma que diferencia el autor: (1) La abominación del cuerpo; (2) Manchas de carácter individual; (3) Estigma racial y étnico. Para el estudio de los desórdenes alimenticios esta categoría resulta fundamental. En primer lugar, la gordura o el distanciamiento de un tipo de cuerpo esperado genera una reacción de parte del entorno en tanto se trata de una “deformación física” y representa un

atributo considerado socialmente negativo no solo en relación al aspecto físico sino también al carácter. Además, quienes pasan por la experiencia de bulimia se encuentran también dentro del segundo tipo “manchas de carácter” al encontrarse dentro de los registros de desórdenes mentales.

Así mismo, estas nociones no solo indican la acción de terceros sobre características de un sujeto, sino la incorporación de dicho sujeto de la percepción de sus atributos como una cosa contaminada. Esta estigmatización puede generar diversas respuestas, en algunos casos, el individuo intenta corregir la marca objetiva de su *fracaso* o *falla* (Goffman 1986: 21), en el caso de la bulimia sería recurrir a cualquier tipo de práctica, como inducir el vómito, purgarse, ejercitarse compulsivamente y cualquier otro método compensatorio para bajar de peso.

#### **2.1.4. Capital Erótico y género**

Por otro lado, se utilizará el concepto de capital erótico (Hakim 2012) para entender las motivaciones y reconocimiento de representaciones y valores deseables por parte del entorno. Este concepto es definido como “una amalgama de atractivo físico y social que hace que determinados individuos resulten atractivos en su sociedad” (Hakim 2012: 9), y que forma parte de todas nuestras interacciones cotidianas y que puede proporcionar ventajas sociales y económicas a quienes lo posean. La relación entre capital erótico y género es bastante estrecha, según Hakim este activo se encuentra más presente en las

mujeres que en los hombres, y es también más valorado y deseado por el entorno. El vínculo entre cultura, prácticas discursivas y capital erótico se hace palpable en los elementos que lo conforman, y como ellos son parte de estructuras sociales y de poder que atraviesan las categorías de sexo y género.

En función de ello y de la necesidad de nuestra investigación de contar con un enfoque de género se utilizará la propuesta teórica de Judith Butler (1990) sobre sexo y género. “El género también es el medio discursivo/ cultural a través del cual la <<naturaleza sexuada>> o un <<sexo natural>> se forma y establece como <<prediscursivo>>, anterior a la cultural, una superficie políticamente neutral sobre la cual actúa la cultura” (Butler 1990: 56). Esta interpretación de la relación entre sexo y género como algo siempre culturalmente intervenido, recoger la dimensión corporal, en tanto se vuelve la materialización de los significados culturales a través de los cuales ha sido interpretado la matriz biológica, el cuerpo sexuado.

### **2.1.5. Redes virtuales**

*“Así como la subjetividad es necesariamente embodied, encarnada en un cuerpo; también es siempre embedded, embebida en una cultura intersubjetiva (...). Nuestra experiencia también está modulada por la interacción con los otros y con el mundo” (Sibilia 2008: 20)*

Finalmente, analizaremos el contexto social, económico y cultural en el que se enmarca la construcción de la experiencia *embodied* a partir de la dimensión virtual y de redes; y su impacto en las interacciones cotidianas, físicas y locales

en las que se embebe nuestra subjetividad. Todo ello, enmarcado en un contexto de construcción de sentido en un espacio y de valor<sup>16</sup> variable, como es en la Sociedad Red Global<sup>17</sup> (Castells 2009). La propuesta teórica sobre Redes de Manuel Castells nos permite entender y poner en contexto el poder de la comunicación, sus medios y canales, en relación con el impacto que tiene en la construcción de la experiencia corporal de los individuos, con mediación de su interacción con el entorno, no solo local sino también global.

En la sociedad red los acuerdos organizativos de la estructura social son codificados por la cultura y expresados por la comunicación – un tipo de comunicación global de impacto decisivo en la vida de las personas. Si bien, como señala Castells, la experiencia de estas está principalmente anclada en lo local en un sentido cultural, las grandes tendencias en comunicación y de formas de construcción de sentido y valor son parte de una dinámica global. En este sentido, las redes de comunicación son la fuente principal de los mensajes e imágenes que llegan a las personas, cada una con su lógica particular para generar valor en grupos determinados; valor que es establecido por círculos o entes de poder en dichos espacios, impactando la relación e interacción entre los individuos en su cotidianidad.

---

<sup>16</sup> El valor es entendido como la expresión de poder. Lo valioso es lo que quien ostenta el poder decide que es valioso. En Manuel Castells, 2009. “Comunicación y poder”

<sup>17</sup> La Sociedad Red Global es aquella cuya estructura social esta compuesta por tecnologías digitales de la comunicación y la información. En Manuel Castells, 2009. “Comunicación y poder”

Así, en el marco de este estudio, y en consideración de lo planteado previamente sobre la teoría de redes de Manuel Castells (2000), nos centraremos en el poder de las *redes sociales*<sup>18</sup> y comunidades virtuales en la formación de la experiencia corporal en el desarrollo de desórdenes alimenticios. Para ello, tomaremos categorías utilizadas por Paula Sibilia (2008) en su análisis sobre la exposición de la intimidad y los cambios en los paradigmas de modelos culturales a través de las *redes sociales*, que resultan en un sistema que publicita lo cotidiano.

“Entre las imágenes y los comentarios sobre grandes hitos y catástrofes ocurridos en el mundo a lo largo de los últimos doce meses, aparecían fotografías de casamientos de personas “comunes” , bebés sonriendo, vacaciones en familia y fiestas de cumpleaños” (Sibilia 2008:12). Esta exaltación de experiencias cotidianas, de figuras “normales” se da en el marco de relaciones de poder, de lógicas condicionamientos y de generación de valor que reproducen símbolos y formas de ser y estar en el universo hegemónicas. Dicho de otro modo, se exalta la experiencia de sujetos *normales* y cercanos, pero que representan los modelos y valores ideales de nuestra era, representados como transversales a la experiencia de todos los sujetos. Es una nueva forma de lógicas de poder y modelos aspiracionales para mantenerse vigente dentro del mercado cultural contemporáneo, y aún más importante en su entorno inmediato de interacción, tanto virtual como física.

---

<sup>18</sup> Entendidas como plataformas virtuales (Facebook, Instagram, etc. ) en las cuales los usuarios crean una cuenta o perfil personal, para generar contenido sobre sus vidas.

La exaltación de la experiencia cotidiana va de la mano de la espectacularización del “yo”, entendido como la transformación de nuestras personalidades y vidas privadas en realidades ficcionalizadas y convertidas en recursos mediáticos (Sibilia 2008). Se trata de un nuevo sentido de estéticas realistas que ponen en el centro e introducen efectos de lo real, de vidas y experiencias reales en función de modelos y criterios estéticos, de estilo de vida y valores morales ideales, aunados en personajes mediatizados como “reales”. En este sentido, por ejemplo, la blogger “chica normal” reemplaza a la modelo de pasarela y revistas como ideal de belleza y estilo de vida; este cambio de personaje idealizado mantiene los mismos criterios de control y funcionalidad a un sistema cultural, social y económico. En conclusión, se trata de un sistema que refuerza y recompensa la “construcción de sí mismo orientada a la mirada ajena”.

## 2.2. Diseño metodológico

Para abordar la construcción las identificaciones y representaciones del cuerpo en mujeres con bulimia de sectores medios se optó por un método biográfico en tanto nos interesa recoger las narrativas que tienen los sujetos sobre su propia experiencia. El relato que hacen las informantes sobre su experiencia presente y/o pasada en la bulimia, compromete la temporalidad, en tanto, hacen una reconstrucción y rememoración de experiencias traumáticas, con una alta carga simbólica, que únicamente puede ser develada por el investigador a través de la practica narrativa de su interlocutor. Así mismo, el ejercicio narrativo es pues forma por excelencia de estructuración de la vida, y por ende, de la identidad (Arfuch 2002) tema que constituye el centro de nuestra segunda pregunta de investigación, y que en el presente caso de estudio se identificaría como lo que Arfuch (2010) plantea como *identidad narrativa*, es decir, los testimonios en los cuales se dan procesos de *ficcionalización* y relato de aquello que “históricamente” ha ocurrido, en donde el relato funciona como eje modelizador de la propia experiencia.

Al trabajar identificaciones y subjetividades a través del método biográfico – narrativo, es importante tomar en consideración la diferencia entre comunicar y narrar, o lo intimo (lo incomunicable) y lo privado (lo que es posible de decirse) respectivamente; pues establece los limites y posibilidades de acercamiento a nuestro objeto de estudio (Kogan 2007), es decir, desde que lugar el investigador social puede acercarse a su objeto de estudio y en que medida el

informante puede narrar la auto – percepción sobre su cuerpo y su experiencia dentro de los desórdenes alimenticios, la identificación de hechos hitos, puntos de quiebre en su trayectoria, personajes y espacios fundamentales en el desarrollo de la bulimia, serán aquellos que las entrevistadas señalen, en tanto hacen un ejercicio reflexivo y de reconstrucción de su biografía. señalar esto es fundamental debido a que si bien todas las informantes comparten un resultado o fenómeno en común, la bulimia, no todas ellas han tenido las mismas trayectorias, ni siquiera similares.

En este sentido, lo fundamental a través de la revisión de sus biografías es revisar los elementos simbólicos, momentos, actores y tiempos claves que reconocen las autoras dentro del desarrollo del TCA para así poder responder a nuestras preguntas sobre identificaciones y sobre el rol del entorno dentro de la construcción del cuerpo, de sus cuerpos.

Por otro lado, la relación entre identidad y temporalidad, en tanto es lo que nos interesa en la presente investigación, suponemos que nuestras informantes – quienes han pasado presentado la condición de bulimia nerviosa en un periodo de al menos un año en su vida – si bien se encuentran por fuera del *tiempo físico o crónico* (“sucesión de acontecimientos”) presente en la experiencia de la bulimia nerviosa, se apela al *tiempo lingüístico*<sup>19</sup> el cual se despliega en el acto de la enunciación y el relato de dicha experiencia “podría creerse que la

---

<sup>19</sup> Recogido de Arfuch, quien retoma la propuesta de Benveniste. En Leonor Arfuch , 2002. “El Espacio Biográfico, dilemas de la subjetividad contemporánea”

temporalidad es un marco innato del pensamiento. Es producida en realidad en la enunciación y por ella”. La entrevista enmarcada en este tercer tiempo, articula la experiencia pasada de la bulimia y las identificaciones que en ella se produjeron y desplegaron y las traen al momento presente como parte de una manifestación intersubjetiva, dejando de ser pues, parte de solo el mundo íntimo del sujeto, como es en el caso de quienes en el tiempo “real” presente se encuentran a travesando dicha situación.

En consideración ello, se hizo la elección de esta metodología en primer lugar, por lo que considero en gran medida de naturaleza íntima del tema a tratar; y por las dimensiones y categorías que enmarcaran la investigación. Estas abarcan trayectorias familiares, reconocimiento y recordación de imágenes difundidas por medios de comunicación, representaciones aspiracionales del cuerpo femenino, todo ello como proceso de reconstrucción para llegar al reconocimiento y análisis de identificaciones dentro de las narrativas de estas mujeres.

Cuadro 1: Cuadro de operacionalización

Tema	objetivos	Preguntas	Hipotesis	Dimensiones/ Categorías	Indicadores			
<p>Construcción de identificaciones y representaciones del cuerpo en mujeres con bulimia de sectores medios en Lima metropolitana</p>	<p>Identificar y analizar de que manera las expectativas de éxito y la aceptación del entorno por un modelo de feminidad asociado a la delgadez median en la construcción de identidad de estas mujeres</p>	<p>¿Cuáles son los criterios culturales y expectativas que median la construcción de identificaciones en mujeres con bulimia?</p>	<p>A diferencia de la representación de la bulimia asociada a la patología o enfermedades físicas en mujeres de sectores medios, esta está influenciada por las expectativas de éxito y aceptación del entorno por un modelo de feminidad asociado a la delgadez.</p>	<p>Identificaciones</p>	<p>identificación de genero</p>			
					<p>reconocimiento de la condición de bulimia</p>			
					<p>construcción de subjetividad</p>			
				<p>Identificar y analizar de que manera las expectativas de éxito y la aceptación del entorno por un modelo de feminidad asociado a la delgadez median en la construcción de identidad de estas mujeres</p>	<p>¿De que manera intervienen el entorno familiar, grupo de pares y medios de comunicación en la construcción de representaciones del cuerpo en las mujeres con bulimia de sectores medio en Lima Metropolitana?</p>	<p>La construcción del cuerpo bulímico en mujeres de sectores medios esta mediado y condicionado por la influencia de factores como redes (amigos), familia y medios de comunicación, encargados de la construcción de estereotipos estéticos en el proceso de socialización.</p>	<p>trayectoria en los desordenes alimenticios</p>	<p>Discursos sobre si misma</p>
								<p>vergüenza corporal</p>
								<p>representaciones sobre la bulimia</p>
	<p>Identificar y analizar de que manera las expectativas de éxito y la aceptación del entorno por un modelo de feminidad asociado a la delgadez median en la construcción de identidad de estas mujeres</p>	<p>¿De que manera intervienen el entorno familiar, grupo de pares y medios de comunicación en la construcción de representaciones del cuerpo en las mujeres con bulimia de sectores medio en Lima Metropolitana?</p>	<p>La construcción del cuerpo bulímico en mujeres de sectores medios esta mediado y condicionado por la influencia de factores como redes (amigos), familia y medios de comunicación, encargados de la construcción de estereotipos estéticos en el proceso de socialización.</p>				<p>expectativas de éxito</p>	<p>Expectativas sobre el futuro</p>
								<p>definición de éxito</p>
								<p>beneficios del capital erótico</p>
				<p>Identificar y analizar de que manera las expectativas de éxito y la aceptación del entorno por un modelo de feminidad asociado a la delgadez median en la construcción de identidad de estas mujeres</p>	<p>¿De que manera intervienen el entorno familiar, grupo de pares y medios de comunicación en la construcción de representaciones del cuerpo en las mujeres con bulimia de sectores medio en Lima Metropolitana?</p>	<p>La construcción del cuerpo bulímico en mujeres de sectores medios esta mediado y condicionado por la influencia de factores como redes (amigos), familia y medios de comunicación, encargados de la construcción de estereotipos estéticos en el proceso de socialización.</p>	<p>Representación de modelos de corporales</p>	<p>cuerpo idealizado</p>
								<p>Afirmación de ideales de belleza</p>
								<p>grupos de pares</p>
<p>Identificar y analizar de que manera las expectativas de éxito y la aceptación del entorno por un modelo de feminidad asociado a la delgadez median en la construcción de identidad de estas mujeres</p>	<p>¿De que manera intervienen el entorno familiar, grupo de pares y medios de comunicación en la construcción de representaciones del cuerpo en las mujeres con bulimia de sectores medio en Lima Metropolitana?</p>	<p>La construcción del cuerpo bulímico en mujeres de sectores medios esta mediado y condicionado por la influencia de factores como redes (amigos), familia y medios de comunicación, encargados de la construcción de estereotipos estéticos en el proceso de socialización.</p>	<p>Redes sociales</p>				<p>Redes amicales</p>	
							<p>tipo de hábitos alimenticios</p>	
							<p>cuidados de la estética corporal</p>	
			<p>Identificar y analizar de que manera las expectativas de éxito y la aceptación del entorno por un modelo de feminidad asociado a la delgadez median en la construcción de identidad de estas mujeres</p>	<p>¿De que manera intervienen el entorno familiar, grupo de pares y medios de comunicación en la construcción de representaciones del cuerpo en las mujeres con bulimia de sectores medio en Lima Metropolitana?</p>	<p>La construcción del cuerpo bulímico en mujeres de sectores medios esta mediado y condicionado por la influencia de factores como redes (amigos), familia y medios de comunicación, encargados de la construcción de estereotipos estéticos en el proceso de socialización.</p>	<p>trayectoria familiar</p>	<p>discursos sobre ideales estético corporales</p>	
							<p>discursos sobre ideales estético corporales</p>	
							<p>discursos sobre ideales estético corporales</p>	

### **2.2.1. Muestra teórica**

La selección de informantes para esta investigación supuso un reto metodológico y práctico a lo largo de este proyecto. Debido a la naturaleza de nuestro objeto de estudio se presentaron diferentes barreras y grandes de acceso y acercamiento a los sujetos, y la posibilidad de generar un ambiente propicio para la exploración de su experiencia (Ver Anexo Metodológico).

La muestra teórica consta de doce entrevistadas, seis son pacientes del centro privado de tratamiento y rehabilitación de desórdenes alimenticios ABINT ubicado en San Borja, las cuales fueron seleccionadas a criterio de la psicóloga tratante, encontrándose en un rango de edades de 19 a 32 años de edad. El segundo grupo de informantes, esta conformado por mujeres jóvenes entre 20 y 25 años que experimentaron bulimia por al menos un año de sus vidas y que actualmente señalan haberla superado. El acercamiento a este último grupo de informantes se dio a través de bola de nieve, es decir, a partir de referidos tanto de las informantes como personas del entorno de la investigadora. Así mismo, se entrevistó a 2 psicólogas que actualmente laboran dentro de clínicas privadas especializadas en tratamiento de desórdenes alimenticios, las cuales fueron contactadas durante el proceso de solicitud de acceso a las instituciones antes presentadas para realizar la investigación.

El criterio de selección de mujeres de sectores medios para este estudio, está basado en referentes de trabajos empíricos y teóricos que ubican a los TCA dentro del espectro de grupos sociales determinados. Partiendo del concepto de *habitus* propuesto por Pierre Bourdieu, en los que se han identificado disposiciones y condicionamientos en las prácticas dentro de los desórdenes alimenticios que corresponden determinados estilos de vida y clases sociales, especialmente alta y media (Darmon 2009); así como a marcas de estatus y diferenciación en cuanto a rituales y trabajos de estilización del cuerpo se refiere (Gimlin 2002).

El hecho de que la muestra este compuesta por mujeres de clase media, definió la elección de espacios en los que se iba a contactar a las entrevistadas con el objetivo de acotar el perfil, estos fueron diversas clínicas privadas especializadas en rehabilitación de patologías alimentarias. Por otro lado, para establecer el nivel socioeconómico de las entrevistadas se utilizaron los siguientes criterios: distrito de residencia, nivel educativo y ocupación de los padres, y nivel educativo superior, centro educativo y ocupación actual de las informantes. Sobre los distritos de residencia, se selecciono el área de Lima Moderna, por ser el espacio geográfico en Lima que cuenta con poco más de la mitad de las manzanas de vivienda pertenecientes al NSE B.<sup>20</sup> Sobre el nivel educativo de los padres se estableció como condición que contaran con educación superior técnica o profesional, o de lo contrario, contaran con algún

---

<sup>20</sup> Perfiles zonales de la gran Lima, IPSOS APOYO 2001  
<https://www.ipsos.com/sites/default/files/publication/2011-05/MKT%20Data%20Perfiles%20Zonales%202011.pdf>  
Página web visitada el 8 de junio del 2017

tipo de negocio o comercio propio. Esto de acuerdo con lo planteado por IPSOS sobre la clase media en el Perú<sup>21</sup>

*“Si bien no existe una definición única de ‘clase media’, sí existe consenso en identificar desde su origen dos estratos en su interior: los profesionales y técnicos con educación superior o formación especializada que les permite trabajar como ejecutivos o funcionarios en empresas privadas y en el Estado (white collar, en la acepción anglosajona) y la pequeña burguesía, dueños de negocios que ellos mismos conducen.”<sup>22</sup>*

Finalmente, las informantes deben contar con educación superior completa o incompleta según la edad y cursar su carrera universitaria o técnica en algún centro educativo o universidad privada ubicada en Lima Moderna.

