



**Fáilde-Rey, Laura; Pulido-Requero, Estrella; Contreras-Jordán, Onofre.** La delgada línea que separa la vigorexia de la anorexia nerviosa atípica. *Journal of Sport and Health Research*. 17(1):99-121. <https://doi.org/10.58727/jshr.109404>

**Estudio de Caso.**

## LA DELGADA LÍNEA QUE SEPARA LA VIGOREXIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA.

## THE THIN LINE THAT SEPARATES VIGOREXIA FROM ATYPICAL ANOREXIA NERVOSA.

Laura Fáilde-Rey<sup>1</sup>; Estrella Pulido-Requero<sup>1</sup>; Onofre Contreras-Jordan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Alfonso X El Sabio

Correspondence to:

**Author: Laura Fáilde Rey**

Institution: Universidad Alfonso X El Sabio

Address: Villa de Negreira 53, 2ºizq

15010 (A Coruña)

Email: [laurafaildenutricion@gmail.com](mailto:laurafaildenutricion@gmail.com)

Dietista – Nutricionista especializada en TCA.

Nº COL.GA00285

*Edited by: D.A.A. Scientific Section  
Martos (Spain)*



Received: 14/08/2024

Accepted: 17/10/2024



## RESUMEN

Este artículo pretende demostrar los factores que participan en la creación de una imagen corporal alterada, siendo ésta una característica clave para el desarrollo de muchos trastornos mentales, entre los que hemos destacado: Trastornos de la Conducta Alimentaria como la Anorexia Nerviosa atípica, el Trastorno Dismórfico Corporal y la Dismorfia Muscular. El objetivo de este estudio es conocer los diferentes factores biológicos, sociales y psicológicos que pueden participar en la creciente incidencia de estos casos. Para ello, se ha llevado a cabo una metodología de investigación cualitativa mediante un Estudio de Caso único en el que participó una usuaria de veinticuatro años de edad que admite no tener buena relación con la comida, el ejercicio y su imagen corporal. Asimismo, se han llevado a cabo tres entrevistas semiestructuradas con el objetivo de analizar su historia de vida, además de dos cuestionarios diagnósticos y un diario personal que ha ido rellenando durante todo este proceso. Para el análisis de datos se establecieron las siguientes categorías: Uno. Factores predisponentes, Dos. Factores desencadenantes, Tres. Factores mantenedores, Cuatro. Relación con la comida, Cinco. Relación con el ejercicio. Los resultados, basados en el DMS-5, confirman la existencia de una posible anorexia nerviosa atípica.

**Palabras clave:** Imagen corporal, ejercicio físico compulsivo, vigorexia, anorexia nerviosa, cultura de dieta, dismorfia corporal.

## ABSTRACT

This article aims to demonstrate the factors that participate in the creation of an altered body image, this being a characteristic key for the development of many mental disorders, among which we have highlighted: Eating Disorders such as Anorexia Nervosa atypical, Body Dysmorphic Disorder and Muscular Dysmorphia. The aim of this study is to know the different biological, social and psychological factors that may participate in the increasing incidence of these cases. For this purpose, a qualitative research methodology has been carried out through a unique Case Study in which a twenty four years old user participated who admits that she does not have a good relationship with food, exercise and her body image. Likewise, three semi-structured interviews have been carried out with the aim of analyzing her life history, in addition to two diagnostic questionnaires and a personal diary that she has filled out throughout this process. For data analysis, the following categories were established: One. Predisposing factors, Two. Triggering factors, Three. Maintaining factors, Four. Relationship with food, Five. Relationship with exercise. The results, based on the DMS-5, confirm the existence of a possible atypical anorexia nervosa.

**Keywords:** Body image, diet, compulsive physical exercise, vigorexia, anorexia nervosa, diet culture, body dysmorphia.



## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves en los que la persona presenta una alteración de la conducta alimentaria. Se considera que su origen es multifactorial, entre los que intervienen factores biológicos, sociales y psicológicos (Smink et al., 2012). No obstante, cabe destacar que el marco social es el que más influye como disparador o mantenedor de conductas (Martín Rodríguez et al., 2019).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) establece en el DSM-5 diferentes categorías de TCA (American Psychiatric Association, 2014). Sin embargo, en esta investigación nos centraremos en la anorexia nerviosa (AN) atípica, un trastorno mental que se caracteriza por el miedo intenso a ganar peso y la presencia de distorsión corporal, lo que lleva a quien lo padece a seguir dietas restrictivas y llevar a cabo conductas compensatorias con el objetivo de conseguir un cuerpo delgado.

A mayores, también se ha tenido en consideración la Dismorfia Muscular (DM) o comúnmente llamada vigorexia. Se trata de un trastorno mental que provoca que la persona que lo padece perciba su propio cuerpo de manera distorsionada, viéndose pequeño y débil, lo que le lleva a practicar actividad física, ajustar su dieta e incluso, a usar sustancias peligrosas con el objetivo de conseguir el cuerpo que desea: uno más grande, musculado (Sanchez-Autet et al., 2018).

Se han escogido para análisis estas dos patologías debido al tronco psicopatológico que comparten: el trastorno dismórfico corporal (TDC), caracterizado por una preocupación excesiva por defectos percibidos en la propia apariencia, los cuales generan una gran angustia y/o deterioro significativo en quien los percibe (Grant et al., 2019).

El objetivo de estudio de la presente investigación es descubrir cuales son los factores que favorecen al desarrollo de una mala imagen corporal, una mala relación con el ejercicio físico y la alimentación, pudiendo esto contribuir al desarrollo de TCA o DM.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1.1. Estudio de caso:

Se ha considerado que no es tanto la perspectiva cuantitativa (tiempo, intensidad, frecuencia) la que nos

indica si una persona tiene una mala relación con el ejercicio físico, sino la perspectiva cualitativa, es decir, las razones internas por las que se lleva a cabo (qué siente, cuáles han sido los disparadores que le han llevado a realizar dichas acciones, qué factores mantienen estas conductas, etc.). De igual manera, la relación con la comida.

Un estudio de caso es una investigación detallada sobre el individuo, grupo, evento o situación donde se analiza información relevante para comprender en profundidad el objeto de estudio y sacar conclusiones significativas. El objetivo es comprender un fenómeno puntual en su contexto natural. En estudios de caso se proporciona con detalle la descripción completa del objeto de estudio como su contexto, características, historial, evolución y todo aspecto que se considere relevante.

En este estudio ha sido elegida la participante mediante un criterio de muestreo teórico no probabilístico. Se trata de una usuaria de veinticuatro años de edad, la cual, admite no tener buena relación con la comida y su imagen corporal. Su edad le permite un nivel de desarrollo cognitivo óptimo para entender y responder a las preguntas realizadas. Ha sido de especial interés por mostrar elementos que concuerdan con criterios diagnósticos de AN y DM a la vez de la posible presencia del TDC.

### 1.2. Instrumentos de recogida de datos:

Con el fin de reunir la información deseada, se han aplicado los siguientes instrumentos de recogida de datos:

#### 1. Historia de vida:

Con el objetivo de conocer la historia de vida de la participante se han llevado a cabo tres entrevistas semiestructuradas grabadas en audio para su posterior transcripción, conceptualización y teorización. La entrevista semiestructurada es una técnica de recolección de datos que combina elementos de estructura y flexibilidad. En este tipo de entrevista, la entrevistadora sigue un conjunto de temas o preguntas predefinidas, pero también tiene la libertad de explorar áreas adicionales o seguir líneas de indagación que surjan durante la conversación. A diferencia de las entrevistas totalmente estructuradas, en las que se sigue un guion rígido, las entrevistas



semiestructuradas permiten adaptar la conversación según las respuestas del o la entrevistado/a y las áreas de interés que surjan durante la entrevista. Se puede profundizar en ciertos temas o preguntas según sea necesario, explorando más a fondo las respuestas y obteniendo una comprensión más completa de los temas en cuestión.

## 2. Cuestionarios.

Para identificar la manera de relacionarse con la alimentación y el ejercicio físico se han usado dos cuestionarios: "Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)" y "The Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)", ambos en sus versiones adaptadas al español.

## 3. Diario:

El diario es una técnica cualitativa de recogida de información basada en la reflexión individualizada. A través de éste, se intentan recoger las impresiones y sensaciones sobre experiencias vividas en relación a un proceso determinado. Esta técnica nos permite reflexionar sobre los puntos de vista del autor sobre aquellos procesos relevantes en cuya dinámica se encuentra inmerso.

La participante ha elaborado un diario personal en el que ha ido apuntando todos sus pensamientos, sensaciones y acciones posteriores en relación a tres áreas: la comida, su imagen corporal y ejercicio físico.

### 1.3. Valor de verdad:

#### Triangulación de resultados.

Con los datos obtenidos gracias a la aplicación de los instrumentos de recogida de datos se triangularon los resultados. Es decir, se han comparado y contrastado los resultados obtenidos por cada instrumento con la finalidad de confirmar o no patrones, identificar posibles discrepancias y obtener una comprensión más completa del tema de investigación. Por ende, a través de las triangulaciones efectuadas y la codificación de la información se ha podido asegurar el grado de verdad y zanjar el problema de subjetividad que la investigadora podría aportar. También se ha realizado una triangulación interna entre un investigador senior director de la investigación y una investigadora novel.

Esto se puede apreciar con el análisis de diferentes resultados contradictorios. Por ejemplo, contestando que no lleva ropa holgada para tapar atributos de su cuerpo que no le causan comodidad, cuando en las entrevistas admite que lo lleva a cabo y en nuestros encuentros así se manifiesta o, por ejemplo, el contestar que no le provoca sentimientos depresivos el no hacer deporte durante uno o más días en el cuestionario, mientras en las entrevistas o el diario personal muestra lo contrario. Por otro lado, entre otras cosas, la sujeto también se encuentra con una ambivalencia sobre si el ejercicio físico es placentero para ella o un motor de malestar durante la mayor parte del trabajo, lo que nos ha llevado a encontrar contradicciones frecuentes y a analizar el por qué.

#### Isomorfismo.

Las entrevistas transcritas han sido enviadas a la entrevistada dándole la opción de añadir o eliminar algún dato, saber si estaba de acuerdo con sus propias manifestaciones o confirmarnos que toda la información expuesta es correcta y puede ser utilizada. Con esto, podemos confirmar que existe isomorfismo entre los datos recogidos y la realidad.

#### Neutralidad.

Cabe destacar la neutralidad como garantía de que los descubrimientos de la investigación no están sesgados por motivaciones, intereses o perspectivas de la investigadora, se puso de manifiesto el acuerdo interobservador en la determinación de la codificación y establecimiento de categorías.

Por último, para poder llevar a cabo esta investigación, se han tenido en consideración los aspectos éticos basándonos en el consentimiento informado y la ley de confidencialidad.

#### Objetivos:

1. Determinar los factores que influyen en el desarrollo una mala relación con el cuerpo, la comida y el ejercicio.
2. Saber cómo afecta la cultura de la dieta en el desarrollo de un TCA.
3. Confirmar si el peso es un factor determinante en el diagnóstico de un TCA.



4. Determinar los parámetros que limitan el ejercicio físico y la alimentación saludable.

## RESULTADOS.

### Análisis e interpretación de datos.

Tras un proceso riguroso de análisis que involucró la lectura detallada de los textos resultantes de las entrevistas, diario y cuestionarios, se procedió a codificar las respuestas recibidas. Se logró identificar patrones recurrentes y temas emergentes en los relatos de la participante, los cuales fueron agrupados y organizados en categorías que compartían temáticas afines. Estas categorías, que surgieron a partir de los datos recopilados, proporcionan una comprensión profunda de la experiencia vivida.

Con las lecturas reiteradas del material obtenido se llevó a cabo la codificación de las entrevistas que permitió identificar las experiencias únicas de la paciente y comprender la complejidad y la interconexión de los factores que influyen en su relación con su cuerpo y su salud en diferentes etapas de su vida. Se obtuvieron un total de cinco categorías que mostramos a continuación.

