



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA POBLACIÓN DE RIESGO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
NORMA AURORA VÁZQUEZ ZANABRIA

Director: Lic. ANDRÉS MARES MIRAMONTES
Dictaminadores: Lic. RODRIGO MARTÍNEZ LLAMAS
Lic. GONZALO AGAMENÓN OROZCO ALBARRÁN



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 12/03/2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A la memoria de **Carlitos**, mi papá.*

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, ángel hermoso que llena mis días de amor y ternura. Gracias por el infinito amor que me has hecho posible conocer, ese amor maravilloso que ha llenado mi vida de bellos momentos y razones para seguir; incluso cuando he perdido la fuerza o las ganas. Por guiar, cuidar y procurar mi camino. Pues aunque sé que nada podrá decir todo lo que me significas, hago de este trabajo una forma de expresarte mi infinita gratitud.

A mi papá. Gracias, por las inagotables sonrisas, caricias y abrazos que con tanta dicha me regalabas y cuyo recuerdo hasta hoy, me llenan de alegría... por ver en mí a tu princesa, confiar y estar conmigo siempre; porque aunque el tiempo no nos alcanzó para compartir este momento. Te llevo en la sangre, la piel, la memoria pero sobre todo en mi corazón todos los días.

A mi muñequita preciosa: Mamá Queta. Por esos obsequios infinitos y maravillosos que contenían tus sonrisas. Porque con tu amor los monstruosos desafíos de la vida fueron mas llevaderos. Gracias por luchar tanto y tantas veces por ti, tus hijos y nietos. En donde quiera que estés, bonita, gracias por esperar y desear tanto como yo este momento.

Abuelitos Aurora y Alfonso, ejemplos de vida. Por el tiempo, los consejos y cuidados que me dedicaron; por todas las formas que inventaron para colmar mi niñez de encanto y ternura, gracias.

A Rots, por aprender conmigo a vivir (y sobrevivir), compartirme tus inquietudes, afanes, temores y experiencias; por cuidarme, amarme y confortarme...gracias hermano.

Gracias a quienes en sus diferentes formas de expresión, me han procurado, apoyado y alentado en el camino recorrido: mis tíos Toño, Loló, Javier, Toña, Alfonso, Mary, María así como mis primos Karla y Daniel.

A Tere y Ana. Compañeras de mil batallas, de quienes he aprendido el verdadero valor de la familia que se elige: los amigos. Por acompañarme en la aventura de vivir, gracias nenitas.

A Mayra y Gil, por ser más que mis colegas, mis amigos. Por aligerar tantas veces las dificultades de mi camino y estar conmigo a pesar de las distancias y ocupaciones.

A Gerardo, Javo, Edgar, Sughey, Guadalupe, Lizethe y Daniel, quienes compartieron conmigo el espacio en la universidad y que, sin proponérselo, me permitieron aprender tantas cosas.

A Andrés Mares, por asesorar este trabajo como un amigo. Por acompañarme en esta experiencia con tanta paciencia y ayuda, presentes de mil formas en este tiempo. Por ser espacio de encuentro y desencuentro conmigo misma. Gracias.

A Rodrigo Martínez por las observaciones y aportaciones que hiciste a este trabajo. Además de los ratos tan agradables que, en tu compañía sirvieron como espacio de entendimiento de las cosas. Gracias por estar presente como un amigo y acompañarme en esta travesía.

Agradezco a Gonzalo Agamenón, por su amabilidad y disposición para formar parte de este trabajo.

A quienes hacen de la UNAM espacio y posibilidad de encuentro, a todos los profesores y compañeros que formaron parte de este trayecto. Gracias.

A mis maestros y compañeros de danza, quienes con su participación hicieron posible la realización de este trabajo.

ÍNDICE

Resumen	I
Introducción	II
Capítulo I. Perspectiva médico-psiquiátrica de los trastornos alimentarios	1
1.1 Concepto de trastorno alimentario	1
1.2. Anorexia nerviosa como trastorno alimentario	2
1.2.1. Criterios diagnóstico para la anorexia nerviosa	2
1.2.2. Tipos de anorexia nerviosa según el DSM-IV	3
1.3. Bulimia nerviosa como trastorno alimentario	3
1.3.1 Criterios diagnóstico para la anorexia nerviosa	3
1.3.2. Tipos de bulimia nerviosa según el DSM-IV	4
1.4. Factores causales de la anorexia y bulimia nerviosas	5
1.5. Anorexia y bulimia nerviosa: sus implicaciones en la salud	6
1.6. Tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas	7
Capítulo II. Perspectiva social de los trastornos alimentarios	9
2.1. Concepto social de los trastornos alimentarios	9
2.2. La imagen corporal: razón y meta	10
2.3. Medios de comunicación y simbolización de la imagen corporal	10
2.3.1. Implicaciones de consumo	11
2.4. El significado cultural de los trastornos alimentarios	12
2.5. La danza: situación social de riesgo	13
2.5.2. Las demandas o exigencias en la instrucción dancística	13
2.5.3. Asunción de la demanda y prácticas a fines	14
Capítulo III. Interaccionismo simbólico	16
3.1. La interacción social como objeto de estudio	16
3.2. Premisas del interaccionismo simbólico	17
3.3. Implicaciones respecto al entendimiento de la acción humana	18
3.4. Aspectos metodológicos del interaccionismo simbólico	21

Capítulo IV. Estrategia Metodológica	24
4.1. Objetivos	24
4.1.1. Objetivo general	24
4.1.2. Objetivos particulares	24
4.2. Participantes	25
4.3. Material e instrumentos	25
4.3.1. Ensayo de la guía de entrevista	25
4.4. Procedimiento	26
4.1.1. Descripción del escenario	26
4.1.2. Inserción al escenario	27
4.1.2.1. Acuerdos y confidencialidad	27
4.1.2.2. Aplicación de entrevistas	28
4.1.2.3. Transcripción de las entrevistas	28
4.1.3. Análisis de la información	28
4.1.3.1. Categorización de la información	28
4.1.3.2. Caracterización	29
4.1.3.3. Tendencia	29
4.1.3.4. Presentación de la información	29
Capítulo V. Presentación y análisis de resultados	30
5.1. La definición de la situación desde los actores	30
5.2. Lo que suponen da lugar a ser anoréxico o bulímico	34
5.3. El perfil atribuido	39
5.4. Lo que se persigue a través del empleo de la anorexia y bulimia	46
5.5. Los métodos empleados para lograr el propósito	52
5.6. Costos y beneficios del empleo de la anorexia y bulimia	54
5.7. La ayuda y su orientación	57
Discusión	61
Conclusiones	65
Referencias	69
Anexos	VIII
Anexo 1	IX
Anexo 2	X

RESUMEN

El entendimiento de los trastornos alimentarios, implica reconocer que los patrones actuales de belleza son condicionantes de la forma en que la sociedad se alimenta, pues con frecuencia la meta de tener un cuerpo ideal se logra a través de alteraciones en la ingesta de comida. Esta situación aunque implica a la población en general, la edad, género y pertenencia a grupos donde se exige peso y talla mínima, son las condiciones determinantes más significativas, tal es el caso de los bailarines. Pese a ello, la atención a este fenómeno se ha orientado fundamentalmente a conceptualarlo y asistirlo en términos de una condición invariable de enfermedad. De esta forma, a pesar de que hay intenciones de entender los trastornos alimentarios en su dimensión psico-social, la forma de vivenciarlo por quienes los padecen, los significados y sentidos implicados en esta vivencia ha sido descuidada. En ese sentido, el propósito del presente trabajo se orientó al conocimiento de los significados y sentidos que otorgan integrantes de una academia de danza a los trastornos alimentarios. Para ello se consideró la participación de estudiantes y maestros de danza. Empleándose la entrevista a profundidad con cada uno de ellos, se indagaron áreas de vivencia tales como conceptualización del trastorno; sintomatología vivenciada; implicaciones del trastorno; redes sociales, entre otras. El análisis de la información recabada se organizó en tres momentos: categorización, caracterización y especificación de su sentido como acción institucional. Los resultados indican que los participantes conceptualizan los trastornos alimentarios como enfermedades provocadas a voluntad por quien los padece; caracterizándolos como la privación y purga de alimento. Consideran que estos afectan a quienes poseen una condición de baja autoestima y aceptación. Para ellos, la causa más significativa está compuesta por la mala relación familiar y la influencia de los medios de comunicación masiva. Los participantes se asumen en contra de los trastornos alimentarios. Pese a ello, en su práctica habitual como integrantes de una academia de danza, llevan a cabo acciones orientadas a la búsqueda y mantenimiento de la delgadez, incluyendo prácticas de manipulación estratégica, privación y purga de alimento que realizan para responder a las demandas que la misma situación les demanda. Se concluye que, la población valida su posición respecto a los trastornos alimentarios empleando el discurso oficial de la desaprobación por el riesgo de muerte que representa. Sin embargo, emplean la privación y purga de alimento emergente para lograrlo, situación que los lleva a definirse como consumidores de productos *Light* para explicar y justificar su figura esbelta, pues por la imagen que deben sostener, no asumen padecer trastornos alimentarios.

INTRODUCCIÓN

Actualmente los patrones de belleza son determinantes en la forma en que la sociedad se alimenta. Vivimos en mundo de globalización económica, política y cultural en el que existen una gran cantidad de estereotipos que, en la mayoría de las ocasiones, no corresponden a la realidad de los lugares. De esta forma, ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de sociedades occidentales como la nuestra. En las últimas décadas, se ha planteado como sinónimo de éxito, felicidad, belleza e incluso de salud, el buen aspecto corporal de una persona.

En consecuencia, los cánones de belleza de la actualidad, llevan consigo el rechazo social a la obesidad (Goldstein, 1999; Puhl & Brownell, 2002), por lo que una gran cantidad de personas sienten la necesidad de ser tan delgadas como los modelos mostrados por la publicidad y otros medios de comunicación.

Por tanto, no es fortuito que la obsesión por la perfección del cuerpo, se manifieste con más frecuencia a través de alteraciones en la ingesta de comida. Esta situación ha llevado a la aparición de lo que médicamente se conoce como trastornos de alimentación, entre los que destacan la anorexia y bulimia nerviosas.

Sin duda, las alteraciones graves en la conducta alimentaria son un fenómeno que afecta a la población en general. Sin embargo, entre los factores de riesgo para los trastornos en la alimentación destacan la edad, el sexo femenino y pertenecer a medios o profesiones donde se exija “peso y talla” determinados por los valores estéticos corporales de “extrema delgadez” (Raich, Torras & Figueroas 1996; Vázquez, López, Álvarez, Ocampo & Mancilla, 2000; Goñi & Rodríguez; 2007).

En ese sentido, en la medida que la danza es el arte del cuerpo en movimiento, quienes la practican aspiran a dominar una técnica y con ello su

cuerpo, en ese sentido no es difícil pensar que entraña riesgos de este tipo de comportamientos con respecto a la alimentación. Incluso, algunos especialistas la consideran como la profesión de mayor riesgo de trastorno alimentario (Garner, Garfinkel, Rockert & Olmsted, 1987; Toro, 1996), debido a que la silueta de los bailarines actualmente es exageradamente delgada.

Tanto la anorexia como la bulimia nerviosas, se han definido a partir del enfoque médico psiquiátrico que las conceptúa en función de una serie de síntomas característicos, inclusive el DSMIV y CIE-10 las clasifica como trastornos mentales, concretamente trastornos de la conducta alimentaria, de ahí que la mayor parte de la información sobre bulimia y anorexia sea tratada y difundida desde este enfoque.

De esta forma, la atención a este fenómeno se ha orientado fundamentalmente a validar su entendimiento en función un padecimiento único e invariable, que ha llevado a la elaboración de pruebas que permitan el diagnóstico, determinación de rasgos de personalidad o factores de riesgo que posibiliten la detección de personas con este padecimiento, en consecuencia, aunque su valoración es fundamentalmente médico-psiquiátrica, el ideal de tratamiento desde esta perspectiva, consiste en atenderlo multidisciplinariamente, por lo que se consideran la psicoterapia familiar, psicoterapia de grupo, prescripción de fármacos para la depresión o ansiedad así como de la hospitalización y asesoría nutricional (Duker & Slade 1995; Garner & Garfinkel, 1997; García, 2003; Fuster & Aguilar, 2003).

Pese a lo anterior, otras disciplinas de corte social han señalado la importancia del contexto social y cultural en el que estos trastornos tienen lugar. Además de considerar el impacto de los medios de comunicación en las personas, pues en ellos se difunden los patrones de vida a seguir, por lo que los modelos que se muestran tanto en revistas, televisión, videoclips, anuncios publicitarios, etcétera, que han promovido la figura delgada como sinónimo de belleza y

glamour resultan determinantes en la aparición de este tipo de trastornos (Stice, 2002).

Por su parte, la psicología desde sus diferentes perspectivas, ha incursionado en este campo procurando entender tales trastornos no como una enfermedad sino como un comportamiento que necesariamente está en función de factores que bien pueden ser ambientales, emocionales, de personalidad, de competencia, etcétera.

Así, la mayoría de las investigaciones refiere exclusivamente la existencia de relaciones entre estos trastornos con factores como baja autoestima, falta de competencia social, sentimientos de ineficacia, depresión, ansiedad, insatisfacción corporal, deseo por la delgadez, entre otros (Abramson, 1993; Álvarez, Mancilla & Vázquez, 2000; Casullo, González & Sifre, 2000; Fernández, Jiménez, Badía, Jaurrieta, Solano & Vallejo, 2003; Alvarez, Nieto, Mancilla, Vázquez & Ocampo, 2007).

Sin embargo a pesar de que la intención de muchas investigaciones ha sido abordar los trastornos alimenticios en su dimensión psico-social y que han señalado aspectos determinantes en el surgimiento de estos trastornos, se ha descuidado el entendimiento de la vivencia del fenómeno por parte de las personas que los padecen, de quienes conviven con ellos y por ende, el sentido que les representa, todos ellos factores constituyentes de los trastornos y en ocasiones definitorios de los mismos.

En ese sentido, el presente trabajo busca contribuir al entendimiento de este fenómeno desde una óptica diferente, que permita su entendimiento no sólo como un problema social o de salud pública, sino a partir del sentido de una práctica social que en un marco institucional, los diferentes actores crean, sostienen y atribuyen a la bulimia y anorexia.

Con base en lo anteriormente expuesto, el objetivo de esta investigación se orientó a conocer el sentido de los trastornos alimentarios anorexia y bulimia, tal y como es vivenciado, desde la perspectiva de personas que conforman, en su vivencia institucional, un ambiente altamente vulnerable, en particular integrantes de una academia de danza.

Para ello, se parte de la premisa de que el lenguaje es una construcción histórico social producto de la interacción entre individuos, desde el cual se le otorga sentido y significado al mundo que se habita (Schütz, 1993; Berger & Luckman, 1999). En este mismo proceso, se construye dialécticamente la realidad social, realidad de sentidos y significados dando lugar a un orden simbólico, posible de comprender a través de las diferentes perspectivas desarrolladas en y para un orden social determinado.

Por lo anterior, consideré el enfoque del Interaccionismo Simbólico de Blumer (1982) como marco teórico del estudio, lo anterior debido a que se trata de una perspectiva psicosocial desde donde se concibe que todos los grupos humanos se encuentran constituidos por actores envueltos en un proceso constante de interpretaciones del mundo, en el cual, ellos mismos son quienes establecen sus interpretaciones respecto al mundo que enfrentan; a partir de la interacción simbólica que los implica, por esta razón, los roles o posiciones que ocupan dentro del grupo social no son suficientes para dar cuenta de la comprensión de sus acciones, por lo que es necesario considerar su realidad simbólica

De esta manera, se considera que el individuo, en virtud de sus perspectivas, incursiona en zonas específicas de conocimiento socialmente objetivado, no sólo en el sentido cognoscitivo, sino también en el del conocimiento de normas y valores que involucran emociones y afectos. Así, el mundo social cobra realidad para las personas.

De esta forma, las perspectivas revelan las mediaciones entre los significados objetivados en una sociedad y las maneras en como éstos cobran sentido para las personas. Es así como la realidad social se hace inteligible a través de las interacciones de los individuos y grupos sociales. En consecuencia, se asume la posibilidad de analizar, en las colectividades, los aspectos objetivados de una situación específica y también la manera en que ésta se manifiesta en el orden personal (Charon, 1992).