### **2.2.2. Herramientas de recojo de información**

Los instrumentos utilizados para el recojo de información en el marco de un análisis narrativo y biográfico, fueron entrevistas a profundidad en las cuales las informantes llevaron a cabo la narración de sus historias de vida. Aunque la misma naturaleza del acto narrativo puede dejar de lado aspectos íntimos de la vida de las personas, la entrevista es la estrategia donde existen mayores posibilidades de revelaciones en diálogo, siendo esta una apuesta misma de este instrumento como es señalado por Arfuch “En la entrevista – con excepción quizá de esos intercambios triviales cuyo objeto es casi publicitario – siempre se juega el descubrimiento de una verdad, una revelación que el

---

<sup>21</sup> Artículo: “Cuan grande es la clase media en el Perú” <https://www.ipsos.com/es-pe/cuan-grande-es-la-clase-media-en-el-peru>

Página web visitada el día 8 de junio del 2017

<sup>22</sup> cit. <https://www.ipsos.com/es-pe/cuan-grande-es-la-clase-media-en-el-peru>

Página web visitada el 8 de junio de 2017

diálogo, en alguna medida próximo a la indagación detectivesca, ayudaría a descubrir” (Arfuch 1995: 21).

Si bien se considera que la entrevista es la herramienta más adecuada para el recojo de información sobre la experiencia y subjetividades, esta nos plantea limitaciones y retos en tanto no se trata de un instrumento neutral, sino que implica una articulación e interdependencia entre el mundo público y privado que en la entrevista adquiere una dimensión modelizadora en donde se proponen criterios de identificación y valoración, un orden de lo deseable.

En este sentido, podría resultar una limitación para nuestro caso particular la presencia inevitable de estos criterios de valoración dentro de la entrevista, o de violencia simbólica en tanto se trata de la narración de procesos considerados trasgresores y en muchos caso no siempre aceptados por las mismas entrevistadas. Esta condición no únicamente supone un reto para el desarrollo de la entrevista misma y la generación de un *rapport*<sup>23</sup> adecuado para el propósito de la investigación y el respeto hacia la informante, sino que implica la aceptación y abandono de la pretensión de transparencia y neutralidad de la herramienta y la presunta inocuidad del punto de vista del investigador (Kogan 2007).

Así mismo, junto con las entrevistas realizadas dentro del centro de

---

<sup>23</sup> Rapport. término de inglés utilizada para referirse a la comunicación interpersonal y tiene como propósito disminuir las tensiones de los y las participantes.

rehabilitación, se considera que las visitas continuas al mismo y las horas pasadas permitieron observar, sino parte de la dinámica de las pacientes dentro de su tratamiento, parte del funcionamiento de la institución en tanto procedimientos, espacios, permisos y limitaciones. Así consideramos un elemento fundamental de aporte a este estudio considerar esto como visitas etnográficas, utilizando recursos como paneles informativos pegados en las aulas y notas de campo sobre las visitas al centro los días acordados.



### **3. CAPÍTULO 3: ESTADO DEL ARTE**

#### **3.1. Estudios sobre anorexia y bulimia**

Desde los años ochentas se han venido acumulando una gran cantidad de investigaciones y trabajos teóricos sobre los desórdenes alimenticios, siendo la anorexia el objeto de estudio por excelencia tanto dentro de las ciencias sociales como de las ciencias medicas y humanas en años anteriores. En esta sección se realizará un recuento sobre algunos de los trabajos desarrollados hasta la fecha y sus aportes principales para el presente caso de estudio, tomando en consideración estudios interdisciplinarios y desde las ciencias humanas.

En el 2009, Lillyana Zusman elabora un análisis psicológico de la anorexia y bulimia. Si bien el centro de su argumento tiene una base clínica, subraya la función de los elementos culturales y del entorno como factores determinantes en su desarrollo, e interpela a trata estas patologías desde múltiples dimensiones y enfoques. Su propuesta es la de transitar de la definición de los TCA como enfermedad física para proponerla como una somatización de ansiedades relacionadas al desarrollo físico, a la sexualidad y las posibilidades de asumir la carga de la feminidad. Esta definición y conceptualización de los desórdenes alimentarios recoge algunas de las corrientes previamente trabajadas sobre este tema.

Susan Bordo (1993) hace un recuento sobre los procesos de visibilización y centralidad de la dimensión género dentro de los estudios sobre TCA, señalando que la forma tradicional de trabajar estos temas en consideración de la dimensión sexual y de género era a través de los términos freudianos tradicionales sobre las fantasías y ansiedades de naturaleza psicosexual.

Dentro de este marco de resistencia al desarrollo corporal se encuentra el trabajo pionero de Hilde Bruch (1973) *“Eating Disorders”*, marcando la pauta de la corriente dominante en los estudios sobre desórdenes alimentarios en la siguiente década: énfasis en temas de desarrollo corporal, problemas familiares y “disfunciones” cognitivas. En 1983 Susie Orbach presenta en la conferencia *“Eating Disorders and the Psychology of Women”* una investigación que representa a la anorexia como el extremo de un continuo en el que se encuentran todas las mujeres. La resistencia desde la psicología en los 80s a no establecer un límite claro en lo patológico y lo ‘normal’ puso barreras a la incorporación de una teoría social los desórdenes alimentarios que incorporara de manera central la categoría de género.

Desde las ciencias sociales, los estudios sobre TCA, como ya mencionamos, se centraron principalmente en el análisis de la anorexia nerviosa. El trabajo de Turner (1984) *“The Body and Society”* dedica una parte al análisis de este TCA como “[La anorexia es] el producto de presiones sociales contradictorias en las mujeres de familias acomodadas y una ansiedad dirigida a la superficie del cuerpo en un sistema organizado alrededor del consumo” [Traducción propia]

(Turner 2008: 83). La incorporación de la dimensión de género en este análisis es incipiente, aún cuando los desórdenes alimenticios son reconocidos principalmente como enfermedades femeninas – junto con la histeria y la depresión – no se profundiza en las “ambigüedades del género femenino en las sociedades occidentales contemporáneas” (Turner 2008) y sus efectos en la experiencia corporal.

Este reconocimiento de la anorexia nerviosa como un problema principalmente femenino fue desarrollado más ampliamente por Joan Brumberg en 1988 al hacer un recuento histórico sobre las representaciones de la anorexia a lo largo de la historia, remontándose hasta el siglo XVI. Así mismo, desarrolla la noción de anorexia nerviosa como una enfermedad moderna, demostrando que las mujeres han utilizado el apetito, la comida y el cuerpo como parte principal de su lenguaje simbólico. Una de las preguntas que guían el trabajo de Brumberg es sobre la naturaleza temporal de la anorexia, sosteniendo que en la modernidad esta se erige como una entidad separada, típica de la modernidad. En un artículo publicado en 1985 la autora pone énfasis en la condición común y de vocablo usado comúnmente no como término clínico sino para referirse al rechazo hacia la comida. Sin embargo, este rechazo, no es socialmente negativo en tanto las mujeres son un grupo crónicamente infeliz con su peso. Así, la restricción alimentaria constituye un tabú en sí mismo, es en realidad el

rechazo de una estética corporal *'deathlike'*<sup>24</sup> en la que sea vea comprometida la apariencia saludable del sujeto.

En la década de 1990, Susan Bordo (1993) desarrolla un análisis de los desórdenes alimenticios como una cristalización de ansiedades culturales y contradicciones sociales, entre otras cosas, debido a la insuficiencia de los roles tradicionales de género y feminidades que aún tienen trascendencia en los mandatos culturales e instituciones que establecen una relación entre el cuerpo y la construcción de identidad en las mujeres, frente a las demandas contemporáneas de auto control, independencia y éxito. Este último elemento propuesto por la autora puede ser leído también desde el concepto de capital erótico, en donde la consciencia y reflexividad en aumento sobre la importancia de la imagen cultural en el posicionamiento de las personas junto con modelos estéticos homogenizantes y normalizados, podrían conducir – tal como sostiene Bordo – a que quienes sufren anorexia y/o bulimia no respondan a un criterio de desviación sino por el contrario hayan interiorizado y exaltado valores y símbolos del entorno.

A fines de la misma década, Alicia Kaufmann (1999) desarrolla un texto sobre la sociología de la anorexia, resaltando el papel de los medios de comunicación y la moda en la masificación de las TCA, actuando como mecanismos de control y difusión masiva de modelos de identificación basados en características físicas de base biológica, y que son la excepción más que la

---

<sup>24</sup> Traducido al español como “cadavérico”.

regla en la población, constituyéndose como ideales no alcanzables pero que generan peso especialmente en las mujeres.

Por otro lado, Pilar Cisneros (2001) centra su tesis doctoral en la delgadez como representación simbólica de la independencia y el éxito profesional, en relación con la crisis del modelo tradicional de mujer. Ese mismo año, Aina López (2001), desde un marco teórico de la desviación<sup>25</sup>, plantea un análisis de las TCA a partir del cual se establecen niveles de legitimidad en los mecanismos para alcanzar los ideales estéticos culturales, partiendo de una valoración excesiva por la naturalidad dentro de los cánones de belleza. El acceso a los medios adecuados para alcanzarla así como también la posesión misma del atributo, al igual que cualquier otra meta impuesta por la sociedad, remite al estatus y posición social de la persona.

Muriel Darmon (2009) publica un artículo basado en una investigación realizada en Francia entre 1997 y 2001 en dos hospitales a través de entrevistas a profundidad realizadas a pacientes mujeres adolescentes con cuadros de anorexia nerviosa, todas de clase media y alta. Esta investigación utiliza el marco teórico de Bourdieu y el concepto de *habitus*<sup>26</sup> para analizar la anorexia como una carrera desviada que implica la adopción de un conjunto de prácticas anoréxicas y orientaciones que pueden ser reconocidas como un tipo distintivo

---

<sup>25</sup> Ver Robert Merton, 1987. Teoría y Estructuras Sociales

<sup>26</sup> El concepto de *habitus* de Bourdieu es definido como esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Se trata de un sistema de condicionamientos y disposiciones adquiridos a lo largo del proceso de socialización y que son indicadores de la posición que ocupan los sujetos en el sistema social.

del concepto de *habitus*, las cuales son identificables con los estatus de clase media y alta. En la misma línea de los trabajado por Kaufmann, Belén Castillo (2006) realiza una investigación sobre los TCA y la sociedad de consumo, relacionando el incremento en la incidencia de desórdenes alimenticios y las dinámicas propias de la sociedad de consumo analizando variables sociales como la comunicación y la publicidad como agentes de difusión de los valores y estereotipos sociales y nociones de éxito existentes.

### **3.2. Estudios sobre cuerpo y estética corporal**

Si bien los estudios sobre anorexia y bulimia, y en general, desórdenes alimenticios se enmarcan dentro de los estudios sobre cuerpo, en este apartado buscamos centrarnos en los trabajos relacionados a la estética corporal, estilización del cuerpo y trabajos teóricos sobre la construcción de los cuerpos sexuados y generizados.

En este grupo de estudios realizados sobre el cuerpo en relación con los TCA y la estética corporal, es necesario mencionar el trabajo teórico de Mariam Fraser y Monica Greco (2005) como bisagra entre las investigaciones centradas en “patologías” o desórdenes mentales y corporales y la experiencia corpórea “normal” desarrollada en este apartado. Las autoras señalan que la definición de un cuerpo “enfermo” o “normal” se da dentro de cambios y paradigmas culturales. De acuerdo con esto, la normalidad de los cuerpos se

define en función de los valores culturales de la sociedad en la que está inscrita<sup>27</sup>.

En la sociedad occidental, el peso es un referente de normalidad mientras que un cuerpo voluminoso se encuentra fuera de este marco. Desde esta perspectiva, los TCA no serían la expresión de una enfermedad sino la exaltación de una condición “normal” y deseable respecto al cuerpo: “Ella es normal, nos dicen, lo que quiere decir que ella no tiene sobrepeso o es voluminosa” (Fraser y Greco 2005: 16). La contraposición entre normal y anormal/ enfermo tiene una carga valorativa que puede convertirla en sinónimos de “bien” y “mal”, y que está inevitablemente ligada a las representaciones dominantes sobre el cuerpo.

Sobre estos límites culturales y sociales establecidos entre lo “normal” / “enfermo” [o “irregular”], Mary Evans y Ellie Lee (2002) realizan un compilación de ensayos relacionados al entendimiento sociológico del cuerpo, todos los cuales se preguntan sobre el estado del “cuerpo real” en tanto todos habitamos un cuerpo generizado, específico a la vez que somos capaces – como parte de los cambios principales en el siglo XX – de renegociar y cambiar ciertos aspectos de la forma en que vivimos nuestro cuerpo. Sin embargo, las autoras ponen énfasis en el hecho de que esta renegociación y transformación del

---

<sup>27</sup> Como se ha visto en los trabajos revisados de Turner, Foucault a través del disciplinamiento del cuerpo y la incorporación de categorías y formación de los sujetos en el discurso; la materialización de los cuerpos y el surgimiento del sujeto por parte de Butler; los trabajos sobre consumo de Baudrillard y Featherstone.

cuerpo no se da sobre un cuerpo natural sino sobre una serie de expectativas que son profundamente socializadas (Evans y Lee 2002).

En este sentido, los textos están centrados todas las formas de construccionismo social del cuerpo, en tanto se trata de una materialidad real y existente alrededor de los cuales se construyen fantasías e ideales (irreales) corporales los cuales son impuestos a los 'cuerpos reales'. Estos '*fantasy bodies*' a los que se refieren las autoras, se apropian de los ideales y demandas de la sociedad capitalista "El empleado ideal del capitalismo tardío es, por tanto, no solo un individuo trabajador, pero una persona que posee las características publicas de estar en forma y peso aceptable, así como bien vestido; y quien confirme la deseabilidad de los productos del sector servicio de la economía" (Evans y Lee 2002:10). La propuesta de Evans y Lee es ver la experiencia corporal e individual no como la de los 'cuerpos reales' en si mismos, sino como las fantasías colectivas producidas sobre el cuerpo que están más direccionadas hacia las necesidades del sistema social de las necesidades humanas. Los ensayos compilados en "*Real Bodies*" dan cuenta de 'cuerpos reales' en diferentes condiciones y situaciones pero recuperan la experiencia de la vivencia corporal de las personas reales más que de la fantasía.

Los cuerpos de fantasía [*Fantasy bodies*] a los que se refieren las dos autoras, encuentra un símil en los trabajado por Debra Gimlin (2002) en su investigación multisituada sobre la belleza y la imagen corporal en Estados

Unidos, llevando a cabo 4 estudios de caso en diferentes centros y espacios de trabajo y estilización del cuerpo [salón de belleza, clase de aeróbicos, clínica de cirugía estética y una organización social para mujeres con sobrepeso]. En la cual se demuestra que las mujeres de dicho país utilizan el trabajo corporal – en sus diferentes formas – para hacer frente a los mitos y estándares de belleza irreales pero dominantes. Esta conclusión sobre el “mito de la belleza” [*beauty myth*] recupera los sentimientos, emociones y percepciones de las mujeres sobre su cuerpo; los procesos a través de los cuales redefinen y negocian constantemente sus identidades a través del trabajo corporal y estilización de la imagen. El aporte de la investigación de Gimlin reside en su carácter empírico y sobre todo en su apuesta sobre la agencia de las mujeres dentro de un entorno opresivo sobre sus cuerpos, en donde la belleza y la estética corporal son el eje organizador de la experiencia.

La dimensión de belleza y estética corporal implica muchos factores y actividades relacionados a la industria de productos alimenticios, de belleza y actividades relacionadas al cuidado corporal; dentro de ellas, encontramos la cultural *fitness* centrada en el *'body building'* o construcción del cuerpo. Sobre este punto se centra la investigación realizada por Shari Dworkin y Faye Wachs (2009), en donde a través de un análisis sociológico de imágenes multimedia en revistas de deporte, *fitness* y vida saludable para hombres y mujeres en Estados Unidos, realizan un estudio que toma como ejes el trabajo de 'construcción corporal' a través de nociones como la salud y el ejercicio dentro

del marco de una cultura de consumo que modela el cuerpo en consideración de diferencias de poder y privilegio por género.

Finalmente, dentro de las investigaciones que tienen como objeto de estudio el cuerpo y la experiencia corporal en el Perú encontramos como referente principal el amplio trabajo de investigación de Liuba Kogan sobre género y cuerpo en clases altas de Lima. Su tesis doctoral (2007) plantea el estudio de las subjetividades dentro la experiencia corporal de sujetos de diferentes grupos etarios, de NSE y sexo, encontrando que la vivencia corporal, de temporalidad y de la dimensión sexual afectiva se experimentaban y percibían de diferente manera según sexo y edad principalmente. Presentaré algunos de los principales hallazgos de dicha investigación que tengan mayor correspondencia con el tema aquí tratado: (a) las dificultades en hombres y mujeres para reconocer mutua influencias entre cuerpo e identidad; (b) la percepción del cuerpo femenino como útil en la seducción o obtención de beneficios. Así mismo, para las mujeres el cuerpo funciona como una pantalla o superficie pero que no se vive como materialidad, pero que es experimentado como problemático si estos no son considerados atractivos o no se le prestan los cuidados necesarios. Finalmente, a pesar de las dificultades en reconocer la imbricación entre cuerpo e identidad, la autora encontró que son las generaciones más jóvenes en el Perú las que experimentan sus cuerpos como matriz de creación de identidad, pero también fuente de mayor insatisfacción (Kogan 2007).

En una tesis realizada en el 2008, sobre las formas y discursos en torno a la socialización del cuerpo en instituciones educativas y del currículo escolar oficial, José Luis Rosales, encuentra una inconsistencia entre lo propuesto por el currículo nacional en cuanto capacidades corporales que deben desarrollar los estudiantes y las prácticas, así como ausencia de un cuerpo específico y lineamientos de construcción del mismo. En este contexto, se presentan 5 tipos de cuerpo los cuales son desarrollados de manera diferenciada según el nivel educativo. “el sujeto escolar que se va formando en el currículo es entonces un sujeto escindido” (Rosales 2008: 99). Esto resulta muy importante para nuestro análisis, porque si bien el contexto en el que es desarrollada esta investigación es diferente al grupo estudiado en esta, si da cuenta de las formas en que los sujetos construyen su cuerpo en los espacios de socialización más fundamentales como son la escuela.

## 4. CAPÍTULO 4: LA SOCIALIZACIÓN SECUNDARIA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO BULÍMICO

### 4.1. ¿Quiénes son estas jóvenes?

Las participantes de la presente investigación son doce jóvenes de entre 19 y 32 años residentes de Lima moderna (APOYO 2001) principalmente – San Miguel, Pueblo Libre, Miraflores, La Molina y San Isidro – con excepción de Kelly, quien actualmente reside en un hogar de rotación<sup>28</sup> asignado por el centro de rehabilitación pero cuya familia reside en Los Olivos y Chincha. En esta presentación del perfil de las entrevistadas me referiré a ellas utilizando nombres de pila aleatoriamente asignados para preservar la confidencialidad, los datos específicos sobre cada una de las participantes pueden ser consultados en el cuadro de informantes en el Anexo 1.

Entre las entrevistadas es posible identificar dos grupos diferenciados por su condición dentro de los desórdenes alimenticios. El primer grupo corresponde a aquellas jóvenes que actualmente asisten al centro de rehabilitación privado ABINT. Dentro de este grupo están Daniela (19), Emilia (21), María (32), Samantha (20), Maricielo (19) y Kelly (24); todas ellas diagnosticadas con bulimia nerviosa por parte de la institución a la que asisten. Si bien el rango de edades es bastante variado, ello responde al tiempo que ellas llevan como pacientes de rehabilitación, el cual está en un rango de tiempo de 7 meses,

---

<sup>28</sup> Se refiere a la casa de una familia diferente a la de la paciente asignada por el centro de rehabilitación para que resida durante un periodo dentro del tratamiento.

siendo Kelly la paciente más reciente, y 7 años en el caso de María con el periodo más largo de tratamiento. Para estas jóvenes su asistencia al centro es su actividad principal, habiendo tenido que dejar sus estudios superiores y trabajos – en el caso de María y Kelly – debido a los horarios de terapia y a que este es un requisito de la institución sobre todo en los primeros módulos del tratamiento ya que la asistencia es en horario completo (9am – 8pm) y el cambio de este al de medio tiempo o el permiso para retomar actividades externas a la terapia es otorgado por la institución bajo criterio del desempeño de la paciente durante las jornadas de terapia y su evolución en el tratamiento.

Actualmente solo Emilia y Maricielo se encuentran asistiendo a universidades – San Martín de Porres y UPC correspondientemente – y medio tiempo en tratamiento. Las demás aún no han recibido el permiso para retomar sus trabajos o estudios universitarios, tal es el caso de María (32) abogada egresada de la PUCP quien tuvo que dejar su trabajo para ingresar al centro de rehabilitación hace 7 años. Los intereses académicos de este grupo de informantes se encuentran alrededor de educación, comunicaciones y en general las letras, en algunos casos el arte como en el caso de Kelly (24) quien se dedicó a la danza contemporánea.