### Categoría 1. Factores predisponentes.

La sujeto destaca por sufrir insatisfacción corporal desde su adolescencia, donde sufrió un cambio de corporalidad *‘insatisfacción total’*, *‘desde los 14-15’* (Entrevista número 2). La insatisfacción corporal latente se ve pronunciada por partes concretas *‘la barriga porque yo me hincho muy fácil y todo gira en torno a si estoy hinchada, si no estoy, si voy al baño... [...] y la cara redondita’* (Entrevista número 2). Con ello, se observa una baja autoestima que le hace tener la necesidad de esconder ciertas partes de su cuerpo o aislarse *‘no ponerme equis ropa, no estar cómoda conmigo misma... entonces no quieres hacer más cosas... por ejemplo ir a la playa si no me siento cómoda con mi cuerpo me cuesta mucho* (Entrevista número 2), pudiéndose verificar estos hechos por la vestimenta que utiliza en nuestros encuentros. Sin embargo, nos encontramos con una contradicción en las respuestas del Test, donde expone no llevar ropa suelta con el objetivo de tapar atributos que no le causen comodidad (Cuestionario número 1). Basándonos en el diario personal que ha ido escribiendo la participante podemos pensar que se trata de una contradicción fruto del dilema que tiene

ella misma con la percepción de su propio cuerpo *‘intento ser más buena conmigo misma’* (Diario personal), *‘estoy siendo más permisiva conmigo misma [...] aceptando un poco más que ser un palo no es tan guay, pero me cuesta.’* (Entrevista número 3). Pese a ello, afirma como su peso y figura han influido en cómo se ha juzgado a ella misma (Cuestionario número 2).

La insatisfacción corporal y baja autoestima ponen de manifiesto la necesidad de control continuo *‘Intento controlarlo todo, todo, todo el rato’* (Entrevista 2): observarse en el espejo, confirmar que el pantalón no está más ajustado que de costumbre o tener de referencia la marca habitual del cinturón (Entrevista número 2). Ésta necesita controlar su día para garantizar poder hacer ejercicio físico y controlar qué, cómo y cuándo come, además de con qué ingredientes cocina; de lo contrario, siente un gran malestar, tal como nos cuenta en la Entrevista 2. A mayores, se describe como hiperactiva, lo que, por lo que narra, se traduce en esa obligación de estar en continuo movimiento para evitar sentimientos de culpa *‘estar en casa sin hacer nada una hora vale, así para descansar, pero más no me gusta’*, *‘pienso: encima no me estoy moviendo, estamos aquí comiendo palomitas y ahí lo paso mal’*, *‘me agobia muchísimo, de hecho muchas veces me voy a dar un paseo yo sola’* (Entrevista 2).

A mayores, se ve a lo largo de las entrevistas como la usuaria destaca por tener un temperamento evitativo acompañado de rasgos impulsivos como método de gestión emocional ineficaz. Utiliza o ha utilizado a lo largo de su vida recursos como los vómitos autoinducidos, el uso de drogas, laxantes o la huida (real y ficticia) como un intento de paliar el malestar causado, entre otras cosas, por una marcada insatisfacción corporal y deseo por alcanzar el cuerpo canónico occidental *‘empecé a salir más de fiesta, a juntarme con gente que... meh... sin más. Fue un poco huida de la realidad’* (Entrevista número 1), *‘consumía algunos fines de semana MD y porros’*, *‘probé la coca’* (Entrevista 3), *‘solo quería estar delgada y tener culo’* (Entrevista número 1), *‘comíamos y luego vomitábamos’* (Entrevista número 1), *‘Sí (rotundo)’* [volvería a usar laxantes] (Entrevista número 3).



La participante admite que las conductas derivadas de su percepción corporal con la comida y el ejercicio forman parte de su identidad, así nos cuenta en su diario personal: *“Ir todos los días al gimnasio, ser una chica sana, comer bien, durante la semana no beber una gota de alcohol porque al día siguiente tengo que entrenar, dormir pronto porque al día siguiente entreno muy pronto... es como: toda mi vida gira en torno a eso”* (Entrevista número 3). Esto pone de manifiesto el interés de hacer esta investigación desde una mirada cualitativa, ya que, todas estas actitudes que a priori son veneradas por la sociedad por ser consideradas saludables, para nuestra participante no lo son *“es que ojalá no tener que estar pasando por esto y disfrutar más del ejercicio y de la comida desde otra mirada, no tanto desde... no me gusta”* (entrevista número 2). A pesar de que nuestra participante tiene cierta conciencia de que esta narrativa y necesidad de control forman parte de un problema mayor, apreciamos el miedo intenso que tiene a deshacerse de todas estas conductas, pues, a pesar de ser una pesadilla para ella, actúan como falsos aliados que, en teoría, pausan su malestar a corto plazo por reforzar su idea de que así podrá conseguir el cuerpo que desea y ganará seguridad, tranquilidad y éxito.

Por otro lado, relata como su inseguridad corporal al estar en una relación amorosa es diferente dependiendo del sexo. Así, cuando empezó su relación con su pareja actual afirma que *“siempre quería estar guapa”* (Entrevista número 1) por temor a no gustar, pero, cuando tuvo una relación con una mujer la inseguridad fue diferente *“no tenía tanta presión como cuando empecé con (nombre de su novio) aunque me comparaba mucho con ella porque estaba muy delgada”* (Entrevista número 3). Este dato es bastante curioso pues refleja la idea patriarcal de como socialmente a las mujeres les han enseñado a compararse y competir entre ellas mientras que, a la vez, deben gustar al hombre.

Todas estas características, por sus actuaciones, concuerdan con la probabilidad de que la participante tenga distorsión corporal como tronco psicopatológico de un posible TCA o dismorfia muscular, comúnmente llamada *“vigorexia”*. Se ha puesto en relieve la necesidad de control, dato clave en pacientes con anorexia nerviosa atípica, puesto que es un rasgo que lleva a todos los ámbitos de su vida y no sólo al deporte o a la alimentación, como suele ocurrir en la vigorexia.

Sus conductas se asocian a una anorexia nerviosa atípica, al estar motivadas por el miedo a aumentar de peso, que, junto con su rasgo impulsivo, le hacen recurrir a conductas dañinas para ella como el uso de laxantes sin dudarlo, la restricción constante, las purgas o el ejercicio como compensación. Estos son actos que se alejan de las conductas que llevaría a cabo una persona con vigorexia, ya que irían precisamente destinados a ganar masa muscular y peso. Sin embargo, la vergüenza corporal por su propio que le lleva al aislamiento y a esconder su cuerpo es una conducta destacable de ambos trastornos. Ante esto, debemos poner el foco en qué es lo que le genera insatisfacción, volviendo a ser percibirse gorda y vinculándolo de nuevo con una posible AN atípica.

### **Categoría 2: Factores desencadenantes.**

Se puede confirmar como el cambio de corporalidad generado a partir de la menarquía, ha sido un factor clave que determinaría el inicio de una relación complicada con el ejercicio físico y la alimentación. La participante empezó a preocuparse por su cuerpo, a tener pensamientos rumiativos y un diálogo crítico que le acompañan hasta el día de hoy *“comía poquísimo porque me bajó la regla y engordé, intentaba pasar el día sin comer, seguir la dieta de la fruta...”* (Entrevista número 1) *“insatisfacción total”*, *“Hay días que digo: ‘bueno, no estoy tan mal’ y hay días que digo ‘esto es una puta mierda, me doy asco, pero siendo más al ‘me doy asco’ que al ‘no estoy tan mal’”* (Entrevista número 2).

La insatisfacción corporal percibida era reforzada por la comparación constante con su entorno desde la adolescencia, lo que intensificaba esas sensaciones corporales percibidas negativamente *“mi mejor amiga tenía un cuerpazo increíble, no engordaba nada, te acabas comparando y ves que tú de un año a otro pasaste a coger dos tallas y tus amigas siguen igual”* (Entrevista número 1), dato que explica por qué ella se siente incomoda cuando otros ven su cuerpo (Cuestionario número 2). Asimismo, sus iguales también actuaron como disparadores de conductas patológicas *“me junté con una chica que comíamos y luego vomitábamos”* (Entrevista número 1).

Por otro lado, una infancia complicada con experiencias desagradables como el divorcio de sus padres a sus 9 años, la muerte de sus tres abuelos con



los que tenía gran apego en un corto periodo de tiempo o la desvinculación de su figura paterna, entre otros, han sido vivencias traumáticas para una niña que admite que tuvo que crecer antes de tiempo. Es probable que estos hechos siguieran disparando conducta alteradas en un intento de aliviar tanto malestar *“Se murió [su abuelo] cuando tenía 16”, “se fue yendo poco a poco por Alzheimer, se fue apagando, estaba muy malito, yo no lo podía ni ver”, “se murieron a los 17” [sus otros dos abuelos], “me enfadé con mi mejor amiga” “Se me juntó todo”, “me alegré de que se separaran, yo me enteraba demasiado”, “casi no tengo recuerdos de esa época, ni de cómo fue, ni de que se murieron, no me acuerdo casi del tanatorio... no tengo, no tengo recuerdos”* (Entrevista número 1).

Sin lugar a dudas, el haber pasado por tantos acontecimientos diferentes y los problemas asociados a su imagen corporal hicieron que para la sujeto la situación fuera inaguantable decidiendo cambiar de instituto y optando por la evitación como forma de afrontamiento *“me enfadé con todo el mundo”, “necesitaba salir de ese bucle”, “fue un poco huida de la realidad”, empecé a salir más de fiesta, a juntarme con gente que... meh... sin más”* (Entrevista número 1). Por los mismos motivos, recurrió al consumo de sustancias fomentadas por su nuevo entorno *“exacto”* [afirma], *“consumía algunos fines de semana MD y porros”* (entrevista número 3). De hecho, expone como su pareja en aquel entonces, tampoco era demasiado buena influencia *“buff era un cuadro”, “estaba castigado siempre”, “lo echaron del instituto y todo”* (Entrevista 1). Asimismo, durante esta etapa, expone que sus estudios pasaron a un plano secundario, pudiendo reflejar con todo esto esa huida de la realidad y de sus responsabilidades como manera de no volverse a enfrentar a su situación *“no era buena estudiante”, “suspendía ocho”* (Entrevista número 1).

Motivada por estudiar psicología, su enfoque hacia los estudios cambia *“dije quiero hacer psicología, tengo que estudiar y me volví la mejor estudiante del mundo mundial”* (Entrevista número 1). Una vez entra en la carrera universitaria, se muda al País Vasco a cursarla, manteniendo el consumo de drogas seguramente motivado por la situación de angustia emocional que seguía viviendo tras lo sufrido *“primero de carrera estuve fumando maría 4 meses todas las noches,*

*algunos fines de semana MD, “probé la coca”* (Entrevista número 3).

Esta nueva etapa destaca por la presencia de un ambiente que asegura que actuó de nuevo como reforzador de los síntomas que estaba teniendo y disparador de nuevas conductas patológicas al iniciarse en el movimiento *“Real Food”*. Sus compañeras de piso tenían también una negativa percepción corporal, por lo que se retroalimentaban de forma continua *“el entorno”* [afirma], *“llegó el tema del Real Food y se volvieron súper locas con la alimentación, yo no comía una mierda, no cogía el bus para nada, iba andando a todos lados”, “comían poquísimo y yo me comparaba mucho”, “estábamos con el real fooding haciendo ejercicio”, “fuimos al cine las tres y yo pensé que íbamos a coger palomitas y nadie cogió nada y claro, yo no iba a coger nada obviamente y recuerdo estar en el cine muriéndome de ganas de coger algo y muerta de hambre y era como buff... llegué a mi casa y me puse a llorar de una manera... en plan de decir: ¿Por qué estamos haciendo esto?”* (Entrevista número 1).