Por lo que realizar estudios desde esta perspectiva, permite asegurar que las preguntas que se plantean sobre el área empírica, son significativas y pertinentes; que los problemas abordados no son artificiales, que datos que se buscan son significativos en el mundo empírico, y que los caminos que se siguen se ajustan a la naturaleza de éste.

A partir de considerar lo anteriormente expuesto y con el propósito de dar cuenta de los aspectos teórico – metodológicos que sustentaron la presente investigación, así como la información obtenida y la interpretación que a partir de esta se generó, el presente trabajo se estructuró de la siguiente forma:

En el primer capítulo, se describen los aspectos generales de la perspectiva médico – psiquiátrica, con el propósito de dar cuenta de la forma en la que los trastornos alimentarios son definidos y tratados en la actualidad, debido a que es a partir de esta perspectiva que, tanto la anorexia como la bulimia, se consideran enfermedades del comportamiento invariables.

Con la intención de mostrar una visión que, aunque asume los criterios médico – psiquiátricos de la bulimia y anorexia, considera aspectos sociales y culturales que se relacionan con la aparición y mantenimiento de estos, en el segundo capítulo, se describe el entendimiento de los trastornos alimentarios desde una perspectiva social.

El tercer capítulo constituye el planteamiento de los aspectos teórico - metodológicos del interaccionismo simbólico de Blumer (1982), debido a que a partir de este enfoque es posible acercarse a los trastornos alimentarios desde la perspectiva de actores que en su vivencia cotidiana habitan con ellos, permitiendo con ello el entendimiento del sentido que a éstos actores les representa, pues a partir de sus interacciones dan lugar a las construcciones simbólicas conformadas en su realidad. Realidad a la que se accede al considerar sus propias perspectivas respecto a los trastornos alimentarios y a quienes los padecen.

La estrategia metodológica que se empleó para la realización del trabajo empírico al respecto, se describe en el capítulo cuatro. En él, se especifica detalladamente: la población participante, situaciones, condiciones y características que se consideraron. Así como el procedimiento que se empleó como parte de dicha estrategia, considerado desde la inserción al campo hasta la recolección y análisis de la información obtenida.

La presentación y análisis de la información obtenida, se encuentra contenida en el capítulo cinco, a manera de resultados. En éste, se muestran las prácticas e interacciones delineadas a partir del análisis de la información. ordenadas por categorías: La definición de la situación desde los actores, lo que suponen da lugar a ser anoréxico y bulímico, el perfil atribuido, lo que se persigue a través de la anorexia o bulimia, los métodos para lograr el propósito, costos y beneficios y finalmente la ayuda y su orientación.

Posteriormente en el capítulo seis, a manera de discusión, se describe el sentido contenido en dicha perspectiva, empleando ejes de análisis para exponer las construcciones simbólicas características de los trastornos alimentarios, desde la vivencia institucional de actores integrantes de una academia de danza.

Finalmente en las conclusiones, se enuncian los principales hallazgos encontrados en la presente investigación, así como sus implicaciones.

CAPÍTULO I

PERSPECTIVA MÉDICO - PSIQUIÁTRICA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los trastornos alimentarios históricamente se han tratado y difundido a partir de un entendimiento de los mismos como patologías psiquiátricas, por ello y con la intención de dar cuenta de la perspectiva que oficialmente prevalece acerca de los trastornos alimentarios, en el presente capítulo se exponen los aspectos generales que la visión médico psiquiátrica refiere con respecto a la bulimia y anorexia nerviosas, tales como su definición, caracterización y alternativas de tratamiento.

1.1. Concepto de trastorno alimentario

De acuerdo esta perspectiva, los trastornos de la conducta alimentaria son entidades o síndromes específicos con causas, curso y características comunes. De acuerdo con el DSM – IV (2002), por sus siglas en inglés: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) por la Organización Mundial de la Salud (1994), estos síndromes se clasifican según el conjunto de síntomas que presentan.

Aunque la anorexia y bulimia nerviosas, en ocasiones se reconocen como síndromes independientes, existe cierta sintomatología que comparten. Ambos trastornos se caracterizan por alteraciones en la dieta auto impuesta, con una serie de conductas dirigidas a la pérdida de peso, miedo intenso a engordar, alteración grave en la imagen corporal, patrones de manipulación de la comida peculiares, en el que se considera que existe interrelación de factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales que dan lugar a patrones cognitivos, emocionales y conductuales.

1.2. Anorexia nerviosa como trastorno alimentario

En el caso de la anorexia nerviosa, los pacientes pierden peso principalmente mediante la reducción drástica de la cantidad total de alimentos ingeridos y disminuyendo de manera desproporcionada el consumo de comidas ricas en carbohidratos y grasas. Algunas personas anoréxicas llevan a cabo rigurosos programas de ejercicio, mientras que otras procuran simplemente estar todo el tiempo tan activas como puedan (Barcia, 2000).

1.2.1. Criterios diagnóstico para la anorexia nerviosa

Los criterios para diagnosticar anorexia nerviosa, de acuerdo con el CIE-10 y DSM –IV, son los siguientes:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo pérdida de peso, que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

1.2.2. Tipos de anorexia nerviosa según el DSM-IV

En el DSMIV, se hacen especificaciones del tipo al que pertenecen, a saber:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

1.3. Bulimia nerviosa como trastorno alimentario

En el caso de la bulimia, los pacientes recurren a conductas de purga posteriores a la ingestión de gran cantidad de comida de forma episódica, sin control y rápida en un breve período de tiempo. El vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos como conductas orientadas a la pérdida de peso constituyen los aspectos más característicos en este trastorno (Barcia, 2000).

Cabe destacar que la bulimia puede darse en pacientes con un peso normal. Estos pacientes, que recurren a atracones o purgas, clínicamente pueden clasificarse en dos categorías: pacientes bulímicos de peso normal que no han padecido anteriormente un cuadro de anorexia nerviosa y pacientes con una historia previa de anorexia nerviosa. (Barcia, 2000). El sistema de clasificación DSM-IV no diferencia entre estos dos subgrupos de pacientes bulímicos.

1.3.1. Criterios diagnóstico para la bulimia nerviosa

Los criterios para diagnosticar bulimia nerviosa según el DSMIV y CIE- 10, son los siguientes:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias; (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

1.3.2. Tipos de bulimia nerviosa según el DSM-IV

En el DSMIV se especifican dos tipos de bulimia nerviosa, a saber:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

1.4. Factores causales de la anorexia y bulimia nerviosas

La etiopatogenia¹ de la anorexia nerviosa y de la bulimia es multicausal en la que interactúan factores individuales biológicos y psicológicos, familiares y socioculturales que actúan como factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento (Barcia, 2000).

De acuerdo con la perspectiva médico psiquiátrica, en la regulación neurofisiológica de la alimentación intervienen diversos factores, tanto internos como externos. Los condicionantes externos están relacionados con el aprendizaje de las conductas alimentarias, la cultura, aspectos sociales y ambientales. Los internos por su parte, son regulados por los neurotransmisores cerebrales, los sistemas peptídicos y factores de tipo local ligados a estímulos locales del aparato digestivo.

Las investigaciones médicas, han llevado a suponer que estos trastornos, se relacionan con ciertas disfunciones fisiológicas, por ejemplo en algún tiempo se creyó que la causa de la anorexia nerviosa era una disfunción hipotálamo - hipofisiaria, otros estudios más recientes, han demostrado que en pacientes con estos desórdenes se da un aumento importante de la CRF² que inhibe la ingesta (Schatzberg, Nemeroff & Madero ,2006) y estimula la actividad motora, siendo responsable de la disminución de la comida ingerida del aumento de la actividad de estos pacientes (Gelder, López-Ibor & Andreasen, 2003).

Existen estudios en los que se ha descrito numerosas alteraciones neurobiológicas (Gelder, López-Ibor & Andreasen, 2003), lo que ha llevado a suponer al menos tres hipótesis: 1) se cree que dichas alteraciones son consecuencia del deficiente y caótico patrón alimentario que llevan estos

¹ Parte de la patología que estudia el origen, desarrollo y mantenimiento de las enfermedades.

² Factor de liberación de corticotropina (corticotropin-releasing factor), hormona segregada por el hipotálamo relacionada con las respuestas al estrés y algunos procesos cognitivos.

pacientes; 2) se trata de trastornos previos en los mecanismos reguladores del apetito y peso que actúan como factores predisponentes del cuadro y; 3) que tiene que ver con la valoración de la comorbilidad psiquiátrica, considerando que el cuadro clínico es consecuencia de la predisposición a padecer trastornos psiquiátricos.

En cualquier caso, la perspectiva médico psiquiátrica aunque reconoce la multicausalidad para la aparición de estos trastornos, considera necesaria la predisposición genética o ciertas anomalías fisiológicas en las personas, que detonan este tipo de trastornos.

1.5. Anorexia y bulimia nerviosas: sus implicaciones en la salud

Clínicamente se han identificado diversas complicaciones físicas como resultado de la malnutrición en pacientes con estos trastornos, éstas afectan prácticamente todos los sistemas, los primeros signos que se observan son en la piel que se observa seca y fría, con edemas maleolares, cabello frágil, uñas quebradizas y vello lanugo en la cara, espalda o brazos (Duker & Slade, 1995; Gelder, López-Ibor & Andreasen, 2003).

La lista de las consecuencias documentadas por la literatura médica que traen consigo la bulimia y la anorexia es muy extensa, entre las más significativas se encuentran las siguientes:

- Pérdida de piezas dentales (en el caso de la bulimia).
- Pérdida del tejido adiposo (abdomenes hundidos, brazos y piernas esqueléticas).
- Amenorrea (pérdida y desorden de los ciclos menstruales).
- Bradicardia (disminución del ritmo cardíaco).
- Poliuria (exceso de orina por la cantidad de líquidos ingeridos).

- Hipercolesterolemia (nivel de colesterol muy alto: 280 - 300).
- Insuficiencia cardíaca.
- Descenso del nivel de potasio (que provoca una descompensación electrolítica que comúnmente causa paros cardíacos)

1.6. Tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas

El tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas, se considera multidisciplinaria, supone el abordaje individual tanto médico, como psicoterapéutico y farmacológico, además del familiar y grupal (Duker & Slade 1995; Garner & Garfinkel, 1997; Fuster & Aguilar, 2003).

Aunque la tendencia actual es tratar los trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia nerviosas de manera ambulatoria, cuando las condiciones físicas del paciente son graves, se considera necesario el tratamiento a nivel hospitalario (García, 2003).

De acuerdo con esta perspectiva, el objetivo primordial del tratamiento se debe centrar en la recuperación del peso y la normalización de la dieta y de los hábitos alimenticios; tratar las posibles complicaciones físicas, resolver los problemas psicológicos que trae consigo el padecimiento, los posibles causantes y resolver la situación familiar alterada (Gelder, López – Ibor & Andreasen, 2003).

Dentro de la intervención terapéutica se recurre comúnmente al asesoramiento nutricional y al tratamiento farmacológico que comprende todo tipo de medicación psicotrópica en general: antidepresivos, neurolépticos, ciproheptadina y otros fármacos (Barcia, 2000).

A pesar de que la valoración y tratamiento médico - psiquiátrico sigue siendo la piedra angular para tratar la anorexia y bulimia nerviosas, el conocimiento que en la actualidad existe al respecto no sólo se circunscribe al

discurso médico, por lo que se han proporcionado explicaciones paralelas que consideran aspectos como el contexto social y cultural en el que estos trastornos surgen. En el siguiente capítulo se exponen una visión social respecto a la bulimia y anorexia que, aunque no es contradictoria con el discurso médico psiquiátrico, considera aspectos sociales y culturales determinantes en el surgimiento y mantenimiento los trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia nerviosas.

CAPÍTULO II

PERSPECTIVA SOCIAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Con el propósito de dar cuenta de una perspectiva paralela a la médica psiquiátrica de explicación a los trastornos alimentarios, en el presente capítulo se exponen algunos aspectos generales de un enfoque social, mismos que han entendido el surgimiento y mantenimiento de estos trastornos en la sociedad actual a partir de fenómenos histórico- culturales. De esta forma, se aborda de manera general la perspectiva de algunas disciplinas de corte social.

2.1. Concepto social de los trastornos alimentarios

Desde una perspectiva social, la alimentación tiene un valor más allá de lo puramente fisiológico y nutricional pues se reconoce que desde el comienzo de la humanidad, comer ha sido un comportamiento eminentemente social y además una manifestación cultural (Ogden, 2005). Así, alteraciones del comportamiento alimentario como las denominadas anorexia y bulimia nerviosas, desde esta perspectiva, se definen a partir de su contexto social y cultural en el que tienen lugar.

A pesar de que los primeros registros de dichos trastornos se remontan a la Edad Media, es hasta 1874 que William Gull acuña el nombre de anorexia nerviosa de forma definitiva, y en 1979 Russell a la bulimia como una variante de la anorexia nerviosa. Estos trastornos cobran carácter de enfermedades comunes y graves hasta hace poco más de dos décadas.

El aumento de la incidencia de la anorexia y bulimia nerviosas, en los últimos 25 años es considerablemente grande, pues se estima que en los países occidentales, entre el 2 y 4 por ciento de las mujeres entre 14 y 23 años de edad,

pueden desarrollarlas, por ello son consideradas problemas de salud pública. De esta forma diversas disciplinas han ofrecido formas de explicación a este fenómeno moderno.

2.2. La imagen corporal: razón y meta

Por ejemplo desde un enfoque sociológico, “la era de la imagen corporal”, “culto por el cuerpo” o “cultura de la delgadez” propias del siglo XX, son determinante para el desarrollo de estas enfermedades debido a que se encuentran enmarcadas en un sistema capitalista (Ritzer, 2005).

Dicho sistema promueve el consumo desmedido de artículos que en muchas ocasiones no son indispensables para la vida (Baudrillard, 1970), el consumo de la imagen no es la excepción, ya que en la actualidad existe una preocupación exagerada por la moda y el buen aspecto personal. Al respecto, sociólogos como Merton (1987), refieren que algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan una conducta inconformista y no una conducta conformista.

Por lo que no es de extrañar que las personas se sientan presionadas a cubrir las expectativas que el resto de los miembros de su grupo social tienen con respecto a su aspecto, lo que implica una condición crítica para el desarrollo de la anorexia y bulimia, al considerarse patologías relacionadas con la demanda de corresponder con el ideal de imagen corporal de la sociedad actual (Kilbourne, 1994; Tolman & Dibold, 1994).

2.3. Medios de comunicación y simbolización de la imagen corporal

Por otro lado, quienes se han dedicado al estudio de los medios de comunicación masivos y su impacto en la sociedad, apuntan a que éstos son los principales difusores de los mensajes sobre el ideal de salud, felicidad, éxito y sana

alimentación que promueve un ideal a seguir, dibujado en términos colectivos, como una meta que de ser alcanzada, implica una condición de persona exitosa y bien vista por los otros, y en caso contrario representa un fracaso de lo socialmente esperado (Ogden, 2005).

Es por medio de la televisión, el cine, las revistas, los anuncios publicitarios, que se difunden estas formas de conductas, por ejemplo los innumerables mensajes en los que presentan mujeres de extrema delgadez que se muestran como mujeres glamorosas, bellas y con vidas satisfactorias, acentuando los accesorios y ropa con los que visten, y que son mostrados como indicadores de la perfección y atractivo de una persona.

De esta forma, el mundo de la publicidad gráfica y televisiva, difunde una perfección artificial y que de acuerdo con una perspectiva crítica de los medios de comunicación masiva, lleva a vivir un culto a la estética y a la búsqueda de una belleza ideal que impide el disfrute de la apariencia real, induciendo al consumo de productos que prometen alcanzar una apariencia tal y como se muestra en dichos mensajes (Kilbourne, 1994).

2.3.1. Implicaciones de consumo

Así, se publicitan un sinnúmero de productos y servicios orientados al mantenimiento de una figura delgada, bella y escultural que promete ser alcanzada de manera natural y sin riesgos para la salud. De esta forma es posible enlistar cientos de productos como lácteos, aguas saborizadas, bebidas energéticas, cereales, cremas reductivas, antiarrugas y tonificantes, aparatos para realizar ejercicio, bajar talla sin esfuerzo o centros cuya especialidad es embellecer y estilizar el cuerpo.