El segundo grupo identificado corresponde a quienes señalan haber superado la bulimia o no se encuentran asistiendo a ningún centro de rehabilitación. Las participantes dentro de este grupo son Sofía (23) quien estudió periodismo en la Universidad de Lima y actualmente es redactora de contenido digital en el

diario El Comercio; Andrea (24) es estudiante de administración de negocios en La Universidad de Lima y trabaja en el área de Marketing de una empresa; Diana (22) es estudiante de ciencia sociales en la PUCP; al igual que Valeria (25) y Ximena (23); Finalmente Macarena (23) es egresada de Hotelería y turismo en la UPC. Al igual que las informantes del primer grupo, todas ellas viven con sus padres.

En todos los casos, sin distinción del grupo al que corresponden, estas mujeres iniciaron su trayectoria en los desórdenes alimenticios entre los 11 y 19 años de edad, es decir, dentro de la etapa escolar o universitaria. Respecto a la etapa escolar, encontramos algunos casos de alta rotación de colegios (privados) durante esta etapa, en gran parte debido a “problemas de conducta” y “mal comportamiento” dentro de los centros educativos. Esta actitud contestaria frente a las normas y al ambiente escolar no debe ser vista como una consecuencia o antecedente de los desórdenes alimenticios, sino como una “afrenta” o “respuesta” a un sistema que consideraban opresivo, una institución en las que, retomando a Foucault, el cuerpo es parte de un proceso de disciplinamiento no solo desde lo planteado por la escuela como institución y autoridad sino por las dinámicas grupales y de control colectivo que se general en dicho ambiente. Como veremos en adelante, las prácticas de control colectivo de la alimentación y de legitimación de “conductas desviadas” son parte de la cotidianidad en los grupos de pares en etapa adolescente especialmente.

En esta misma línea sobre el disciplinamiento del cuerpo – y por ende de la construcción de subjetividades – la familia sirve de soporte de las dinámicas y objetivos dentro de la escuela. En esta dimensión, la familia ejerce una presión adyacente a la de la escuela sobre estas jóvenes, en función de ansias de competitividad a partir de la adquisición y entrenamiento de otras habilidades. Muchas de nuestras entrevistadas afirman haber asistido a gran cantidad de actividades extracurriculares sobre todo durante su etapa escolar, la cual consideran como ocupada y de gran presión, tal como afirma Sofía:

*“(...) Yo estaba muy presionada por un montón de cosas, yo... no solamente era mi peso y no quiero que me comenten, mi mamá siempre me ha presionado bastante, en bastantes cosas, siempre le ha gustado que haga muchas cosas al mismo tiempo, yo estaba tocando piano, estaba en un grupo de cámara, luego me metí al inglés, tenía el piano, tenía ensayos porque teníamos un grupo, tenía presentaciones y como que mi mamá nunca me dejó faltar o dejar de practicar, o sea siempre era como que colegio, practicar piano, ir a ensayos, ir a clases, tener buenas notas, siento que era mucha presión para mí” (Sofía, 23 años)*

Si bien esto parece tener una explicación sobre un estrés “común” generado por una gran cantidad de presión académica y/o laboral. Esta es solo una de las dimensiones de su vida en las cuales sienten una gran presión y expectativa de su entorno sobre ellas mismas. La suma de estas exigencias por mayor competitividad y productividad, y la presión colectiva del grupo de pares a nivel simbólico y práctico sobre la apariencia y, en consecuencia, su posición dentro del entorno, resultan ser componentes fundamentales para entender la trayectoria y desarrollo de los desórdenes alimenticios.

A pesar de las diferencias en las trayectorias de nuestras entrevistadas, condiciones y espacios de socialización, la etapa escolar y universitaria como espacios de socialización secundaria tuvieron un papel fundamental el

desarrollo de los desórdenes alimenticios y en la construcción del cuerpo de estas jóvenes, tal como se desarrollará más adelante.

#### **4.2. “La gente bonita se junta con gente bonita”: Grupo de pares como modelador de la experiencia corporal.**

La importancia del grupo de pares como el referente más cercano y dinámico en la construcción del cuerpo y las ideas sobre normalidad y belleza asimiladas y desarrolladas por las entrevistadas, fue una constante en la biografía de estas jóvenes.

Los entornos de socialización secundaria como son el colegio y la universidad, son reconocibles como los principales modeladores de la experiencia corporal en la trayectoria de los desórdenes alimenticios, pues no solo son los agentes de socialización más cercanos en la experiencia cotidiana sino también son aquellos con quienes negocian sus posiciones dentro del entorno en función de criterios estético corporales y valores sociales desplegados y puestos en práctica día a día.

##### **4.2.1. ¿Existe un ideal de belleza?**

Un punto crucial en esta investigación es reconocer la existencia de ideales estéticos corporales que tienen estas mujeres como referente. A pesar de lo obvio de esta afirmación y de lo que el sentido común sugiere sobre las personas con desórdenes alimenticios, su objetivo y referente de belleza no es la delgadez extrema, asemejarse a la figura de una modelo de pasarela o de

revista; más si un rechazo extremo y contundente por la gordura o “el exceso”. Con ello no se sugiere que estos no sean importantes referentes y factores de influencia en lo que estas jóvenes perciben como bello, sino a que no son los modelos de cuerpo de televisión, revistas e internet los que reconocen como motivaciones inmediatas u objetivos cuando performan, actúan y realizan prácticas del cuidado del cuerpo.

La influencia de los medios de comunicación y redes sociales, como veremos en detalle más adelante, toman fuerza y se ven desplegados a través de la interacción con el grupo de pares, el cual es re-significado en función de las necesidades y criterios del grupo para establecer diferencias internas y de posiciones entre quienes lo componen. Es importante recalcar que no existe un modelo único y unificado de belleza, encontramos un alto tránsito entre diferentes tipos de cuerpo, desde ser “flaca”, “fit” hasta simplemente ser “normal”, es decir, entrar en el rango promedio de complejión del entorno en el que se encontraban, evitar el estigma de la gordura y por ende fealdad como símil del primero. En algunos de los casos, el objetivo al incurrir en dietas y prácticas para perder peso no era asemejarse a ningún ideal estético sino “recuperar” el cuerpo que tenían antes de subir de peso en un determinado momento de su vida, tal como señala Daniela (19) *“simplemente quería mi cuerpo de antes que no era ni delgado ni robusto”*, cuyo testimonio nos da una pista sobre lo que para ellas es “normal” y el valor de encajar dentro de este criterio, el cual es formado en referencia al entorno, es decir, asemejarse a la complejión promedio de mujeres dentro de su entorno.

Así mismo, si bien existe una alta fluidez entre los modelos de belleza, existen partes del cuerpo con valor diferenciado respecto de los criterios estéticos, y para algunas de ellas los límites son bastante más estrictos que para otros órganos o partes del cuerpo. Esta valoración diferenciada de las partes del cuerpo esta altamente influenciada por las representaciones de feminidad de estas mujeres. “Verse femenina” no solo era una de las motivaciones más recurrentes y principales, sino que implicaba el reconocimiento de características físicas establecidas y fijas como: senos desarrollados, cintura pequeña, caderas anchas, piernas torneadas. Entre estos atributos, la parte del cuerpo que genera mayor preocupación y es más representativo del cuerpo femenino es la cintura y el vientre plano.

*“El área de la cintura para mi era otro trauma...creo que las mujeres tenemos un poco...es una parte muy atractiva para los hombres” (María, 32 años)*

De acuerdo con lo señalado por María (32) el valor diferenciado que tienen las partes del cuerpo y los órganos responde a maneras de organización y de sistemas simbólicos de nuestra sociedad (Le Breton 2002) Así, el resultar atractiva física y sexualmente es un elemento crucial en la forma en que ellas construyen sus nociones sobre feminidad y sobre sus ideales de belleza.

Como hemos visto hasta el momento, los grupos de pares – constituido por amigas, amigos y potenciales parejas sexuales y afectivas – tienen un rol fundamental en la construcción de los ideales de belleza y objetivos en la modelación del cuerpo, los cuales siempre son relacionales pues por un lado se constituyen por la búsqueda de posicionamiento entre sus pares mujeres y

por otro el resultar deseable sexualmente, en consideración del entorno en el que se encuentran. En este sentido, encontramos más que la búsqueda de asemejarse a un modelo de belleza femenina determinado y un culto a la delgadez extrema, un rechazo categórico por la “gordura” puesta esta no es solamente una característica física indeseable sino que simboliza marcas morales no deseables como son la falta de autocontrol y disciplina, así como fracaso social y en la vida privada.

En los siguientes acápite exploraremos más profundamente como es que intervienen en el proceso de construcción del cuerpo, de aparición y desarrollo de la bulimia.

#### **4.2.2. “Con mis amigas, siempre vivimos a dieta”: Primero pasos hacia la bulimia**

Los inicios en la trayectoria de bulimia están marcados por relaciones conflictivas con la alimentación desde la infancia en muchos de los casos. Algunas de las participantes señalan haber tenido un “mal sistema alimenticio” en casa, refiriéndose al consumo de alimentos altamente calóricos como dulces y golosinas durante la infancia. Contrario a lo que comúnmente se piensa, ninguna de ellas mencionó haber seguido dietas para perder peso que sean parte de los patrones alimenticios de sus familias, y cuando se presentaban, estas eran solicitadas por las mismas entrevistadas, quienes comentaban principalmente a su madre que deseaban perder peso. Sin embargo, en la mayoría de los casos no recurrían a sistemas expertos como

médicos y nutricionistas para perder peso, sino recurrían a fuentes de información diversas como internet y a través de amigas.

Aunque la familia cumple un rol importante en el aprendizaje de conductas y costumbres alimenticias, los espacios de socialización secundaria como el colegio y la universidad han sido los pilares en el comienzo de los desórdenes alimenticios de estas jóvenes, las cuales señalan haberlo desarrollado en dichas etapas. Valeria es quien realizó prácticas bulímicas a más temprana edad, empezando a los 11 años de edad con su primer periodo. En el extremo contrario tenemos los casos de Andrea y María quienes iniciaron estas prácticas a los 18 y 19 años correspondientemente.

La forma en que se inició el TCA es diversa entre las entrevistadas, siendo muy común el tránsito fluido entre periodos de bulimia y periodos de anorexia, aunque la mayoría de ellas reconoce el desorden principalmente como bulimia. Algunas de nuestras informantes presentaron inicialmente el desorden de *binge eating*<sup>29</sup> de la mano con experiencia de *bullying* y rechazo en la escuela, sobrepeso infantil como es el caso de Valeria (25), Kelly (24) y Emilia (19), quienes señalan haberse refugiado en la comida debido a problemas familiares, malos hábitos alimenticios dentro de familia y rechazo por parte de sus compañeros de escuela. Bajo condiciones diferentes, Samantha (20) comenzó su trayectoria en los TCA con anorexia a los 13 años, en parte debido a recomendación de sus amiga de iniciar dietas y comenzar a cuidar el peso,

---

<sup>29</sup> Desorden alimenticio de comedores compulsivos

ella estudio en un colegio de mujeres de clase alta en Lima, según señala habían gran cantidad de casos de anorexia en su colegio.

*“Empezó cuando me vino la regla porque yo era de contextura normal y comía de todo (...) pero sí tenía amigas que hacían dietas y me dijeron: cuando te venga la regla te va a cambiar el cuerpo, vas a engordar, tienes que comer menos, comer más ensaladas” (Samantha, 20 años)*

La mayoría de estas jóvenes iniciaron su trayectoria en la bulimia con restricción paulatina de alimentos, generando cambios en sus sistemas alimenticios, restringiendo alimentos como carbohidratos o siguiendo dietas aparentemente saludables. El inicio de los desórdenes alimenticios no fue pues un salto único entre un sistema alimenticio “normal” y prácticas alimentarias desviadas, sino más bien se trata de un continuo de pruebas y errores en el proceso de búsqueda de pérdida de peso, llegando finalmente a los métodos de purga y de restricción. Es en este proceso de cambios en las prácticas alimenticias y de cuidado del cuerpo y específicamente del peso, donde la interacción con sus pares mujeres tiene mayor influencia.

*“Con mis amigas, siempre vivimos a dieta, no recuerdo alguna etapa en la que no haya estado a dieta o intentado empezarla el lunes, siento que he vivido a dieta desde que soy adolescente (...) No puedes comer sin sentirte culpable, vas a comer con una amiga y siempre está el comentario de la flaca<sup>30</sup> que come y luego dice <<soy una gorda asquerosa>>, <<soy un cerdo>>, nunca falta ese comentario para justificar lo que te acabas de meter a la boca” (Sofía, 23 años)*

*“Las chicas hablan todo el tiempo de eso <<estoy gorda>> , <<me ha salido un rollo>>, yo no se que responder, no te deja tranquila” (Diana, 22 años)*

*“Cuando íbamos a comer [con amigas], tendríamos 11 o 12 años decíamos <<hay que comer algo tranqui<sup>31</sup>, sin tanta grasa>> como que cuidarnos, tomar precaución, lo que nadie quería era ser gorda (...) [los comentarios negativos sobre el cuerpo] se los hacían a todos, si a alguien se le salía el rollo le decían <<tapate esa huevada>> era algo entre todas” (Valeria, 25 años)*

<sup>30</sup> Argot utilizado por jóvenes para referirse a mujer joven.

<sup>31</sup> Argot utilizado por jóvenes para referirse a algo tranquilo y controlado.

Los puntos de encuentro entre estos 3 testimonios son evidentes, el rol que tienen los grupos de pares no solo se limita a ser referentes inmediatos de lo que esta bien, mal o es normal – como veremos más adelante – sino también a establecer prácticas de control colectivas respecto a la alimentación y el cuidado del cuerpo. Parte de la socialización implica estar expuesta a un continuo de discursos y prácticas que rechazan categóricamente cualquier posibilidad de “ser gorda”.

La búsqueda de dietas constantemente, el *body shaming* cotidiano y naturalizado entre amigas como una forma de expresar preocupación y de justificar cualquier tipo de exceso tanto en su cuerpo como en sus conductas alimentarias son una constante en la interacción de las mujeres. situaciones como estas, presentes en la mayoría de los casos en los que ellas reconocen y son conscientes de los riesgos que implica salir de los márgenes permitidos en cuanto a estética corporal, el riesgo del ridículo y de ser estigmatizados por el exceso de peso y por ende fealdad, es una sombra perenne en su experiencia cotidiana, en donde la prevención juega un rol fundamental y se despliega de diferentes formas.

La vergüenza como un factor constante respecto de sí mismas es como señala Dolezal (2015), una emoción de consciencia sobre sí mismo, en cuya variante crónica se rompe la fluidez de la experiencia generando opresión y dolor al sujeto, causando consecuencias profundas sobre la subjetividad los individuos. Si bien es claro que no todas las jóvenes resultan presentando desórdenes

alimenticios, la vergüenza una vez convertida en estigma puede generar en los sujetos la búsqueda de respuestas para solucionar o salir de dicha condición que los posiciona negativamente (Goffman 1968). Esa respuesta o solución es el “camino fácil” como lo calificó Daniela (19) refiriéndose a las prácticas bulímicas.

Las dietas y los comentarios estigmatizantes sobre el cuerpo no son lo único que forma parte de la experiencia cotidiana, la presencia de amigas con algún desorden alimenticio fue recurrente en las sus biografías:

*“Para mi cumpleaños 18 me di cuenta que estaba gordísima, pesaba 77kg, y cuando vi las fotos de la parrillada que hice me traume. Ahí yo empecé, para esto, yo tenía una mejor amiga que es bien flaquita, y un mes antes de ese cumple la vi vomitando...ella era bulímica pero nunca lo reconoció y yo no sabía que...yo seguí el ejemplo de ella porque era súper flaca y me decía <<mira toma esto, vas a ir al baño>> ella me comenzó a enseñar.” (Andrea, 24 años)*

El hecho de que sea una compañera y amiga con cualidades altamente valoradas por el entorno y que realice estas prácticas era una forma de legitimar y de normalizar los desórdenes alimenticios, los cuales solo eran reconocidos como un problema o enfermedad cuando la persona se encontraba en el límite mórbido de delgadez, cuando ya no era funcional en su entorno ni podía continuar con sus responsabilidades, tal como mencionan Emilia y Valeria sobre compañeras de la escuela que presentaron desórdenes alimenticios. Siguiendo lo planteado por Joan Brumberg (1995) es el cuerpo de apariencia enferma la que nos repele no la práctica de restringir el alimento o la purga.

Respecto de esto, Le Breton (1996) menciona sobre las técnicas de mantenimiento del cuerpo que se trata de los cuidados que se prodigan al cuerpo, en occidente marcados por el paradigma biomédico, en donde usualmente se suele ignorar el poder simbólico de estas, sin embargo, establecen un límite entre lo bueno/ beneficioso y malo. Así mismo, están frecuentemente orientadas en la prevención, como vimos previamente estas jóvenes viven en un entorno que pone constante atención a la prevención de la gordura, del exceso.

Una vez mencionado esto, es posible entender que las conductas y prácticas bulímicas o correspondientes con los desórdenes alimenticios no sean vistas en si mismas como desviadas sino únicamente cuando como resultado se compromete la apariencia “saludable” de la persona, o como veremos más adelante su funcionamiento dentro del entorno y el sistema.

#### **4.2.3. Estatus y Amor: Importancia del capital erótico**

Uno de los elementos más reconocidos como motivaciones para cuidar el cuerpo por parte de nuestras informantes es el capital erótico y los beneficios que conlleva. La búsqueda de aceptación, admiración, estatus y liderazgos entre sus pares está mediada por representaciones del cuerpo femenino en contraposición al sobrepeso y gordura. Para María (32) la relación entre el cuerpo de una mujer y su comportamiento están ampliamente relacionados, la

coquetería para ella es la principal característica de una mujer, seguido por características físicas como la cintura delgada y las caderas más anchas, quien al no contar con dichas características físicas también se sentía insegura respecto a su práctica y performance genérico, a la vez que eso le confería limitaciones para relacionarse con su entorno

*“Recuerdo que me comparaba físicamente mucho con las demás chicas (...) ellas eran más populares y sentía que la parte física hacía que ellas fueran más populares o tuvieran más jale<sup>32</sup> con los chicos” (María, 32 años)*

El testimonio de María no es aislado, Bárbara (25), Emilia (21) y Maricielo (19) comparten su opinión respecto a la posición de sus compañeras, quienes despertaban admiración o eran consideradas populares eran también aquellas que presentaban determinadas características físicas, lo cual les era recompensado con mejor trato por parte del entorno. Aunque no todas ellas sufrieron de *bullying* o rechazo durante la etapa escolar, todas reconocieron la importancia de este factor para ser “populares” y reconocidas tanto en la familia como en el grupo de pares. Diana (22), por ejemplo, señala haber sentido una gran rivalidad con su prima debido a que ella era constantemente alabada por su cuerpo y a la misma vez recibía mayor atención por parte de sus parientes.

*“ (...) Todo el mundo se junta, la gente bonita se junta con gente bonita y la gente que no es tan bonita... para no ser tan atorrante<sup>33</sup> ... Es que es verdad, tú te quieres juntar con gente que se parece a tí, entonces siempre vas a estar buscando eso, y normalmente la gente que se ve bien es gente que se siente bien consigo mismo y gente que la pasa mejor, que sale más, que está menos encerrada en su casa porque no están contentos con su cuerpo o como se ven” (Sofía, 23 años)*

La apariencia, como podemos ver en el testimonio de Sofía, no es solo un indicador de la posición individual sino también una manifestación de las redes

---

<sup>32</sup> Argot utilizado por jóvenes para referirse a ser atractivo físicamente

<sup>33</sup> Argot utilizado por jóvenes para referirse a una persona que trata mal a otras.

en las que se encuentra inserto el sujeto y de su capacidad de asociarse con individuos que cuenten con características deseadas y por ende mejor posicionados en el entorno. Así mismo, este episodio nos revela la fuerte asociación entre las características físicas y el potencial de éxito de dichas personas, así como de uno lo valores más apreciados en la autorrealización: seguridad.