Internet ha actuado como un falso aliado con nuestra participante desde su adolescencia. Conductas como las purgas, comparación o la comprobación constante, entre otras, han sido motivadas y/o intensificadas por chats de Ana y Mía y aplicaciones como Ask.fm y Tumblr *“te acabas metiendo ahí”, “intentaba pasar el día sin comer,” “Tumblr, ese mundo de Internet oscuro”, “te ponían ‘puta’, ‘asquerosa’”*... (Entrevista número 1). Así pues, con la motivación del movimiento *“Real Food”* también instalaron su aplicación para obtener un mayor control, llevándole a la obsesión y moralización alimentaria, además de modificar su día en base al estado de ánimo que esa app generase en ella en el momento que la mirase *“metías lo que comías y ya te ponía las kcal que eran, entonces te sumaba todo lo que consumías en el día y claro, había como el límite, no te podías pasar de equis calorías”* (Entrevista número 3).

Cabe destacar que esta etapa universitaria fue paralela al proceso de desvincularse de su padre, lo que es probable que actuase como agravante del malestar que estaba sintiendo y, a la vez, como motivador para buscar nuevas formas que aliviasen dichas emociones desagradables, como con el Real Food *“a los 20”* (Entrevista número 1) *“Un día me llamó y me dijo: yo*



*iré para Teixeiro [cárcel en A Coruña] pero tu madre va pal cementerio”, “mi madre lo tuvo que denunciar porque no pasaba la pensión”, “es narcisista, él no siente nada... ni bueno ni malo”, etc. (Entrevista número 1). De esta manera, consideró que lo mejor sería cortar el vínculo que tenían para conseguir una mayor tranquilidad “al final te haces más consciente de cosas que no quieres en tu vida y personas que no quieres en tu vida y él es mala persona, entonces yo no quiero estar cerca de malas personas” (Entrevista número 1).*

En tercero de carrera tuvo la oportunidad de aislarse de ese entorno tan poco favorecedor al desplazarse a Galicia, donde conoce a su pareja actual y empieza la pandemia mundial por Covid-19 paralizando su vida. La participante confirma cómo esta nueva situación le había influido en obsesionarse más con su alimentación, el ejercicio y su imagen en general “*Si (no se lo piensa), si, si, si, si, estaba como más obsesionada en estar guapa, estar delgada...*” (Entrevista número 2). La participante pasó de ir a actividades físicas a convertir su casa en su gimnasio “*ahí yo creo que sí que fue donde más empezó todo un poco porque no paraba, ósea hacía ejercicio todos los días*” (Entrevista número 1).

Con todo, a pesar de que su cambio de corporalidad por la insatisfacción corporal tan intensa generada ha influido en el inicio de todas sus conductas compensatorias, no debemos contarlo como único suceso que haya influido en el desarrollo de un posible trastorno de la conducta alimentaria o dismorfia muscular, sino que se debe considerar el contexto de nuestra participante. Todos los hechos traumáticos desarrollados a lo largo de su vida, su entorno poco favorecedor o haber pasado por una pandemia mundial con la incertidumbre generada, también han servido como disparadores de conductas que le acercasen a conseguir su deseo de delgadez, aunque a priori, se pueda pensar que no hay un hilo conductor entre dichos sucesos y el cuerpo. Lo que se quiere expresar es que quizá, parte de la obsesión con la alimentación, su imagen o el ejercicio físico se hayan mantenido e intensificado por generar en la sujeto una sensación de falsa seguridad al “controlar” un ámbito de su vida, ya que el resto no podía ni cambiarlo ni controlarlo.

### **Categoría 3: Factores mantenedores**

La cultura de la dieta en la que estamos inmersos actúa como factor mantenedor de las conductas llevadas a cabo por nuestra participante. La cultura de la dieta es todo un sistema de creencias, actitudes y hábitos que intentan decirnos cómo deberíamos vernos, cómo debería de ser nuestro cuerpo y cómo deberíamos vivir en base a unas expectativas sociales e ideales imposibles de conseguir. Por ello, en el momento que se le pregunta de dónde cree que le viene la preocupación por el cuerpo afirma lo siguiente “*está tan metido en la sociedad que ya no hace falta que tu alrededor lo diga... ya solo con ver la tele...*”, “*la cultura de la dieta está siempre ahí, estar delgada*” (Entrevista número 1).

La participante admite que usaba como excusas actitudes normalizadas provenientes de la cultura de la dieta para que sus familiares más cercanos no se enterasen de que estaba haciendo una restricción alimentaria “*que va, que yo sepa no se enteraron*”, “*está tan normalizado comer un yogur y ya está... entonces es como: “no, no tengo hambre, me duele la barriga” y vas haciendo cosas así*” (Entrevista número 2). Seguramente con su abuela paterna, al estar ésta más obsesionada con su figura y llevar a cabo conductas que le hicieran perder peso, le ha sido más fácil ocultar estos trucos o, incluso, obtener nuevas ideas “*siempre estuvo a dieta*”, “*cenaba puré o a veces no cenaba*” (Entrevista número 1).

La entrevistada está convencida de que el ideal estético está transicionando hacia el de una mujer musculada, pero no demasiado, ya que socialmente podría considerarse poco femenina. Así pues, la participante lleva a cabo un cambio de conductas con el objetivo de conseguir esa imagen que se promueve como perfecta y de éxito, pues la extrema delgadez ya no lo era tanto “*Si*” [afirma la entrevistada], “*yo venía de comer muy poquito, entonces empecé a comer más para ganar músculo*”, “*descubrí el mundo de la proteína*”, “*he tomado batidos*” (Entrevista número 1). No obstante, se encontró con un resultado que no fue de su agrado “*Yo tengo más tendencia a parecer un armario porque tengo mucha espalda y soy grande entonces claro, yo intento lo otro*” (Entrevista número 2). Son precisamente estos motivos los que tienen a la entrevistada en una continua distorsión corporal y ambivalencia sobre su cuerpo, pues su genética y corporalidad son las que le hacen muscular las partes que el ideal no acepta como bonitas “*ahora ya me veo*





que estoy muy ancha de espalda, muy ancha de hombros y ya no me está gustando tanto”. Sin embargo, matiza su afirmación, “no es algo que me moleste [tener los cuádriceps grandes] si estuvieran un poco menos, mejor...”, verificando de nuevo la posible distorsión corporal. Estos resultados hacen que la participante ya no sepa qué tipo de ejercicio físico realizar “me rayo con el ejercicio, pero después acabo haciendo musculación y acabo subiendo peso porque es a lo que estoy acostumbrada o lo que realmente me gusta, porque lo que realmente me gusta es hacer pesas”, “estuvo bien cuando desarrollé los brazos y molaba verlos definidos, pero ya no me está gustando y me veo las piernas enormes, no gordas, me las veo musculadas y tengo un cuádriceps gigaanaante (énfasis) y ya no me está empezando a hacer mucha gracia, así que ahora estoy empezando a hacer más cardio y con menos peso”, “estoy intentando eliminar todo lo que he conseguido” (Entrevista número 1). En definitiva, se observa como la participante lucha consigo misma por conseguir un ideal estético que es imposible de conseguir, llevándola a tener comportamientos con la comida y el ejercicio que le lleven a bajar de peso de nuevo, para así al menos, seguir estando delgada, pues es un físico que se sigue aceptando más que el de una mujer con “músculos demasiado desarrollados”.

Asimismo, la madre de la entrevistada es consciente de la insatisfacción corporal que tiene “Si” [afirma] “ella pasó lo mismo y sabe lo duro que es y lo mal que se pasa” (Entrevista número 2), sin embargo, como también tiene una percepción negativa de su propio cuerpo “Si” [afirma] (Entrevista número 2) los ánimos que le da son fruto de su propia comparación corporal, por lo que no son muy apropiados al poner la atención en el cuerpo en vez de poner de manifiesto otros atributos por los que la sujeto destaque “me dice que estoy guapísima, que qué envidia de cuerpo...” (Entrevista número 2). A mayores, su madre ha estado a dieta en un pasado “sí que estuvo a dieta” (Entrevista número 1). La participante asegura que el novio de su madre tampoco es consciente de hasta qué punto le resulta incapacitante hacer su vida normal “saben que como sano, que me intento cuidar..., pero creo que no saben hasta qué punto lo paso tan mal” (Entrevista número 3). A pesar de asegurar tener muy buen vínculo, afirma no compartir su situación por no generar un sentimiento negativo en su madre “no se lo digo para no preocupar a mi madre” “alguna vez sí

que se lo tengo dicho de ‘lo estoy pasando fatal porque me veo muy mal...’” pero nunca le he dicho nada, ni de cuánto tiempo llevo así ni hasta qué punto es” (entrevista número 3). De la misma manera, su hermano no se posiciona argumentando que “pasa un poco más de todo en general” (Entrevista número 3).

Algunas de sus amistades actuales más cercanas sí que son conocedoras de su malestar “se lo he contado, que lo paso muy mal, lo suelo contar porque al final es con ellos con los que suelo ir a cenar, a tomar algo tal y al final siempre acaba saliendo”, “amigas a la gran mayoría les pasa algo parecido y mis amigos los hombres dicen ‘no digas tonterías’ y ya está” (Entrevista número 3). Esto último es bastante significativo porque verifica la mayor presión estética a la que se ven sometidas las mujeres, lo que les lleva a empatizar y comprender lo que está contando su amiga, a diferencia del género masculino que, por no experimentarlo con tanta intensidad, les cuesta entenderlo.

A día de hoy, su novio se ha convertido en un espacio seguro para ella donde se siente validada y cómoda para comunicar sus inseguridades “con él hablo mucho sobre este tema y me desahogo” (Entrevista número 1) y él, aunque también tiene las suyas, las comparte “se ve peor físicamente” (Entrevista número 1) pero no le incita a llevar a cabo conductas dañinas sino todo lo contrario “el me ayuda mucho, cuando ve que estoy comiendo con mucha ansiedad aunque a él da igual le pedí que me avise y me dice: “[su nombre]... tal...(tono cariñoso)”, “me ayuda a ser un poco más flexible... a comer algunos días comida que yo tengo así un poco más... hamburguesas, unos nachos...” [comida prohibida], (Entrevista número 1) “es el que me aguanta cuando me pongo triste, y cuando lloro y cuando me pongo ansiosa, el que me ayude muchas veces a comer despacio” (Entrevista número 3). A diferencia de su suegra, una señora que sufre o sufrió bulimia, hace muchos comentarios sobre los cuerpos ajenos y su alimentación sigue conductas bastante peligrosas “tuvo problemas de bulimia y no come casi nada, es muy gorda y dejó de comer, hace cosas muy raras. Se alimenta a base de café, ibuprofeno y cigarro”, “es super crítica y me genera presión”, “A mí nunca jamás me dijo nada, pero claro yo sé que, si habla así de todo el mundo, que dirá de mí” (Entrevista número 3).



Asimismo, por haber usado apps de control dietético en el pasado afirma tener pensamientos sobre si el alimento es bueno/malo por las calorías que le proporcionaría el enfrentarse a una comida y, por tanto, antepone la culpa y el miedo al comerse el alimento dependiendo del valor moral que le haya dado *“yo ya se me las kcal de lo que me como porque ya las miré en un pasado”, “estoy comiendo y son 100kcal pienso, bueno, me lo puedo permitir o son malos y engordan, entonces no”* (Entrevista número 3).

Sin lugar a dudas lo que refuerza todas las conductas peligrosas llevadas a cabo por nuestra participante es la cultura de dieta. Por un lado, se considera el ideal estético como un factor mantenedor a pesar de que, a su vez, sirva como disparador de nuevos hábitos alterados. Es decir, si el nuevo ideal estético estuviera basado en la diversidad corporal, la compasión con uno/a mismo/a y/o la aceptación corporal, seguramente no le habría llevado a desarrollar nuevas conductas patológicas que siguen manteniendo el problema.

A mayores, el entorno familiar refuerza todos estos comportamientos al poner el foco de atención en el cuerpo y al considerar la insatisfacción corporal o el deseo intenso de ser delgada controlando la alimentación, como algo normativo. De la misma manera, su pareja, a pesar de ser un espacio seguro para ella y sus amistades, en especial las mujeres que son conscientes de las vivencias en primera persona, siguen manteniendo la situación de nuestra entrevistada, pues ninguno de ellos le demuestran que quizá, estas preocupaciones conforman un problema mayor.