Lo anterior se enmarca en lo que comúnmente se conoce como “cultura Light”, en la cual las personas llevan un estilo de vida “saludable” en términos de

los productos publicitados como tales y en la preocupación por el buen aspecto personal. Además, en él, se encuentra implícito la no preocupación por la reflexión, la crítica o propuestas que las personas puedan generar. Así, una persona Light es hedonista, individualista y consumista que sólo busca pasarla bien, dando mucha importancia a su “look” y a su forma de vida light (Britto 1999). Al primar la apariencia sobre todo lo demás, juzga al otro por cómo va vestido, el tipo de comida que ingiere, la marca de teléfono celular, ropa y accesorios usados. La priorización que se le da a la imagen dentro de la cultura light podría resumirse en la frase "no piense, mire la pantalla" (Solano, 2007).

2.4. El significado cultural de los trastornos alimentarios

La antropología social es una disciplina que se aproxima a los fenómenos sociales a partir de sus contextos culturales, abordando el significado de “el otro” en la conformación del sí mismo y del sí mismo para el otro. La bulimia y la anorexia hacen evidente, desde este enfoque, el papel de las convenciones culturales que llegan a afectar hasta la percepción del propio cuerpo.

La cultura conforma representaciones colectivas que como tales son compartidas por los integrantes de la sociedad, en ese sentido, la bulimia y anorexia son enfermedades que tienen que ver con el espacio, con la ubicación del “yo corpóreo” en el espacio social. Son enfermedades de “representación”.

Se trata de una cultura que idolatra la perfección de cuerpo, y la anorexia y bulimia como manifestación cultural, se consideran síndromes asociados a la cultura o reactivos a la cultura es decir, son la forma de expresar los conflictos sociales y las tensiones psicológicas de las personas condicionadas por la cultura, pero que a su vez se difunden a través de ella (Pérez, 2006).

2.5. La danza: situación social de riesgo

Por otro lado, un aspecto importante con respecto a la incidencia de los llamados trastornos alimentarios como la bulimia y anorexia son los medios o circunstancias en los cuales la frecuencia con la que se presentan es muy alta (Szmukler, Eisler, Gillies & Heyward, 1985; Gelder, López-Ibor & Andreasen, 2003) especialmente se menciona el caso de las escuelas de danza, (Vázquez, López, Álvarez, Ocampo & Mancilla, 2000) pues se estima que entre el 15 y 62 por ciento de la población con este tipo de trastornos son atletas y bailarinas jóvenes (Cevera, 2005; Contreras, 2008).

2.5.2. Las demandas o exigencias en la instrucción dancística

En el caso concreto de la danza, la aparición de este tipo de trastornos se explica a partir de las exigencias requeridas en las escuelas de danza (Nardone, 2004) así como en las prácticas que se llevan a cabo como un hacer cotidiano.

No es de extrañar que en las convocatorias para ingresar a una escuela profesional de danza, aparezca como requisito poseer una complexión delgada y aprobar no sólo una examinación en términos de las habilidades para bailar sino también y como parte de las cualidades necesarias para su ejecución, un examen minucioso de las dimensiones corporales del aspirante y al ingresar, cubrir como parte de las exigencias académicas, la asistencia y cumplimiento con un programa nutricional adecuado y someterse a mediciones periódicas de peso y talla.

En ese sentido, como parte de las obligaciones que asumen quienes forman bailarines, difunden la calidad y características de un régimen alimenticio adecuado y buenos hábitos para los bailarines, empleando desde el discurso de los profesores de danza, los reglamentos de las escuelas especializadas en dicha disciplina, hasta las revistas propias del medio, Alertando con ello a los bailarines de no recurrir a los desórdenes alimentarios. (Flores, 2004; García, 2007).

2.5.3. Asunción de la demanda y prácticas a fines

Algunos estudios dedicados concretamente a la aproximación a estos fenómenos en bailarines (Tortajada, 2007), refieren que entre sus prácticas comunes se encuentran, por ejemplo el uso de laxantes y diuréticos en un 10% entre estudiantes de danza y bailarines activos. Sin embargo existe la preocupación por la inadecuación del cuerpo y la percepción del exceso de peso.

Además se expone que tanto el régimen alimenticio, el ejercicio y cualquier otra actividad de los bailarines se enfoca a la danza. Ellos afirman categóricamente cuidar en especial su cuerpo por la actividad que realizan, evitando los excesos. (Tortajada, 2007)

Así, estas perspectivas han explicado la aparición de tales trastornos como respuesta a los estereotipos promovidos en los medios de comunicación masiva quienes en un sentido general, categorizan a las personas en grupos y con ello contribuyen al rechazo y la discriminación, en este caso concretamente a la obesidad y con ello sobrevalorando la “belleza” (Kilbourne, 1994; Puhl & Brownell, 2002), la figura delgada y atributos relacionados a ésta como los son el prestigio, éxito o el glamour, o bien como una simple respuesta a una demanda institucional propia de ciertos medios o actividades que requieren una figura delgada.

Sin embargo a pesar de reconocer la importancia de la cultura y sociedad, los trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia se enmarcan simplemente como el resultado de las condiciones de la modernidad, de los medios de comunicación o la fobia a engordar y con ello no ser aceptados en su grupo social o actividad.

Así, pese a que trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia han sido abordadas desde múltiples perspectivas, se ha descuidado su entendimiento a partir de la vivencia de quienes habitan con éstos en su hacer cotidiano. Lo

anterior en el entendido de que tanto individual como colectivamente, la forma en que se viven y enfrentan las situaciones es lo que los constituye e incluso define.

CAPÍTULO II

PERSPECTIVA SOCIAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Con el propósito de dar cuenta de una perspectiva paralela a la médica psiquiátrica de explicación a los trastornos alimentarios, en el presente capítulo se exponen algunos aspectos generales de un enfoque social, mismos que han entendido el surgimiento y mantenimiento de estos trastornos en la sociedad actual a partir de fenómenos histórico- culturales. De esta forma, se aborda de manera general la perspectiva de algunas disciplinas de corte social.

2.1. Concepto social de los trastornos alimentarios

Desde una perspectiva social, la alimentación tiene un valor más allá de lo puramente fisiológico y nutricional pues se reconoce que desde el comienzo de la humanidad, comer ha sido un comportamiento eminentemente social y además una manifestación cultural (Ogden, 2005). Así, alteraciones del comportamiento alimentario como las denominadas anorexia y bulimia nerviosas, desde esta perspectiva, se definen a partir de su contexto social y cultural en el que tienen lugar.

A pesar de que los primeros registros de dichos trastornos se remontan a la Edad Media, es hasta 1874 que William Gull acuña el nombre de anorexia nerviosa de forma definitiva, y en 1979 Russell a la bulimia como una variante de la anorexia nerviosa. Estos trastornos cobran carácter de enfermedades comunes y graves hasta hace poco más de dos décadas.

El aumento de la incidencia de la anorexia y bulimia nerviosas, en los últimos 25 años es considerablemente grande, pues se estima que en los países occidentales, entre el 2 y 4 por ciento de las mujeres entre 14 y 23 años de edad,

pueden desarrollarlas, por ello son consideradas problemas de salud pública. De esta forma diversas disciplinas han ofrecido formas de explicación a este fenómeno moderno.

2.2. La imagen corporal: razón y meta

Por ejemplo desde un enfoque sociológico, “la era de la imagen corporal”, “culto por el cuerpo” o “cultura de la delgadez” propias del siglo XX, son determinante para el desarrollo de estas enfermedades debido a que se encuentran enmarcadas en un sistema capitalista (Ritzer, 2005).

Dicho sistema promueve el consumo desmedido de artículos que en muchas ocasiones no son indispensables para la vida (Baudrillard, 1970), el consumo de la imagen no es la excepción, ya que en la actualidad existe una preocupación exagerada por la moda y el buen aspecto personal. Al respecto, sociólogos como Merton (1987), refieren que algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan una conducta inconformista y no una conducta conformista.

Por lo que no es de extrañar que las personas se sientan presionadas a cubrir las expectativas que el resto de los miembros de su grupo social tienen con respecto a su aspecto, lo que implica una condición crítica para el desarrollo de la anorexia y bulimia, al considerarse patologías relacionadas con la demanda de corresponder con el ideal de imagen corporal de la sociedad actual (Kilbourne, 1994; Tolman & Dibold, 1994).

2.3. Medios de comunicación y simbolización de la imagen corporal

Por otro lado, quienes se han dedicado al estudio de los medios de comunicación masivos y su impacto en la sociedad, apuntan a que éstos son los principales difusores de los mensajes sobre el ideal de salud, felicidad, éxito y sana

alimentación que promueve un ideal a seguir, dibujado en términos colectivos, como una meta que de ser alcanzada, implica una condición de persona exitosa y bien vista por los otros, y en caso contrario representa un fracaso de lo socialmente esperado (Ogden, 2005).

Es por medio de la televisión, el cine, las revistas, los anuncios publicitarios, que se difunden estas formas de conductas, por ejemplo los innumerables mensajes en los que presentan mujeres de extrema delgadez que se muestran como mujeres glamorosas, bellas y con vidas satisfactorias, acentuando los accesorios y ropa con los que visten, y que son mostrados como indicadores de la perfección y atractivo de una persona.

De esta forma, el mundo de la publicidad gráfica y televisiva, difunde una perfección artificial y que de acuerdo con una perspectiva crítica de los medios de comunicación masiva, lleva a vivir un culto a la estética y a la búsqueda de una belleza ideal que impide el disfrute de la apariencia real, induciendo al consumo de productos que prometen alcanzar una apariencia tal y como se muestra en dichos mensajes (Kilbourne, 1994).

2.3.1. Implicaciones de consumo

Así, se publicitan un sinnúmero de productos y servicios orientados al mantenimiento de una figura delgada, bella y escultural que promete ser alcanzada de manera natural y sin riesgos para la salud. De esta forma es posible enlistar cientos de productos como lácteos, aguas saborizadas, bebidas energéticas, cereales, cremas reductivas, antiarrugas y tonificantes, aparatos para realizar ejercicio, bajar talla sin esfuerzo o centros cuya especialidad es embellecer y estilizar el cuerpo.

Lo anterior se enmarca en lo que comúnmente se conoce como “cultura Light”, en la cual las personas llevan un estilo de vida “saludable” en términos de

los productos publicitados como tales y en la preocupación por el buen aspecto personal. Además, en él, se encuentra implícito la no preocupación por la reflexión, la crítica o propuestas que las personas puedan generar. Así, una persona Light es hedonista, individualista y consumista que sólo busca pasarla bien, dando mucha importancia a su “look” y a su forma de vida light (Britto 1999). Al primar la apariencia sobre todo lo demás, juzga al otro por cómo va vestido, el tipo de comida que ingiere, la marca de teléfono celular, ropa y accesorios usados. La priorización que se le da a la imagen dentro de la cultura light podría resumirse en la frase "no piense, mire la pantalla" (Solano, 2007).

2.4. El significado cultural de los trastornos alimentarios

La antropología social es una disciplina que se aproxima a los fenómenos sociales a partir de sus contextos culturales, abordando el significado de “el otro” en la conformación del sí mismo y del sí mismo para el otro. La bulimia y la anorexia hacen evidente, desde este enfoque, el papel de las convenciones culturales que llegan a afectar hasta la percepción del propio cuerpo.

La cultura conforma representaciones colectivas que como tales son compartidas por los integrantes de la sociedad, en ese sentido, la bulimia y anorexia son enfermedades que tienen que ver con el espacio, con la ubicación del “yo corpóreo” en el espacio social. Son enfermedades de “representación”.

Se trata de una cultura que idolatra la perfección de cuerpo, y la anorexia y bulimia como manifestación cultural, se consideran síndromes asociados a la cultura o reactivos a la cultura es decir, son la forma de expresar los conflictos sociales y las tensiones psicológicas de las personas condicionadas por la cultura, pero que a su vez se difunden a través de ella (Pérez, 2006).

2.5. La danza: situación social de riesgo

Por otro lado, un aspecto importante con respecto a la incidencia de los llamados trastornos alimentarios como la bulimia y anorexia son los medios o circunstancias en los cuales la frecuencia con la que se presentan es muy alta (Szmukler, Eisler, Gillies & Heyward, 1985; Gelder, López-Ibor & Andreasen, 2003) especialmente se menciona el caso de las escuelas de danza, (Vázquez, López, Álvarez, Ocampo & Mancilla, 2000) pues se estima que entre el 15 y 62 por ciento de la población con este tipo de trastornos son atletas y bailarinas jóvenes (Cevera, 2005; Contreras, 2008).

2.5.2. Las demandas o exigencias en la instrucción dancística

En el caso concreto de la danza, la aparición de este tipo de trastornos se explica a partir de las exigencias requeridas en las escuelas de danza (Nardone, 2004) así como en las prácticas que se llevan a cabo como un hacer cotidiano.

No es de extrañar que en las convocatorias para ingresar a una escuela profesional de danza, aparezca como requisito poseer una complexión delgada y aprobar no sólo una examinación en términos de las habilidades para bailar sino también y como parte de las cualidades necesarias para su ejecución, un examen minucioso de las dimensiones corporales del aspirante y al ingresar, cubrir como parte de las exigencias académicas, la asistencia y cumplimiento con un programa nutricional adecuado y someterse a mediciones periódicas de peso y talla.

En ese sentido, como parte de las obligaciones que asumen quienes forman bailarines, difunden la calidad y características de un régimen alimenticio adecuado y buenos hábitos para los bailarines, empleando desde el discurso de los profesores de danza, los reglamentos de las escuelas especializadas en dicha disciplina, hasta las revistas propias del medio, Alertando con ello a los bailarines de no recurrir a los desórdenes alimentarios. (Flores, 2004; García, 2007).

2.5.3. Asunción de la demanda y prácticas a fines

Algunos estudios dedicados concretamente a la aproximación a estos fenómenos en bailarines (Tortajada, 2007), refieren que entre sus prácticas comunes se encuentran, por ejemplo el uso de laxantes y diuréticos en un 10% entre estudiantes de danza y bailarines activos. Sin embargo existe la preocupación por la inadecuación del cuerpo y la percepción del exceso de peso.

Además se expone que tanto el régimen alimenticio, el ejercicio y cualquier otra actividad de los bailarines se enfoca a la danza. Ellos afirman categóricamente cuidar en especial su cuerpo por la actividad que realizan, evitando los excesos. (Tortajada, 2007)

Así, estas perspectivas han explicado la aparición de tales trastornos como respuesta a los estereotipos promovidos en los medios de comunicación masiva quienes en un sentido general, categorizan a las personas en grupos y con ello contribuyen al rechazo y la discriminación, en este caso concretamente a la obesidad y con ello sobrevalorando la “belleza” (Kilbourne, 1994; Puhl & Brownell, 2002), la figura delgada y atributos relacionados a ésta como los son el prestigio, éxito o el glamour, o bien como una simple respuesta a una demanda institucional propia de ciertos medios o actividades que requieren una figura delgada.

Sin embargo a pesar de reconocer la importancia de la cultura y sociedad, los trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia se enmarcan simplemente como el resultado de las condiciones de la modernidad, de los medios de comunicación o la fobia a engordar y con ello no ser aceptados en su grupo social o actividad.

Así, pese a que trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia han sido abordadas desde múltiples perspectivas, se ha descuidado su entendimiento a partir de la vivencia de quienes habitan con éstos en su hacer cotidiano. Lo

anterior en el entendido de que tanto individual como colectivamente, la forma en que se viven y enfrentan las situaciones es lo que los constituye e incluso define.

CAPÍTULO III

INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

El propósito de este apartado, es dar cuenta de las premisas teórico-conceptuales y metodológicas del interaccionismo simbólico como perspectiva para el entendimiento de los fenómenos psicológicos, dicha perspectiva se asume como marco teórico de esta investigación. Es importante señalar que es a partir del enfoque de Blumer (1982) la delineación de dicha tarea.