El reconocimiento de características físicas que hacen más atractiva a una persona, es decir, con mayor acumulación de capital erótico, genera una percepción de estas como más independientes, responsables y en general sobresalientes. En tanto la belleza es un activo social sumamente valioso en nuestras interacciones cotidiana y nuestra presentación frente a desconocidos, debido a que el atractivo físico y social van de la mano, influyendo en su seguridad y percepción del propio cuerpo (Hakim 2012).

El rechazo recibido o el no cumplir con las características físicas más valoradas por su entorno socavaba su seguridad y autoestima, como individuos estigmatizados se encuentran inseguros de la mirada recibida por quienes consideraban “normales” dentro de los criterios de belleza de su entorno. El testimonio de Sofía da cuenta de la importancia de las representaciones y estereotipos de belleza principalmente al relacionarse con desconocidos y al agruparse, en donde las jóvenes deben de tener una *buena presentación física* que revele su posición. El cuerpo es el vehículo por excelencia de posicionamiento y donde se muestran las marcas de estatus dentro de su entorno, así como sus posibilidades de encajar.

*“Como mi grupo era el que íbamos a un montón de fiestas y cosas, ‘ay no, que el vestido te tiene que quedar bien que no se qué’” (Samantha, 20 años)*

*“(…) También me molestaban con los amigos que yo tenía, porque ellos también...por ejemplo, a mi mejor amigo todo el mundo le decía “papa” porque tenía forma de papa, (...) también tenía un amigo que era... o sea los típicos chicos con los que nadie quiere juntarse” (Emilia, 19 años)*

Los testimonios de Samantha y Emilia son altamente contrastantes, mientras que para una de ellas era necesario mantener una imagen por ser parte del grupo de ‘chicas populares’; la segunda cita nos demuestra como es que estas jóvenes reconocen también cuales son los atributos no deseables y reafirman lo mencionado por Sofía previamente, sobre la agrupación de personas según las marcas físicas de estatus del grupo de pares, es decir su ‘identidad social’<sup>34</sup> atribuida por el entorno en base a sus atributos y características físicas, posicionándolos en un espacio marginal dentro del círculo inmediato de socialización. Para la ‘chica popular’ el verse bien se vuelve una expectativa y normativa sobre su presentación en el entorno, mientras que para Emilia, quien señala haber sufrido *bullying* durante toda su etapa escolar, se legitima dicha categorización de ella misma y de sus amigos en función de características no deseadas.

Junto con la aceptación y posicionamiento en sus grupos de pares, resultar atractiva sexualmente para potenciales parejas sexuales y afectivas, se ve condicionado por la acumulación de capital erótico, pues para estas jóvenes las personas atractivas – especialmente mujeres delgadas – tienen mayores posibilidades de recibir afecto por parte de una pareja, así como oportunidades de vivir y experimentar su sexualidad con mayor libertad. Lograr el éxito sexual

---

<sup>34</sup> Concepto propuesto por Irving Goffman (1986)

– afectivo, así como encajar en el estereotipo de feminidad previamente mencionado es una de las motivaciones principales para nuestras entrevistadas, cuya preocupación por el aspecto físico en relación a la pareja surge desde muy temprana edad como da cuenta Valeria:

*“Siempre como que estaba este deseo de ser flaca pero no hacía nada al respecto, y en esta época (11 años) me empezó a gustar un chico y este chico también me decía que estaba gorda y ese tipo de cosas, entonces yo quería ser flaca para verme más atractiva para él, pero no podía con mis ganas de comer y también sentía mucha culpa después de comer tanto porque decía “puta la estoy cagando”<sup>35</sup> entonces hubo un día cuando tenía 11 que yo intente... me metí los dedos después de comer un montón” (Valeria, 25 años)*

Una situación similar fue la experimentada por Emilia, quien señala que el punto de quiebre para que ella decidiera incurrir en prácticas para perder peso fue el lograr ser atractiva para un compañero de la escuela. Sin embargo, resulta paradójico que algunas de nuestras entrevistadas, si bien reconocen la importancia de ser delgadas para resultar atractivas, también señalan que una vez que hubieron iniciado una relación su preocupación por el peso fue disminuyendo debido a que ya no sentían mayor necesidad de cuidar su peso.

*“yo creo que ha sido aleatorio, de hecho cuando estuve en una relación que fueron 2 años y medio más o menos deje de hacerlo porque sentía ahí un respaldo de aceptación porque estaba con una persona, entonces como que no importaba tanto. De hecho igual me sentía mal con mi cuerpo, igual he llorado frente al espejo, igual he dicho soy una gorda, igual me he puesto a dieta cada lunes, pero ya había dejado de inducirme el vómito porque no lo veía como que tan necesario porque ya estaba con alguien” (Sofía, 23 años)*

La presencia de una pareja si bien puede disminuir las prácticas bulímicas, debido a su gran influencia en la percepción del aspecto físico, puede ser también un potenciador de las mismas. Al igual que con el caso del grupo de pares cuando nuestras entrevistadas experimentaron algún tipo de rechazo o

---

<sup>35</sup> Argot utilizado por jóvenes para referirse a arruinar algo

comentario negativo respecto a su apariencia, incurrieron nuevamente en prácticas restrictivas o compensatorias, a pesar de haber “superado” el desorden alimenticio previamente.

*“Estuve 5 años en una relación de mierda, me hacía comentarios feos [sobre mi cuerpo] muchas veces, y sí me sicosaba un montón, yo tenía 16 años. Tengo la frase grabada en la cabeza <<si sigues engordando ya no te voy a tocar>> ahí empecé la dieta extrema, tenía 19 (...)” (Ximena, 23 años)*

La influencia de la pareja en la construcción del cuerpo no solo se limita a la búsqueda de la misma, sino que dentro de la relación, se despliegan dinámicas de poder donde el cuerpo de la mujer sigue siendo un elemento condicionante del afecto y deseabilidad sexual de una persona. Este tipo de violencia emocional y psicológica se repitió en algunos otros casos de nuestras informantes, en donde la figura masculina sigue representando el agente legítimo de asignación y de medición del capital erótico en conformidad con ideales estéticos femeninos y la objetivación del cuerpo. Si bien la insatisfacción corporal es un componente importante en la motivación para cuidar el peso e incurrir en prácticas asociadas a los TCA, el cese de las mismas no implica en ningún sentido una aceptación de la complexión o apariencia, sino más bien responde a circunstancias y experiencias de la vida privada y pública que pueden exacerbar o sublimar las preocupaciones obsesivas respecto al peso o la realización de restricción alimentaria y/o purga.

Por otro lado, ligado al deseo de encontrar pareja y resultar atractivas sexualmente está el de movilidad social, aunque no fue mencionado abiertamente por todas las participantes, la mayoría de ellas asocia a las mujeres delgadas y atractivas con posiciones de éxito en otros ámbitos. Sin

embargo, fue únicamente Kelly (la única de nuestras entrevistadas que está fuera del criterio de selección por NSE B/C) quien señaló que resultar atractiva era un medio de movilidad social ascendente a través del matrimonio.

*"[mis objetivos al ser delgada eran] Tener un hombre que me ame, tener una buena economía, hacer lo que me gusta, no tener que trabajar"* (Kelly, 24 años)

Es importante resaltar esto, pues muchos estudios así como en el sentido común de muchas personas, los desórdenes alimenticios están asociados con pautas de socialización correspondientes a sectores medios y altos. Como podemos ver, para Kelly quien sufrió de muchas carencias económicas y materiales durante su vida, el cuerpo era un medio para "salir de la pobreza", obtener reconocimiento y afecto.

#### **4.3. Medios de comunicación: Un rol indirecto y determinante**

Los medios de comunicación desde siempre han jugado un papel crucial en la difusión de imágenes sobre estética corporal y belleza. Estas jóvenes son conscientes de ello, reconocen en los medios de comunicación digitales y algunos más tradicionales - como los medios impresos y la televisión - que los modelos estéticos que presentan son irreales y que influyen en una percepción distorsionada del cuerpo en las mujeres. Sin embargo, más allá de esta consciencia sobre el papel que juegan los medios de comunicación en la construcción de representaciones en torno a la belleza femenina, estos también cumplen un papel importancia en la difusión de información y de representaciones y discursos en torno a los desórdenes alimenticios. En primer lugar, plantearemos la forma en que las participantes reconocen y narran el rol

de los medios de comunicación dentro de su experiencia corporal, para en un segundo momento revisar sobre el papel fundamental que juega en la difusión de información sobre dietas y prácticas que colindan con la sintomatología y prácticas de los desórdenes alimenticios.

*“Televisión, carteles, internet, esta en todo sitio men<sup>36</sup>[Modelos de belleza femenina], es como una plaga asquerosa (...) Desde los comerciales donde supuestamente madres de familia están lavando ropa es como que tienen senos, están con su cintura manyas, es como que, ¿que onda?<sup>37</sup>, esas no son mujeres reales, o sea mi vieja es como que súper gorda, no súper gorda pero como que es gordita y es una mujer real también, entonces como que no calza con esa cuestión y es como que todo el tiempo ves eso en televisión. En carteles es como que no se... los de perfumes son terribles, en realidad como que me a mi me duele un culo<sup>38</sup> porque es como que voy a comprar y la huevada<sup>39</sup> es como que una flaca<sup>40</sup> súper delgada y digo como que “ala, jamás llegaría a lograr, es demasiado control”.” (Diana, 22 años)*

Las participantes muestran una alta consciencia sobre el despliegue y difusión de *fantasy bodies* en los medios de comunicación, así como también expresan una crítica fuerte y concisa sobre la relación entre los ideales estéticos y su relación con los modelos de feminidad como subordinados a la figura masculina. A pesar de la crítica consciente que expresan estas jóvenes sobre la influencia de los modelos presentados, se hace evidente que existen aun continuidades en lo que ellas consideran bello, o las razones por las cuales no son modelos reales, tal como señala Diana pues a la par que critica estos modelos reconoce que esa representación de la belleza como delgada y joven se debe principalmente a la falta de capacidad y control para lograr una figura similar a eso, es decir, un gran trabajo corporal.

---

<sup>36</sup> Argot utilizado por jóvenes como muletilla para referirse a otra persona.

<sup>37</sup> Argot utilizado por jóvenes para cuestionar una situación

<sup>38</sup> Argot utilizado por jóvenes para referirse a gran cantidad de algo.

<sup>39</sup> Argot utilizado por jóvenes para referirse a una situación o cosa.

<sup>40</sup> Argot utilizado por jóvenes para referirse a una mujer joven.

Así mismo, cuando fue consultada sobre el valor del control fue considerado como algo positivo y necesario. La misma situación se repite con Maricielo, quien añade el componente étnico para referirse a los modelos irreales de belleza femenina que son difundidos, reconociendo que no corresponden con el contexto peruano, la estética de la “mujer peruana”. El reconocimiento de estas imágenes como opresoras y condicionantes es de importancia considerable, pues demuestran lo ambiguo de la experiencia corporal en relación a las representaciones de este.

Por un lado, se consideran como nocivas e irreales mientras que por otro se reconoce como es que ellas han influido en la construcción de sus propias identidades sociales, desplegando la influencia de estos *fantasy bodies* en continuo diálogo sobre sus representaciones sobre las mujeres, valores y la belleza, las cuales se materializan en la interacción con sus pares y los criterios de posicionamiento antes mencionado.

La segunda función reconocida de los medios de comunicación y redes sociales es la de ser la una de las fuentes principales sobre cuidado del cuerpo y dietas, a la cual han recurrido y recurren para buscar planes alimenticios “saludables”, prácticas para bajar de peso y dietas de todo tipo, muchas de ellas altamente restrictivas, pero que al ser “dietas” y no restricción total del alimento, no eran consideradas como prácticas relacionados a los trastornos alimenticios. Así mismo, el uso intensivo de dietas de internet en un inicio de la experiencia bulímica, estaba acompañado del uso de blogs y foros “Ana y Mia” en algunos casos, así como imágenes y tableros en redes sociales de internet

dedicados a “vida saludables”, dietas e información sobre la relación entre talla y peso con discursos legitimadores de los desórdenes alimenticios.

#### **4.4. La Familia y la moralidad femenina: Un papel secundario**

Aunque el grupo de pares es el principal espacio en el que se negocian las ideas sobre el cuerpo y se construye el mismo dentro de la experiencia bulimia, es importante considerar el rol de la familia dentro del despliegue de estas prácticas, pues aunque secundario en el caso de los desórdenes alimenticios, este constituye el espacio donde se aprende las ideas sobre decencia y manejo del cuerpo, en donde los sujetos son limitados a determinadas apariencias y formas de presentación que se enmarquen dentro de los límites de la moral inculcada por cada familia, las cuales están altamente mediadas por el género.

*“Mi hermana es flaca, y en mi casa siempre me marcan un montón la diferencia entre mi tipo de cuerpo y el cuerpo de mi hermana. Ella puede usar un short chiquitito, pero si yo me pongo uno es como <<eso no te queda bien, tu no puedes usar eso>> (...)siempre es una lucha constante con la ropa, mi hermana se puede poner un escote hasta el ombligo y normal, pero si yo me pongo un escote hasta el ombligo, soy una zorra”.*

En este sentido, la presentación física de estas jóvenes es equivalente socialmente a una presentación moral y de decencia, en el cual se afincan estereotipos en base a determinadas características físicas y la forma en que estas son administradas, convirtiéndose en estigmas (Le Breton, 2002).

*"[Cuando me engordé] Mi mamá me obligaba a ir al gimnasio, tenía como 10 años, a tomar clases de Axe y esas huevadas<sup>41</sup>, era como una obligación (...) Mi mamá era bien gorda y yo le decía <<tu estas gorda>>, y me decía que ella sí podía estar gorda porque ya estaba vieja, y que yo no porque <<una señorita no podía estar así>>".*  
(Ximena, 25 años)

El punto de encuentro entre estos dos episodios radica en la difusión de un modelo determinado de moralidad femenina inculcado dentro de la familia, en donde podemos encontrar pistas sobre lo que Pitt Rivers (1979) considera la división moral del trabajo: mientras que los atributos éticos que cada género son la fortaleza y responsabilidad en los varones y la vergüenza sexual en las mujeres". Si bien en los testimonios no se hace alusión al comportamiento sexual de estas jóvenes, sí a la forma en que se presentan a si mismas y como esta apariencia debe de concordar con una imagen de decencia expresada por la vergüenza sexual y corporal, especialmente en mujeres jóvenes aún disponibles en el mercado matrimonial.

Si bien, ya no se puede hablar de un modelo Mariano de Feminidad en el sentido absoluto, pues como señala Norma Fuller (1993) la castidad como valor máximo para la mujer pierde fuerza a partir de los años sesentas con el impacto de la segunda ola del feminismo y la expansión de medios de comunicación. Sin embargo, rezagos de la moral burguesa previa quedan en aquello que es inculcado en las familias. Ya no es la castidad lo que les preocupa, la vivencia de la sexualidad se vuelve una tema íntimo, dando paso al manejo de la apariencia como tema de incumbencia familiar y un activo socialmente importante. Como hemos podido ver en los testimonios, la familia, más que demarcar patrones de conducta alimentaria influye en la manera en

---

<sup>41</sup> <sup>41</sup> Argot utilizado por jóvenes para referirse a una situación o cosa.

que estas jóvenes negocian sus identidades y experimentan su cuerpo en función de discursos de moral y modelos de feminidad arraigados en el pensamiento de las clases medias en el Perú en donde la decencia sigue siendo una cualidad por excelencia de las mujeres.

La respuesta de estas jóvenes a estas presiones familiares no es pues la represión de su sexualidad ni tampoco de sus gustos y deseos respecto al mantenimiento y adorno de su cuerpo, sino es a través del disciplinamiento y estilización del cuerpo que ellas encuentran libertad para vestirse y actuar sin estar bajo la mirada crítica de la familia y el entorno. Así mismo, aunque pueda sonar contradictorio, estas jóvenes rechazan y se rebelan contra estas formas de represión del erotismo y de control de su corporalidad al preocuparse por su imagen, hasta el punto de incurrir en prácticas alimentarias negativas, pues como señala una de ellas, esto le confiere beneficios, se siente más segura en la vivencia de su sexualidad y con su cuerpo.

A lo largo de este capítulo hemos realizado un recorrido a través de los principales agentes de socialización en la construcción del cuerpo dentro de la experiencia de bulimia y como es que estos intervienen en dicho proceso. El grupo de pares juega un rol fundamental dentro de las prácticas destinadas al cuidado de las apariencias corporales, la búsqueda de aceptación y posicionamiento son una de las motivaciones principales para realizarlas, junto con ello la normalización del *body shaming* - tanto personal como colectivo - entre compañeras forma parte de sus vivencias cotidianas y reforzando estereotipos estéticos, siendo el principal referente de belleza corporal y los

encargados de desplegar los sistemas simbólicos y de valores en torno al cuerpo.

Es en la interacción entre amigos y amigas que las jóvenes ven materializarse los beneficios del capital erótico. Dicho sistema de valores sociales y simbólicos, es el resultado de imágenes y representaciones presentes en los medios de comunicación, pero que de acuerdo con la narrativa de nuestras participantes tiene un papel indirecto o tácito en la construcción del cuerpo pues se reproduce en la interacción con sus pares. Así mismo, hemos podido observar una relación conflictiva y ambivalente respecto a los modelos estéticos hegemónicos como la delgadez, en tanto expresan rechazo por las formas *irreales* que es representado el cuerpo de las mujeres y sus efectos nocivos socialmente. En este sentido, no se trata de una aceptación pasiva e irreflexiva de modelos de belleza hegemónicos sino una negociación constante entre sus expectativas personales de éxito – mediadas por representaciones corporales del mismo – y una alta consciencia de control y de mantenerse dentro de los límites de la *normalidad*.

## **5. CAPÍTULO 5: REPRESENTACIONES E IDENTIFICACIONES DE MUJERES CON BULIMIA**

### **5.1. Representaciones de la bulimia**

El surgimiento y construcción de las representaciones sobre la bulimia están marcadas por el contexto y las experiencias por las que se atraviesa, de la mano con ello se van modelando las identificaciones y subjetividades de los sujetos; en tanto estas últimas surgen de la articulación entre los discursos y prácticas (Hall 1996).

Como se desarrollo en el capítulo anterior, las trayectorias entre las participantes que asisten a rehabilitación y quienes no, no se encontraron diferencias considerables respecto a la forma en que intervenían los agentes de socialización, a pesar de las biografías diferenciadas, el grupo de pares era el principal referente en la construcción de ideales estéticos y practicas del cuidado corporal. Sin embargo, respecto a las identificaciones y representaciones desarrolladas en torno a la bulimia se encontró una gran diferencia entre los dos grupos, la experiencia de asistir a un centro de rehabilitación implica una re – significación del TCA a lo largo del tratamiento.

Aunque existen puntos de encuentro entre uno y otro grupo, la percepción de la bulimia asociada a otras patologías psíquicas y un discurso predominantemente biomédico es el que prima en quienes reciben terapia.

Respecto a las similitudes encontradas, la bulimia es vista y experimentada como una trayectoria de pérdida de control paulatina y constante sobre las emociones y las conductas de mantenimiento corporal; la cual comienza a ser percibida como un problema en cuanto interfiere con la funcionalidad y eficiencia de los sujetos en las actividades que realiza.

Al inicio de su trayectoria se sentían satisfechas al notar resultados positivos respecto a la pérdida de peso, la purga no representaba una conducta negativa en tanto no implicara una ruptura en su desempeño cotidiano. Así mismo, este tipo de conductas se vieron reforzadas en un primer momento por una respuesta positiva del entorno a la pérdida de peso, reafirmando en estas jóvenes la idea de que la delgadez las posiciona mejor dentro de su entorno, tanto entre sus pares, familia y parejas; como han afirmado la mayoría de ellas.

*“(...) Comenzó a ser agradable para mi [restringir la comida] y vi que comencé a bajar de peso, entonces la gente me comenzó a elogiar “oye has bajado de peso, te ves súper bien” y yo sentía que eso me motivaba a continuar, como que me sentía bien, como que me estaba yendo bien socialmente” (Valeria, 25 años)*

Una de la psicólogas tratantes a las que entrevistamos a esta situaciones como constituyentes de lo que consideramos saludable y signos de bienestar desde la primera infancia. En este sentido, encontramos una alta relación entre la delgadez y de bienestar materializadas en el cuerpo, en donde la noción de salud se ve comprometida en la frecuencia de las prácticas, y como mencionamos previamente en los resultados visibles dentro del cuerpo. Si bien para nuestras participantes una de sus motivaciones principales era la aceptación y posicionamiento dentro del entorno, teniendo como requisito

irreductible una figura que se alejara lo más posible del referente negativo que era el sobrepeso, los respuesta positiva del entorno ante la pérdida de peso, legitimaban las prácticas en las que incurrían y reafirmaba los valores sociales identificados con un modelo estético corporal.