#### **Categoría 4: Relación con la comida:**

La insatisfacción corporal es uno de los factores precipitantes en el desarrollo de una mala relación con la comida *“empecé a engordar y a obsesionarme un poco por el estar gorda e intentar adelgazar”* (Entrevista número 2). Dicha insatisfacción se ve intensificada y mantenida por la cultura de dieta en la que vivimos *“la cultura de la dieta está siempre ahí”* (Entrevista número 1) *“estar delgada y tener culo era mi objetivo haciendo ejercicio y comiendo”, “comer a la plancha y cuando iba por ahí llevaba mi comida”* (Entrevista número 1). Es precisamente esta cultura la que hace pasar desapercibidas conductas alejadas de

lo saludable *“está tan normalizado comer un yogur y ya está... es como: “no, no tengo hambre, me duele la barriga” y entonces claro, vas haciendo cosas así”* (Entrevista número 2).

Cuando el deseo de obtener una imagen determinada se vuelve patológico, la salud se vuelve un plano secundario. Así, uno de los mecanismos que puso en práctica la participante fueron las purgas como comportamiento compensatorio *“comíamos y luego vomitábamos”* (Entrevista número 1), el ejercicio físico *“sé que me voy a pasar bebiendo y comiendo. Tengo qué hacer ejercicio sí o sí”, “fui a caminar por la noche para compensar”, “pienso qué actividad puedo hacer para compensar no poder ir al gimnasio hoy”* (Diario personal), el uso de laxantes (Cuestionario número 2) que sigue utilizando *“Si”* (Entrevista número 3) y, a mayores, la restricción que ya estaba llevando a cabo.

La evidencia de que las dietas son uno de los factores de riesgo en el desarrollo de un TCA la confirma la sujeto. Lo que empezó con una *“dieta de depuración”* puntual programada por una nutricionista en su adolescencia, terminó con dejar de cenar, mantenerla en el tiempo y recurrir a otras conductas más peligrosas (Entrevista número 3). Otra de las medidas que en el caso concreto de nuestra participante fue motivada por restricción y no por moral o ética fue volverse vegana. Así, cuando se le preguntan las razones por las que inició este nuevo hábito narra lo siguiente *“En parte por los animales y porque ya tenía problemas de barriga y dije: si dejo la carne igual mejora un poco y tal, pero yo creo que era una excusa para comer mejor y si voy a comer fuera pues no como fritos, una manera de restringir aún más la alimentación. Pensaba que también iba adelgazar más si dejaba la carne”* (Entrevista número 1). Excusa que le sirvió para evitar encuentros sociales al no haber opciones veganas para ella en la mayoría de los establecimientos *“porque como era vegana pues ya está”* (Entrevista número 1).

El *“movimiento real food”* y su app de control dietético han sido otros detonantes que le han servido como excusa para camuflar como saludables las conductas dañinas que estaba llevando a cabo *“metías lo que comías y ya te ponía las kcal que eran, entonces te sumaba todo lo que consumías en el día y claro, había como el límite, no te podías pasar de equis”*



calorías” (Entrevista número 3). Con esto, la usuaria se obsesionaba por no sobrepasar una cantidad específica y con reducir el total calórico compensando con ejercicio físico *“compensar lo del día anterior nadando y moviéndome todo lo que puedo”* (Diario personal). Esto le ha llevado a tener una hipervigilancia con lo que *“puede”* o *“no puede”* consumir *“digo: bueno esto que me estoy comiendo son 100kcal y ahí pienso, bueno, me lo puedo permitir”* (Entrevista número 3).

Podemos verificar cómo cuando la usuaria rompía las normas rígidas que tenía con la alimentación automáticamente se levantaba en ella un intenso malestar *“me comía un croissant o una galleta y me provocaba una ansiedad.... Brutal. O los días que no hacía ejercicio tenía ansiedad y con la comida muchísima ansiedad”, “el momento de comer era sufrir. Y todo lo que implicaba eventos sociales que implicaban comida era sufrir”* (Entrevista número 1) llevándole a replantearse sus comportamientos *“¿por qué estamos haciendo esto?”* (Entrevista número 1). En estas declaraciones vemos la necesidad de control de forma muy clara, puesto que el cumplimiento o incumplimiento de su norma rígida determinará el grado de bienestar o malestar de la participante al anticipar su creencia de cómo pueden actuar estos comportamientos de forma automática en su imagen.

Sin embargo, hubo una temporada donde se alejó del mundo del *“real food”* para meterse en mundo *“fitness”*. La entrevistada había ganado masa muscular por empezar a hacer ejercicios de fuerza en las salas de musculación y consideró, teniendo en cuenta el ideal estético femenino de mujer *“fibrada”*, que eso era lo que ella quería. Modificó su alimentación restrictiva a una alimentación igual en cuanto a calidad nutricional, pero de mayor cantidad y con grupos de alimentos que antes demonizaba *“descubrí el mundo de la proteína”, “he tomado batidos”, “intentaba comer más para ganar músculo y comida sana todo el rato, pero mejor y más, más grasa saludable, me obsesioné un poco más con la comida”* (Entrevista número 1). En esta etapa podemos ver una clara incertidumbre sobre qué camino elegir. Al final estaba rotando a un mundo que, aunque seguía siendo restrictivo, lo era en menor medida a lo que cantidades se refiere, ya que al final, lo que estaba buscando era la ganancia de masa muscular para lograr su objetivo, acto del que ella escapaba *“nunca llegué a estar en*

*etapa de volumen porque claro, yo coger volumen era algo que no podía ser”* (Entrevista número 1). A día de hoy expone no seguir con estos hábitos, pero sí *“comer bien, mucha proteína... para mantener lo que tengo básicamente más que para ganar más”* (Entrevista número 2).

Actualmente, admite tener una mala relación con la comida *“a día de hoy también me pasa”* [sufrir con la comida] *“yo me controlo tanto que cuando me permito comer un poco al final me acabo descontrolando”* (Entrevista número 1) admitiendo tener sensación de culpa dependiendo de la calidad nutricional del alimento que ingiera *“tipo de comida que sea y lo llena que me sienta después”* (Entrevista número 1). De la misma manera cuando acude a un encuentro social donde hay comida le sigue agobiando la cantidad de alimentos presentes, afirmando que suele no comer o come mucho menos alimento antes de éste a modo de compensación *“sí, sí que lo hago”* (Entrevista número 2). Y lo mismo, después del encuentro *“Sí también, aunque intento no hacerlo tanto como antes (Entrevista número 2). En esta misma entrevista explica que hace esto por miedo a perder el control, pues, al haber mucha cantidad de comida encima de la mesa y no raciones fijas, no sabe con exactitud cuánto está comiendo, pensando que come más de lo que su regla rígida establecida le permite y, por tanto, considera que, al romperla, se aleja de cumplir su objetivo de estar delgada. Desde un ámbito diferente, como un restaurante, aunque sea igual un encuentro social no le angustia tanto ni se restringe de esa manera, puesto que la ración es individual y tiene control sobre qué elegir para comer y cuánto comer. De todas maneras, afirma que cuando no hay comida en el encuentro social conecta más con el momento al no verse sometida a un bombardeo de pensamientos sobre la comida “lo disfruto más porque estoy más centrada en lo que está pasando, si hay comida de por medio mi cabeza se va a otras cosas e igual no estoy tan atenta a la conversación o me pongo más nerviosa... lo paso peor”* (Entrevista número 3), hecho que, en el Cuestionario número 2, confirma: *el pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido en su capacidad de concentrarse en cosas como, por ejemplo, leer, ver la tele o seguir una conversación en la mayoría de las ocasiones. Desde otra perspectiva también se evidencia cómo la usuaria confirma que siente estrés si no tiene el control sobre la comida “no me gusta que me hagan de comer, me*



*cuesta muchísimo porque no sé las cantidades de aceite que va a usar, de sal, como lo va a cocinar...’’; ‘‘Intento controlarlo todo, todo el rato’’ ‘‘la que elige el menú soy yo, soy yo la que va a la compra’’ (Entrevista número 2). Todos estos datos son confirmados con la contestación del (Cuestionario número 2) donde expone que casi todos los días ‘‘ha tenido miedo de perder el control sobre la comida’’.*

La sujeto tiene una lista de alimentos que no se permite ‘‘nunca jamás’’ en función de la cantidad de calorías que presenten: ‘‘ultra procesados, yo nunca jamás como bollería, nunca jamás como cereales de chocolate, nunca como galletas, nuuuunca (énfasis), hace años que no como una galleta’’, ‘‘¿helados? Nunca jamás, igual un calipo de vez en cuando que sí que es como más... nice [menor aporte calórico]’’, ‘‘pasta con gluten hace un año que no como, arroz prácticamente no como tampoco, todo lo que sea fritos y refinados no entra en mi’’ (Entrevista número 2). Además, admite que está desconectada del disfrute por el bombardeo de pensamientos que tiene cuando consume un alimento que considera no saludable. En el Cuestionario número 2 podemos verificar esta conducta, ya que asegura que todos los días intenta seguir reglas determinadas en su alimentación destinadas a influir en su silueta, por ejemplo, limitar calorías. Este enfoque es el mismo a la hora de cocinar los alimentos ‘‘en casa siempre a la plancha, cocido, al horno, o a la airfryer’’ (Entrevista número 2). Todas sus elecciones están motivadas por su razonamiento de que la alimentación es lo que exclusivamente determina si estás delgada o no ‘‘creo que depende que esté más delgada o no es lo que como’’ (Entrevista número 3).

Actualmente cuenta que no se restringe tanto como hace unos años, pero sigue considerando que tiene una mala relación con la comida y así lo demuestra: ‘‘cuando como algo malo hay remordimientos, sufrimiento... intento comer hasta que esté llena, no pasarme, estoy ahí luchando’’ (Entrevista número 1) Y, el hecho de ser alérgica a la proteína de la leche, le ayuda a mantener las conductas restrictivas ‘‘casi todo lo que como es saludable porque pizzas, hamburguesas y todo eso normalmente ya lleva queso’’ (Entrevista número 2). Se observa y verifica como la entrevistada busca motivos y actuaciones que le hagan evitar el momento de comer y de enfrentarse a alimentos que teme ‘‘Si’’ ‘‘ahora con el trabajo estoy más

*entretenida y no como tanto y así tampoco me siento tan mal cuando hago la cena o la comida’’ (Entrevista número 3). Sin embargo, lo que ella relata como algo positivo en cuanto a una solución a su problema, sigue siendo una restricción y compensación.*

En momentos donde hay consciencia de enfermedad, la sujeto se da cuenta de que las conductas propias del TCA forman parte de su personalidad ‘‘no paro de pensar en el hecho de que basé parte de mi personalidad en hacer ejercicio’’ (Diario personal) ‘‘ir todos los días al gimnasio, ser una chica sana, comer bien, durante la semana no beber una gota de alcohol porque al día siguiente tengo que entrenar... dormir pronto porque al día siguiente entreno muy pronto... es como: toda mi vida gira en torno a eso’’, es algo que tengo ya tan normalizado en mí que... no sé. Ya doy por hecho que todo el mundo lo sabe, aunque no lo sepa. Es como... Yo voy a seguir igual’’ (Entrevista número 3).

Asimismo, se sospecha la existencia de una posible distorsión corporal. La usuaria afirma no estar delgada ‘‘no, no creo que este delgada, creo que ahora mismo estoy... normal, normal mal, normal muy mal’’ (Entrevista número 3). A nuestra participante le sigue pareciendo más bonito el cuerpo que tenía cuando peor estaba a nivel de restricción/compensación y, aunque objetivamente su cuerpo sea normativo, ella sigue queriendo conseguir un cuerpo muy delgado que no cambia a lo largo del día, idea que es perfeccionista e imposible de conseguir ‘‘yo por mí me quitaría 5kg, bajar un poco... estar un poco más deshinchada’’ (Entrevista número 3) y para ello, afirma que ha usado laxantes (Cuestionario número 2) y que seguiría utilizándolos ‘‘Si’’ (Entrevista número 3). A día de hoy, expone tener un ‘‘claro deseo diario de tener el vientre plano todos los días’’, también ‘‘desea que su estómago esté vacío la mayor parte de los días’’ y tiene un ‘‘claro temor a engordar o convertirse en obesa casi todos los días’’ aunque, por otra parte, ya ‘‘se siente gorda’’ (Cuestionario número 2). Por ello, no es de extrañar que la usuaria tenga un ‘‘fuerte deseo de perder peso todos los días’’ sintiéndose ‘‘más de la mitad de las veces culpable después de comer’’ (Cuestionario número 2).