3.1. La interacción social como objeto de estudio

El interaccionismo simbólico, como perspectiva psicosocial de la acción humana, define como su objeto de estudio a los procesos de interacción social, en el entendido de que lo significativo de éstos, es el intercambio comunicacional entre las personas. Por tanto, la principal característica de este enfoque es la consideración de la dimensión simbólica del comportamiento humano (Becker & McCall, 1990).

En lo fundamental, el interaccionismo simbólico postula que las personas viven en un mundo de objetos y el significado de los mismos, el cual les guía en su orientación y sus actos. Sus objetos, incluyendo los que contienen en sí mismos, se forman, sustentan, debilitan, y transforman a través de su interacción con otras personas, es decir, las relaciones sociales son creadas y designadas interactivamente por sus participantes, confluyendo dialécticamente, en este proceso la acción individual y social. (Munné, 1989; Charon, 1992).

Blumer (1982), concibe a los seres humanos actores protagonistas de comportamientos auto reflexivos que se encuentran inmersos en un mundo, cuyo orden deben interpretar para actuar. La vida humana, por su parte, es entendida

como un proceso de continua actividad, desarrollada para generar líneas de acción ante las innumerables situaciones afrontadas.

3.2. Premisas del interaccionismo simbólico

El Interaccionismo simbólico se funda principalmente en tres sencillas premisas:

La primera: el ser humano, orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él. La segunda: el significado de estas cosas se deriva de, o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con los demás y la tercera, se refiere a los significados como manipulables y modificables mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso (Charon, 1992).

La primera premisa permite comprender que para acceder al entendimiento del comportamiento humano debe indagarse en los significados de las personas con respecto a sus propias experiencias. Los objetos existen, pero hasta no ser interpretados por una persona, éstos carecen de significado. La interpretación individual de los objetos crea un significado para los mismos, mismo que es utilizado por el individuo para guiar su comportamiento.

Por ello, no se puede entender la acción humana si se mira solamente los objetos o la conducta *per se*. Más bien, se deben concentrar la atención sobre los significados atribuidos por los individuos a los objetos, porque estos significados guían y dan sentido al comportamiento de las personas. Lo cual da cuenta que los objetos, incluyendo los contenidos de él sí mismo se forman sustentan, debilitan y transforman a través de su relación con otras personas (Charon, 1992).

Con la segunda, es posible entender que los significados no son inherentes a los objetos, no son parte de la estructura de las cosas, tampoco anidan solamente en el individuo quien los atribuye. Los significados son productos

sociales construidos a través de la interacción con otros. Por lo tanto, el significado individual de los objetos se forma a partir de aquello percibido y aprendido en la interacción con los demás. Los significados sociales son parte integral del individuo y en ellos se basa la interpretación del mundo.

Finalmente la tercera permite dar cuenta, que los significados surgen del contexto de las acciones sociales e incorporan los pertenecientes a todas las personas constituyentes de la acción social. La persona deriva el significado de la interacción, así, puede interpretar a los demás y a sus acciones; el significado derivado nunca corresponde exactamente con lo que quiso representar el otro, en este sentido, la interpretación de una persona acerca de las acciones de otra no será idéntica a las atribuidas por el actor de tales acciones (Charon, 1992).

El proceso de interpretación es el eje del significado, sin embargo, éste no se reduce a la aplicación de los significados socialmente establecidos, La interpretación es un proceso formativo, en el cual, los significados se utilizan y revisan para orientar la acción humana (Coulon, 1995).

3.3. Implicaciones respecto al entendimiento de la acción humana

Al asumir lo anteriormente expuesto, se reconoce que:

1) Las personas no responden a las situaciones de una forma predeterminada, sino que el comportamiento humano, es el resultado de los significados atribuidos a éstas y por tanto, el comportamiento se encuentra mediado por el universo simbólico en el que habitan las personas. (Becker & McCall, 1990; Charon, 1992; Coulon, 1995)

2) Los significados que las personas asignan al medio son el resultado de la interacción social. Es en la interacción con los otros donde vamos aprendiendo los significados que damos a los objetos del medio. Vivimos en un medio simbólico a

través del cual aprendemos los significados de nuestra cultura (Charon, 1992; Coulon, 1995)

3) La realidad social es una construcción humana, producto de la interacción social. Esta antecede a los individuos, pero es un producto de sus actos. Las personas tienen la capacidad de transformar el medio en el que viven. El interaccionismo simbólico reconoce capacidad de agencia a los individuos (Becker & McCall, 1990; Charon, 1992; Coulon, 1995)

4) El ser humano, tiene la capacidad de ser un objeto para sí mismo. Esta capacidad de interactuar reflexivamente consigo mismo, le permite anticipar las consecuencias que se derivan de diferentes cursos de acción y elegir entre ellos. (Becker & McCall, 1990; Charon, 1992; Coulon, 1995)

5) El pensamiento es el resultado de la interacción simbólica. Gracias al lenguaje somos capaces de pensar la realidad e imaginar otras posibles realidades, así como de tener una imagen de nosotros mismos. (Becker & McCall, 1990; Charon, 1992; Coulon, 1995)

Por tanto es claro que, el interaccionismo simbólico entiende a la persona y al medio social como dos aspectos de una misma realidad. Los individuos son un producto social y la sociedad es un producto de los individuos. Toda realidad es el resultado de la externalización de la actividad humana, de su objetivación a través del lenguaje y de su institucionalización mediante la tipificación de las acciones de los otros, en consecuencia, tal como arguye Mead (1990): la persona se experimenta a sí mismo como tal, no directamente, sino sólo indirectamente, desde los puntos de vista particulares de los otros integrantes del grupo social, o desde un punto de vista generalizado del grupo social, en cuanto a un todo al cual pertenece.

En ese sentido, la realidad debe ser completada con su aprehensión por parte de los individuos, de tal forma que, la internalización de la realidad objetiva a través de los procesos de socialización, da lugar a la dimensión subjetiva de la realidad. Así, la conciencia individual y la acción social deben ser comprendidas en el contexto de una estructura social que les da sentido. Al mismo tiempo, toda estructura social no es algo que esté por encima o al margen de los individuos. (Coulon, 1995). Los individuos reaccionan frente a las estructuras sociales y las modifican o las mantienen, de ahí que como lo plantean Berger y Luckman (1968), las instituciones se encarnan en la conciencia individual por medio de los roles, al desempeñar éstos, los individuos participan en un mundo social; al internalizar dichos roles, ese mismo mundo cobra realidad para ellos subjetivamente.

Para aproximarse al entendimiento de los fenómenos desde la perspectiva de quien los experimenta, es necesario entonces, ver a los objetos con el mismo significado con el que la persona lo hace, abriendo un tipo de investigación muy diferente a la que tradicionalmente se realiza.

Investigaciones de esta naturaleza consideran que al reunirse en diferentes grupos, las personas pertenecen a asociaciones distintas y ocupan puestos diversos. Por eso cada una se aproxima a las demás de un modo diferente, vive en un mundo distinto y se guía a sí misma por medio de un conjunto de significados diferentes. No independientemente del tipo de institución, es preciso tener en cuenta que las actividades de la colectividad se van formando a través de un proceso de designación e interpretación (Alvaro & Garrido, 2003).

Por ello, los aspectos más amplios de la sociedad humana, como clases, instituciones, organizaciones sociales, etc., son entendidas como una ordenación de personas vinculadas recíprocamente en sus actos respectivos, más que con cargo a su dinámica y estructura global propia (Mrarc & Picard, 1992).

De esta forma, a partir del interaccionismo simbólico es posible aproximarse a cualquier fenómeno humano, siempre y cuando se tome en consideración que para realizar un estudio de este tipo, los métodos están subordinados a la realidad o “mundo” que se va a abordar y que además éstos deben ser verificados por el mismo.

3.4. Aspectos metodológicos del interaccionismo simbólico

De acuerdo con Blumer (1982), la posición metodológica del interaccionismo simbólico es el estudio de la acción social atendiendo al modo cómo se forma. Desde esta postura el actor es promovido a la categoría de organizador activo de su acción, que para el investigador interesado en la acción de un grupo o individuo dados o en un tipo concreto de acción social, implica estudiar estos fenómenos desde la perspectiva del autor de la acción. Se debe buscar la comprensión de la acción conjunta en el modo en que los participantes definen, interpretan y afrontan las situaciones a su nivel respectivo. La articulación del conocimiento de las acciones vinculadas permite formar el entendimiento del complejo organizado.

Blumer (1982) plantea que la acción social debe observarse, estudiarse y explicarse a través del proceso de interpretación realizado por los actores participantes, conforme van afrontando las situaciones desde su posición o rol respectivos en el seno de la organización. Concibe la organización como una obtención del conocimiento a partir del examen de la vida de las organizaciones en función del hacer de los participantes. Desde su perspectiva, considera que en la investigación, las premisas seleccionadas, problemas, datos, relaciones, conceptos e interpretaciones sean empíricamente válidos, acudiendo directamente al mundo social empírico y comprobando, mediante un minucioso examen del mismo, tales aspectos.

Arguye que dicho examen debe ser directo, en tanto éste permite enfrentar al investigador a un mundo empírico susceptible de observación y análisis, suscitar problemas abstractos con respecto al mismo, reunir los datos necesarios

a través de un examen detenido y disciplinado, descubrir las relaciones entre las respectivas categorías de estos datos, formular posiciones respecto a dichas relaciones, incorporar esas posiciones a un esquema teórico y verificar los problemas, datos, relaciones, proposiciones y teoría por medio de un nuevo examen del mundo empírico.

Con base en las premisas metodológicas de esta perspectiva, Blumer (1982) enuncia dos momentos significativos para definir toda investigación. Él los denomina: exploración e inspección y de acuerdo con Mares (2006) se asemejan con la descripción y el análisis.

El propósito de la exploración es encaminar hacia una comprensión más clara del modo como se plantean los problemas, averiguar qué datos son idóneos, concebir y desarrollar ideas acerca de los considerable como líneas de relación significativas y , hacer evolucionar los instrumentos conceptuales disponibles, a la luz de lo que se va aprendiendo sobre el área en cuestión. Cabe destacar, que dicha exploración no se limita a la confección de un extenso y detallado reto del acontecer, éste debe incluir la inspección, es decir, descubrir relaciones genéricas, profundizar en la referencia connotativa de sus conceptos y formular proposiciones al respecto.

El propósito de la inspección, por su parte, consiste en someter los elementos analíticos a un meticuloso examen, consiste en examinar el elemento analítico dado, enfocándolo de distintas maneras; en considerarlo desde diferentes ángulos; en plantear diversas preguntas y en examinar nuevamente a la luz de las mismas. Este tipo de examen es aplicable a un objeto social, un proceso; o a cualquiera de los elementos incluidos en el análisis de un área o aspecto determinado de la vida social empírica.

Así, esta propuesta metodológica se funda en que el hombre se hace persona en la interacción social, por lo que entra en relación con los demás y de

ella extrae las orientaciones especialmente importantes para su comportamiento , todo el tiempo está cotejando su hacer con aquello esperado de él por los otros. Tiene en cuenta sus opiniones, sentimientos y exigencias (Charon, 1992).

De esta forma, el interaccionismo simbólico reconoce la realidad y entiende el conocimiento como una construcción verificable en la realidad misma, define la especificidad de la realidad social como construcción humana expresada en sentidos particulares, propios de cada cultura. De ahí que, lo real es concebido como algo susceptible de ser indicado o referido. Por ende, indagar la realidad, debe hacerse a partir de la perspectiva de los propios actores que la construyen (Munné, 1989).

Así pues, el presente estudio hace un abordaje de los trastornos alimentarios, concretamente sobre la anorexia y bulimia nerviosa, a partir del entendimiento del sentido y significado que otorgan personas en cuya vivencia cotidiana se encuentran presentes de diversas formas, al realizar una práctica como la danza que requiere de ciertas características físicas y al habitar en un mundo en cual la apariencia y la estética del cuerpo son aspectos altamente deseados.

Lo anterior considerando la posición que cada persona desempeña dentro de la institución de estudio, es decir, el grado de dominio de la técnica o dificultad de cada persona: bailarines nivel principiante o intermedio/avanzado; y quienes se asumen como expertos: los profesores de danza.

CAPÍTULO IV

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Considerando lo anteriormente expuesto, se comprende que para acercarse y entender la perspectiva de quienes, dadas las características y exigencias de su actividad, en su vivencia cotidiana habitan con la bulimia y anorexia, es necesario tener presente los aspectos o situaciones sociales constituyentes, pues ello nos permitirá aproximarnos a los aspectos que conforman su realidad, la cual continuamente reelaboran con base en una relación dialéctica de su acción individual y colectiva. Por ello, en la estrategia metodológica se consideró un procedimiento indagatorio para la obtención de información, misma que se analizó estableciendo categorías y ejes que, finalmente desembocan en la formulación de proposiciones. Para construir así, un nivel de comprensión en cuanto a los significados y sentidos que se juegan en la acción social de los actores. A continuación, se describen los diferentes momentos de la estrategia metodológica.

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivo general

Describir y analizar la perspectiva de integrantes de una academia de danza respecto a la anorexia y bulimia.

4.1.2. Objetivos particulares

1. Identificar los significados atribuidos por los diferentes actores a la anorexia y bulimia.
2. Establecer semejanzas y diferencias entre los actores.
3. Dar cuenta del sentido de la perspectiva en un orden institucional.

4.2. Participantes

12 integrantes de una academia de danza jazz; 4 de ellos alumnos nivel principiante, 5 nivel intermedio/avanzado, 2 profesores de Jazz y 1 profesor de Ballet. Todos ellos participaron en el estudio voluntariamente.

Los alumnos de nivel principiante, con experiencia dancística de 3 meses a 1 año; los de nivel intermedio/avanzado de 1 a 8 años; y los profesores con una experiencia docente de 7 a 15 años y como bailarines de 12 a 15 años, uno y una de ellos en compañías profesionales.

Como estrategia para mantener la confidencialidad de los participantes, a cada uno se le asignó un código, el cual, se elaboró previo a las entrevistas, empleándose diferentes letras y números para representarlos. Dicho código, sustituye el nombre de los informantes en las viñetas empleadas en el apartado de los resultados.

4.3. Material e instrumentos

Grabadora, audio cintas grabables, libreta de notas, marca textos, bolígrafos, entre otros.

Una guía de entrevista que implica las siguientes áreas temáticas: 1) conceptualización del trastorno; 2) sintomatología vivenciada; 3) implicaciones del trastorno; 4) redes sociales; 5) superación y realización personal; 6) percepción tanto de personas afines como contrarios. Los aspectos contenidos en cada uno de ellas se especifican en el anexo 1.

4.3.1. Ensayo de la guía de entrevista

Con la finalidad de revisar y precisar la guía de entrevista en cuanto a la pertinencia de las áreas a explorar, su empleo en la conducción de la entrevista, el

tipo de preguntas y palabras por emplear, se realizó un ensayo de la guía de la entrevista. Dicho ensayo consistió en la realización de tres entrevistas utilizando la guía elaborada previamente y observando atentamente la interacción de los informantes y el entrevistador. Los participantes en este ensayo fueron: un maestro de zumba y dos adolescentes practicantes de danza (uno de ellos ballet y el otro danza folklórica), todos ellos ajenos completamente al escenario seleccionado para realizar el estudio.

4.4. Procedimiento

4.4.1. Descripción del escenario

Academia de danza jazz, ubicada una zona urbana de clase media a la que asisten en su mayoría adolescentes de 13 a 18 años que habitan en la zona.

En dicha academia se imparten clases de Danza Jazz y Ballet, el tiempo comprendido por clase para el nivel principiante es de 9 horas por semana y para el nivel intermedio/avanzado 25 por semana.

La academia de danza cuenta con el espacio y condiciones físicas necesarias para su funcionamiento como son espejos, salón de ensayos y clases, barras de ballet luz y ventilación adecuadas. Una fotografía de ésta se encuentra en el anexo 2.

Dada la estructura y dinámica dentro de la academia de danza, las jerarquías existentes son bien definidas entre alumnos y maestros, definición que implica a los alumnos intermedio/avanzados y maestros como grupo vinculado además de la actividad institucional, afinidades personales, inclusive fuera de las académicas.