Como se mencionó la inicio del apartado, una diferencia considerable entre quienes han asistido al centro de rehabilitación y quienes no, es el desarrollo de un discurso sobre el TCA anclado en el paradigma biomédico en algunos casos, mientras que en otros le otorgan explicaciones disociadas de su experiencia corporal, como es el caso de Kelly, quien adopta una explicación anclada en un paradigma psicoanalítico para explicar la aparición del desorden alimenticio:

*“Creo yo que mi bulimia viene con otras cosas, no solamente bulimia sola, una de esas cosas es que tuve carencia de padre o carencia de la parte paterna desde muy chiquita”*  
(Kelly, 24 años)

*“Muchas veces si tienes estas cosas eres bipolar y eso necesita pastillas. Antes por ejemplo yo era súper anti pastillas pero en verdad son cosas químicas del cerebro que tienes que controlar con pastillas sí o sí”* (Samantha, 20 años)

Junto con esta representación de la bulimia como enfermedad, se identificó un discurso de la enfermedad como consecuencia de otras patologías de la psiquis o como parte de eventos traumáticos, y que como veremos más adelante estas representaciones intervienen de manera crucial en la construcción de sus identificaciones como sujetos dependientes y estigmatizados. En relación a las explicaciones sobre la aparición de la bulimia que hemos presentado es importante señalar que no estuvieron presentes en

algunos de los casos en la reconstrucción narrativa de su experiencia sobre el desarrollo de los desórdenes alimenticios en sus vidas, y que tal como ellas afirman forman parte del entendimiento y consciencia de enfermedad que han logrado dentro del tratamiento.

Por otro lado, entre quienes no asisten a rehabilitación, la bulimia es percibida no tanto por la naturaleza de sus prácticas si no por su persistencia en el tiempo. Sofía, quien tuvo episodios de bulimia durante toda su adolescencia y algunas recaídas en las prácticas de *binge eating* / purga esporádicamente en su etapa adulta, no considera haber tenido bulimia, pues para ella esto significa que haya sido algo constante, si bien reconoce haber tenido una relación conflictiva y negativa con su cuerpo y alimentación, no lo califica como bulimia. Para ella, la bulimia es una condición constante y anclada principalmente en la psiquis.

*“El tema de la bulimia era bastante conocido. Antes no se hablaba de eso pero escuche una vez, dos veces, incluso yo veía los noticieros que hacían algunas entrevistas a algunas chicas de acá [centros de rehabilitación] y yo <<no, para que hacen eso si pueden hacer ejercicio>> porque yo en ese entonces hacia ejercicio y no engordaba. Me tocó a mi la frustración de no estar contenta con mi cuerpo y o aceptarme como soy y que nadie se fije en mi por esa razón, entonces vino la inseguridad” (Daniela, 19 años)*

Daniela – actualmente en rehabilitación – señala haber tenido una percepción similar a la de Sofía sobre la bulimia, la cual cambió una vez que entró en tratamiento. Así mismo, ella señala que esta comenzó a representar un problema con su madre se enteró de sus prácticas alimenticias y de purga, lo cual generó una ruptura en la dinámica familiar, sobre la cual ella se sentía responsable.

Otra representación de bulimia que encontramos en nuestras participantes es la percepción de esta como una práctica controlada más que como una enfermedad o conducta desviada, estaba orientada hacia ser un estilo de vida. Si bien Ximena, señala que ahora sí es consciente de que esta es una enfermedad, en el momento en que ella la vivía había interiorizado los discursos presentes en páginas web y foros “Ana y Mia” las cuales utilizaban un discurso que legitima las prácticas de inanición y purga, estableciendo que se tratan de estilos de vida y objetivos personales. En este caso, como en los anteriores, el desorden alimenticio es percibido como un problema una vez que comienza a interferir con sus actividades cotidianas debido a los efectos negativos sobre el cuerpo como debilidad que no les permite realizar sus actividades cotidianas de manera eficiente.

Otro elemento resaltante en las representaciones sobre bulimia, es que esta es percibida como enfermedad no tanto por las prácticas en si mismas sino por las consecuencias físicas de desgaste.

*“En otras personas si [lo veía como enfermedad] que eran como <<huevona ya estas al borde de la muerte, no te puedes parar de la cama>> en lo mío lo veía como fresh<sup>42</sup>, sabía que era anoréxica, sabía que era bulímica y lo veía bien, y estaba bien porque todavía no me estaba muriendo como si vi en la tele y cosas así” (Ximena, 24 años)*

Esta percepción normalizada de las prácticas bulímicas podría deberse a las representaciones extremas de lo que es la bulimia, en tanto las jóvenes que eran consideradas bulímicas eran vistas como “loquitas” y “enfermas” – como las calificaba Valeria – no tanto por su práctica sino por los resultados y

---

<sup>42</sup> Argot de origen anglo utilizado por jóvenes para referirse a una situación tranquila o “normal”.

síntomas como la dismorfia corporal<sup>43</sup>, condición que no ha estado presente en la experiencia bulímica de muchos de nuestros casos. Así mismo, en el imaginario de nuestras participantes las jóvenes con bulimia eran blancas de clase media y alta, obsesionadas con un cuerpo extremadamente delgado y una percepción distorsionada de su imagen. Junto con ello, rasgos de personalidad obsesiva y perfeccionista.

*“Me parecían o locas o incapaces de ver su verdadera imagen frente al espejo, porque te enseñan esta cuestión de una flaca que se ve súper gorda frente al espejo, no hay forma... tienes que estar muy mal de la cabeza para sentir o ver algo así, y creo que ese nivel nunca iba a llegar” (Ximena, 24 años)*

Opinión similar a la de Ximena es la que nos cuenta Sofía, Valeria y Diana sobre su percepción de las personas con desórdenes alimenticios. Esto, como lo mencionamos previamente, generaba que nuestras entrevistadas no se identificaran como tal incluso en retrospectiva, estableciendo la diferencia entre *tener* bulimia y *ser* bulímica; principalmente debido a que no consideraban haber llegado a asemejarse a la imágenes extremas que se muestran sobre las personas con esta condición.

*“Yo no me sentía anoréxica o bulímica porque no sentí grandes cambios en mi cuerpo, entonces yo decía debo de ser una mala anoréxica o una mala bulímica [risas]” (Sofía, 23 años)*

De acuerdo con todo lo mencionado hasta el momento, es posible ver como las representaciones sobre la bulimia están marcadas principalmente por las imágenes difundidas por los medios de comunicación y sentido común sobre ellas, exaltando el componente físico como principal característica, generando

---

<sup>43</sup> Es un trastorno que consiste en una preocupación fuera de lo normal por algún defecto, ya sea real o imaginado, percibido en las características físicas propias (autoimagen).

una representación unificada y estable sobre las personas con los desórdenes alimenticios, acotando las diferentes trayectorias en las que se pueden desarrollar los TCA. Por otro lado, esta misma visión unificada y estable de la enfermedad repercute en las representaciones de quienes se encuentran en rehabilitación, como una enfermedad y principalmente de corte clínico.

Las representaciones sobre bulimia aquí presentadas, no son el resultado únicamente de imaginarios colectivos, de las imágenes difundidas por los medios de comunicación y el sentido común, sino que se encuentran en interacción con las experiencias de esas mujeres negociando constantemente los significados que se otorgan a las prácticas bulímicas; y es en relación a estas mismas representaciones que ellas construyen sus identificaciones frente a los contextos en los que se encuentran.

## **5.2. Identificaciones en torno a la bulimia**

Como señala Stuart Hall (1996), las identidades surgen dentro de las representaciones y como parte de actos discursivos. Las representaciones de bulimia identificadas forman parte de los procesos de constitución de identificaciones inmersas en dinámicas y relaciones de poder diferenciadas. Al igual que en el caso de las representaciones, las identificaciones que surgen en la experiencia de bulimia están marcadas fuertemente por los discursos a los que están expuestos sujetos, específicamente por la asistencia a una institución de rehabilitación.

El discurso predominantemente biomédico sobre los desórdenes alimenticios al que están expuestas las entrevistadas dentro de su proceso de rehabilitación en el centro, influye de manera crucial en las identidades de estas jóvenes, discurso legitimado por la relación de poder entre los psicólogos tratantes de la institución y las pacientes, los cuales no solo establecen normas de conducta, alimentación y comportamiento dentro del tratamiento dentro y fuera del centro, sino que en dicho proceso, las pacientes son posicionadas como enfermas, dependientes e incapaces de decidir por si mismas. El recorte de agencia y libertades a los que se ven sometidas una vez que inicia el tratamiento tiene consecuencias profundas en su subjetividad. En tanto genera en ellas una alta consciencia de enfermedad como condición constante y estigmatizante, en donde se acepta la pérdida de agencia e independencia – sin importar la edad que tengan – tanto del centro como de sus padres.

*“Al principio fue catastrófico [entrar al centro de rehabilitación] era muy frustrante y más aún porque te controlaban todo. Aún controlan todo, pero ya me acostumbre obviamente. Pero si pues, todo nuevo. Aun odio ir al baño con otras personas”*  
(Daniela, 19 años)

Experiencias como la que señala Daniela pudimos ver en casi todas nuestras entrevistadas, para quienes el ingreso al centro implicó un recorte total de sus libertades, de relacionarse con sus amigos y en uno de los casos familia. La resistencia al tratamiento y sus condiciones es solo una primera etapa, con el tiempo las pacientes van incorporando esta necesidad de que tanto padres como terapeutas sean quienes tomen las decisiones sobre su vida, es decir asumen como su enfermedad como identidad social.

*“Recién comencé a valorar mi tratamiento el día en que hice mi primera crisis, que grite fuerte, me pincharon con un sedante y lo único que recuerdo es que ya estaba en la casa de los tíos<sup>44</sup> La crisis ocasionó de que haya un quiebre en mí, eso hizo que yo rote (...) cuando comencé a rotar ya no había espejos, había uno chiquito, me tocaba estar con más chicas, estaba un poco copada por las pastillas pero comencé degradar mi proceso de contestar, y lo único que recuerdo es que alguien me dijo <<has cambiado, ya no duermes>> y desde ahí dije << si cambio voy a tener recompensar, voy a poder salir>>, entonces comencé a cambiar, comencé a venir con ropa más adecuada porque me la escogía la tía” (Kelly, 24 años)*

Sumado al posicionamiento de enfermas y la aceptación del estigma y la pérdida de agencia, estas jóvenes orientan sus metas y objetivos de éxito a superar la enfermedad y salir del centro de rehabilitación, el ser dado de alta del tratamiento implica para estas chicas no solo la recuperación paulatina de sus libertades y autonomía, sino también el desligarse del estigma de enfermas. Así, esta aparente respuesta pasiva e identificación de enfermas, constituye también una estrategia de respuesta al tratamiento de la clínica, en donde la resistencia o recaída en la bulimia implica que sus avances en los módulos de terapia se vean retrasados y por ende su salida de alta. Así mismo, debido al enfoque del tratamiento y las normas establecidas en cada módulo (Ver anexo 4), quienes son pacientes en rehabilitación desarrollan una percepción de su recuperación anclada en la subordinación del cuerpo a la mente, reafirmando el clásico dualismo occidental de cuerpo y mente.

*“[ahora pienso] Un cuerpo no es lo más importante al final” (Samantha, 20 años)*

*“Yo siento que he mejorado mucho porque, o sea si me importa el cuerpo, pero no a tal grado al que llegué cuando empecé con la enfermedad” (María, 32 años)*

En contraste, las participantes que no se encuentran en ningún tipo de rehabilitación y que ya superaron la enfermedad, consideran que si bien esta es una condición desgastante de la psiquis, esta está principalmente anclada

---

<sup>44</sup> Refiriéndose a los jefes del hogar de rotación al que fue asignada por el centro de rehabilitación.

en la cultura y la sociedad. Idea de la que si bien no se desligan las informantes en rehabilitación, pues consideran es un componente presente en la insatisfacción corporal pero no en los desórdenes alimenticios en si mismos, lo cuales son resultados de desórdenes psiquiátricos como bipolaridad como constata en el testimonio de Samantha expuesto previamente, para quien esta era la diferencia entre la obsesión por la apariencia presente en todas sus compañeras de colegio y el desarrollo de un TCA. El anclaje en la cultura y la socialización que respecto a la bulimia y sus representaciones e identificaciones en este grupo de jóvenes genera la distinción antes presentada entre *ser bulímica* y *tener bulimia*, siendo esta última un conjunto de prácticas desviadas de la conducta alimentaria resultado de presiones por asimilarse a los ideales estéticos dominantes dentro del grupo de pares, pero que no mella en su identificación como sujetos autónomos y su capacidad de abandonar dichas prácticas, en tanto no se consideran así mismas como enfermas, las estrategias desplegadas para la recuperación de la bulimia están más orientadas al soporte de la familia y de los pares, tales como amigos y parejas.

*“Al comienzo cuando recién empezamos a salir, ahora ya vamos 3 años y medio, yo le conté la historia para que me ayude, para que me vea porque o sea cuando yo te digo que hace dos años no vomito, entonces yo el primer año estuve saliendo con el, entonces el me ayudaba a verme que no vomite, que no este con los ojos rojos (...) en verdad siento que si no lo hubiera tenido a el, de repente hubiera recaído” (Andrea, 24 años)*

El hecho de que no haya una medicalización de la bulimia ni una identificación de enfermas no implica que sea una condición normalizada, esta representa un problema en tanto se perciben como personas inconformes consigo mismas, en constante búsqueda de seguridad personal en el que el cuerpo juega un

lugar fundamental. Esta búsqueda de validación y seguridad personal es también una forma de ganar libertad de acción y de performance corporal, así como de hacer frente a los ideales de belleza y estereotipos dominantes.

En las identificaciones desarrolladas por las participantes, la dimensión de éxito y sus representaciones de género están altamente relacionadas. Para la mayoría de ellas, “ser mujer” implicaba libertad, seguridad y control como cualidades morales principales. Cuando se refirieron a la dimensión física de ser mujer coincidieron en características como un cuerpo curvilíneo y armonioso, cintura pequeña, caderas ancha, piernas torneadas; junto con ello, mencionaron en el tema actitudinal una preocupación mayor por el aspecto físico y coquetería como características inherentes a ser mujer. Como podemos ver, para ellas el referente estético no es el de una persona extremadamente delgada sino el de alguien que se vea femenina, si bien esto implica una determinada contextura, se trata más del rechazo a la gordura, al exceso que de culto a la delgadez como se sostiene usualmente referente a estos casos. Esto puede verse claramente por el tránsito entre la idealización de diferentes “tipos” cuerpo los cuales oscilan entre ser “flaca” y ser “fit” principalmente.

La relación entre libertad y ser “coqueta” o la vivencia de la sexualidad es bastante evidente, ya que esta actitud se viabiliza o se vuelve tangible cuando cuidan su cuerpo y se sienten “seguras” con su cuerpo.

*“Yo creo que si [hay relación entre ser atractiva y exitosa] porque es como que demuestra que tienes control en un mundo tan caótico, o sea como que demuestra que tienes control en el dinero, en el amor, en lo social y también en tu cuerpo, es como que todo esta en armonía” (Diana, 22 años)*

En contraposición, una persona con sobrepeso es considerada como alguien que no ha podido manejar todas estas dimensiones de la vida y que ha descuidado su cuerpo, así en el cuerpo – siendo lo señalado por Le Breton – se reflejan los valores morales referentes a la feminidad y al éxito.

*“Si tu te ves bien se te van a abrir más puertas y más oportunidades de éxito, en todos los aspectos de tu vida, si tu te sientes bien y atractivo, si te ves bien los hombres van a querer estar contigo, y el aspecto sexual amoroso va a estar cubierto, en temas laborales también, en temas del día a día también, hasta cuanto quieras comprarte un helado la gente te va a tratar mejor” (Sofía, 23 años)*

*“Veía que las chicas que eran súper delgadas y atraían la mirada de los chicos y como que ellas se sentían súper bien consigo mismas en bikini, no se, paradas, sentadas y yo no podía porque no se, yo me sentía muy consciente” (Andrea, 24 años)*

Fortaleza, autocontrol, independencia y seguridad son los valores morales que mencionaron las participantes respecto a lo que es ser mujer para ellas. Frente a este discurso sobre empoderamiento femenino, tenemos también representaciones específicas y estereotipadas sobre la apariencia de una mujer, en las cuales identifican dichos valores. Siguiendo a Le Breton, las apariencias corporales son también una forma de reflejar valores morales. Si la gordura significa falta de autocontrol, dejadez e incapacidad para manejar responsabilidades, en oposición a un ideal de feminidad determinado por fortaleza, independencia, seguridad y control, cualidades que fueron identificadas con las de una persona que cuida su apariencia – que en cualquier de las variantes de modelos corporales es todo menos sobrepeso.

La relación entre las representaciones sobre feminidad, éxito y estética corporal están altamente relacionadas dentro de las trayectorias de bulimia, y

las identificaciones que se generan alrededor de ella, en tanto al desligarse de características físicas estigmatizantes como son la gordura se busca alcanzar seguridad y libertad de acción en el ámbito profesional y público, logros que forman parte de su definición de éxito.

El surgimiento de las identificaciones en mujeres con bulimia, al ser parte actos discursivos que establecen límites y demarcan diferencias, y por su naturaleza estratégica y posicional, es desarrollada en función del contexto y situación en las que experimentan el desorden alimenticio. Quienes no asisten a rehabilitación al no estar posicionadas como pacientes realizan un ejercicio reflexivo y crítico que da cuenta más que de una sujeción y aceptación ciega de estereotipos estéticos dominantes, una resignación a su valor en la sociedad y a una búsqueda de algo más que la belleza corporal como objetivo máximo; esta es en realidad la representación más tangible y visual del éxito social, económico y afectivo en nuestra sociedad.

## 6. CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

- El inicio y desarrollo de la experiencia bulímica está marcado por un proceso continuo de prácticas alimentarias consideradas normales para el mantenimiento del cuerpo – como recurrir a dietas y a la restricción progresiva de cierto tipo de alimentos, así como deportes y ejercicios – y todo un continuo de prácticas orientadas a la estilización y cuidado de la apariencia corporal, llegando finalmente a la realización prácticas bulímicas como purgas mediante laxantes, vómitos y ejercicio compulsivo. En este sentido, entender a los desórdenes alimenticios como prácticas desviadas propias de personas con trastornos aislados es invisibilizar el impacto de su interacción con todo un sistemas cultural, global y local, que recompensa el aspecto físico idealizado.
- La construcción del cuerpo en la experiencia de bulimia es el resultado de un proceso relacional en el que los grupos de pares cumplen un rol fundamental en la difusión y reafirmación de ideales de belleza femenina en tanto son los referentes más cercanos sobre lo que se establecen los límites de estéticamente aceptable o negativo. Dicho proceso relacional de interacción directa con el grupo de pares, tiene como paraguas el impacto de la influencia en los cambios de paradigma en los medios de comunicación y la celebración de modelos y personajes “cercaños” y

“reales” a la realidad de los sujetos pero que reproducen ideales corporales y de estilo de vida con valor diferencial.

- Más que un único ideal corporal dominante y unificado orientado al culto a la delgadez, existe un rechazo categórico por el sobrepeso y la “gordura” en tanto no solamente representa una característica física indeseable sino simboliza valores sociales indeseables, identificados con el fracaso en la vida pública, y principalmente privada. Al existir un límite definido entre lo estéticamente aceptado y lo trasgresor se reconoce un tránsito fluido entre diferentes modelos y tipos de cuerpo siempre ubicados dentro del margen de lo “normal” o “aceptable”.
- La vergüenza corporal es un elemento que cruza la construcción del cuerpo en las mujeres con bulimia, y se da principalmente en la interacción con sus pares mujeres con quienes se generan prácticas de control colectivas respecto de la alimentación y la prevención del sobrepeso, naturalizando discursos y prácticas de *body shaming* dentro de sus interacciones cotidianas en las que se desarrolla una híper – consciencia corporal .que tiene como consecuencia la ruptura de la fluidez en la experiencia y el desarrollo de obsesiones y fijaciones sobre el cuerpo.