Por último, poniendo el foco en el marco familiar, destacar la insatisfacción corporal presente en su madre y en general, comportamientos ansiosos con la



comida *“comen muy rápido todos”* (Entrevista número 1), *“yo intento no zampar como zampa mi familia que cena muchísimo, a mí eso me revienta. A veces lo hago, si estoy con ellos, aunque luego me siento como una mierda* (Entrevista número 3). Por otro lado, cuenta como su novio también tiene una relación con la comida un poco complicada *“Come muchísimo... si está aburrido come cantidades fuera de lo normal, mezclas que no te puedes ni imaginar, comer a deshoras... un caos”, “No te haces una idea del estrés que me genera comer con esa persona, nos estresamos mutuamente”, “no engorda ni un poquito”* (Entrevista número 1). Sin embargo, estamos ante información subjetiva, pues cabe destacar que son aportados por una persona cuyo objetivo es mantener siempre el control de sus elecciones alimentarias, frecuencia de consumo y cantidades. Así, lo que para ella puede parecer desorbitado, pueden ser unas conductas normales adaptadas al contexto, gustos y estado de ánimo de la persona.

En resumen, todas las conductas que la usuaria lleva a cabo se han verificado que son motivadas por un intenso malestar causado por una probable distorsión corporal, la cual le lleva poner en marcha comportamientos dañinos para su salud. Además, diariamente se puede observar como el control maneja su vida, intentando cuadrar en todo momento cuando hacer ejercicio para compensar lo consumido, cuánta cantidad se puede permitir al día, cuánta si va a hacer un plan que implique comida, qué alimento ingiere y cuál no, que ropa ponerse según como se perciba ese día, que planes hacer, etc. olvidándose del disfrute y centrándose solo en el cuerpo y las creencias que tiene en torno a esto.

Con todo lo expuesto durante la categoría se sospecha de la presencia de una posible anorexia nerviosa atípica, pues la usuaria no se encuentra en un estado de delgadez extrema, pero si tiene un intenso miedo a ganar peso, lleva a cabo comportamientos compensatorios (ejercicio, restricción, laxantes...) y presenta una alteración en la forma en la que percibe su propio cuerpo. Asimismo, en el ámbito alimentario la usuaria tiene todas las creencias y actitudes características de este trastorno, pues prima el miedo a los carbohidratos, las grasas -aceptando sólo las de mejor calidad- y los alimentos de peor calidad nutricional como los ultra procesados. A mayores, sólo se permite usar técnicas de cocinado que no le

sume más calorías al alimento, desconectando completamente de su apetencia y disfrute. Además, también cuenta con la creencia de que si consume un alimento menos nutritivo automáticamente le hará engordar.

Cabe destacar que el cambio de perspectiva con la alimentación hacia el mundo fitness unida al entorno del gimnasio y esa necesidad de crear músculo o estar fuerte, ha hecho que se dudara del desarrollo de un posible trastorno dismórfico muscular, pero debemos de tener en cuenta que las medidas alimentarias que llevaba a cabo entonces seguían siendo restrictivas, aunque en menor medida a lo que cantidades se refiere. El dato clave que nos permite descartar una dismorfia muscular es lo siguiente *“nunca llegué a estar en etapa de volumen porque claro, yo coger volumen era algo que no podía ser”* (Entrevista número 1) observándose claramente su miedo a subir de peso o a verse más grande de lo que ya se percibe, descartando así, la posibilidad de la comúnmente llamada vigorexia.

De todos modos, se debe poner de manifiesto las similitudes entre ambos trastornos, pues el tronco psicopatológico es el mismo, una intensa distorsión corporal. Un factor mantenedor como el ideal estético tan cambiante e imposible de alcanzar, puede ser la delgada línea que separe un trastorno de otro, si su genética juega a su favor.

### **Categoría 5: Relación con el ejercicio:**

Se ha verificado cómo a medida que iba aumentando su percepción negativa por el cuerpo, también se volvía más dañina la relación que tenía con el ejercicio físico. En todo momento, relata acudir al deporte como el medio que le permitiría lograr su ideal estético *“estar delgada y tener culo, es mi objetivo haciendo ejercicio y comiendo”* (Entrevista número 1).

A raíz de la ganancia de peso provocada por menarquía, nuestra participante empieza a ir al gimnasio con intención de moldear su cuerpo *“sobre los 14”* (Entrevista número 1). No obstante, cuenta cómo es en la etapa universitaria, la cual coincide con la pandemia mundial por Covid-19, donde adquiere definitivamente una mala relación con el deporte *“en la pandemia hacía ejercicio tooooodos los días (énfasis), tooooodos los días (énfasis de nuevo)”*, *“fue*



donde más empezó todo un poco, porque no paraba', 'yo organizaba mi día y siempre dejaba mi espacio' [para el ejercicio obligatorio] (Entrevista número 1). Además de tener un horario específico dedicado a hacer ejercicio físico, también buscaba otras formas de moverse necesariamente para compensar 'no cogía el bus para nada, iba andando a todos lados', 'estaba con el real fooding haciendo ejercicio' (Entrevista número 1). La alimentación restrictiva que llevaba a cabo sumada a las conductas obsesivas con el ejercicio provocaron una bajada de peso que actuaba como reforzador de las conductas 'estaba delgadísima' (Entrevista número 1).

Cabe destacar que la entrevistada dedicaba tan solo 'una hora - hora y media' (Entrevista número 1). Con esto, observamos que no podemos valorar exclusivamente el tiempo, sino los motivos internos por los cuales la sujeto lleva a cabo esas conductas, así como las emociones asociadas al realizar o no realizar la práctica. En este caso, sabemos que es su insatisfacción corporal la que genera sentimientos desagradables cuando no se mueve 'si no hago nada, no lograré el cuerpo que deseo', 'si no lo hacía me sentía mal' (Entrevista número 1).

Sin embargo, con el paso del tiempo, también van cambiando los ideales de belleza femeninos. Actualmente, ya no se pretende conseguir una delgadez extrema, sino una delgadez en una persona con músculos definidos -pero no demasiado-. Por estos motivos, la sujeto empezó a ir a salas de musculación, pero lo que ella no tenía en cuenta es que la genética juega un papel importante en el desarrollo del cuerpo 'hay una chica en el gimnasio que cada vez que la veo me quedo embobada mirando para ella diciendo 'ojalá', 'está super fibrada, está muy delgada y tiene así los abdominales marcados, pero no es de estas que tienen una espalda enorme', 'Yo tengo más tendencia a parecer un armario porque tengo mucha espalda y soy grande, entonces claro, yo intento lo otro' (Entrevista número 2). Por estos motivos, narra que a día de hoy está intentando 'eliminar todo lo que he conseguido' (entrevista número 1) debido a que se percibe más grande de lo que le gustaría 'muy ancha de espalda, muy ancha de hombros. Estuvo bien cuando desarrollé los brazos y molaba ver mis brazos definidos, pero ya no me está gustando y me veo a las piernas enormes, pero no me las veo gordas, me las veo musculadas y tengo un

cuádriceps gigaaaaante (énfasis) y ya no me está empezando a hacer mucha gracia. Así que ahora estoy empezando a hacer más cardio y menos peso' (Entrevista número 1). Pese a que hacer pesas es algo que disfruta, prefiere reducir su uso por los resultados que, para ella, son tan negativos 'me rayo con el ejercicio porque realmente lo que me gusta hacer son pesas' (Entrevista número 1). Ante esto, podemos sospechar de una posible distorsión corporal, puesto que la usuaria estaba continuamente focalizándose en un supuesto defecto y actuaba en base a éste para modificarlo de forma obsesiva.

Lo que es evidente debido a los sentimientos de malestar continuos al no poder practicar deporte, es que su relación con el ejercicio no es sana 'cuando voy al gimnasio lo disfruto mucho y ese día estoy mucho más activa, me noto mucho más enérgica, todo mucho mejor, pero el problema es cuando no voy, o cuando estoy una temporada sin ir' (Entrevista número 1). Podemos ver estas emociones en su Diario personal 'Aunque no me apetece voy a caminar para compensar los excesos del finde semana', 'Hoy no me dio tiempo a hacer nada, me siento enfadada y otra vez pensamientos de compensación', 'otro día sin hacer nada, empiezo a verme mal físicamente', 'me tengo que controlar al comer porque no estoy haciendo nada de ejercicio'. Son sentimientos que no son sorprendentes, puesto que la participante expone continuar con una percepción de sí misma bastante negativa 'Sí' [confirma] (Entrevista número 2) 'hay días que digo 'bua esto es una puta mierda, me doy asco' (Entrevista número 2). Se observa cómo para ella el no hacer deporte significa alejarse de la falsa promesa que éste le aporta: tener un cuerpo más delgado con el que sentirse más segura y atractiva.

A pesar de que la sujeto muestra incomodidad con ciertas partes de su cuerpo, la que más inseguridad le genera es la barriga 'la barriga, toda gira en torno a si estoy hinchada si no estoy, si voy al baño, si no voy...' (Entrevista número 2). Las zonas que ve más grandes en cuanto a musculación no le molestan tanto porque al final son músculo, pero la barriga la vincula con grasa y la grasa con gordura, tal y como cuenta en esa misma entrevista. Así, es la zona que más quiere esconder 'con la ropa, es con lo que más sufro, no me pongo equis prendas', 'ir a la playa si no me siento cómoda con mi cuerpo me cuesta mucho' (Entrevista número 2). Lo que está claro es que no tiene un



comportamiento indiferente según el día que vea su cuerpo y la emoción que éste le produzca.

Se observa cómo los pensamientos alrededor del ejercicio ocupan demasiado espacio *“el ejercicio siempre está en mi mente haya o no haya un encuentro social, haya o no haya comida, siempre voy a querer hacer ejercicio”* (Entrevista número 2). Son éstos los que le obligan a hacer ejercicio como forma de compensar la cantidad de alimento ingerido [Asiente] (Entrevista número 2). Ésta, describe la relación que tiene con el ejercicio como *“un absoluto caos, si voy genial y si no voy un desastre”* (Entrevista número 2), dándonos cuenta de que la participante es conocedora de esta relación dañina. La usuaria siente que no es suficiente la cantidad de ejercicio físico que realiza y tiene un nivel de autoexigencia bastante elevado *“descansar = esa parte mucho más vaga”*, *“este mes está siendo un desastre, no estoy teniendo la fuerza de voluntad que tenía antes”*, *“hoy fui, a las 7 de la mañana que es la hora que solía ir antes, pero me costó levantarme como 20 min, ¡tardé en levantarme 20 minutos!”*, *“fui al gimnasio, ahora esto y me voy corriendo a trabajar hasta las 21:00”* (Entrevista número 2). La usuaria es capaz de entender que sea normal que le cueste más levantarse por su rutina tan ajetreada *“Si” [confirma] pero a la vez si no lo hago...”* reiterando de nuevo que está condicionada para evitar el sentimiento de malestar *“Si”* (Entrevista número 2). Por otro lado, cuando tiene algún plan que le impida ir a su sesión de gimnasio, hace todo lo posible para reducir el malestar con otras prácticas que impliquen movimiento *“Si [afirma] “por ejemplo, si voy a la playa intento nadar mucho, moverme...”* (Entrevista número 2), *“ir andando a los sitios...”* (Entrevista número 3). Incluso, en ese mismo cuestionario, afirma haber cancelado planes si entorpecían su rutina de ejercicio, aunque actualmente intenta que no sea así y, por lo tanto, usar la técnica narrada anteriormente.