El ambiente se aprecia agradable y cordial entre la comunidad que conforma la academia de danza, los grupos por nivel de avance en cuanto a la

danza son muy marcados, de forma tal que los vínculos de amistad entre alumnos sólo se dan en el mismo grupo de danza.

En ocasiones los estudiantes avanzados sirven de ejemplo a los demás alumnos en los movimientos y encabezan las filas durante la clase, por lo que es evidente la preferencia de los maestros hacia los alumnos más avanzados.

Como parte de las prestaciones de la academia, se ofrece un servicio de cafetería en el que predominan líquidos para hidratar el cuerpo, agua embotellada, té y barras de avena y granola. Es una práctica común comer alimentos de este tipo cuando los ensayos son muy prolongados.

Las conversaciones más frecuentes que se dan entre maestros y alumnos, se orientan a temas relacionados a otras compañías de danza y comentarios respecto al físico deseado, se habla de tallas y pesos, sobre todo frente a los espejos.

4.1.2. Inserción al escenario

Esta etapa comprendió el primer contacto con los participantes. Se inició con una presentación en la que se expuso a conveniencia los motivos del estudio. Además se precisó la condición de voluntariedad en su participación.

4.1.2.1 Acuerdos y confidencialidad

Una vez teniendo el consentimiento de los voluntarios, se les habló de las condiciones en las que se realizarían las conversaciones, asegurándoles completa confidencialidad de la información proporcionada a través de omitir todo tipo de datos que pudieran identificarlos.

Esta etapa se finalizó acordando con los participantes los horarios y tiempos aproximados requeridos, así como la posibilidad de suspender las conversaciones si durante éstas algún participante lo requiriera independientemente de la razón, se aclaró que tendrían toda libertad para comentar lo que creyeran conveniente.

4.1.2.2. Aplicación de entrevistas

Se empleó la entrevista a profundidad con cada uno de los participantes. Esta consistió en establecer y mantener conversaciones individuales con el propósito de conocer sus ideas, creencias, pensamientos, acciones y sentimientos sobre los trastornos de alimentación, esto con base en las áreas temáticas contenidas en la guía de entrevista. Se realizaron dos sesiones de entrevista con cada uno de las participantes con una duración aproximada de 40 a 70 minutos.

4.1.2.3. Transcripción de las entrevistas

La transcripción de las entrevistas se llevó a cabo con base en el código de aspectos técnicos que se elaboró para tal fin. Las transcripciones se cotejaron con sus respectivas grabaciones.

4.1.3. Análisis y presentación de la información

El análisis de la información comprendió tres etapas: 1) su categorización; 2) caracterización y; 3) tendencia de la perspectiva.

4.1.3.1. Categorización de la información

La categorización de la información consistió en la identificación de conceptos, ideas, definiciones, descripciones de acciones y acontecimientos con respecto a las áreas temáticas consideradas en la guía de entrevista que indican

valoraciones, orientaciones, expectativas, considerando las situaciones en las cuales los participantes se referían tanto a sí mismos como a las personas (significativas) que les rodean de manera directa o metafóricamente.

Se establecieron vínculos entre episodios conversacionales que se referían a cada una de las áreas temáticas. Posteriormente se agruparon las respuestas de las participantes con el propósito de definir las categorías contenidas en su perspectiva.

4.1.3.2. Caracterización

Esta consistió en definir y especificar conforme a la información que proporcionaron los participantes, los contenidos implícitos y explícitos considerando a todos los participantes.

4.1.3.3. Tendencia

Esta implicó el análisis de la interrelación de las diferentes categorías con base a la orientación de su significación y sentido.

4.1.3.4. Presentación de la información

Esta se realizó en función de los tres momentos del análisis, ilustrando las situaciones con viñetas seleccionadas, que representan lo más significativo de la información.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se describen las prácticas e interacciones identificadas y analizadas en función de su significado y tendencia de la perspectiva. Se muestra la dirección de las categorías que se construyeron y examinaron para dicho fin, esto en el contexto de las diferencias y similitudes encontradas en la totalidad de los actores participantes.

5.1. La definición de la situación desde los actores

De acuerdo con la información recabada, todos los participantes, consideran que el indicador o característica principal de una persona anorexia y bulimia es la ingesta de poca comida:

“... te das cuenta porque vas a comer algo y te dicen “no, no, no yo no puedo comer esto” o de plano no comen...o sea por que para muchas de ellas comer es un taquito de lechuga... a veces hasta sin sal” (GBM1)

En ese sentido, la mayoría de los participantes coinciden en que estas personas recurren conscientemente a comer lo mínimo posible y vomitar cuando sienten que han comido más o en exceso:

“empieza a que “ya no voy a comer” y es que “ya comí mucho me siento mal y voy a vomitar” (PAA1)

Consideran que quienes las llevan a cabo, están plenamente conscientes de las razones por las que lo hacen y por lo mismo tienen el control sobre estas prácticas, al grado de evitarse algún daño.

“las niñas y los niños están conscientes del problema, saben lo que es el problema pero ellos creen que a ellos no les va a pasar nada, a lo mejor dicen a ella sí le va a pasar y ellas sí... o si se muere una de sus amigas dicen ah pero porque ellas es tonta a mí no me va a pasar nada” (MAA2)

La mayoría de los participantes, suponen que las personas que realizan estas prácticas sostienen que su condición no es un problema y por ello actúan frente a otros consecuentemente con esa idea:

“... se van por caminos que no, entonces se hacen... se encierran ellos en su mundo, no salen, cuando tratan de convivir con otras personas dan otra cara, o sea para ellas todo está bien según, o ellos... eh mientras que la realidad es muy diferente” (AXA3)

Puesto que quienes llevan a cabo estas prácticas no consideran que realizarlas es un problema, algunos de los participantes asemejan la anorexia y bulimia con una adicción.

“yo pienso que son como las drogas, que te aferras a eso y dices “nadie me comprende, nadie nada, porque todo el mundo dice que estoy flaca pero yo digo que estoy gorda” (MCHA4)

La diferencia que existe entre estos trastornos alimentarios y las adicciones, según los participantes, radica en que los primeros pueden controlarse a voluntad:

“Porque así como hay personas que se manejan en adicciones alcoholismo, drogas o cosas yo pienso que también es eso, porque todo lo que está a nuestro alrededor pues nada lo podemos controlar ¿no? pero yo creo que ese rollo de la alimentación, es lo único que nosotros... si yo quiero como si no también” (NRA5)

Lo preocupante para los participantes, es que las prácticas de bulimia y anorexia provocan la muerte a quienes las llevan a cabo como métodos para mantenerse delgados:

"Es mortal, mucha gente no lo sabe, pero yo sé que es mortal, es una enfermedad que... ¡te mueres!, te da anemia o leucemia y adiós..." (GBM1)

La razón que refieren con respecto al riesgo de muerte, implica que al realizar estas prácticas no existe un límite definido.

"...ellas no se ven... pues así bien, porque o sea bueno, yo lo que he oído es que dicen que estoy bien gorda, estoy bien gorda y creo que ya hasta los huesos se les están saliendo y siguen pensando que están gordas" (AUP1)

En ese sentido, reconocen es una práctica difícil de sostener dejar de comer como lo hacen quienes padecen bulimia y anorexia.

"la anorexia sí se me hace bien cañona no comer nada, es que yo no aguantaría no comer nada, nada, es que yo no aguantaría no comer nada, nada, nada, no así para estar toda chupada flacucha no, sí se me hace que está medio mal" (ESP2)

Por otra parte, los participantes consideran que la anorexia y bulimia son prácticas que permanecen ocultas, en tanto que socialmente son reprobables, además de que no les es conveniente revelar cuál es la estrategia que emplean para mantener el peso y figura deseada:

"los que están enfermos, los anoréxicos no creo que sean así como muy abiertos que te cuentan "¡ay, soy anoréxico!" o el bulímico "¡ay, soy bulímico!", la verdad yo no creo que lo expresen, más bien lo ocultan..." (ESP2)

Por lo tanto, suponen que al no ser una condición reconocida abiertamente, quienes practican la anorexia y bulimia procuran no evidenciarse, por lo que evitan situaciones que impliquen ese riesgo.

"yo creo que evitan las reuniones para cuando van a comer, o no sé, yo creo que si compran algo en la escuela el anoréxico no come nada y en cambio el bulímico sí" (AUP1)

Entre las cosas que deben realizar para mantener oculta sus prácticas se encuentra aparentar normalidad, sin embargo, de acuerdo con los participantes hay un momento en el que es muy evidente la existencia de una condición de anorexia y bulimia.

“con sus amigos... hídole... pues tal vez bien pero a lo mejor también lo ocultan o sea porque no quiere que nadie se entere y lo quieren mantener en secreto aunque la verdad es que la gente sí se da cuenta, sí se da cuenta por como se demacran... o sea la gente se da cuenta, uno se da cuenta cuando una persona es anoréxica o bulímica” (PAA1)

Lo anterior, debido a que existen ciertos indicadores muy característicos de la existencia de una condición de bulimia y anorexia.

“tú ves a las personas que lo tienen y los sabes, se ve que ya están gastadas, que tienen náuseas, les duele la cabeza, que dicen: ¡hay me siento mareada! y cosas así”(PAA1)

Por ejemplo adelgazar abruptamente es considerado como un indicador inequívoco de que alguien ha iniciado este tipo de prácticas:

“Por su desempeño, por su físico muchas veces... muy delgadas, de repente las chicas que apenas empiezan a entrar en esto de repente dan un bajón así radical no sé... desgaste de huesos por cosas que a lo mejor una persona que está saludable, bueno, digámoslo así saludable, no le pasa” (AXA3)

Los participantes mencionan un evidente desgaste del cuerpo y síntomas físicos como muestra de que una persona realiza este tipo de prácticas:

“sí se da cuenta por como se demacran... por... porque o sea sus actitudes así de que se empiezan a marear y que se enojan mucho, que los ojos se les ven así como bien tristes, bajos de ánimo así... o sea mal.” (PAA1)

Al grado tal que, cuando las personas se encuentran en etapas muy avanzadas del trastorno, tienen una apariencia de enfermas:

“las chavas que yo conozco con ese problema, son muy ojerosas, tienen un color amarillo, tienen los ojos muy hundidos, se ven esqueléticas, no se ven delgadas, se ven esqueléticas... y después se ponen bien feas yo las he visto y digo que feas o sea se ven feas o los dientes se les empiezan a manchar por la falta de calcio y etcétera, etcétera, lejos de verse bonitas se ven feas”
(GBM1)

Así, vemos que la anorexia y la bulimia son consideradas por los participantes como enfermedades provocadas a voluntad, estos padecimientos se caracterizan por comer poco y provocar el vómito cuando se tiene la sensación de haber comido más de lo que se considera permitido. Dichas prácticas, se asemejan con una adicción puesto que se convierten en actos incontrolables y sin límites bien definidos, por lo que conducen a la muerte.

Debido a que estas prácticas se consideran reprobables y prohibidas socialmente, se realizan de manera oculta por lo que quienes las llevan a cabo se convierten en personas “poco sociables” frente a los demás. Quienes optan por estos medios aparentan normalidad, sin embargo, existen indicadores inequívocos que, de acuerdo con los participantes, evidencian la existencia de bulimia y anorexia en una persona, estos son: bajar de peso abruptamente, desgaste físico notable, cambios de estado de ánimo e incluso en etapas avanzadas apariencia enferma.

5.2. Lo que suponen da lugar a ser anoréxico o bulímico

Los participantes que han tenido relación directa con alguna persona que realiza prácticas de anorexia y bulimia, consideran la actitud de los padres de éstas, como la causa principal en la aparición de tales trastornos.

“Pues supongo que siempre hay problemas porque clásico que la mamá come, come y come y la niña o el niño no quieren comer siempre hay problema a menos que la mamá sea igual y ella haya propiciado esto, que bueno generalmente la mamá directa o indirectamente lo propicia ¿no?...Desde mi punto de vista existen dos que es la directa y la indirecta la directa es decirle textualmente “sabes que onda, estás bien gorda haz dieta” estarle recalcando todo el tiempo que está gorda y que deje de comer porque si no va a engordar, indirectamente a lo mejor no le dice textualmente deja de comer pero sí le dice “ay como que te ves más gordita o le aumenta el trauma” (MAA2)

Debido a que suponen que la comunicación y la relación familiar que ellos tienen con sus padres, es prácticamente nula:

“Con la familia igual y se llevan mal, así como que no hay comunicación, lo mejor no tienen una buena relación con alguien de su familia” (AUP1)

Pues, según los entrevistados, aunque los padres no fomenten abiertamente la realización de este tipo de prácticas, la falta de su orientación genera su aparición:

“a qué crees que se deba... a la falta de... de que a lo mejor los padres no se acerquen a las personas por ejemplo en el caso de los adolescentes, o sea que la gente no se acerque a sus hijos, este que no los orienten, o sea que falta de comunicación... tal vez. () yo digo que o sea casi cero comunicación, casi no hay confianza, porque por algo esta sucediendo, porque tal vez si hubiera confianza le platicarían a su familia y sus padres y ellos los ayudarían a no caer en eso, pero como no hay o sea.. no, por eso llegan a caer en esas enfermedades” (PAA1)

De la misma forma, consideran que los padres de quienes llevan a cabo la anorexia o bulimia, presentan problemas que se evidencian en el hecho de no tomar acciones para la solución de la situación de su hijo o hija:

“hay veces que los papás hasta los apoyan pero hay veces que los papás sí están en contra y no hacen nada, yo pienso que también es culpa de los padres porque o si están viendo que ellas dejan de comer, vomitan y no les dicen nada, yo pienso que sí está mal porque las dejan, las dejan, se les hace normal no comer, no cenar, no desayunar, nada más traer un licuado desde la mañana hasta la noche ya después si comen ir a vomitar y cosas así y decir que por cualquier cosa van a engordar, yo creo que sí está mal desde la propia familia, yo hablaría con ellas aunque sea a la fuerza yo les haría que comieran ¿no? Obviamente o que no vomitaran así, yo creo que sí hay problemas familiares” (MCHA4)

Por otra parte, los participantes aseguran que los medios de comunicación juegan un papel muy importante en el surgimiento de estos trastornos, por los contenidos y el impacto de los mensajes que ahí se difunden, pues señalan que los medios han impuesto los cuerpos extremadamente delgados como sinónimo de belleza:

“Todos los medios de comunicación te manejan que la mujer guapa es la que está, ni siquiera tiene buen cuerpo, la que está flaca, ya no es tener buen cuerpo sino estar flaca” (MAA2)

Sin embargo, consideran que es responsabilidad de cada persona responder a los mensajes de los medios de comunicación:

“Los medios de comunicación tienen mucho que ver pero eso ya, digamos, siento que los medios de comunicación hacen su trabajo ya en uno está si lo toma o lo deja porque también ahí es más a raíz de la educación de tu familia, de cómo te hayan inculcado alimentarte debidamente” (ESP2)

Por lo que, aseguran que quienes realizan prácticas de bulimia y anorexia eligen a conveniencia los mensajes que los medios de comunicación presentan, puesto que escogen consciente e intencionalmente los mensajes a los que prestan atención:

“yo creo que los medios de comunicación influyen mucho en todo eso ¿por qué?, pues el bombardeo es cada vez más denso, más fuerte y pues muchas veces la única niñera o mamá que tienen los adolescentes es la televisión, entonces lo único que ven ahí es lo que les importa, yo creo que es por eso que se dan, que se están dando cada vez más seguido este tipo de enfermedades” (AXA3)

Esto lo relacionan con la idea de que los medios de comunicación presentan los modelos con una serie de beneficios adicionales a la belleza física.

“también yo creo que tiene muchísimo que ver los medios de comunicación que te ponen a chavas muy flacas y que parece que son felices, y que están muy hermosas, y tienen hombres al lado de ellas ahí rendidos a sus pies, y que tienen todo el dinero del mundo por lo mismo, etcétera, entonces pues eso tiene como mucho que ver” (GBM1)

Por lo tanto, suponen que los medios de comunicación impactan en todas las personas, entonces existe la necesidad de parecerse a los modelos exhibidos.