- La búsqueda de aceptación, posicionamiento o mantenimiento de estatus dentro de los grupos de pares constituye una de las motivaciones principales en las prácticas orientadas al cuidado del cuerpo y en el inicio de las trayectorias bulímicas, en tanto se reconoce el valor social y simbólico del capital erótico y los beneficios que conlleva su acumulación para quienes lo poseen. Estableciendo una relación directa entre acumulación de este activo físico y social y el éxito y autorrealización personal en el tiempo presente y futuro.
- La acumulación de atractivo físico y social – Capital Erótico – es considerado fundamental en el ámbito sexual afectivo, teniendo mayores posibilidades de éxito en la vida privada y de vivir y experimentar su sexualidad con mayor libertad. El atractivo físico en este sentido está altamente relacionado con características físicas reconocidas como “típicamente femeninas” en donde las partes del cuerpo tienen un valor simbólico diferenciado en función de lo representativos que sean de la femineidad, y sobre los cuales actúan y realizan cuidado con mayor fijación.
- El rol secundario que cumple la familia en la construcción del cuerpo en la experiencia bulímica está orientado principalmente a la reafirmación de valores morales y de decencia marcados por representaciones sobre femineidad, orientados al control de la gestión corporal y de las apariencias en función de dichos criterios. La búsqueda de

emancipación de dichos estereotipos y libertad en las prácticas de mantenimiento y adorno corporal tienen como respuesta el desarrollo de prácticas orientadas a perder peso con el objetivo de librarse de los controles familiares sobre sus cuerpos.

- Representación de la bulimia en función de sus efectos físicos y no de las prácticas de purga y alimentación compulsiva en si mismas. El cual es reconocido como un problema cuando irrumpe en el desempeño regular en sus actividades cotidianas y su sociabilidad, así como cuando aparecen marcas evidentes de desgaste físico.
- La experiencia de asistir a un centro de rehabilitación establece una diferenciación muy marcada entre quienes son pacientes y quienes no, pues implica una re – significación del TCA a lo largo del tratamiento y la construcción de una representación de bulimia estigmatizada y asociada a otras patologías psíquicas y un discurso predominantemente biomédico que las posiciona como enfermas. Por el contrario, quienes no han asistido a ningún centro de rehabilitación representan la bulimia con un mayor anclaje en lo social y cultural como resultado de procesos de socialización en los que se cosifica y estigmatiza el cuerpo femenino.
- Al igual que en las representaciones, la asistencia al centro de rehabilitación genera una experiencia en las cuales se desarrollan identificaciones diferenciadas respecto a quienes no se encuentran en

tratamiento. La diferencia entre *tener bulimia* y *ser bulímica*, siendo esta última una condición constante y estigmatizada de una persona enferma en contraste con la primera la cual corresponde a la representación de las prácticas bulímicas como conductas desviadas pero periódicas.

- Finalmente, las representaciones en torno a la bulimia que desarrollan estas jóvenes a lo largo de su experiencia están marcadas por la influencia del entorno, en tanto son los que legitiman y naturalizan ideales de belleza y prácticas, que como mencionamos previamente, orientados a evitar el aumento de peso, poniendo énfasis en la restricción, el exceso de dietas y en general una preocupación excesiva por la alimentación para no ganar peso. En ese sentido, se refuerzan de modo cotidiano estigmas sobre el cuerpo cuando trasgrede el modelo idealizado, y se da licencia a prácticas que en otro momento de la experiencia de bulimia son tachadas de desviadas y sancionadas por el mismo entorno.

## BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA, María y Gómez, Gilda

2003 “Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México”. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. Almería, Vol. 3, número 1, pp. 9 – 21. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=325700>

AHMED, Sara

2000 *Strange Encounters: Embodied Others in Post-Coloniality*. New York: Routledge

ALBALA, Ken

2013 *Routledge International Handbook of Food Studies*. New York: Routledge

ARFUCH, Leonor

2002 *El espacio biográfico: Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

2010 *La Entrevista, una invención dialógica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica

ASHLEY, Bob ; HOLLOWS, Joan ; JONES, Steve y TAYLOR, Ben

2004 *Food and Cultural Studies*. London: Routledge

BARRIG, Maruja

1979 *Cinturón de Castidad: La mujer de clase media en el Perú*. Lima: Mosca Azul Editores.

BARTHES, ROLAND

2013 “Toward a psychosociology of contemporary food consumption”. En COUNIHAN, Carole y VAN ESTERIK Penny (editoras). *Food and culture: a reader*. New York: Routledge.

BAUDRILLAR, Jean

2009 *La sociedad de consumo: sus mitos, sus estructuras*. Madrid: Siglo XXI editores

BAUMAN, Zygmunt

2003 *Modernidad Líquida*. México D.F.: Fondo de cultura Económica  
2007 *Miedo Líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona: Paidós

2010 *Mundo Consumo. Ética del individuo en la aldea global*. Primera edición. Barcelona: Paidós

2011 *Culture in a Liquid Modern World*. Cambridge: Polity

- BENDELEOW, Gillia y WILLIAMS, Simon  
1998 *The Lived Body: Sociological Themes, Embodied Issues*. Londres: Routledge
- BLESA, Belén  
2015 "Devenir cuerpo en la sociedad de consumo". En *Daimon Revista Internacional de Filosofía* Nro 66.
- BOURDIEU, Pierre  
1991 *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus
- BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Loic  
2008 *Una invitación a la sociología reflexiva*. 2da ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores
- BORDO, Susan  
2004 *Unbearable Weight: Feminism, Western culture, and the body*. Berkeley CA: University of California Press  
2013 "Not just "a White girl's thing": the changing face of food and body image problems". En COUNIHAN, Carole y VAN ESTERIK Penny (editoras). *Food and culture: a reader*. New York: Routledge.
- BRUBERG, Joan  
2000 *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*. New York: Vintage books  
BURNS, Maree; FRITH, Hannah; MARKULA, Pirkko; RILEY, Sarah y WIGGINS, Sally  
2008 *Critical Bodies: Representations, Identities and Practices of Weight and Body Management*. New York: Palgrave Macmillan
- BUTLER, Judith  
2001 *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías de la sujeción*. Madrid: Ediciones Cátedra  
2007 *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Ediciones Paidós
- CALVO, Goiz-Eder  
2008 "La antigüedad clásica: los primeros pasos en el proceso de construcción de la noción de anorexia". En *LÓGOI Revista de Filosofía* Nro 13. Semestre enero-junio. Universidad central de Venezuela.
- CASTELLS, Manuel  
2000 *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. Vol. I: "La sociedad red". 2da Ed. Madrid: Alianza Editorial.  
2009 *The power of Identity*. Vol. II. 2da Ed. Wiley-Blackwell  
2009 *Comunicación y poder*. Madrid: Alianza Editorial

CASTILLO, Belén

2006 "Sociedad de consumo y trastornos de la conducta alimentaria". En [www.uniroja.es](http://www.uniroja.es)

Consulta: 15 de abril de 2016

CORTINA, Adela

2002 *Por una Ética del Consumo: La ciudadanía del consumidor en un mundo global*. Madrid: Taurus

COUNIHAN, Carole y VAN ESTERIK, Penny

2013 *Food and Culture: a reader*. 3ra ed. New York: Routledge

DARMON, Muriel

2009 "The Fifth element: Social Class and the Sociology of Anorexia". En SAGE Publications. [www.sagepublications.com](http://www.sagepublications.com)

DOLEZAL, Luna

2015 *The Body and Shame: Phenomenology, Feminism and the socially shaped body*. Londres: Lexington Books

DU GAY, Paul y HALL, Stuart

1996 *Questions of cultural identity*. Londres: Sage Publications

DWORKIN, Shari y WACHS, Faye Linda

2009 *Body Panic: Gender, health, and the selling of Fitness*. New York: New York University Press

ELIAS, Norbert

2001 *The society of individuals*. New York: The Continuum International Publishing Group

ESTEBAN, MariLuz

2013 *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Segunda edición. Barcelona: Edición Bellaterra

EVANS, Mary y LEE, Ellie

2002 *Real Bodies: A Sociological Introduction*. New York: Palgrave

FEATHERSTON, Mike; HEPWORTH, Mike y TURNER, Bryan

1991 *The Body: Social Process and Cultural theory*. London: SAGE Publications

FOUCAULT, Michel

1999 *Estrategias de Poder*. Barcelona: Paidós

2013 *La inquietud por la verdad: escrito sobre la sexualidad y el sujeto*. Buenos Aires: Siglo XXI

FULLER, Norma

1998 *Dilemas de la feminidad: mujeres de clase media en el Perú*. Lima: PUCP. Fondo Editorial.

GIDDENS, Anthony

1991 *Modernity and Self – Identity: Self Identity in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity

1991 *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity

2001 *Runaway World: How Globalisation Is Reshaping Our Lives*. Londres: Profile

2010 *Sociología*. 6ta Edición. Madrid: Alianza Editorial

GOFFMAN, Irving

1967 *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behaviour*. Londres: Penguin Books

1971 *Strategic Interaction*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Publications

1986 *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books

HAKIM, Catherine

2012 *Capital Erótico. El poder de fascinar a los demás*. Barcelona: Debate

HALL, Stuart y GIEBEN, Bram

1992 *Formations of modernity*. Cambridge: The Open University

HARAWAY, Donna

2004 *The Haraway Reader*. New York: Routledge

KAUFMANN, Alicia

1999 “¿La anatomía marca el destino? Sociología de la anorexia”. En [injuve.es](http://www.injuve.es). Consulta: 8 de abril del 2016. <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista47-9.pdf>

KOGAN, Liuba

2007 *La insoportable proximidad de lo material: cuerpos e identidades*. Tesis de doctorado en Antropología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Graduados.

2010 *El deseo del cuerpo: mujeres y hombres en lima contemporánea*. Lima: Fondo Editorial del congreso del Perú.

LÓPEZ, Aina

2001 "Aproximación teórica al estudio sociológico de la anorexia y la bulimia nerviosas". En Uniroja.es. Consulta: 4 de abril del 2016. <http://www.jstor.org/stable/40184388>

MENDIBLE, Mayra

2016 *American Shame: stigma and the body politic*. En JSTOR. Indiana: Indiana University Press

O'CONNOR, Richard

2013 "De – medicalizing anorexia: opening a new dialogue". En COUNIHAN, Carole y VAN ESTERIK Penny (editoras). *Food and culture: a reader*. New York: Routledge.

RIVAROLA, María Fernanda y PENNA, Fabricio

2006 "Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal". *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. México D.F., vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, pp. 61-72. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80280205>

ROSALES, José Luis

2008 *Las rutas del cuerpo en el currículo nacional. Un estudio sobre la socialización del cuerpo en las políticas educativas*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Sociales con mención en Sociología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Sociales.

SIBILIA, Paula

2008 *La intimidad como espectáculo*. 1ra Edición. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica

TURNER, Bryan

2008 *The Body & Society: Explorations in Social Theory*. 3ra edición. SAGE Publications

VILLA, Julio

2013 *Diseñando el cuerpo: la estética corporal masculina en jóvenes de sectores altos de Lima*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Sociales con mención en Sociología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Sociales.

ZUSMAN, Lillyana

2009 *Los desórdenes de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú

## ANEXOS

### Anexo Metodológico

#### Barreras para la realización del trabajo de campo

Una de las principales dificultades en todo el proceso de esta investigación fue lograr tener acceso a personas que estuvieran dispuestas a contar su experiencia dentro de los desórdenes alimenticios.

Debido a la naturaleza misma del objeto de estudio, la disposición y deseo de compartir su experiencia no fue suficiente para poder acercarnos a estas jóvenes, pues previamente fue necesario tener permiso de los directores del centro de rehabilitación al que asistían. Este último factor fue el que representó el principal y más grande reto, que implicó realizar ajustes constantes a la muestra, e incluso puso en peligro la realización de la investigación en su totalidad. En este proceso de obtener permiso de la institución se enviaron cartas formales de solicitud y credenciales a las unidades correspondientes del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi y del Hospital Victor Larco Herrera. Ambas instituciones rechazaron el pedido debido a que pacientes con tratamiento psiquiátrico no podían formar parte de ninguna investigación externa.

En paralelo a esto se realizó el mismo proceso en diversos centros privados de tratamiento especializados en desórdenes alimenticios. En este caso la barrera principal era la confidencialidad de los pacientes y sus familias, debido a que

como señaló una de las directoras de una institución en San Isidro, la principal preocupación de los padres era mantener un perfil bajo sobre la asistencia de sus hijas al tratamiento, e inclusive, sin importar la edad de la paciente una vez dentro de la terapia cualquier actividad debía de pasar por el permiso de sus padres, aun cuando ellas mostraran predisposición para hacerlo. Esto último es importante no solo como evidencia de las dificultades que se presentan para abordar temas sobre salud mental, sino es un hallazgo en si mismo sobre la forma en que se tratan y se posicionan a los sujetos una vez posicionados como pacientes.

Finalmente, obtuve permiso en ABINT, un centro de rehabilitación en San Borja con sede central en Argentina. El proceso de confidencialidad fue el mismo, y el proceso de recolección de la información en las entrevistas estuvo altamente condicionado por las pautas puestas por la institución. Desde la selección de participantes hasta el tiempo que podía tomar cada sesión de entrevista fue definido. Así mismo, se me asignó una psicóloga o responsable acompañante que iba a estar presente en cada una de las entrevistas que tuviera con estas jóvenes, y en general en el tiempo que visitara la institución. Esto en si mismo representó una barrera para establecer un comunicación fluida y de confianza con las entrevistadas, debido a que muchos de los temas eran casi censurados por la persona que me acompañaba, a quienes las pacientes le preguntaban si podían mencionar temas como el “peso”, refiriéndose incluso solo a la palabra.

Todos estos detalles representaron constantes retos a lo largo del trabajo de campo y recojo de información, pero enriquecieron tremendamente la forma en la que pude entender la experiencia de estas jóvenes tanto desde la bulimia como cómo pacientes; brindándome una aproximación etnográfica sobre la vida dentro de centros de rehabilitación, y abriendo una nueva curiosidad académica.



## Anexo 1

Cuadro de informantes

Nombre asignado	Edad	Lugar de nacimiento	Lugar de residencia	Nivel Educativo	Actividad	Estado dentro del TCA	Edad de inicio de prácticas Bulímicas
Daniela	19	Huancayo	San Luis	Superior Incompleto	Cese de estudios	Paciente a tiempo completo en Abint – 1 año de tratamiento	14 años
Emilia	21	Lima	Surco	Superior Incompleto	Estudiante de Ciencias de la Comunicación (SMP)	Paciente a medio tiempo en Abint – 5 años de tratamiento	15 años
María	32	Lima		Superior Completo – Derecho (PUCP)	Cese laboral	Paciente a tiempo completo en Abint – 7 años de tratamiento	19 años
Samantha	20	Lima	San Isidro	Superior Incompleto	Cese de estudios	Paciente a medio tiempo en Abint – 1 año y 10 meses de tratamiento	13 años
Maricielo	19	Lima	Callao	Superior Incompleto	Estudiante de Ciencias de la Comunicación (UPC)	Paciente a medio tiempo en Abint – 1 año de tratamiento	16 años
Kelly	24	Chincha	Hogar Familiar en Comas/ Hogar de Rotación en Surco	Superior técnica completa - Danza	Cese laboral	Paciente a tiempo completo en Abint – 7 meses de tratamiento	11 años
Sofía	23	Lima	Miraflores	Superior Completa – Periodismo (UL)	Redactora <i>Free Lance</i> en diario El Comercio	Superado	15 años
Andrea	24	Lima	Miraflores	Superior Incompleta – Negocios Internacionales (UL)	Analista de marketing	En proceso, sin tratamiento	18 años
Diana	22	Cusco	Pueblo Libre	Superior Incompleta	Estudiante de Ciencias Sociales (PUCP)	Superado	14 años
Valeria	25	Lima	La Molina	Superior Completa – Ciencias Sociales (PUCP)		Superado	11 años
Ximena	23	Lima	Pueblo Libre	Superior Completa – Ciencias Sociales (PUCP)		Superado	13 años
Macarena	23	Lima	Chorrillos	Superior Completa – Hotelería y turismo (UPC)		En proceso, sin tratamiento	16 años

## Anexo 2

### Guía de Entrevista

#### **Guía de entrevista**

Buenos días/tardes mi nombre es Isabella Reus, estoy haciendo mi tesis de licenciatura en sociología en la PUCP sobre la experiencia de mujeres jóvenes con en desórdenes alimenticios. La finalidad de este proyecto de investigación es puramente académico y la identidad y confidencialidad de los participantes se maneja con la mayor discreción: se utilizarán pseudónimos en todos los casos.

#### **Datos personales:**

1. ¿Cuál es tu nombre?
2. ¿Cuántos años tienes?
3. ¿Dónde naciste?
4. ¿Dónde vives?
5. ¿Con quienes vives?
6. ¿A que te dedicas?
7. ¿Y tus padres a que se dedican?

#### **Socialización familiar**

8. ¿Cómo es la dinámica en tu familia? (actividades)
9. ¿Cómo se organizaban las actividades en tu familia? (Roles)
10. ¿Cómo te describirías a ti misma dentro de tu familia?
11. ¿Cuáles son los comportamientos o actividades que sientes que estuvieron más presentes dentro de la educación que te dieron tus padres?
12. Dentro de la vida cotidiana en tu familia ¿Que papel jugaba la alimentación?
13. ¿Cómo dirías que eran los hábitos alimenticios en tu familia? (tipo de productos, de comidas, etc.)
14. ¿Recuerdas como te enseñaron en tu familia a cuidar tu cuerpo?

#### **Identidad genérica**

15. ¿Crees que esos cuidados o comportamientos tenían que ver con el hecho de que seas mujer?
16. ¿Qué crees es para tu papá y mamá ser mujer?
17. ¿Y para ti, que es ser mujer?
18. ¿Qué características asocias con lo masculino y lo femenino?  
(Repreguntar sobre roles y actividades)

19. ¿Cómo te sientes respecto de esas características?

### **Socialización Secundaria (pares)**

- 20. ¿Cómo describirías a tu grupo de amigos y amigas?
- 21. ¿Y a ti misma dentro del grupo?
- 22. ¿Cuál crees que es el rol del cuerpo dentro de tu grupo de amigos?
- 23. ¿Cómo hablan del cuerpo?

### **Ideales estéticos**

- 24. ¿Crees que existe algún modelo o ideal de belleza corporal?
- 25. ¿Consideras que estos ideales son iguales para todos los grupos sociales (NSE)?
- 26. ¿Cuál crees que es el principal medio de difusión de estos modelos?
- 27. ¿Crees que existe algún tipo de presión social por asimilarse a estos modelos?
- 28. ¿Estos ideales son diferentes entre hombres y mujeres?
- 29. ¿Qué representan para ti, más allá de lo estético, estos modelos de belleza?
- 30. ¿Crees que la (“buena”) apariencia trae cierto beneficios?

### **Cuerpo**

- 31. ¿Cómo te sientes respecto a tu cuerpo?
- 32. ¿has sentido algún tipo de cambio en tu comportamiento cuando ha habido cambios en tu cuerpo (ej. Menstruación, cambios de peso, etc.)?
- 33. ¿cuándo eliges ropa tienes en consideración la forma de cuerpo?
- 34. ¿alguna vez te has sentido limitada o incomoda de hacer algo por la forma de tu cuerpo?
- 35. ¿ha cambiado en el tiempo?
- 36. ¿recuerdas en algún momento algún tipo comentario negativo o juzgamiento sobre tu cuerpo? ¿de parte de quien?
- 37. ¿cómo te hizo sentir?
- 38. ¿Cómo fue tu comportamiento después de eso?