A pesar de que los pensamientos relativos a hacer ejercicio físico como método de compensación estén continuamente en la cabeza de la sujeto generándole malestar, se observa como la usuaria sólo se queda con la sensación de bienestar puntual y momentánea que le genera el deporte. Es probable que esa sensación agradable sea proporcionada por la gratificación de haber llevado a cabo su plan y objetivo, es decir, mantener el control, reforzar su falsa promesa de que

así se acercará a su deseo de estar delgada y, por otro lado, por las endorfinas generadas después de realizar la práctica *“el ejercicio ya no es sólo que me ayude a adelgazar, a mí el moverme me siento super bien, me gusta mucho como me siento cuando lo hago, y aun encima me ayuda a adelgazar, lo malo es lo que mal que me siento cuando no voy, lo mucho que me machaco y lo mal que me siento conmigo misma, soy muy dura en ese sentido”* (Entrevista número 2), *“me rayo, porque digo: todas estas calorías que estoy consumiendo serían menos”*, *“mi cabeza no me deja descansar”*, *“bombardeo de pensamientos de, por ejemplo, si no fui al gimnasio a ver ahora si puedo hacer algo para compensar”* (Entrevista número 3). De la misma manera, intenta ir andando siempre que puede a los sitios para hacer más ejercicio, vaya o no vaya a las salas de musculación, porque le gusta y porque es una práctica que contribuye a compensar *“lo hago por disfrute, pero de paso es un poco 2x1 [refiriéndose a adelgazar]”* (Entrevista número 2).

Una lesión debido a la frecuencia e intensidad con la que practicaba deporte le obliga a pausar su práctica, generándole un gran sufrimiento *“iba de lunes a sábado, así es que me jodí la espalda, por usar pesos muy grandes”* (Entrevista número 2) *“mi vida no tiene sentido, yo quiero hacer ejercicio, por culpa del ejercicio estoy así, ¿Quién soy?, ¿de dónde vengo?, ¿A dónde voy?, replanteándome todo”* (Entrevista número 2). De nuevo, como ya hemos visto en otras ocasiones, ante el impedimento de acudir al gimnasio, busca otra opción viable para compensar *“con la lesión lo que hacía era ir a caminar, caminar, caminar... y caminar”*, *“entre 7 y 10km hacía todos los días”*, *“en vez de ir al gimnasio iba a caminar”* (Entrevista número 2), *“no paro de pensar que no es suficiente”* (Diario personal). De esta manera, volvemos a confirmar la relación poco saludable con el ejercicio físico al no poder pausar la práctica ni por un motivo físico de salud.

Cuando se le comenta un caso hipotético en el que se rompiera un pie, se levanta en ella un gran malestar, con una respuesta hiper dramática *“Creo que esa es la cosa que más me jodería en el mundo, ¡un pie! Si aun me rompiera una mano ni tan mal, porque podría ir a caminar a los sitios, pero como me rompa un pie... es que no me lo planteo... mira... a partirde ahora voy a andar también con mucho cuidado (risas), es que no me puedo romper un pie, ¡es que no puedo!, me da*



*algo, me da algo...sería todo un reto, en el sentido de: por cojones tienes que estar quieta sin hacer nada, "sería una tortura", "una prueba de fuego"* (Entrevista número 2). Argumenta que cuando no puede hacer ejercicio físico se siente muy ansiosa "Sí, me da bastante bajón" (Entrevista número 3), datos que refleja en el diario personal y siempre van vinculados a la comida que esté consumiendo "Todo el día comiendo y sentada. Me siento asqueada y muy mal conmigo misma", "Ayer yano hice [ejercicio] y comí mal, siento asco", "Siento malestar porque siempre hay mucha comida y hace demasiado calor como para hacer ejercicio" (Diario personal). Actualmente, debido a la lesión, se ve obligada a cambiar su rutina de gimnasio y a descansar más, pese al malestar que le esté causando "tengo que dejar de hacer pesas una temporada. Necesito buscar alternativas para hacer ejercicio. Siento rabia y tristeza" (Diario personal), "estoy intentando hacer un día sí y un día no, descansar un poco más el fin de semana porque tengo la espalda destrozada" (Entrevista número 2), "me agobia muchísimo", "los domingos cedo un poco más a estar en casa viendo pelis pero después pienso: encima no me estoy moviendo, estamos aquí comiendo palomitas y ahí lo paso mal", "hago como un circuito de hacer ejercicios un poco más de definición con la comba, luego ronda de abdominales y vuelta a empezar", "mínimo una hora" (Entrevista número 2). Pese a todo, en el Cuestionario número 1, la usuaria expone que no se siente deprimida cuando pierde uno o más días de ejercicio, dando una opinión diferente a lo que refleja en el diario personal y las entrevistas. Ante esto, cómo actualmente la usuaria se debate en recuperarse o mantener esa gratificación que le proporciona el deporte, se sospecha que pueda dar esa contestación en un intento de demostrarse que no le afecta el alargar el tiempo sin ir al gimnasio. Sin embargo, no hay cese de actividad física, aunque no vaya a una sala de musculación, si hay compensaciones moviéndose todo lo posible, por lo que es una falsa demostración a ella misma. De hecho, expone que estar sin hacer ejercicio "más de 3 días no lo tolero" (Entrevista número 3), pero varía según lo que esté comiendo, siendo cuando peor lo pasa y donde más necesidad tiene de hacer ejercicio cuando "comer mal", "más fritos, más cantidades o más pan..." (Entrevista número 3).

El ejercicio controla su vida hasta tal punto que esos pensamientos continuos le hicieron creer que estas

prácticas formaban parte de un estilo de vida sana que ella había elegido, sin embargo, podemos observar cómo estas prácticas carecen de salud al ver el nivel de angustia que siente tras no poder hacer ejercicio, lo que aumenta de nuevo su insatisfacción corporal "Me siento muy mal conmigo misma, no paro de pensar en el hecho de que basé parte de mi personalidad en hacer ejercicio y ahora nada tiene sentido" (Diario Personal). Con esto, la usuaria se refiere "al estilo de vida que estaba llevando hasta el momento "ir todos los días al gimnasio, ser una chica sana, comer bien... pues durante la semana no beber una gota de alcohol porque al día siguiente tengo que entrenar... dormir pronto porque al día siguiente entreno muy pronto... es como: toda mi vida gira en torno a eso" (Entrevista número 3).

Con todo, podemos ver a una participante cuyo motor de conductas dañinas es una posible distorsión corporal por su cuerpo. Siempre prima el deseo de estar delgada por encima de todo, pero a la vez, le gusta un cuerpo que también esté musculado que le es imposible lograr por su genética. Así, vemos diferentes opiniones a lo largo de la categoría, pues la usuaria dice que le gusta mucho el ejercicio con pesas, pero quiere dejar de hacerlo, luego quiere retomarlo, pero con menos peso para no seguir ganando masa muscular y, a la vez, tampoco quiere perder el músculo, viéndose en una continua ambivalencia sobre qué ejercicio hacer. Estos sucesos nos han hecho sospechar de una posible vigorexia, sin embargo, cabe destacar que la usuaria se percibe gorda y lo que sí tiene claro es que todo ejercicio que haga tiene que garantizarle la delgadez, de hecho, en el Cuestionario número 1 contesta que no cree que su cuerpo sea demasiado delgado y considera tener demasiada grasa corporal, afirmación contraria a la forma que tiene de verse una persona con dismorfia muscular. La participante también asocia la delgadez con saludable y, poniendo en énfasis el ejemplo de este caso, se puede apreciar como un cuerpo delgado no es indicativo de salud si implica un sufrimiento y control continuo por la alimentación y el cuerpo.

Se puede verificar que no es tanto que ella controle cuando hacer ejercicio, sino que sus pensamientos en torno a la necesidad de compensación son los que le controlan a ella "estoy fatal, estoy super nerviosa porque en el pueblo siempre hay mucha comida. Intento nadar todo lo posible en la piscina para





*compensar*'' (Diario personal). Así, se vuelve a poner de manifiesto la posibilidad actual de una anorexia nerviosa atípica donde la usuaria guía su vida según su necesidad de control con la comida y el ejercicio e incluso, disfruta de la sensación de placer cuando es capaz de mantener el control y cumplir sus objetivos. Pese a ello, se evidencia consciencia de la problemática por su parte '*intento ser más permisiva conmigo misma*', '*Estoy un poco aceptando que ser un palo no es tan guay, pero me cuesta*'' (Entrevista número 3). Con todo, nos encontramos ante una falsa promesa que el TCA intenta proporcionar en ella, pero es simplemente eso, falsa, porque aún llevando a la usuaria al aislamiento para poder llevar a cabo las autoexigencias necesarias que en teoría le llevarían a lograr equis cuerpo, solo le lleva a experimentar sensaciones desagradables que le impiden vivir tranquila o disfrutar de su entorno y la vida.

## DISCUSIÓN

A pesar de que la etiopatogenia de los TCA sigue siendo desconocida, se sabe que participan en su desarrollo factores sociales, biológicos y psicológicos (Álvarez & Medina, 2017). Entre los factores sociales y culturales se destaca el culto al cuerpo, la cultura de la dieta, la gordofobia y los estereotipos de género, por lo que no es de extrañar el hecho de que la apariencia física sea uno de los atributos a los que se le da más importancia hoy en día. De esta manera, la insatisfacción corporal se ha vuelto un concepto normativo, en especial en el género femenino, por la gran presión estética a la que se ven sometidas las mujeres y la latente relación entre autoestima y atractivo físico, por lo que en muchas ocasiones el deseo que se tiene de alcanzar un cuerpo considerado atractivo acaba poniendo en riesgo la salud física y mental al llevar a cabo conductas peligrosas como las dietas restrictivas y ejercicio físico compulsivo, tal y como vemos en nuestra entrevistada (Zureyma Barrera-Carranza, 2021).

El ideal estético imperante en la actualidad expone que '*ser bella es igual a estar delgada*', lo que muchas veces es biogenéticamente difícil de conseguir, facilitando la discrepancia entre tamaño corporal real e ideal, generándose de este modo una intensa insatisfacción corporal (Behar A., 2010). Incluso, se ha visto como este ideal empieza a modificarse a la imagen de una mujer de complexión delgada con

músculos en zonas como el busto, glúteos, abdomen y muslos, pero no demasiados, ya que eso supondría entrar en el ideal estético masculino y por tanto, '*no ser femenina y atractiva*'. Por supuesto, una imagen irreal e imposible de conseguir en toda su esencia, pero que lleva a la obsesión continua de cambio, comprobación y control con el ejercicio, la comida y el cuerpo en un intento de contrarrestar malestar.

Vivimos en una sociedad en la que el cuerpo se utiliza como un medio de transporte hacia un estatus social superior. La complexión delgada supone '*éxito, poder, valía, atractivo, inteligencia e incluso, salud*', por ende, nuestra cultura vincula de forma negativa la gordura con '*enfermedad, fealdad, vagancia, incapacidad...*'. De este modo, se persigue la delgadez como una idea sobrevalorada transcendental: ser delgada es sinónimo de triunfo, éxito personal, profesional y social, que ejerce control sobre uno mismo y sobre los demás. Dicho en otras palabras: no estar delgada, engordar o perder el control del peso significa fracaso, carecer de la capacidad de agradar, de alcanzar las metas propuestas y de triunfar. Se cultiva una moral del Yo muy centrada en el trabajo, el rendimiento y en la producción (Behar A., 2010). El ideal nos da a entender que todo aquel que se aleje de estos atributos debe cambiar, de lo contrario, no será considerado bonito, atractivo o incluso sano, pudiendo sufrir estigma y discriminación como les pasa a las personas que habitan un cuerpo gordo y son clasificadas con '*obesidad o sobrepeso*'. Cabe destacar que todas estas correlaciones no son reales, sino que son creencias instauradas procedentes del culto al cuerpo y la cultura de la dieta. Por todo ello, se entiende como la participante del estudio admite tener un temor a subir de peso; no tanto por la imagen con la que se vaya a percibir -que también- sino por lo que ese peso supondría a ojos de la sociedad.