“La imagen, los estereotipos que nos vende Hollywood, los estereotipos que nos venden, pues, los grandes consorcios por muy prístina que sea tu mente, acaba por contagiarte” (MNM2)

Así, al hablar de las circunstancias que favorecen la aparición de la anorexia y bulimia, los participantes señalan que son los medios o situaciones que demandan de manera implícita o explícita un cuerpo esbelto, los factores de alto riesgo.

“hay algunas otras causas pero ya son como que en grupos más aislados en general, por ejemplo, en esto del baile se da mucho...Creo yo que sí, o sea básicamente es o por la mercadotecnia o por la sociedad en la que te desenvuelves el grupo social en el te desenvuelves” (MNM2)

Precisan que, entre los medios o situaciones que demandan ciertas características físicas como requisitos indispensables para asegurar el éxito, se encuentran las escuelas de danza.

“Sí, muy frecuente y más en todo ese ambiente de las modelos... o por ejemplo en este ambiente se ve mucho por lo mismo de su imagen porque si ya estás así gordita o algo así ya no, ya no la haces y... se da mucho en esos ambientes” (PAA1)

Algunos participantes, especialmente los profesores, reconocen que dadas las características y exigencias estéticas del medio dancístico, éste constituye un espacio facilitador para la existencia de la anorexia y bulimia:

“yo estoy en un medio donde desgraciadamente abundan, por vanidad por este mmm... pues a veces hasta como por competencia en este medio, yo soy bailarina, todo el mundo quiere estar muy delgado...” (GBM1)

Por lo que reconocen que existe una gran cantidad de bailarines que efectúan este tipo de prácticas.

“La gente involucrada en el jazz, una buena parte tiene que ver con este tipo de trastornos... a nivel profesional sí también es muy cruel te lo digo yo como coreógrafo profesional yo sí suelo ser cruel” (MNM2)

Tal como se expone, los participantes plantean la idea de que en que la aparición de la bulimia y anorexia, se encuentra implicada una mala relación familiar principalmente por parte de los padres quienes con su actitud promueven su aparición.

Mencionan, además que los mensajes que se difunden en los medios de comunicación masiva impactan de manera importante a las personas por lo que son responsables de los estereotipos de extrema delgadez que persiguen quienes practica la anorexia y bulimia.

Enfatizan además, que existen otros factores relacionados con la promoción y mantenimiento de este tipo de trastornos y que son propios de ciertos medios o situaciones que demandan un cuerpo delgado. En ese sentido, refieren a su actividad como uno de ellos, ya que aseguran que existe una frecuencia muy alta de bailarines que recurren a estos medios como método para el mantenimiento de su peso.

5.3. El perfil atribuido

Con respecto a las características que presentan las personas anoréxicas y bulímicas, los participantes señalan como el aspecto más significativo, el género, pues consideran que la población femenina constituye el grueso de la población de este tipo.

“No quiero escucharme sexista al decir chavas pero el 98% de los casos son mujeres... no es que no existan casos en hombres, pero son muy raros la mayoría son mujeres” (MNM2)

En particular los maestros y los alumnos varones, consideran a la bulimia y anorexia como “padecimientos” casi exclusivos de adolescentes:

“Sólo sé que son enfermedades muy, muy críticas que se están dando cada vez más seguido en estos días en adolescentes” (AXA3)

Ellos mismos precisan que estos “padecimientos” están estrechamente relacionados con la debilidad e inestabilidad psicológica y emocional de los adolescentes:

“...en la adolescencia la edad en la que más vulnerable te sientes en el que te sientes sin guía tienes mayor inseguridad ante el mundo...”(MNM2)

Algunos participantes, particularmente los maestros, añaden que los adolescentes por ser más vulnerables son presas fáciles de los mensajes que promueven la idea de un cuerpo esbelto, situación que los lleva a buscar formas fáciles para conseguirlo:

“este mundo de globalización nos guía mucho a toda la... y más la adolescencia que son las personas que en general no tienen bien definido algo y se dejan llevar por todo lo que le dicen y este pues con tanta mercadotecnia y con tanto... o sea ahorita ya hay mucha mercadotecnia por todos lados y por eso creo yo que hay mucha de esta situación” (MAA2)

Al ahondar en el perfil de las personas que realizan prácticas de anorexia y bulimia, los participantes consideran que los caracteriza un problema significativo de baja autoestima y aceptación:

“Bueno, yo pienso que, o sea que por ejemplo la anorexia como que es por gente que como que tiene traumas que no se quiere, que no se quiere que no se acepta que dice “no o sea yo no quiero estar así” y se trauma...”

“Yo creo que se da en gente que se siente menos que las demás (PAA1)

Además consideran que son personas incapaces de controlar o encausar sus emociones adecuadamente:

“Es tanta la bronca de no saber controlar tus sentimientos y tus emociones que lo único que controlas es la comida y es lo único en lo que te deshogas tanto en las personas que tienen problemas tanto la obesidad como en la bulimia y la anorexia” (NRA5)

Por lo que la tristeza y enojo constante es muy común en ellos:

“A lo mejor...bueno yo siento que cambia su estado de ánimo en cuanto a que están más... más o sea tienden a enojarse más, tristeza, aislamiento... bueno, según yo” (RSP3)

Además consideran que son personas que asumen comportamientos muy peculiares que ellos no pueden entender, por ejemplo la percepción que tienen de sí mismas:

“Pues tal vez verse más delgadas pero es que yo no entiendo porque hay chavas que ya están así súper flaquísimas y se siguen viendo súper gordas y no entiendo eso” (NRA5)

En ese sentido, los maestros expresan desconcierto por no entender las razones que llevan a una persona a optar por los trastornos alimentarios como estrategia y no métodos adecuados no peligrosos:

“Es un trastorno bastante extraño por ejemplo un alcohólico busca olvidar los problemas un drogadicto busca salirse de la realidad y sentirse bien, una anoréxica te debo confesar que no entiendo del todo porque, te digo los problemas que te he dicho logran su objetivo o sea el drogadicto pues se va de la realidad por un momento, el alcohólico igual pero la anoréxica ni siquiera se evade, ni siquiera tienen felicidad momentánea por que toda la vida está angustiada, no, no sé qué busquen... ¿aceptarse? no, ¿quererse? tal vez, o que las quieran porque son delgadas yo creo que es eso, que las acepten y que las reconozcan” (MNM2)

Así, al no sentirse parte de la realidad de las personas que no realizan dichas prácticas los hace habitar en un estado constante de soledad, por lo que se aíslan de los demás.

“más que nada también con toda la sociedad como que se reprimen ellas solitas se vuelven a la vez introvertidas yo las veo así como muy introvertidas muy solas, a la vez sí conviven con la sociedad pero como que muy... muy este...es muy, muy ligero porque se sienten solas en su mundo” (PAA1).

Situación que se relaciona con el hecho de que, suponen que las personas con anorexia y bulimia, se sienten ofendidas y atacadas por los demás.

“emocionalmente, no pues hasta abajo porque sientes que nadie te quiere que nadie las quiere, y que tal vez el mundo está en su contra y que por lo mismo si alguien te dice en broma “hay estás gorda” o “hay esto”... lo toman más a pecho todavía y se sienten mal” (PAA1)

Aunque suponen que al importarles en demasía su apariencia e imagen, frente a los demás se muestran de manera contraria:

“emocionalmente, la autoestima así como que por los suelos, aunque no lo aparenten muchas veces frente a la gente, a la sociedad pero, por dentro la autoestima así pero bajísima “(AXA3)

Los participantes refieren que, quienes recurren a estos medios como formas de mantener un cuerpo delgado, son personas inconformes y nada tolerantes con respecto a su aspecto corporal:

“Bueno, yo pienso que, o sea que por ejemplo la anorexia como que es por gente que dice “no o sea yo no quiero estar así” y se trauma... “(PAA1)

Por esta misma situación, los participantes asumen que estas personas se encuentran sujetas a lo que otros determinan como bello o estético y en función de esto, adquieren sus conceptos de lo deseable y esperado tanto para ellos como para los demás.

“Para ellas lo bello no es lo que ellas consideren sino lo que alguien les dijo alguna vez y se les quedó grabado pero esa grabación ya se distorsionó” (MNM2)

Sin embargo, a pesar de que estas personas adquieren los parámetros de belleza impuestos por otros, ellas distorsionan la realidad a conveniencia, debido a que sus parámetros de delgadez son diferentes a los de personas que no los padecen:

“hay veces en que si tu ves y oyes que tu amiga te está diciendo es que estoy gorda cuando la ves y dices o sea para nada y de repente te ves tú y dices pues yo la estoy viendo en el mismo espejo y yo no veo que esté gorda o que esté así, no entiendo por qué... no entiendo la idea que ellos tienen y cómo se ven” (NRA5)

Condición que explican en función de la carencia o imposibilidad de percibirse desde sí mismas y por estar más en la idea de lo que otros esperan de ellos:

“nunca se ven o sea, nunca se observan más bien se ve en el espejo y lo único que ven son defectos nunca dicen hay pues tengo nariz bonita o ... no siempre ven lo malo y es lo que tratan de corregir entonces al hacer eso descuidan lo bueno y pues no... no... ahora sí que nunca se encuentran nunca se encuentran así mismas” (AXA3)

Consideran que debido a esta inconformidad, las personas que realizan estas prácticas, tienen la creencia de que a través de lograr obtener un cuerpo delgado, su imagen corporal será casi perfecta:

“piensan que van a dejar de comer y van a adelgazar y se van a ver preciosas y luego por más que adelgacen no están conformes” (GBM1)

Sin embargo, los participantes consideran que esto los lleva a sentirse en el dilema de elegir entre la consigna social de ser delgada para conseguir ciertos fines y la forma para lograrlo:

“se sienten medio confundidos, en que si eso que están haciendo es bueno o malo” (BRP3)

En lo referente a la forma en la que las personas con estos trastornos se relacionan con otros, los participantes sostienen que, sobre todo los adolescentes, al estar sumergidos en su situación circunscriben o limitan sus nexos sociales a cuestiones relacionadas con su condición.

“Un adolescente siempre busca a sus iguales, o sea siempre se identifica con sus iguales, entonces si en este caso una chica que está en un problema así se encuentra con alguien que está en otro problema similar de las dos no se va a hacer una entonces todos están muy, muy propensos a caer en este tipo de situaciones” (MAA2)

En ese sentido, las pocas relaciones que sostienen son en su mayoría con personas que comparten su práctica o su preocupación por un cuerpo delgado,

“...porque tienen un buen de cosas en común, así de que todas quieren adelgazar” (AUP1)

Añaden los participantes, que de esta manera probablemente se sienten más cómodas por no ser criticadas ni cuestionadas por las prácticas que realizan.

“a lo mejor ellas creen que sólo ellas se entienden a ellas mismas así de tú me entiendes porque sabes lo que yo siento y por lo que yo lo estoy haciendo y la demás gente no lo entiende porque no saben lo que nosotros sufrimos o no sabe lo que nosotros tenemos, que no nos gusta y solamente con ellas dos o tres o así, se entienden y solamente con ellas se tienen confianza, o sea como que no se abren con las otras personas a conocer porque se tienen a ellas, ¡hay, con ella, con ella me llevo súper bien y me entiende y sabe lo que hago y porque lo hago y no me juzga!” (PAA1)

Así el que les revista comodidad este tipo de amistades, de acuerdo con los participantes es muy riesgoso, pues esto les permite continuar e incrementar la gravedad de sus prácticas haciendo más difícil que las puedan dejar.

“Yo creo que si son varias chicas y todas son anoréxicas todas, han de estar en el mismo pensamiento de que: ¡sí, estamos gordas, entonces vamos a dejar de comer!, yo pienso que eso es muy malo porque todas se meten en el mismo pensamiento, lo mismo de no comer, lo mismo de vomitar, piensan igual y todo. O también, a lo mejor una niña le dice a otra niña: ¡hay, es que fulanita está gorda! y le llega a fulanita y así se van, entonces yo creo que sí es malo y más cuando están en grupo de anoréxicas o bulímicas, porque se

van metiendo más las cosas que piensan entre ellas y creo que empeoran las cosas, porque dicen: ¡ella dice que estoy gorda, entonces para que vea, voy a adelgazar!, pero yo creo que hasta están peor.” (MCHA4)

Los participantes aseguran que de entablar alguna relación con otra persona, es muy desagradable ya que al no estar saludables sus relaciones personales tampoco lo son:

“Las pocas relaciones que puedan tener, acaban siendo un caos, porque o se encuentran a alguien que las quiere salvar, que no va a poder, o se encuentran a alguien que no las entiende y las manda al demonio, o se encuentran a alguien igual y los dos se van al caño” (MNM2)

Suponen que las personas que llevan a cabo estas prácticas, sólo se relacionan lo necesario protegiendo de esta forma la privacidad de su práctica.

“sí han de tener amigos pero yo creo que sí es más cerrada la comunicación por lo mismo que a veces les da pena decir que padecen esa enfermedad.” (MCHA4)

Cuando se ven en la necesidad de establecer comunicación con personas ajenas a sus prácticas, se muestran como si nada los afectara y actúan como cualquier otra persona:

“entonces se hacen... se encierran ellos en su mundo, no salen cuando tratan de convivir con otras personas dan otra cara, o sea para ellas todo está bien según, o ellos... eh mientras que la realidad es muy diferente” (AXA3)

De esta manera, es posible notar que los participantes consideran que en su mayoría, quienes realizan prácticas de anorexia y bulimia son mujeres adolescentes que, debido a esa condición tienen debilidad e inestabilidad psicológica.

Al referirse a las características que poseen las personas que llevan a cabo dichas prácticas, se señalan: baja autoestima y aceptación, así como estados de ánimo constantes de tristeza, enojo, vulnerabilidad y soledad.

Consideran además, que se trata de personas altamente intolerantes e inconformes con su aspecto que se encuentran sujetas a la imposición de los cánones de belleza de otros.

En cuanto a la forma en la que se relacionan con otros, los participantes aseguran que son personas cuyas relaciones sociales son muy restringidas, que generalmente buscan aislarse para no evidenciar su condición.

5.4. Lo que se persigue a través del empleo de la anorexia y bulimia

Con respecto a las metas que persiguen quienes practican anorexia y bulimia, los participantes plantean, que el propósito principal de estas personas es ajustar su figura con la del estereotipo de belleza.

“Por estereotipos, ahorita una mujer guapa es una mujer delgada... extremadamente delgada, rubia, con ojos claros, entonces es el estereotipo que todas tienen” (AXA3)

De esta manera, consideran que dicho estereotipo es asumido y reconocido como sinónimo de perfección por quienes optan por este tipo de prácticas.

“lo que más les importa en el momento es estar delgada, es su físico, lo que el espejo les muestra es lo primero que les preocupa a ellas, entonces su primer meta, bueno objetivo, es tener un cuerpo escultural según, es lo único que les importa en el momento” (AXA3)

Los participantes exponen que esta meta es buscada debido a que socialmente el cuerpo delgado es bien visto y considerado como sinónimo de glamour.

“no están a gusto con su cuerpo y porque quisieran a lo mejor ser como las artistas que salen en la televisión o así” (RSP3)

De esta forma, quienes optan por la realización de tales prácticas prácticas, tienen la creencia de que al conseguir ser perfectas, conseguirán también ser más glamorosas que las demás.

“Por querer parecer otras personas... quieren imitar a las personas que son delgadas o muy cotizadas y bueno eso pues cualquiera lo quisiera pero no pueden... tienen como meta ser como otros, no ser como la persona gorda y fea y todo eso, quieren ser las cotizadas, y se dejan llevar por la demás gente” (BRP3)

Ya que en esa medida serán altamente admiradas y envidiadas por los otros

“o sea, están confundidas, están pensando que si ellas adelgazan se van a ver más bonitas, entonces a lo mejor la gente las va a aceptar más y entonces les van a decir que son preciosas, que son grandiosas, que cómo le hacen para tener ese cuerpo y pues no es cierto, no es cierto” (GBM1)

En ese sentido, los participantes admiten que quienes optan por estos medios en un primer momento obtienen el reconocimiento pues según ellos hay un límite en el que una figura delgada “se ve bien”: sin embargo, arguyen que al rebasarlo adquieren un aspecto contrario:

“Yo creo que fuera de eso, quien no lo sabe piensan que su vida es normal hay si ella... o de repente dice mira tiene bonito cuerpo pero después te vas enterando por qué lo tiene y después ya va desapareciendo esa persona entonces dices ah no pues sí tenía bonito cuerpo” (MCHA4)

Por otro lado, al hablar del caso de quienes forman parte del mundo de la danza, los participantes reconocen que la delgadez implica ciertas ventajas para su actividad:

“su meta ha de ser llegar a ser delgadas o flacas así ¿no?... sí hay personas que son normales, pero más yo que soy bailarina y estoy en este ambiente, yo pienso que en el lado de las bailarinas quieren llegar a ser delgadas tener un cuerpo así delgadísimo para sentirse más cómoda” (MCHA4)

Pues a pesar de que reconocen que una persona que no es delgada puede ser talentosa para bailar, consideran que ser delgado facilita ciertos movimientos propios de la danza, permite verse estéticos y responder así a los estereotipos establecidos en el medio.