### **Experiencia de Bulimia**

- 39. ¿cómo describes tus hábitos alimenticios?
- 40. ¿tienes algún criterio en particular en la elección de tus alimentos?
- 41. ¿Este sistema alimenticio ha cambiado a través del tiempo?
- 42. ¿dentro de sus hábitos alimenticios hay alguna forma de controlar el peso?
- 43. Respecto a la bulimia, ¿Cómo se presentó este momento y cómo te diste cuenta?
- 44. ¿Cómo describiría ese momento de su vida?
- 45. ¿Qué recuerdas haber sentido

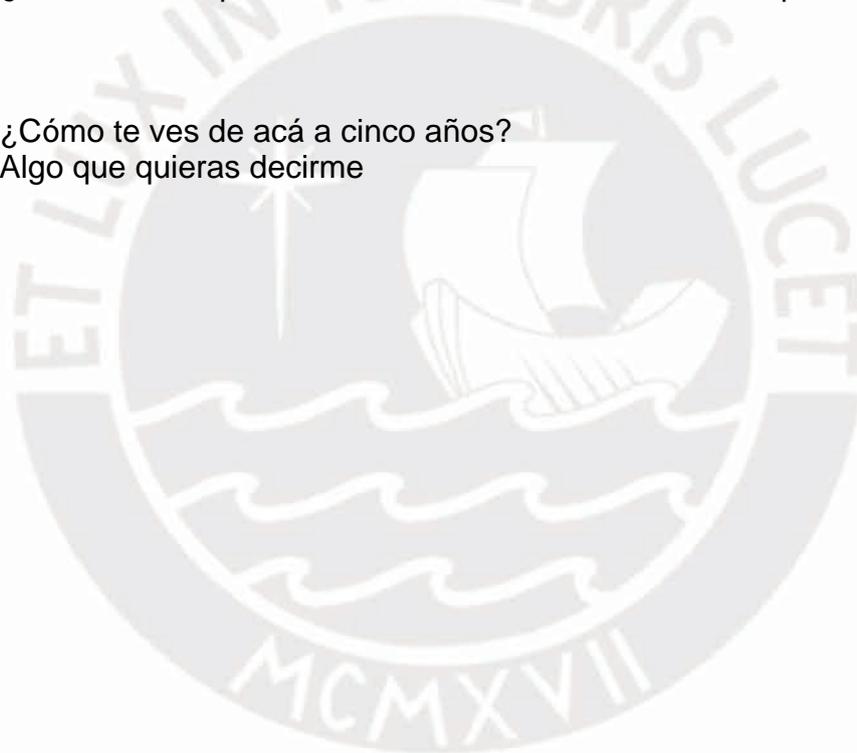
46. ¿Qué le preocupaba?
47. ¿Cómo se veía?
48. ¿Qué recuerda haber sentido?
49. ¿Cómo cree que lo veían los demás?
50. ¿Cómo es la relación con tu familia y amigos?
51. ¿Quiénes eran importantes /referentes para ti?
52. ¿Qué estaba mal visto comentar abiertamente?

### **Expectativas**

53. ¿cuáles son las características que crees que tiene una persona exitosa?
54. ¿qué sería tener éxito para ti?
55. ¿cuáles crees que son las condiciones fundamentales para alcanzarlo?

### **Cierre**

56. ¿Cómo te ves de acá a cinco años?
57. Algo que quieras decirme



### Anexo 3

#### Muestra de Entrevista

Isabella: Me gustaría que me cuentes algunos datos generales sobre ti. Nombre, edad, dónde estudiaste, con quiénes vives.

Camila: Me llamo Camila, tengo 19 años, soy de Huancayo, estudié en el colegio Andino, estudié año y medio allá en la universidad pero ahora planeo quedarme acá.

I: ¿Hace cuánto tiempo vives en Lima?

C: Hace un año. Entonces vivo con mi hermano y mi mamá. Mi papá está en Huancayo porque allá está el negocio.

I: ¿Por qué te mudaste a Lima?

C: Por la enfermedad. Por mi propia cuenta en verdad, porque ya estaba cansada entonces le dije a mi mamá, mamá, ya no funcionan este tipo de terapias, me siento muy cansada y todo y... otra opción. Yo misma busqué centros de ayuda en internet y había varias opciones pero llamé... Mi hermano tenía una enamorada en ese entonces que estudiaba medicina. Y ella sabía de varios contactos en temas de salud y me recomendó Avint (?). Y vine, me dieron la entrevista y desde ese entonces estoy acá.

I: ¿Tus papás a qué se dedican? Me dijiste que tu papá tenía un negocio allá.

C: Mis papás tienen una empresa textil. Fabrican chompas, todo el tema de tejidos.

I: ¿Tu mamá también trabaja o es ama de casa?

C: Sí, ahora solo se dedica a cuidarme a mí.

I: ¿Tu hermano cuántos años tiene?

C: 23.

I: ¿Ahorita en Lima dónde estás viviendo?

C: En San Luis.

I: Por acá, ya genial. Ahora que ya me contaste en general sobre ti voy a pasar el tema del desorden en sí. ¿Tú tienes bulimia?

C: Bulimia.

I: Bueno, me gustaría que me cuentes cómo empezó.

C: ¿El cómo se originó o cómo empezó?

I: Tú escoge la línea narrativa que prefieras, el cómo se originó, cómo empezó. Estructúralo como a ti mejor te parezca.

C: Yo creo que fueron bastante... Bueno el origen principal que yo le arraigo bastante o analizo que empezó todo fue el tema del aspecto físico que tenía un tema de tiroides desde los 11 años. Antes comía lo que quería y no engordaba para nada. Me dio hipotiroidismo a los 11, 12, entonces como que comencé a ver cambios físicos muy notorios en mi cuerpo. Empecé a engordar un montón. Y a pesar de que hacía, porque yo era una chica bastante deportista, entonces decía "por qué", todo era incoherente en mi cabeza y empecé a fijarme demasiado en mi cuerpo. Ya la ropa que tenía no me quedaba. Pero por qué por qué, ¡¿por qué?! Me frustraba, le decía a mi mamá, mamá no puedo bajar de peso. Así fueron tres años creo.

I: ¿Tu mamá qué te decía en esos momentos? ¿Te hacía algún comentario con respecto a tu cuerpo?

C: Sí, me decía "vamos a ir a un nutricionista" para que te ayude, no te preocupes. Como toda mamá trataba de darte lo mejor. Y me llevó también a un endocrinólogo. Ahí me detectaron el hipotiroidismo y me dieron unas hormonas pero para ese entonces ya era muy tarde porque yo ya había optado por lo fácil que era vomitar.

I: ¿En qué momento tú recuerdas que fue la primera vez que vomitaste?

C: Una vez a los quince años, antes de ir a un quinceañero cuando mi mamá me dio la cena, recuerdo perfectamente que me dieron un pan con algo y leche y fui directamente al baño. Y luego ya empecé con los almuerzos: una cosa que terminaba el almuerzo y decía "mamá, un ratito me voy a lavar las manos y vomitaba". Luego empecé con los atracones porque extrañaba comer lo que comía antes. Que eran, no sé, en los almuerzos del colegio es todo el cafetín y yo me pedía lo que quería, no sé, un chafa y con una hamburguesa, y más tarde una milhojas y cosas así y tenía un metabolismo bastante rápido.

I: ¿Hubo algo que te hiciera pensar en vomitar puntualmente? En esa que me dices antes del quinceañero.

C: No quería engordar con nada. El vestido... Que me iba a hinchar. Quería ser plana en el vestido. No quería sentirme llena.

I: ¿Y de dónde vino esta idea? ¿Lo viste en algún libro, en alguna página web o alguna amiga de repente?

C: Hmm, el tema de la bulimia ya se daba desde ese tiempo. Era el último... ese tema era bastante conocido. Antes no se hablaba de eso pero desde que escuché una vez, dos veces, entonces, incluso yo veía en los noticieros que hacían algunas entrevistas a algunas chicas de acá. Y ahora que recuerdo en los centros de rehabilitación y yo “no, para qué hacen eso si pueden hacer ejercicio” porque yo en ese entonces hacía ejercicio y no me pasaba nada. Me tocó a mí la frustración de no estar contenta con mi cuerpo y no aceptarme como soy y que nadie se fije en mí por esa razón, entonces ahí vino la inseguridad, la baja autoestima y muchas cosas que rebasaron el vaso y dije “no, yo no puedo ir por el camino de lo tranquilo”. “Voy a vomitar porque quiero bajar de peso, porque quiero bajar de peso”.

I: ¿Y en ese momento tú sabías lo que implicaba este primer paso o cómo percibías este desorden alimenticio?

C: Sí, como yo escuchaba acá a varias y me tocó a mí también... Todo el mundo dice “yo lo puedo controlar”, bajará hasta donde yo quiero estar y luego lo dejo. Típico, pero no es así. Empecé y luego vinieron los atracones, la ansiedad y no para pues.

I: En ese momento, ¿cómo te sentías respecto a tu cuerpo?

C: En ese momento, me sentía mal. Me veía y al mes empezaba a notar cambios, entonces mi estado de ánimo empezó a mejorar y me empezó a gustar eso. Yo en vez de sufrir al vomitar, era una especie de... me... no disgusto, todo lo contrario, me gustaba.

I: Empezaste a ver resultados y eso te animaba...

C: Claro, motivación.

I: ¿Y esta motivación también venía del entorno, los amigos te decían algo respecto a tu cuerpo? Comentarios de repente del entorno, ¿cómo eran esos?

C: Sí, porque me decían “oye cómo comes tanto y no engordas”, entonces obviamente nadie sabía que yo vomitaba, porque yo en su cara podía comer lo que quería y pasaba un ratito, me iba al baño y todo se arreglaba. Y todos “wow, qué chévere”, “yo quisiera estar con tu cuerpo”, entonces eso te infla el pecho y dices “ah, con esto ya no voy a parar”.

I: Claro, y por ejemplo, mencionaste eso del “no soy atractiva para los chicos porque me he subido de peso”. ¿Cómo era ese tema? ¿Hubo alguna experiencia en particular?

C: Para mí era muy importante el tema afectivo, yo supongo, yo pasé una experiencia muy fea con mis papás, mi papá le fue infiel a mi mamá cuando yo tenía 6 o 7 años, y fue un periodo de 5 años de ver a mi papá totalmente en otro mundo, ver como un hombre puede no amar a su esposa, en ese momento le llega al comino los hijos, el dinero se va al agua, todo era...

I: Le complicó toda la vida.

C: Y lo peor era que no culpo a mi mamá pero mi mamá no se desfogaba conmigo sino trataba de tener un soporte. Mi mamá como que no es muy sociable, digamos, tendrá sus amigas pero no les cuenta sus cosas privadas y a la única que le podía contar en ese momento era conmigo que yo era pequeña. Entonces yo lo poco que podía hacer era calmarla, y aconsejarla, y viví prácticamente toda su infidelidad con ella. Entonces se me quedó todo ese tema de los chicos, de que no... De que quería amor, quería cariño y buscaba, siempre que iba a algún lado trataba de ver si alguien me llamaba la atención o no. Pero tuve un enamorado y ahí experimenté tener mi relación sexual a los 15 años entonces, por apego al hecho de sentirme querida o sentirme de alguien, sentirme que pertenecía a alguien. Entonces, después de eso vino toda la bola de nieve que empezó a crecer y crecer más y más amor de los chicos, porque yo muy bien pude durar con ese chico bastante tiempo pero... Me disgustaba algo chiquito de alguien y "no, sorry, acá termina y chau" y buscaba otra persona y así así buscaba a alguien, a otra persona hasta que encontrara a alguien que de verdad sea de mi gusto. Yo no me aceptaba como yo era, y al mismo tiempo sentía que ellos no me merecían, porque yo me sentía bien en ese momento ya conmigo misma porque empecé a notar cambios físicos que me agradaban.

I: ¿Estos cambios crees que te daban algún tipo de beneficio? ¿Qué pensabas en ese momento que te ofrecían de positivo estos cambios?

C: Beneficios, tal vez en el tema social porque el hecho de que digan que la sociedad debe fijarse en los sentimientos y eso es cierto en parte pero lastimosamente la sociedad es totalmente opuesta, por la mirada jala el ojo y todo se basa en eso, muchas veces, gran parte. Y cuando iba a algún sitio, digamos, no sé, un ejemplo simple: iba a una discoteca y me veían más bonita que otras y me daban pase libre, me daban el favor de pasar antes que otras, etc. Por ejemplo, los halagos de familiares "ay, qué lindo te queda esa ropa", "quién como tú que tienes ese cuerpo", entonces halago, tras halago, tras halago, no hicieron que la enfermedad, al contrario decir "oye estás mal", no solía recibir quejas". Porque no sé si me controlaba bien pero tampoco me gustaba verme muy delgada, simplemente quería mi cuerpo de antes que no era delgado ni robusto, sentirme bien conmigo misma.

I: ¿Cuál era el objetivo, ahora que lo mencionas? ¿Tenías algún referente corporal? Por ejemplo, veías a una artista y decías “yo quiero que mi cuerpo sea así” o no había eso, o era en general.

C: No una, sino por ejemplo veía alguna chica atractiva que veía y me gustaba alguna parte de su cuerpo y “qué chévere” no, yo también quisiera eso. Pero así en específico no, yo tenía mis propios estándares.

I: ¿Podrías describirme lo que para ti en ese momento era el cuerpo ideal?

C: Creo que lo principal para mí era el vientre plano. Vientre plano, en cuanto a mis piernas nunca tuve quejas, brazos tampoco, todo el cuerpo me encantaba excepto el vientre que empezó a crecer porque empecé a comer y blah, blah, me gustaba todo mi cuerpo menos el vientre que tenía en ese entonces.

I: Y en ese momento tú me dices que te comenzaste a sentir mejor. ¿En qué momento se dio este cambio de “me siento bien” a... bueno, comenzó a volverse un problema?

C: Bueno, todo estaba yendo bien hasta que mi mamá, mi familia se enteró.

I: ¿Cómo se enteraron?

C: Escuchando detrás del baño, que estaba vomitando, y los cambios radicales que una persona normalmente da al bajar de peso.

I: ¿Cuáles eran esos cambios radicales por ejemplo?

C: Por ejemplo, bajar en una semana o en un mes, dos o tres kilos, así de rápido. O verse muy demacrada. Agitarse rápido. Tenía taquicardia, iba al colegio y me devolvían a casa porque me sentía mal y se me bajaba la presión. Me llevaban al cardiólogo y no tenía nada. Todo era un problema de la bulimia. Entonces mi mamá decía “qué raro, qué está pasando”. Yo “no sé mamá”, le mentía, todo era mentiras y mentiras hasta que se enteró y era un problema más a la familia. Mi mamá se enteró, mi papá también, mi hermano también. Y todos empezaron a sufrir porque en una familia cuando uno se enferma todos se enferman.

I: ¿Cuál fue la actitud que ellos tomaron cuando se enteraron? ¿Cuándo fue que se enteraron?

C: Un año.

I: ¿Y cuál fue su actitud?

C: Bueno, la primera me castigaron. “Si vuelves a vomitar te quitamos todos los permisos” y yo seguí vomitando. La segunda fue que me quitaron el celular. “Si sigues vomitando te vamos a quitar más cosas”.

I: ¿Tú cómo te sentías en esos momentos?

C: Con más ganas. Me quitaban más cosas... Incluso yo vomitaba sin nada en el estómago.

I: ¿Cuál era tu percepción de la bulimia en ese momento? Porque al principio tú me decías “claro, esto lo puedo controlar”.

C: Yo lo veía como un método para bajar de peso. Nada más.

I: ¿Nada más? Pero tú sabías que existía la bulimia.

C: Sí.

I: ¿Cómo te posicionabas a ti misma este continuo entre “es un método para bajar de peso” y “es bulimia”, tú dónde estabas?

C: En el medio. Yo decía, como lo puedo controlar, no voy a ir al extremo de estar como un hueso como las demás ni tampoco como estoy al principio porque ya empecé. Estoy al medio.

I: Disculpa que te haya cortado. ¿Podrías continuar contándome la reacción de tus papás? Me dijiste que te castigaban.

C: Me castigaron y bueno, yo seguí vomitando, con más ganas. Ahí empezaron los atracones, porque me dio ansiedad, porque hasta ese entonces no tenía problemas de ansiedad.

I: Ah, digamos que recién cuando tus papás se enteran comienzan tus atracones.

C: Empecé... Digamos, me daban propina de 5 soles y yo compraba comida de donde sea y comía, comía, escuchando música, recuerdo, y vomitaba. Y volvía a estar más tranquila. Como que era un remedio. Y después de eso se olvidaron del tema. Me dijeron “ya, tú te vas a curar por tu cuenta”. “Ya déjalo pasar”. Eh, estuve bien un tiempo. Dije... Como que recuperé la conciencia y dije “no, me tengo que dejar de estupideces”.

I: ¿En qué momento te diste cuenta que ya se había vuelto un problema?

C: Dos años.

I: ¿Qué te hizo darte cuenta?

C: Me estaba sintiendo mal. Ya no tenía la misma vitalidad de antes.

I: ¿Cómo era la relación con tus pares, con tus amigos? ¿Cambió tu relación con ellos?

C: Sí. Yo nunca he tenido problemas en cuanto al tema social. Tengo un montón de amigos, no tengo problemas para expresarme ni nada de eso pero cuando empecé con las comidas, ahí empezó todo porque salíamos a un sitio a comer algo y como la mayoría se quedaba hablando y tomándose el tiempo, yo terminaba de comer y me sentía ansiosa, culpable por haber comido, entonces en lugar de prestarle atención al que dice, o la reunión social, yo estaba más atenta a “¿dónde hay un baño?, tengo que ir, tengo que hacer algo”. Entonces salía volando de la mayoría de reuniones a la media hora y no podía disfrutar bien de ese tipo de reuniones.

I: ¿Tus amigos se daban cuenta? ¿O lo hablaste con alguna amiga en algún momento?

C: No, nunca se dieron cuenta, jamás, hasta que hace, desde que entré a... porque acá nos piden avisar a algunos amigos respecto al tema para que si quisiéramos salir con ellos se entrenen y tengan precaución respecto a todo. Ahí sí tuve que hablar con mis más allegados amigos porque yo obviamente desaparecí del mapa seis, siete meses, y todos mis amigos se preguntaban, “señora, dónde está Camila, qué pasó con ella, ¿le ha pasado algo?”. Y yo estaba acá porque no podía comunicarme con ellos, entonces tuve que contarles para poder (ininteligible).

I: ¿Ahorita tú estás full time acá?

C: No, acá estoy hasta las 5.

I: Aparte de venir a Avind (?), ¿tienes alguna otra actividad?

C: Sí, estoy en el Británico.

I: Ah, estás en el Británico. Me comentaste que estudiaste un año en Huancayo. ¿Qué estabas estudiando?

C: Administración y Marketing.

I: Administración y Marketing. Y acá, ¿qué te gustaría retomar?

C: Lo mismo, pero en un instituto porque es más práctico.

I: Ah ya. Por ejemplo, me gustaría que me cuentes ahora... Me dijiste que habías recibido terapias mientras que estabas en Huancayo.

C: Ambulatorias.

I: Ambulatorias. Cuéntame un poco sobre esas terapias. ¿Cómo fue ese proceso?

C: La verdad es que todas las terapias ambulatorias que he llevado me aburrían. Porque yo no tenía la predisposición de curarme, entonces cuando un paciente no tiene predisposición de curarse es mentira, cualquier terapia, sea Avind, sea cualquiera, sea la que quieras pero si no tiene la predisposición no hace nada. Entonces yo iba y me sentaba y le contaba una y otra cosa al terapeuta y luego me iba a casa y me daba ganas de fumar. Ahí es donde también a los 17 empecé a fumar. O sea, no fumaba cajetillas pero sí me compraba uno al día para relajarme. Después de eso visité, habré estado en cinco terapias, pero la última sí me gustó un montón y fue la que me ayudó bastante porque era mi profesor de psicología de la universidad y era un muy buen profesor y él tenía un...

I: ¿Una clínica? ¿Un consultorio?

C: Consultorio, y bueno, dije “tal vez sea bueno, lo voy a ir visitar” porque como que yo ya quería curarme. Eso fue hace poco.

I: ¿Cuál fue el cambio entre no querer curarte en estas terapias y sí querer curarte?

C: Mi familia. Porque prácticamente mi futuro, yo sé que con o sin enfermedad puedo salir adelante porque me iba bien en la universidad, estando enferma y todo, pero lo que más me importaba era mi familia. Sin eso no iba a ser feliz a futuro.

I: ¿Cómo afectó esto a tu familia?