Se define la cultura de la dieta y el culto al cuerpo como un sistema de creencias, actitudes y hábitos que intentan decirnos cómo deberíamos vernos, cómo debería de ser nuestro cuerpo y cómo deberíamos vivir en base a unas expectativas sociales e ideales imposibles de conseguir. Éste, aleja a la persona de sus propias señales corporales al defender la premisa de que debemos seguir normas alimentarias (cuándo comer, qué comer, a qué hora comer, en qué cantidad comer...) en vez de valorar nuestras propias señales de hambre y saciedad, cómo nos sentimos, nuestra



apetencia, disfrute, nuestra cultura o tradición, etc. De la misma manera, hacer ejercicio como forma de castigo (por el cuerpo que se habita) en vez de una forma de mejora, en quemar folículos capilares en vez de permitir que éstos protejan el cuerpo, acceder a cirugías estéticas que ponen en riesgo la salud, entre otras muchas cosas. Las consecuencias de estas creencias son claras y directas: caer en dietas restrictivas, productos que exponen ser milagrosos, conductas de control corporal, laxantes cuya finalidad no es mejorar una problemática concreta, ejercicio físico compulsivo, etc. En definitiva, una larga lista de productos o acciones que en teoría ayudan a la persona que vive con insatisfacción corporal a cambiar su imagen real por su imagen ideal, lo que, al contrario de lo que se podría esperar, afecta negativamente a su autoestima levantando una sensación de fracaso o de falta de fuerza de voluntad al no conseguir llevar a cabo esas medidas tan estrictas, peligrosas y no conseguir el cuerpo deseado ideal. Con todo, son conductas de riesgo para desarrollar un TCA o conductas que ya son propias de uno (Faw et al., 2021).

Nuestra participante tiene una imagen corporal tan negativa que busca de forma continua cuales son los atributos que posee y le gustaría cambiar y cuales son aquellos que le gustaría tener. Además, su malestar va aumentando por la comparación constante entre los atributos que desea tener con los suyos propios percibidos como negativos y, de la misma manera, también con los de otras personas. Por todo ello, se verifica la existencia de una posible distorsión e insatisfacción corporal y se observa cómo lleva a cabo muchas de las acciones narradas anteriormente (Holland & Tiggemann, 2016). Cabe destacar que la magnitud de la distorsión corporal se relaciona directamente con el nivel de restricción alimentaria, lo que se corrobora en las entrevistas con ésta (Behar A., 2010).

Es de especial importancia el papel de la familia y amistades en el desarrollo de una positiva o negativa percepción corporal. La búsqueda individual del culto al cuerpo viene dada en muchas ocasiones por la familia al comentar de forma implícita o explícita la importancia de un cuerpo delgado. En este sentido, destacamos la imagen de su madre por las opiniones continuas sobre cambiar su propio cuerpo y admirar el cuerpo delgado de los demás, su suegra que sufre un

TCA y antepone su juicio y su abuela con la que vivió, por estar a dieta de forma crónica. Por ende, de forma directa o indirecta se refuerzan y fomentan las conductas relacionadas con la cultura de la dieta y las connotaciones corporales mencionadas, lo que puede llevar al desarrollo de un TCA, al promover unos valores que implican que hay que huir de determinada corporalidad haciendo todo lo posible, aunque eso implique sufrimiento o malestar.

Asimismo, la etapa puberal es de vital importancia por los cambios de corporalidad que se producen, como le pasó a nuestra entrevistada con la menarquía. Éstos, además de provocar malestar propio también generan comentarios por parte de iguales, lo que empeora la autoestima de quien los recibe por la importancia que se les da a las amistades en esta época. Debemos destacar la compañía de la sujeto a lo largo de la adolescencia por ser quienes la motivaron a llevar a cabo el vómito como conducta compensatoria y la adentraron en el mundo "real food", reforzando todas sus conductas restrictivas y de control con el cuerpo y el ejercicio. En definitiva, esta etapa vital se ha mostrado como un periodo crucial vinculado al inicio de trastornos de la conducta alimentaria o de conductas peligrosas que pueden facilitar su desarrollo. Así, las mujeres cuyo rasgo principal sea el perfeccionismo, tienen todavía más riesgo (Behar A., 2010)

No debemos dejar escapar el hecho de que el uso de Internet es cada vez más frecuente y accesible desde tempranas edades, pudiendo ocasionar en los más jóvenes conductas peligrosas por la falta de un uso responsable (Saul & Rodgers, 2018). Se manifiesta este hecho por las páginas webs que visitó la entrevistada en la adolescencia, donde se encuentran "consejos" peligrosos como el de llevar a cabo purgas, como ocultar la falta de ingesta o como eliminar el hambre, consejos que le "ayudarían" a alcanzar el cuerpo deseado; las webs Pro-Ana y Pro-Mía. Éstas consideran que los TCA no son enfermedades, sino un estilo de vida (Rodgers et al., 2012). De esta forma, se refuerzan ciertos aspectos psicopatológicos de la anorexia nerviosa como ascetismo, competitividad, conductas purgativas y obsesión por el control.

Por otro lado, se ha comprobado cómo las personas que siguen una alimentación basada en el Realfooding



o "comida real" tienen una peor relación con su imagen corporal que las que no siguen este tipo de alimentación. Asimismo, se ha verificado que sienten culpa después de haber consumido un alimento ultra procesado y llevan a cabo conductas de riesgo para el desarrollo de un TCA como las conductas compensatorias, restrictivas y el control. A la hora de compartir encuentros sociales, las personas que siguen esta alimentación exponen que es un problema para ellos acudir por ser un plan que sale de su norma rígida de hábitos. Muchos muestran cómo se han vuelto obsesivos con su alimentación, tienen que leer todas las etiquetas de forma obligatoria, llevan un recuento calórico rígido y renuncian a ciertos planes y tipos de alimentos por miedo y no por falta de apetencia (Alcobendas et al., 2022; Caballero et al., 2021). Datos que nuestra participante corrobora haber sentido desde el momento que se inició en estas prácticas hasta la actualidad, donde sigue con todas las creencias e ideas fomentadas por este movimiento.

Cabe destacar que diversos autores sostienen que estar sometido a eventos estresantes aumenta el riesgo de predicción de TCA, determinando la existencia de un estrés crónico en los pacientes (Rivas, 2021; Rosa & Claudia, 2009). Entre los estresores a los que estuvo sometida la participante se encuentra: la pandemia de COVID-19, la muerte de sus abuelos, conflictos familiares, cambio de colegio, cambio de casa, la separación de sus padres y la desvinculación de su padre con vivencias conflictivas.

Debido a la percepción tan negativa que la participante expone tener sobre partes determinadas de su cuerpo, los pensamientos rumiativos sobre éste, la profunda insatisfacción y el inicio de dietas restrictivas y conductas compensatorias que pueden ser patológicas, debemos considerar la opción de que pueda presentar un Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), ya que además, hay tener en cuenta que se suele desarrollar en la adolescencia y su diagnóstico no es algo frecuente. Entre las características propias de este trastorno, detectamos las siguientes en la participante: preocupación intensa sobre varios defectos percibidos en la apariencia, pensamientos obsesivos sobre estos mismos, comportamientos mentales obsesivos y repetitivos como la verificación de un posible aumento de peso frente al espejo o el uso de ropa holgada, malestar intenso por dichos defectos o aislamiento, entre otros. Todo ello, motivado por el

intenso malestar por zonas concretas de su cuerpo por las que presenta distorsión: la musculatura, la barriga o diversas zonas menos estilizadas.

Como son estos los motivos por los que empieza a controlar su alimentación y a hacer ejercicio físico de forma compulsiva (González Martí, 2015), se debe realizar un diagnóstico diferencial con la AN y la DM, por ser estos dos con los que presenta mayores signos y síntomas.

Según el DSM-5, la paciente reúne diferentes características del trastorno dismórfico muscular o "vigorexia" como: realizar ejercicios de fuerza de manera compulsiva, permanente insatisfacción corporal, llevar a cabo una dieta estricta y aislamiento social (American Psychiatric Association, 2014). Pese a estas similitudes se debe tener en especial consideración el contexto, ya que la preocupación sobre su cuerpo no está orientada a ser más grande, sino a estar más delgada y musculada, pero sin excederse. A pesar de que realice ejercicio físico de levantamiento de pesas, en el caso de que desarrolle mucha musculatura se vuelve a ver grande y quiere eliminar el músculo. Además, la dieta que la participante lleva a cabo está orientada a la restricción, precisamente por todo lo expuesto. De hecho, es la vergüenza corporal por verse demasiado grande lo que le hace aislarse (Alvarez-Espinoza et al., 2021). Con todo ello, podemos descartar la posibilidad de que la sujeto de estudio presente este trastorno.

De esta manera y teniendo de nuevo como referencia el DSM-5 se observan dos características clave que comparte con la anorexia nerviosa: miedo intenso a engordar con la realización de comportamientos que interfieran en el aumento de peso y una distorsión de la propia imagen corporal. No obstante, el último criterio que determinaría la existencia de este trastorno no corresponde con la de la entrevistada, pues ésta se encuentra en un estado de normopeso. Este dato ha sido el que nos ha llevado a determinar la posibilidad de una AN atípica por cumplir con todos sus criterios del DSM-5. A pesar de que dentro de la anorexia nerviosa es la forma que más se suele desarrollar y ver en la parte clínica, no hay mucha evidencia al respecto por la falta de diagnóstico en la mayoría de los casos. De hecho, la población puede cursar con esta enfermedad sin ser consciente de ello al estar en un estado de normopeso o uno superior, por la falsa creencia de



asociar un trastorno mental a un cuerpo en concreto, además de las creencias de la cultura de la dieta que premian el llevar a cabo comportamientos restrictivos y ejercicio físico compulsivo con el objetivo de bajar de peso (Segreda Castro & Segura Araya, 2020).

La sospecha inicial de esta investigación sobre la existencia de vigorexia o anorexia radica en que la similitud entre ambos trastornos, pues ambos presentan una alteración de la imagen corporal, el mantenimiento de una dieta estricta, ejercicio físico excesivo y el posible uso de fármacos para cumplir su propósito. Además, la relación vinculante entre ambos trastornos se caracteriza por su personalidad perfeccionista, obsesiva, con baja autoestima, impulsividad y aislamiento social, entre otros (Romero Olivares et al., 2019)

Pese a esto, las direcciones de estas similitudes son contrarias y podemos verificar como la sujeto participante lleva a cabo conductas propias de AN atípica (American Psychiatric Association, 2014). Ésta nunca se percibe delgada a lo largo de todo el proceso, tal y como se vería una persona que presenta vigorexia, sino que se percibe más gorda de lo que le gustaría. Mientras lleva a cabo dietas hipocalóricas restrictivas, las personas con vigorexia todo lo contrario, incluso consumen grupos de alimentos como los carbohidratos que nuestra participante niega consumir en grandes cantidades. Asimismo, en un pasado ha llevado a cabo vómitos como forma de compensación y actualmente usa laxantes cuando tiene malestar corporal con el objetivo de bajar peso, mientras que las personas con vigorexia usan anabolizantes para aumentar su anatomía. Las únicas similitudes que podría tener nuestra participante con la vigorexia son: realizar ejercicio físico de forma excesiva para aumentar su musculatura, pero siempre prima la delgadez y se observa distorsión si desarrolla demasiado musculo y tener una práctica obligatoria aun estando lesionada por creer que si no se mueve aumentará de peso y no por el hecho de verse pequeña. Es para reflexionar qué pasaría si la genética estuviera de parte de nuestra entrevistada y no le hiciera ganar musculatura hacia un ideal que a ella no le gusta, tal y como nos cuenta, pues este es el único motivo que le hace verse con una musculatura “más masculina” y le lleva a restringir o revertir todo el músculo ganado.