“sí se puede porque yo conozco bailarinas internacionales que están subidas de peso y que son muy buenas, pero esto de la delgadez es un estereotipo que mucha gente se ha formado...porque te digo en el caso de los bailarines conozco bailarinas que están subidas de peso que son muy buenas, que son talentosas” (GBM1)

Aparte de esto, consideran que ser delgado evita la incomodidad de ser mal vistos por no tener un cuerpo estético.

“si tu estás delgada te sientes más cómoda, si estas subida de peso tal vez bailarás muy bien y todo pero de todas maneras siente así como que no, tengo que bajar” (MCHA4)

Aseguran que ser un bailarín delgado trae consigo ciertas ventajas como gustar a corógrafos y espectadores, probabilitizar con ello su aparición en escena.

“Ya hablando específicamente de la danza, a nivel profesional sí también es muy cruel te lo digo yo como coreógrafo profesional yo sí suelo ser cruel” (MNM2)

Por lo mismo reconocen que pertenecer al medio dancístico implica someterse a ciertos cánones de belleza determinados institucionalmente:

“igual la danza como es un arte escénico, no se salva de los estereotipos, a menos que sean cosas muy experimentales” (MNM2)

Así, aceptan que en la danza, los bailarines no sólo trabajan para dominar una técnica sino para obtener un cuerpo que les asegure bailar en un escenario:

“yo creo que depende del caso, en el caso de las bailarinas en particular ellas quieren estar flacas porque sí es cierto, este medio es un poco exigente en ese sentido si tu estás subida de peso simplemente no...”(GBM1)

Pues a pesar de que reconocen y aceptan la exigencia que la actividad les demanda en cuanto a la delgadez de su cuerpo aseguran que no son partidarios de optar por estos medios debido a que, a diferencia de quienes practican la anorexia y bulimia, logran diferenciar lo que favorece de lo que perjudica a la salud.

“pues no sé, a mí me gustaría estar mucho muy delgada pero pues yo sé que a lo mejor y si tú no puedes ser así pues no tienes que obligar a tu cuerpo a ser así y que te enfermes” (RSP3)

En ese sentido, a pesar de que los participantes reconocen que es deseable ser un bailarín de figura delgada, desapruaban estos métodos como formas de bajar o mantener el peso, pues además de ser procedimientos exagerados, conducen a la muerte.

“en esto del baile se da mucho, porque pues una bailarina tiene que ser delgada... y sí tiene que ser delgada, pero pues no al grado de desaparecer” (MAA2)

Considerando que el deseo de ser delgados es normal y ello no tiene nada de malo si no se pone en riesgo la vida para conseguirlo.

“creo que a todos nos gustaría cambiar algo de nosotros pero de eso a poner tu salud y tu vida de por medio para tener lo que tú quieres, eso ya es un problema” (NRA5)

Por lo cual es importante tener un límite o fin claro en cuanto a la imagen y peso que se desea tener, pues consideran que no hay nada de malo en desear y trabajar por un cuerpo delgado siempre y cuando no se caiga en el empleo de medios inadecuados como los trastornos alimentarios:

“El extremo siempre nos lleva a cosas insanas cuando tú haces actividad física o dietas o lo que quieras porque tienes un fin claro, metas bien definidas yo creo que no tiene nada de malo pero cuando lo haces por compulsión lo haces por hacerlo pues ahí es problema” (MNM2)

Los profesores, al igual que sus alumnos, se pronuncian totalmente en contra del empleo de estos medios al calificarlos como no adecuados, sin embargo reconocen que, aunque de manera implícita, ellos mismos fomentan y mantienen que éstos se den entre sus estudiantes:

“La danza no está exenta de ese tipo de pecados, está como contagiada de eso de la imagen, de la moda y como se trabaja con el cuerpo eh... de repente pues sí tenemos que ser como muy estrictos y somos como ambiguos porque les decimos a las bailarinas que coman que se cuiden y todo eso pero a la hora ya de montajes te voy a ser sincero y franco... hablando profesionalmente, si están gorditas no... las gorditas no las escogemos, es triste pero real, me da pena decírtelo, como persona me da pena pero profesionalmente así es” (MNM2)

Además ellos mismos reconocen que quienes pertenecen al medio se encuentran propensos a esta condición.

“si analizas las características de las anoréxicas y bulímicas muchas las tenemos... porque eventualmente es cierto, yo muchas veces hice mis dietas mal hechas, luego hago ejercicio, siempre estoy pensando quiero verme más delgada...” (SNM3)

Con relación a lo anterior, quienes están en el nivel intermedio-avanzado se reconocen en una condición de vulnerabilidad proclive a este tipo de prácticas.

“y sí, si de alguna manera yo pudiera ayudar a alguien pues sí me gustaría porque no me gustaría yo llegar a eso o que algunas de mis compañeras o alguien que yo quiera mucho o aunque no la quiera mucho yo siento muy feo, porque hasta yo digo “cómo pueden dejar de comer, no puede ser” y entonces pues no buscaría una manera si ya tengo a alguien muy apegado que yo no pienso perderlo por eso yo sí haría hasta lo imposible porque sí es muy feo, digo, yo que no lo soy lo pienso y digo hay no qué feo estar porque yo pienso que al no comer se sienten así como en su ámbito así de ¡ay, estoy sola!” (MCHA4)

De esta forma, los participantes mencionan como la meta principal de las personas que optan por realizar prácticas de bulimia y anorexia, es la de tener un cuerpo perfecto tal y como el estereotipo de la delgadez extrema.

En ese sentido, plantean lo anterior como consecuencia de querer tener un cuerpo delgado para ser personas reconocidas por las demás, debido a los atributos relacionados con dicho estereotipo como son: el glamour, la admiración y la belleza.

Por otro lado, reconocen que en el medio dancístico el objetivo es tener un cuerpo delgado para asegurar su permanencia en el medio, pues cumplir con el físico establecido es un requisito indispensable en su actividad, por lo cual los participantes estudiantes se saben en una condición vulnerable para ellos.

En ese sentido, reconocen que una figura delgada es deseable y que no hay nada de malo con buscarla siempre y cuando no se recurra a la anorexia y bulimia como medios para conseguirla.

5.5. Los métodos empleados para lograr el propósito

Los participantes mencionan que tales personas eligen un medio que les asegure bajar de peso por lo cual se privan de alimento y aunque al principio obtienen un efecto contrario continúan con la práctica:

“Bueno hay personas que están gorditas ¿no? y con eso piensan que van a bajar pero yo pienso que hasta les hace mas daño y hasta a veces suben más de peso y se ponen mal a no comer a no comer ya ha llegado ocasiones que han fallecido personas o se han puesto muy mal está muy mal...” (MCHA4)

En la idea de reprobar estos métodos para lograr un cuerpo delgado, los participantes, aseguran que quienes los emplean, aunque se esfuerzan, en ocasiones no logran el resultado esperado:

“sentirse delgadas porque.... o sea tal vez algunas lo logran por ejemplo mucha gente muchas chicas obesas... gorditas y son anoréxicas o bulímicas, pero no logran bajar de peso porque esa no es la forma” (PAA1)

Situación que lleva a las personas que emplean estos medios, a obsesionarse con la delgadez y a alejarse de esta forma, de la realidad común:

“le ofreces, ¿quieres una galleta? “ay no, voy a engordar” y le dices pero por una galleta no vas a engordar porque no estás gorda “no, no, voy a engordar, estoy súper gorda” y ellas como que yo pienso que a su alrededor han de pensar que todo es perfecto y ellas son las únicas así como el patito feo, así de que estoy gorda y estoy fea...” (MCHA4)

Por lo cual aseguran que, la anorexia y bulimia no son, por ningún motivo, formas adecuadas para lograr un cuerpo delgado:

“Porque que dicen “ay estoy gorda” están flacas a veces están un poquito más subidas de peso pero yo pienso que hay otras formas de bajar” (MCHA4)

En su totalidad, los participantes mencionan que existen otras opciones menos peligrosas y aprobadas socialmente para lograr un cuerpo delgado.

“buscan es según bajar de peso pero hay otras formas más fáciles, más sencillas y más biológicas no dejando de comer ni nada de eso” (MCHA4)

Al hablar de las formas deseables para conseguir la delgadez, los participantes proponen medidas que consideran carentes de riesgos y aprobados socialmente:

“Decirle a los chavos que se acepten tal como están, que no hay bronca si están gorditos o si están rellenitos o muy flaquitos o sea, y uno ya trae una complexión y hay que comer de...yo como de todo pero bien balanceado” (ESP2)

La opción más referida es la de comer saludable y moderadamente.

“no creo que esté bien, mejor hay que comer lo saludable, no comer mucho, comer así de todo pero poquito” (ESP2)

Sin embargo, reconocen que incluso como parte de su actividad dancística, les imposible llevar una dieta balanceada el cien por ciento de las veces.

“las veces que he sentido por ejemplo mucha hambre y que no puedo comer porque a veces he tenido jornadas de trabajo muy pesadas en las que no puedes parar no puedes cortar un ensayo y son 5 ó 6 horas y el cuerpo se cansa y todo pero no puedes cortar, todos lo hacemos comemos una galleta un yogurt un lo que sea” (GBM1)

Pese a lo anterior, dado que sus prácticas son resultado de las características de su actividad no las consideran comportamientos patológicos, sino situaciones que en el medio de la danza se deben enfrentar.

“todos lo hacemos, finalmente todos tenemos desórdenes alimenticios, todos tendemos a hacer determinados excesos... por ejemplo no comer adecuadamente, hacer mucho ejercicio” (SNM3)

Tal como se expone con lo anterior, los participantes plantean que quienes padecen trastornos alimentarios eligen el medio que saben les asegurará la meta deseada, sin embargo, los participantes consideran tal elección es muy riesgosa.

Apuntan que, a pesar de tener sobre peso, la anorexia y bulimia no son, por ninguna circunstancia, una buena opción para bajar de peso, pues consideran otra opción sana y sin riesgos, comer saludable y moderadamente, aunque en su práctica cotidiana les resulte difícil llevarla a cabo siempre.

5.6. Costos y beneficios del empleo de la anorexia y bulimia

Especialmente los maestros, consideran que a pesar de que es posible conseguir un cuerpo delgado por estos medios, los costos que traen consigo son muy elevados:

“...a veces yo creo que sí consiguen llamar la atención con el cuerpo que han logrado, pero es más el daño que se hacen físicamente y también psicológicamente, yo creo porque se meten en rollo muy extraño...” (GBM1)

Tanto estudiantes como maestros, coinciden en que la pérdida o alejamiento de sus amigos, es uno de los costos que refieren los participantes:

“hay veces que... si tienen amigos en ese aspecto yo creo que sí es normal, pero sí hay veces en las que se van alejando precisamente por eso que temen

a padecerlo o temen a ser cómplices de eso que si les dices hay no me des de comer y no les des de comer y eso” (MCHA4)

Por otro lado, señalan que el impacto sobre la familia de quienes realizan prácticas de anorexia y bulimia, es otro de los grandes costos que implican este tipo de trastornos

“yo no lo haría, por que ¿la verdad? Porque bueno, a parte de cuidar mi salud, pues este mi familia se sentiría mal por lo mismo que estoy pasando” (BRP3)

Siendo la afectación a terceros, el aspecto más reprobable, por considerar que a las personas que nada les da derecho de perjudicar a quienes no son responsables de su elección.

Yo lo comparo con la vida de un alcoholico, porque no solamente está afectada la anoréxica o la bulímica toda la vida de los que la rodean también está como en base a ese problema (MNM2)

Refieren también como una consecuencia no grata, la incomodidad por la presión que creen ejercen los otros sobre ellas:

Por que es tal la presión de que la gente oye come, come estás bien flaca, “no estoy bien gorda” “estoy gorda” a mí se me hace un poco triste el estilo de vida porque es una especie de paranoia, o sea si te da el sol vas a engordar de que no comes nada aunque se te antoje, nada, nada o lo vomitas yo lo veo así como un estrés extremo, constante (MNM2)

Además de tener que simular que comen normalmente.

“estar escondiéndote de cuando vomitan, o estar fingiendo que comes y no comes” (MNM2)

Y vivir la incomodidad constante al tener que cuidar todo el tiempo lo que comen:

“Pues... no pueden comer lo que ellas quieren, se sienten mal porque tienen que estarse cuidando y..., que comer, que no comer y a lo mejor no pueden disfrutar su etapa de su vida así como, como debería de serlo” (RSP3)

Situaciones que les lleva a sentir remordimiento y culpabilidad por practicar métodos no aprobados socialmente:

“cuando empiezan a reflexionar sobre eso como que dicen “hay es que no puedo hacer eso, pero estoy muy gorda” saben que está mal a la vez por que dicen que si están gordas y a la misma vez que saben que está mal pero lo siguen haciendo, entonces yo siento que sí se sienten mal” (MCHA4)

Debido al daño que provocan en su organismo, padecen malestares físicos con los que tienen que lidiar constantemente.

“se ve que ya están gastadas que tienen náuseas les duele la cabeza ¡ay, me siento mareada! y cosas así” (MCHA4)

De esta forma, los participantes opinan que las prácticas de anorexia y bulimia traen consigo costos muy elevados, pues consideran que todo el tiempo deben cuidar lo que comen y vivir con la presión que los otros ejercen sobre ellas cuando se percatan que tienen un problema. Situaciones que les genera remordimiento y culpabilidad.

Otro de los costos que refieren los participantes tiene que ver con malestares físicos como dolor de cabeza, mareo, entre otros, que se generan a consecuencia de la mala alimentación y que además les provocan estados constantes de incomodidad y molestia.

En cuanto a la afectación con respecto a otros, los costos son la pérdida de personas que les son significativas como sus amigos, quienes se alejan debido al

padecimiento, y la afectación que sus familiares viven a causa del problema, situación que de acuerdo con los participantes, es uno de los aspectos más reprobables de la práctica al considerar que nada les otorga el derecho de afectar a quienes no han decidido por ellas.

5.7. La ayuda y su orientación

Los participantes se asumen como personas conscientes de lo que implica padecer un trastorno de esta naturaleza y de las consecuencias negativas que traen consigo.

“Es mejor decir ¡que bueno que no me está pasando a mí! y valorar lo que tu tienes” (AXA3)

Por lo que al ser contrarios a realizar prácticas de bulimia y anorexia, consideran delicado que quienes las realizan no reconocen la existencia de un problema, y a pesar de que otros insistan en tratar de persuadirlas para detener sus prácticas, las defienden a toda costa, sin importarles nada más:

“se quedan en eso de soy gorda soy gorda aunque se lo diga todo el mundo que está flaca delgada o lo que sea están aferradas a eso y ya se quedan en eso y no quieren salir de eso.... “ (MCHA4)

Por ello, los participantes explican la importancia de que quienes llevan a cabo estas prácticas reciban ayuda:

“Pues sí necesitan ayuda porque el no comer nunca, pues sí te va a afectar algún día” (AUP1)

Los participantes argumentan que las personas que recurren a estas prácticas necesitan una ayuda que se oriente a hacerles entender que sus prácticas son altamente peligrosas, en tanto que ponen en riesgo su vida:

“Tratando de aumentar su autoestima de hacerle ver que no está gorda hacerle ver que su salud es... porque básicamente mucho este problema es la salud o sea estás jugando con tu vida estás poniendo en riesgo tu vida” (MAA2)

Pues aseguran que de no reconocer que tienen un problema no será posible que lo superen.