C: ¿La bulimia? Muchísimo. Hizo un cambio total, TOTAL. Mis papás peleaban por el dinero, porque yo me gastaba a veces, no sé, cien soles al día en solo comida y entre ellos “tú, ¿por qué le has dado?” “pero esto que el otro” y se paraban peleando. Por otro lado, mi hermano por su lado tratando de calmarlos. Mis papás no se concentraban bien en el trabajo porque en sus cabezas estaba todo el día “¿Camila habrá comido?” “¿Camila estará bien?” “¿Camila esto?”. Entonces obviamente... No sobresalían en sus metas como personas. Lo que ellos querían. Su felicidad. Porque todo el tiempo su cabeza estaba rondando en Camila, Camila, Camila. Me empezó a cansar y cansar y cansar, porque yo ya quería ser independiente. Porque tuve un tiempo de vivir sola tres meses en Colombia y me gustó, o sea, me sentí bien. Entonces yo dije “yo quiero esto” y busqué ayuda. Y fui donde el profesor y él me dijo “¿por qué no te internas?”, él me dio las opciones y fue por él que se me prendió la chispita de venir y ver ahí.

I: Y cuando entraste a Avi, por ejemplo, a partir de que entraste, ¿cómo así fue este proceso?

C: Bueno, al principio fue catastrófico. Porque te entra el síndrome de abstinencia. De querer. Ya me había acostumbrado a darme atracones diarios de... Comía lo que quería. Entonces no sentir en mi paladar algo dulce, era como quitarle su cajetilla a un fumador. Y era muy frustrante y más aún porque te controlaban todo. Aún me controlan todo, pero ya me acostumbré obviamente. Pero, sí pues, todo nuevo. Aún odio ir al baño con otras personas. La comida sí me afectó bastante porque yo era totalmente sana, erróneamente, porque el humano tiene que comer de todo, y yo solamente comía o verduras, pollo, carnes magras y nada de harina, esa era mi dieta de todo el día, entonces acá me daban de todo y yo recuerdo que lo que más me chocó cuando me empezaron a dar panes y galletas y yo dije "yo siempre he asistido a cursos de nutrición", mi endocrinóloga era, bueno, totalmente, no sé si tenía anorexia pero era muy aficionada con el tema de la comida y yo aprendí muchísimo de la comida y cómo el cerebro se debe nutrir, cómo el cuerpo se debe alimentar para en el futuro escapar de enfermedades. Me empezaron a dar cosas que yo había leído que no eran propias y me sentía frustrada, decía "por qué, maldita sea, ¿por qué tuve que venir?", "nunca debí haber hecho eso", pero ya te vas acostumbrando poco a poco y ves que para bien o para mal las cosas mejoran no solo en ti, sino en tu familia, porque mi mamá ya estaba más tranquila, aún así me sigue preocupando porque ya sigo una terapia, el hecho de haberle quitado todo, porque mi mamá dejó absolutamente todo, toda su vida por mí, dejó su casa, dejó su matrimonio, dejó sus amigas, dejó sus sueños quizá porque ahora su única meta es que yo me cure y que esté bien y eso es un poco frustrante por los dos lados, o sea, es una presión que tengo que sí o sí curarme o no va a servir de nada.

I: ¿Actualmente cómo te sientes respecto a tu cuerpo?

C: Uhm, no voy a mentir. Me gustaría estar mejor.

I: ¿Qué es estar mejor?

C: O sea, hacer más actividad física, me siento pesada. O sea, no me siento mal porque la ropa me va bien y me gusta cómo estoy pero me siento pesada porque ya antes hacía bastante actividad física, entonces cuando uno deja, me he vuelto perezosa, me he vuelto desganada y no es por falta de motivación sino es porque siento que la energía se me va.

I: ¿En qué se te va la energía?

C: Es como si necesito hacer algo. Cuando hace poco hubo un tema de... algo de talentos acá, es como un show de talentos, bailé bastantes cosas y me sentí la mujer más feliz del mundo porque a mí me encanta bailar. Y cuando ya no

pude hacer eso, como que, me siento pesada, me siento no mal, pero incómoda.

I: Cuando piensas en tu cuerpo, ¿hay algún referente que tomas en consideración?, de repente la ropa o algo.

C: La ropa quizá porque lo que más uso. Sí, la ropa.

I: ¿Crees que las personas...? De repente, ahora que mencionas eso, te dicen que el corazón y la inteligencia y los sentimientos es lo primero que vale, ¿cuál es tu percepción respecto a esto? ¿Tú crees que las personas somos como una especie de todo, de cuerpo, corazón, como una unidad completa, o que hay una disociación entre lo que es el cuerpo, el corazón?

C: Yo creo que todo junto, como dicen, en cuerpo y alma. También tienes que saber preocuparte por tu aspecto emocional. Pero también tienes que preocuparte por tu aspecto físico.

I: Finalmente, me gustaría preguntarte qué consideras tu éxito. ¿Qué es para ti una persona exitosa?

C: Que haya logrado todos los sueños o se haya realizado en su campo. En mi casa, me encantaría, yo me sentiría exitosa si puedo hacer feliz a mis padres antes de que ellos mueran. Y que podamos viajar juntos a muchos sitios, eso sería para mí todo.

I: ¿Qué condiciones crees que son fundamentales para alcanzar el éxito?

C: Trabajar y aprender bastante. En la vida vas a aprender muchas cosas pero creo que lo fundamental es la disciplina, la disciplina te lleva a todo, la disciplina vence a la inteligencia muchas veces.

I: ¿Crees que las personas exitosas tienen alguna característica?

C: Sí, la disciplina como le digo. Yo creo que... Yo conozco a muchas personas que no son bellas como les decimos acá o flaquitas o super regias pero son exitosas en cómo transmiten lo que aman, se empoderan un montón, mujeres muy empoderadas. Hombres muy admirables.

I: Respecto a lo que me dices de ser una mujer empoderada, ¿qué dirías que son las características de la femineidad?

C: Sentirse bella.

I: ¿Qué es sentirse bella?

C: Segura de sí misma. Saber que cuentas con todas las posibilidades de hacer lo que tú quieres en la vida. Porque puedes pero a veces simplemente no quieres.

I: ¿Y de la masculinidad? ¿Características que asocies con lo masculino?

C: Uhm (silencio). Un hombre que quizá sea apasionado en lo que hace.

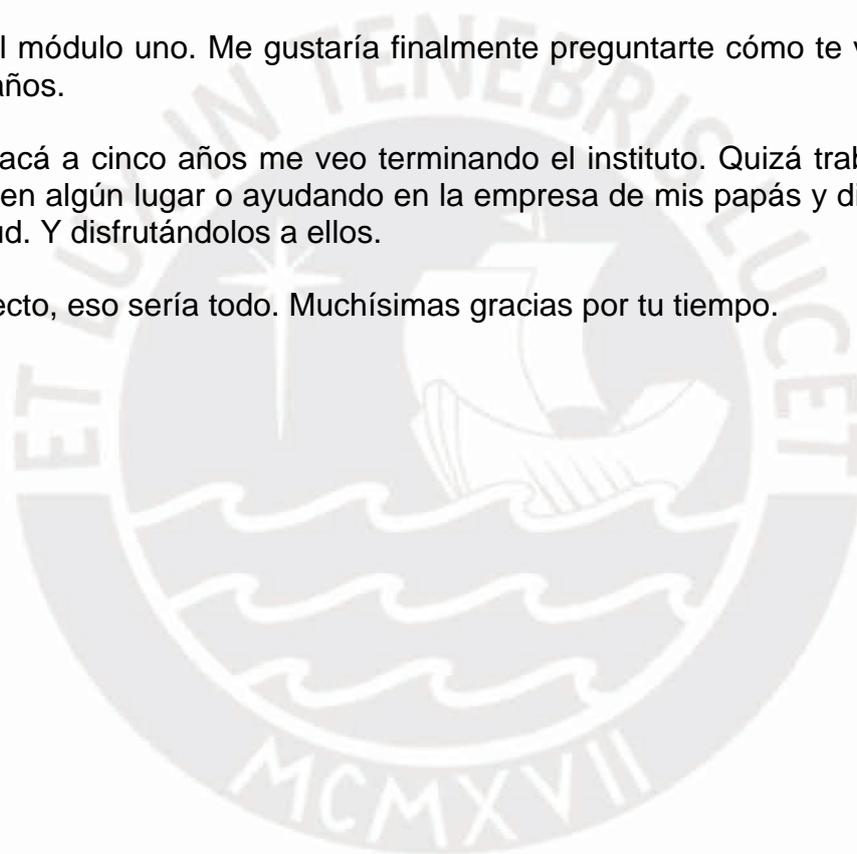
I: ¿Ahorita tú en qué módulo estás aquí?

C: Uno.

I: En el módulo uno. Me gustaría finalmente preguntarte cómo te ves de acá a cinco años.

C: De acá a cinco años me veo terminando el instituto. Quizá trabajando para algún, en algún lugar o ayudando en la empresa de mis papás y disfrutando de mi salud. Y disfrutándolos a ellos.

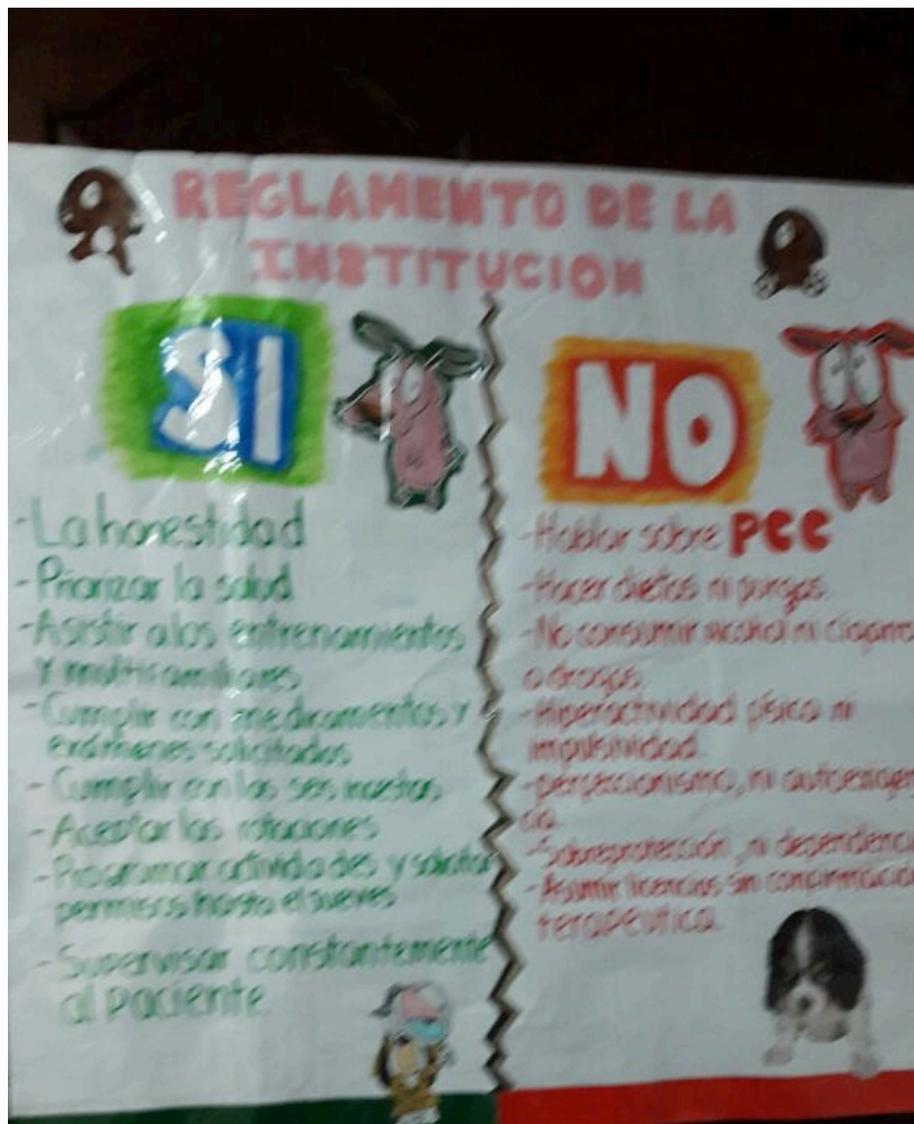
I: Perfecto, eso sería todo. Muchísimas gracias por tu tiempo.



## Anexo 4

Foto de carteles de normas de conducta y módulos de tratamiento en el centro de rehabilitación

Grafico 1



SI	NO
La Honestidad	Hablar sobre el peso
Priorizar la salud	Hacer dietas ni purgas
Asistir a los entrenamientos y multifamiliares Cumplir con medicamentos y exámenes solicitados Cumplir con las 6 ingestas	No consumir alcohol, ni cigarrillos ni drogas
Aceptar las rotaciones	Hiperactividad física ni impulsividad
Programar actividades y solicitar permisos hasta el jueves	No al perfeccionismo o autoexigencia
Supervisar constantemente al paciente	Asumir licencias sin confirmación terapéutica

Gráfico 2

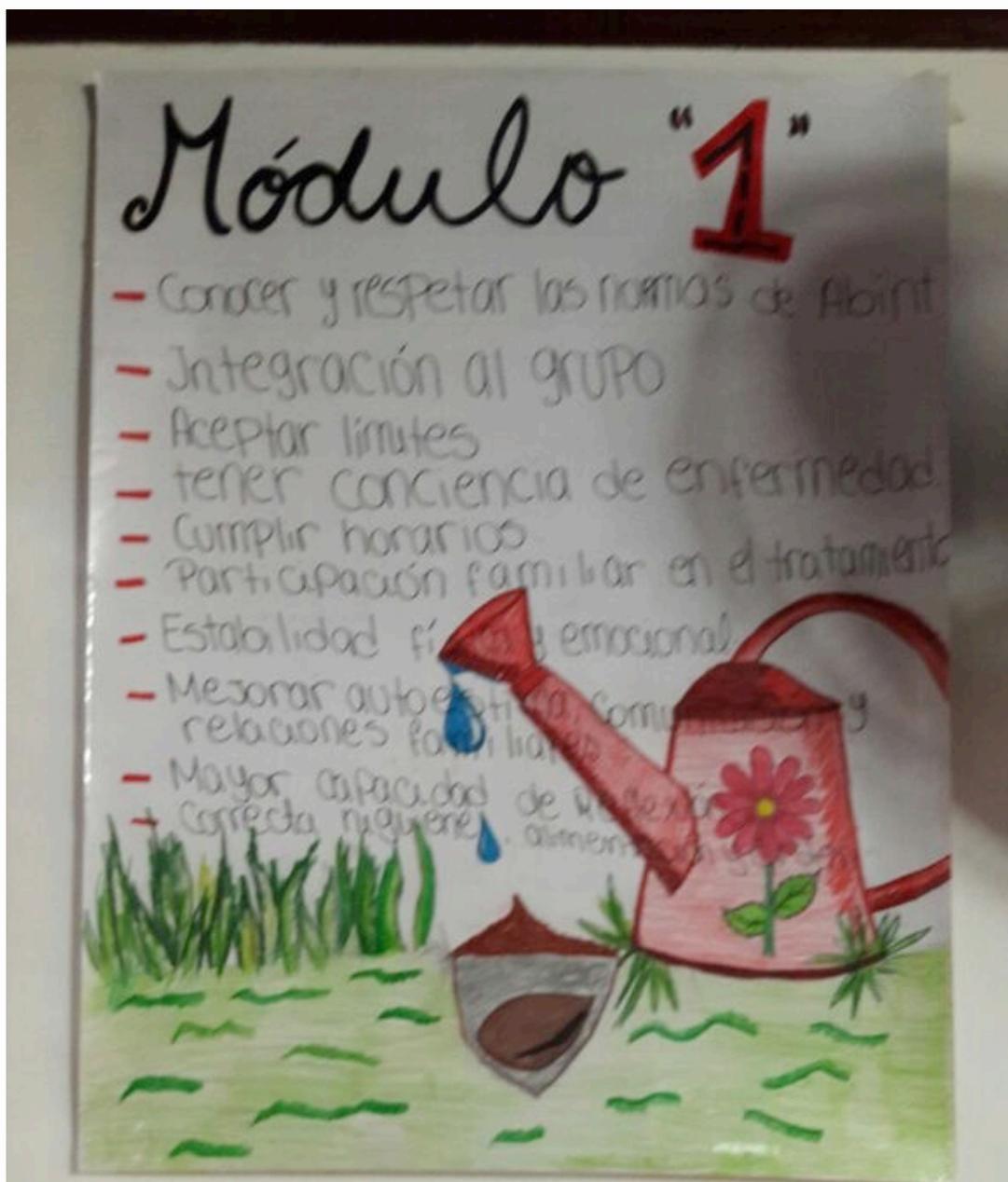


Gráfico 3

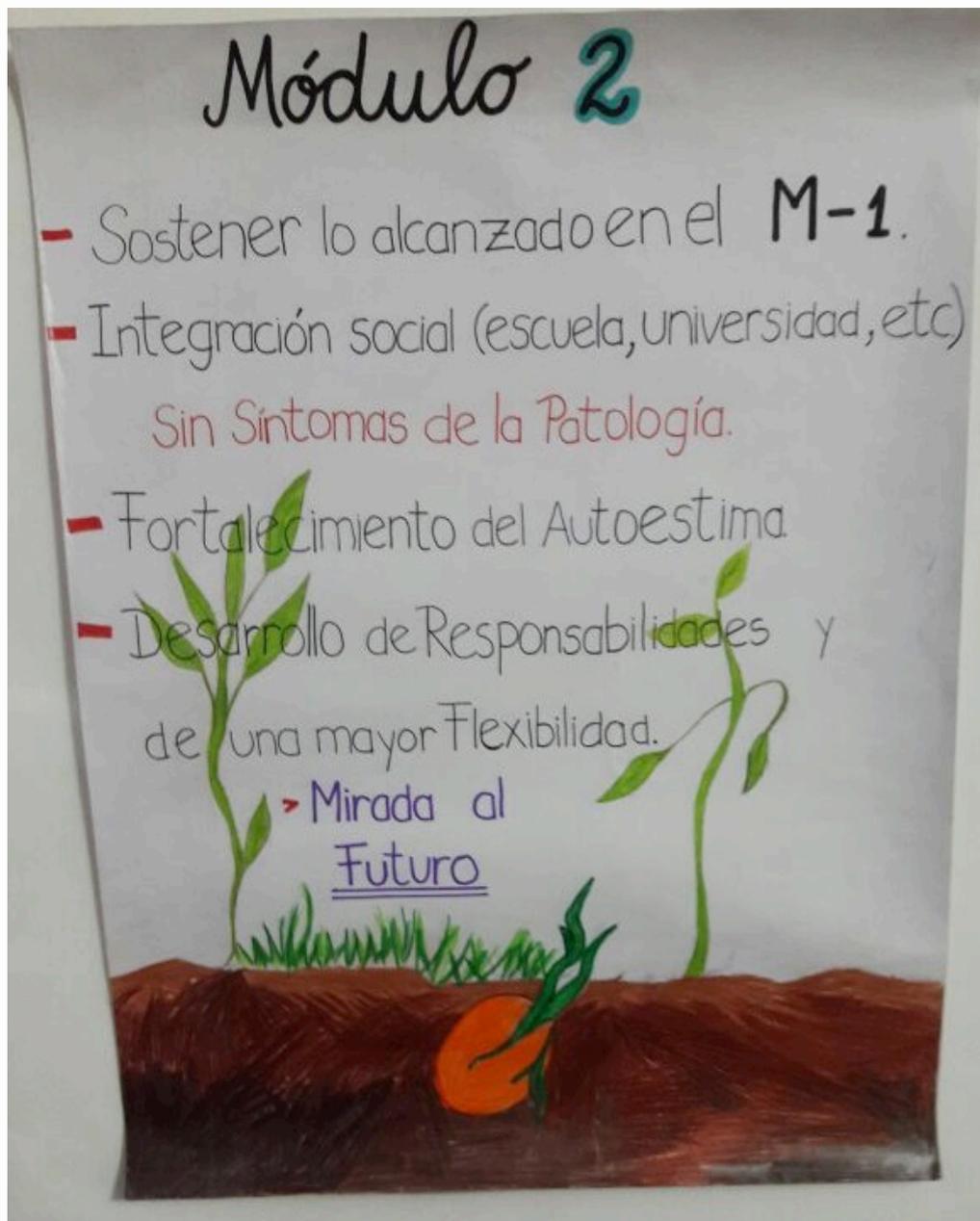


Gráfico 4



Gráfico 5



Gráfico 6