No podemos ignorar la evidencia de los beneficios fisiológicos, psicológicos, cognitivos y sociales del ejercicio físico, pero cuando las razones que motivan la práctica son las asociadas a una insatisfacción o distorsión corporal, los resultados no son tan positivos. Basándose en evidencia se puede observar como la relación de la sujeto con el ejercicio físico desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa no son saludables (Beatriz Jiménez et al., 2018; Meyer et al., 2011; Tabares Olmedilla, 2020). La participante expone en todo momento los sentimientos de culpa, ansiedad o tristeza que tiene si no realiza ejercicio. Asimismo, expone un falso bienestar asociado al cese de pensamientos autoexigentes después de la práctica, que no por los efectos positivos del ejercicio. De la misma manera, la sujeto muestra hiperactividad, entendida como esa necesidad continua de estar en movimiento para paliar esas emociones y pensamientos de culpa y malestar. Mencionar que la necesidad que tiene de hacer ejercicio es como forma de compensación alimentaria y cómo la percepción de su imagen corporal varía dependiendo de si practica o no deporte. Se recalca el hecho de que el ejercicio controla la vida de nuestra participante, ya que organiza su agenda dejando espacio para poder hacer su rutina de ejercicio sin interrupciones, incluso estando lesionada.

De igual manera, presenta una relación con la comida bastante negativa, demostrando cómo alimentarse de forma nutritiva no tiene por qué ser saludable. La usuaria presenta un pensamiento dicotómico de “todo o nada”, “bueno o malo” por el que rige su forma de alimentarse, primando el control. Así, cuando por ejemplo consume un alimento clasificado como “malo” o ingiere mayor cantidad de alimento de la que pensaba, se genera en ella una sensación de culpa, malestar y sensación de pérdida de control que sólo puede paliar si realiza conductas compensatorias. Este temor alimentario también se debe a que considera que consumir un alimento le va a hacer subir de peso (Jimeno Martinez et al., 2018; Viartola Martínez et al., 2020).

La usuaria afirma en todo momento que necesita mantener el control con su alimentación, suponiéndole demasiado estrés y ansiedad que alguien cocine para ella por no saber cuáles son los ingredientes o la forma de cocinado que está llevando a cabo. Además, expone que, por su alergia



a la lactosa, no puede pedir opciones en restaurantes que sean menos nutritivas como hamburguesas, pizzas, etc. y que esto le supone un alivio. Asimismo, la sujeto considera el ejercicio físico como el método que le permite disminuir la cantidad de calorías introducidas, pese a que ya mantenga una restricción por el mismo objetivo (Golden & Mehler, 2020; Moskowitz & Weiselberg, 2017; Walsh et al., 2023).

## CONCLUSIONES

La construcción del ideal de cuerpo en la sociedad occidental se basa en creencias, valores y patrones estéticos en cuyo contexto emergen los TCA. Por consiguiente, hay una delgada línea muy sutil y difusa entre cuidarse y desarrollar uno de ellos, pues el interés en una alimentación saludable y hacer ejercicio físico por salud, en ocasiones llega al extremo transformándose en obsesión.

A mayores, la cultura de la dieta fomenta y mantiene la creencia de que podemos moldear el cuerpo. Bajo esta premisa, diferentes empresas sacan al mercado productos que en teoría ayudan a lograr dicho objetivo (cremas, suplementos, batidos dietéticos, infusiones milagrosas, etc.). Esto genera sensación de control, pero también sentimientos de culpa y malestar cuando no se consiguen los objetivos preestablecidos, manteniendo creencias gordóforas que refuerzan y disparan una insatisfacción corporal constante, la necesidad de cambiar el cuerpo, una mala relación con éste, la comida y el ejercicio físico.

Intentar alcanzar un peso ideal que no respete el "set point" biológico (rango natural de peso del cuerpo) es insostenible. Si las personas tienen que poner en práctica cosas en su vida para alcanzar un peso particular que en teoría sería más saludable y dichas cosas no son compatibles con autocuidado, entonces ese no es un peso saludable para ellas. La OMS define la salud como bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de enfermedades. Pese a ello, la sociedad nos guía a obsesionarnos con las etiquetas, con lo que hay en nuestro plato, con contar calorías, adelgazar, parecemos al ideal estético, etc. y salud con obsesión no es salud, es obsesión.

¿Y si dejamos de enfocarnos solamente en el peso? El Índice de Masa Corporal (IMC) dice poco sobre el estado de salud de una persona al no tener en

cuenta indicadores antropométricos, hábitos, indicadores bioquímicos, etc. Los TCA son trastornos mentales, por lo usar el peso como criterio diagnóstico no tiene demasiado sentido. Vivir con continuo malestar y llevar a cabo comportamientos obsesivos que vayan destinados a conseguir un cuerpo determinado afectando a la calidad de vida de quien los padece, es suficiente, así lo vemos con nuestra entrevistada y la mayor parte de casos clínicos en la práctica. Tener en cuenta el IMC en estas patologías mantiene una creencia de que sólo las personas en un estado de extrema delgadez pueden tener un TCA, invalidando el malestar de personas con otros cuerpos que viven en un torbellino de restricción y culpa continua. Debemos centrarnos en los comportamientos alterados que generen malestar en la persona y afecten a su calidad de vida más que en su peso.

Se propone el enfoque de Salud en Todas las Tallas (HAES) como nuevo paradigma. Éste aboga por adoptar hábitos saludables independientemente de la talla y rechaza la estigmatización del cuerpo gordo. Las intervenciones sobre alimentación y el cuerpo se basan en los principios de alimentación intuitiva, que consisten en comer en respuesta a las señales de hambre y saciedad para mejorar la relación entre la comida, la mente y el cuerpo. Es decir, fomentan una alimentación saludable de verdad en la que no haya restricciones ni juicios morales, una que permita disfrutar de nuestra cultura y de planes sociales, además de una práctica de ejercicio físico compasiva donde la motivación no sea el rechazo al propio cuerpo. Los alimentos no son buenos ni malos, son más y menos nutritivos, pero hacer un juicio moral sobre ellos solo hace que su consumo se vea sesgado por creencias, generando poco disfrute y placer al consumirlos y pudiendo desarrollar conductas compensatorias, de control, restricción y comprobación que suponen un gran riesgo para la salud.

El enfoque tradicional incomoda, estigmatiza, discrimina y aumenta la probabilidad de desarrollar un TCA. La diversidad corporal existe, siempre ha existido, y nuestro valor no depende del cuerpo que habitemos, sino de quienes somos como personas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Alcobendas, C., De La Villa Ramírez Sánchez, A., Álvarez, A., y Millán, S. (2022). *Realfooding, dietas, ayuno intermitente y otros hábitos alimenticios y su relación con la imagen corporal*. [Trabajo Final de Máster, Universidad Europea] CRAI Dulce Chacón. <http://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/2347>
- Alcaraz Ibáñez, M. (2019). Anorexia nerviosa versus vigorexia. *International Congress of Body Image & Health: (BIAH 2018)*.
- Alvarez-Espinoza, M. F., Torres-Mota, D. B., Pontaza-Ortiz, I., y Saucedo-Molina, T. D. J. (2021). Dismorfia muscular: definición y generalidades sobre prevención y tratamiento. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de La Salud Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo*, 10(19), 223–231. <https://doi.org/10.29057/ICSA.V10I19.6482>
- Álvarez, A., y Medina, P. G. (2017). *Etiología de la anorexia nerviosa*. [Trabajo Final de Grado. Universidad de La Laguna] Repositorio Institucional Universidad de La Laguna <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/8806/>
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition - Coding Update. *American Psychiatric Association, March*, 22. [https://archive.org/details/dsm-5\\_202110](https://archive.org/details/dsm-5_202110)
- Beatriz Jiménez, D., Director, I., Robin, : D, y Madrid, R. M. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria (dismorfia muscular, imagen corporal masculina y femenina, ejercicio físico excesivo, adicción o compulsión)*. [Trabajo Final de Grado. Universidad Pontificia de Comillas] Repositorio Universidad Pontificia de Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/22329>
- Behar A., R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319–334. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Caballero, C. G., Mayoral De Calzada, L., Gago, R. M., Real Fúnez, E., Gragera, J. G., Fernández Peláez, C., y Morán, L. L. (2021). *Influencia del realfooding en los trastornos de conducta alimentaria (TCA)*. Centro Tiban. <https://goo.su/G1PuzU>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire?. *The International journal of eating disorders*, 16(4), 363–370.
- Faw, M. H., Davidson, K., Hogan, L., & Thomas, K. (2021). Corumination, diet culture, intuitive eating, and body dissatisfaction among young adult women. *Personal Relationships*, 28(2), 406–426. <https://doi.org/10.1111/PERE.12364>
- Fernández Rivas, A. (2021). Anorexia nerviosa del adolescente y COVID-19: La pandemia colateral. *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, 12. (2):1-5 <https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2021.Nov.705>
- Golden, N. H., & Mehler, P. S. (2020). Atypical anorexia nervosa can be just as bad. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(3), 172–174. <https://doi.org/10.3949/CCJM.87A.19146>
- González Martí, I. (2015). El exceso de ejercicio físico como consecuencia del trastorno dismórfico muscular (vigorexia). *Tándem: Didáctica de La Educación Física*, 48, 7–13.
- Grant, J. E., Lust, K., & Chamberlain, S. R. (2019). Body dysmorphic disorder and its relationship to sexuality, impulsivity, and addiction. *Psychiatry Research*, 273, 260–265. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2019.01.036>
- Holland, G., y Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image* (Vol. 17, pp. 100–110). <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>



- Jimeno Martínez, A., Pelegrín Valero, P., y Manuel Ruiz, C. (2018). *Estudio comparativo del patrón nutricional de los diferentes trastornos de conducta alimentaria*. Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. ZAGUAN <https://zaguan.unizar.es/record/77571>
- Martín Rodríguez, M., Sánchez Malmierca, B., Sanz Gete, S. F., y Rodríguez Huerta, M. (2019). Anorexia y bulimia nerviosa, actualización de la evidencia. *Parainfo Digital*, 13(29), 1-3. Recuperado a partir de <https://ciberindex.com/c/pd/e007>
- Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H., y Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 174–189. <https://doi.org/10.1002/ERV.1122>
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70–84. <https://doi.org/10.1016/J.CPPEDS.2017.02.003>
- Rodgers, R. F., Skowron, S., y Chabrol, H. (2012). Disordered eating and group membership among members of a pro-anorexic online community. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 9–12. <https://doi.org/10.1002/erv.1096>
- Rosa, B. A., y Claudia, V. W. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(3), 178–189. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272009000300002>
- Sanchez-Autet, M., Garriga, M., Zamora, F. J., González, I., Usall, J., Tolosa, L., Benítez, C., Puertas, R., & Arranz, B. (2018). Muscle dysmorphia: detection of the use-abuse of anabolic adrogenic steroids in a Spanish sample. *Adicciones*, 30(4), 251–263. <https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.853>
- Saul, J. S., & Rodgers, R. F. (2018). Adolescent Eating Disorder Risk and the Online World. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 27(2), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.011>
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., y Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Surgenor, L. J., & Fear, J. L. (1998). Eating disorder in a transgendered patient: a case report. *The International journal of eating disorders*, 24(4), 449–452. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199812\)24:4<449::aid-eat14>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199812)24:4<449::aid-eat14>3.0.co;2-w)
- Tabares Olmedilla, S. (2020). Efectos del ejercicio físico en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia, Vol. 31, N° 115, pp. 97-113. Ejemplar Dedicado a: Complejidad de Los Trastornos Alimentarios*. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.358>
- Viertola Martínez, D., Pelegrín Valero, P. M., & Ruiz Lázaro, C. (2020). *Estudio de fobias y restricciones alimentarias en anorexia nerviosa study of phobias and food restrictions in anorexia nervosa*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Zaragoza] ZAGUAN <https://zaguan.unizar.es/record/98854>
- Walsh, B. T., Hagan, K. E., & Lockwood, C. (2023). A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 56(4), 798–820. <https://doi.org/10.1002/EAT.23856>
- Zureyma Barrera-Carranza, Y. (2021). Ideal de cuerpo femenino y cultura de la dieta: *Apuntes de Bioética*, 4(2), 56–72. <https://doi.org/10.35383/APUNTES.V4I2.682>