“Si ellos no ven su problema es como un alcohólico o sea si no ven su problema jamás vas a poder ayudarlo” (MAA2)

En ese sentido, de acuerdo con su experiencia los participantes sugieren buscar la forma más adecuada de hablar con la persona afectada que le permita percatarse de que lo que está haciendo está mal:

“Si es una persona cercana a la que quieres pues tratas de ayudarla, tratas de hacerle entender de mil formas que no está bien lo que está haciendo, obviamente no te pelan pero pues tratas de contribuir con tu granito de arena a ver si logran entenderlo” (MAA2)

Además, proponen que la asistencia incluya a los padres, quienes deben apoyar a sus hijos cuando se encuentran con un problema de este tipo, aceptando también que la situación de sus hijos es un problema:

“sí, algunos personas sí, yo digo que sí porque por ejemplo hay mucha gente que como que se da cuenta pero no se quiere dar cuenta que dicen “no está pasando, no está pasando a mi hija no le está pasando esto o mi hijo” y entonces dicen “no, no y no pero hay gente que sí se da cuenta y...y en lugar de que a veces los apoyen los regañan y entonces es cuando yo siento que viene más todavía porque en lugar de que los apoyen no hija o hijo te voy a ayudar o algo así los regañan y eso lleva a más consecuencias” (PAA1)

Sin embargo, indican que incluso si la persona no desea salir de su problema, la ayuda es necesaria.

“A lo mejor si tienen anhelos pero como que los ven este.... no sé cómo...no me puedo explicar... a lo mejor sí tienen algún anhelo alguna meta su proyecto de vida tal vez pero este, como que sí siento que está medio cañón que las cumplan o sea no digo que no se puede pero pues si siguen con esas enfermedades llega a ser un poco difícil y tienen que pedir ayuda aunque ellas no la quieran pedir” (PAA1)

Los participantes señalan que deben ser personas saludables las que deben proporcionar la ayuda, por lo que al asumirse ajenos a estas prácticas y conscientes de los daños que implican, se sienten capacitados para proporcionar ayuda.

“Primero... o sea si te das cuenta que una persona es anoréxica o bulímica acercarte a ella muy así muy pues muy así muy en buena onda porque si luego les dices como que lo toman a mal ... ¡ay, no te metas en mi vida, a ti no te importo!, pero es acercarte así de yo te quiero ayudar o sea porque es malo o sea no, y tal vez acercarte así muy discretamente porque no les gusta que se enteren las demás personas y como que con mucha sensatez” (PAA1)

Los profesores, como personas maduras que conocen sobre el tema, se asumen personas capacitadas para proporcionar la ayuda que sus alumnos requieren:

“me preocupa mucho por lo mismo porque son casi niñas muchas niñas de mis alumnas tienen 11 años van hasta los 28 un alumno que tengo que también es flaquísimo, entonces a mí me preocupa porque no tienen la información porque viven con un estereotipo que... pues que es falso y yo por mi parte muchas veces he tratado de hacer lo creo que puedo hacer” (GBM1)

Se advierte así que los participantes asumen una posición en contra de la anorexia y bulimia como medios para bajar o mantener el peso, al considerarlas prácticas incorrectas e insanas. Señalan que quienes los realizan, necesitan algún tipo de ayuda que les permita salir del problema aún cuando deseen recibirla o no

la crea necesitarla. Proponen que la ayuda se oriente en primera instancia a conseguir que la persona reconozca su condición como un problema.

En su totalidad, los participantes reconocieron que estarían dispuestos a ayudar a alguna persona que tuviera esta condición, pues opinan que por ser ajenos a estas prácticas se sienten listos para proporcionarla. Especialmente, los profesores, se consideran personas capacitadas pues afirman que como parte de la formación que les ofrecen a sus alumnos, les proporcionan información y consejos para prevenir o solucionar este tipo de problemas.

DISCUSIÓN

En el presente apartado, se describen las construcciones simbólicas que caracterizan el sentido de la vivencia institucional de los actores respecto a la bulimia y anorexia. La descripción se enmarca en el ordenamiento de los elementos analíticos o ejes seleccionados para tal propósito, que se describen en su respectivo momento.

Con lo expuesto hasta el momento, es posible notar que la perspectiva de los actores es ambivalente en apariencia, sin embargo esto es así porque les resulta estratégico para validar su posición que tanto en lo individual como en lo colectivo tienen como bailarines, de esta manera, a pesar de las diferencias relativas, al analizar el sentido de sus acciones en un orden institucional, las perspectivas de todos ellos convergen.

Es decir, pese a las diferencias existentes en el plano personal de los actores, como grupo y en función de la ubicación que los define dentro de la estructura de la academia de danza, todos ellos comparten significados y sentidos con respecto a la anorexia y bulimia.

Así, independientemente de la forma en la que cada uno de ellos participa, dan lugar a una estructura institucional en cuya acción social, una figura delgada acompaña al propósito educativo de ese lugar.

Como parte de las prácticas y significados que se adquieren y comparten dentro de la academia de danza, se encuentran las que tienen que ver con la indumentaria y actitudes alrededor de la misma como parte de su conformación como bailarines. Vestir ropa ajustada como leotardos y mallas, forman parte de las prácticas con las cuales los integrantes de la academia de danza se apropian de la actividad y los sentidos que a partir de ésta se construyen. Por tanto, la vestimenta, principalmente en color negro; los espejos alrededor de los salones de

ensayo; las exigencias de maestros y alumnos con respecto a las dimensiones del cuerpo, constituyen algunas de las formas en las que los actores monitorean su imagen corporal y viven la necesidad de la delgadez y perfección de sus cuerpos.

De esta forma, quienes se encuentran en el grupo de estudiantes de danza, nivel principiante, se incorporan al orden institucional de la academia con plena disposición de aprender las prácticas, sus significados y perfil de quienes habitan ese contexto como parte del sentido de pertenencia al grupo de danza.

De ahí que estos actores, se asuman como personas ajenas a la anorexia o bulimia y por lo mismo, en calidad de iniciados, su conocimiento sobre los trastornos alimentarios se circunscriba únicamente a lo que han escuchado a través de los medios de comunicación, es decir, su acercamiento y conocimiento al respecto es prácticamente el mismo que el de una persona ajena al medio dancístico.

Por su parte, quienes se encuentran en el grupo de aprendices de danza nivel intermedio – avanzado y cuyo entrenamiento está orientado a una preparación profesional o semiprofesional, dado el sentido de pertenencia que ellos asumen dentro de la academia, se reconocen a sí mismos como la representación del modelo escolar a aseguir. De esta forma, se apropian de prácticas y significados propios de los bailarines, por lo que saben que la figura delgada es uno de los requisitos implícitos dentro de su actividad, reconociéndose así como personas conocedoras y vulnerables a la bulimia y anorexia al considerarlas muy comunes en el ambiente dancístico.

Sin embargo, debido a que se asumen como bailarines responsables y comprometidos con su actividad, deben mostrarse y definirse ajenos a la condición de anorexia y bulimia. Por ello, en los conocimientos y opiniones que expresados al respecto, se alude a “compañeros” que los padecen, reconociéndose de esta forma, el trastorno en otros y no en ellos mismos.

En ese sentido, dichos actores expresan tener un acercamiento indirecto al respecto, el cual les ha permitido un claro entendimiento de la problemática; además el conocimiento de esa vivencia les ha posibilitado no incurrir en dichas prácticas. Este argumento les sirve para validar una posición distante a estos trastornos.

Los maestros por su parte, al asumir un tipo de conocimiento y entendimiento de los trastornos superior y más complejo que el de sus estudiantes, validan su vasta experiencia profesional y madurez propia de la edad, pues son la directriz para sus alumnos, así el concebirse como expertos, les permite expresarse y conducirse en un papel protagónico dentro de la academia, de ahí que se entienda que se sientan obligados a reconocerse totalmente ajenos a vivir una condición de esta naturaleza, considerándola propia de etapas de juventud e inmadurez que ellos han superado.

En este contexto se entiende que el objetivo compartido, si bien es ser un buen bailarín, que domine tanto la técnica como su interpretación corporal, les es igualmente importante ser agradables visualmente en un escenario.

Desde esta posición, para todos los actores ser delgado representa un sentido de belleza y estética que tanto coreógrafos como público espectador espera en un escenario. “En este medio todo el mundo quiere estar muy delgado”, por ello, la necesidad constante de sobresalir del resto de sus compañeros generándose competencia entre ellos, no sólo en términos del mejor ejecutante de técnica e interpretación sino también en cuanto a la apariencia física.

Los actores saben que en el medio nada vale si no se tiene la figura adecuada, “a las gorditas no las escogemos”, pues las “llenitas o gorditas” representan consignas que aluden a lo prohibido. Así, el ser esbeltos en comparación con las “gorditas” y saludables en comparación con las “flacuchas” conforman la posición ideal que a su vez precisa que ser delgado es un requisito

para ser visto como buen bailarín y figurar en el medio de la danza, independientemente del talento o habilidad que se posea para bailar.

Otro factor significativo de la imagen que les provee la delgadez, es la idea de sentirse saludables, “si tu estás delgada te sientes más cómoda”, en el medio todos saben que, quienes poseen esta cualidad gozan de la comodidad de ser respetados y envidiados por sus compañeros. Así, la delgadez se torna más indispensable como cualidad y requisito para formar parte del grupo. Por ello, es una condición a la que todos aspiran.

Aunque la danza como arte supone un grado elevado de abstracción, complejidad e intelectualidad “no se encuentra exenta de pecados” como el ser glamorosos, elegantes, delicados y exclusivos, dueños de una personalidad sensible para poder expresar y crear con su cuerpo. Por ello los bailarines que optan por la anorexia y bulimia, son considerados personas que buscan metas superfluas que se juegan la delgadez en sí misma.

Por lo mismo, los participantes elaboran una clara distinción entre el motivo por la delgadez que se asume como parte de ser bailarín y el de las personas ajenas al medio o bailarines anoréxicos o bulímicos. Éstos últimos persiguiendo un fin superficial y banal. Así, los participantes como parte del gremio artístico, se vivencian distintas a las demás personas en cuanto a la complejidad, elaboración de sus propósitos y estilo de vida. Teniendo claro que es el público quien determina lo que desea ver y en ellos la posibilidad y responsabilidad de responder a esa demanda. De ahí que, el recurrir de manera emergente a limitar la ingesta de comida o realizar prácticas de purga no representa una meta sino un medio para lograr un desempeño exitoso como bailarines.

CONCLUSIONES

A partir del estudio realizado y de los hallazgos esbozados, el análisis interpretativo pone de manifiesto que la normatividad propia de la academia de danza propicia y permite que emerja un sentido compartido en los actores con respecto a la bulimia y anorexia, asumiéndose ajenos a ellos al considerarlos enfermedades socialmente reprobables.

Sin negar la existencia de personas anoréxicas y bulímicas en su gremio, la privación y purga de alimento que muchos de ellos practican es considerada una práctica emergente de control y mantenimiento de la silueta para dar respuesta a las exigencias de la danza en cuanto a la forma, figura y movimiento.

Como institución educativa, la academia de danza no es ajena a cualquier otro centro educativo puesto que la interacción entre maestros y alumnos constituye la piedra angular en el desarrollo y entendimiento del proceso constructivo de su perspectiva, en este caso respecto a la anorexia y bulimia.

Como construcción simbólica significativa de la academia de danza, algo que fuera de ésta se considera indicador de un trastorno alimentario concretamente anorexia o bulimia, para ellos simplemente es una práctica emergente propia de su actividad.

Este tipo de construcciones simbólicas en la medida que han sido elaboradas a partir de sus propios saberes constituyen la normatividad en su formación.

La imagen del bailarín saludable que socialmente se espera como factor primordial para la institución, equipara a los bailarines con personas con estilos de vida propios de la cultura Light, esta situación, sin darse cuenta convierte a este

tipo de poblaciones en promotoras y validadoras del consumo de productos de la industria Light.

Como bailarines se reconocen como hacedores de expresión artística por lo que el glamour, perfección, fuerza, sensibilidad, estética, elegancia entre otras características constituyen la imagen asumida y expresada tanto grupal como individualmente.

La imagen del bailarín saludable es fundamental para la institución y sus actores. De esta forma, el sentido de las acciones constituyentes de su práctica singular, están orientadas a sostener y validar la imagen de exponentes de arte escénico representantes de arte, salud, sensibilidad, inteligencia y glamour.

De esta forma, los hallazgos se enmarcan en un contexto de consumo, donde aparentar un estatus alto es quizá uno de los elementos definitorios del estilo de vida de las personas en la sociedad actual. El consumismo desmedido de todas aquellas cosas que permitan sostener esta idea se ha convertido en uno de los aspectos más importantes que definen la época en la que vivimos. Consumir todo, incluidos los estereotipos de estilo de vida y belleza han dado lugar a una época de culto a las apariencias, las formas de ser bello y bien presentado.

Si bien es difícil asegurar quién o quienes son los responsables de inventar las modas culturales, las tendencias dominantes, los cánones y estereotipos del ideal de vida, no hay duda de la existencia de organismos promotores y creadores que tienen que ver con la generación de la necesidad al respecto.

La industria de la comunicación, es un ejemplo de ello, se ha convertido en el principal centro de generación y validación de los estereotipos de belleza de la actualidad fundamentalmente representada por figuras delgadas, llenas de vitalidad y poseedoras de un sin número de accesorios que las hacen lucir glamorosos, además de promover campañas orientadas a llevar una vida saludable en función de poseer una silueta delgada y piel perfecta. Lo anterior se

traduce en el consumo de alimentos y productos “adecuados” para la salud y el bienestar físico. Los supermercados se llenan entonces de productos cosméticos y alimentos dietéticos como yogurt Light, bebidas energéticas sin calorías, refrescos 0, cereales altos en fibra, un sinnúmero de productos bajos en grasas y carbohidratos así como de aparatos de ejercitación física para tonificar y reafirmar el cuerpo.

En consecuencia, la imagen de belleza envidiable se traduce en una persona que obtiene una figura delgada, bella y glamorosa a través de un estilo de vida saludable o Light consecuente con las que se promueven oficialmente. De esta manera todo aquel que consume este tipo de productos, viste con ropa de marca y asiste a un gimnasio constituye un promotor anónimo de la idea del consumismo de la cultura Light, en ese sentido, poblaciones como los bailarines representan un ejemplo significativo de lo anterior, pues socialmente son personas definidas como atletas cuya vida saludable se traduce en las figuras delgadas que su ropa ajustada permite apreciar.

Quienes conforman este tipo de población, saben que la imagen que les provee pertenecer al gremio implica admiración y respeto, por ello sus actitudes frente a los demás son consecuentes y consumen, aunque en cantidades mínimas, este tipo de productos únicamente como elementos necesarios que los identifiquen como personas saludables y Light, convirtiéndose así en promotores, mantenedores y difusores del consumo de productos Light. Situación que resulta muy conveniente a los grandes consorcios al ser publicitados en las vivencias reales, fuera de los mensajes publicitarios de los medios de comunicación masiva y causando mayor impacto en la población.

Sin embargo, los bailarines no emplean este tipo de productos como estrategia para mantener su silueta, en su práctica cotidiana las estrategias reales no son más que la manipulación estratégica de alimento y purga emergentes, que

se mantienen ocultas dada la penalización moral que existe a este tipo de prácticas.

Esta situación también deriva del discurso médico y moral que se divulga en los medios de comunicación masiva respecto a la anorexia y bulimia, pues últimamente se ha difundido un sinnúmero de mensajes en los que se sataniza la bulimia y anorexia, esto mediante notas amarillistas respecto a modelos que mueren a causa de las complicaciones que se originan a partir de la realización desmedida de la privación y purga de alimento.

Evitar este tipo de prácticas por el riesgo que implica para la salud, así como la lista interminable de graves complicaciones físicas fisiológicas y psicológicas, es el mensaje cotidiano, sin embargo, no cesan en promover la imagen perfecta de una persona para tener sentido y éxito en la vida, ni el consumo de productos *light* para lograrlo.

En este sentido, dichos hallazgos permiten entender a la práctica de privación y purga de alimento, como medida estratégico emergente para mantener el peso y figura requerido para ser exitoso como bailarín, situación que a su vez permite entender que la bulimia y anorexia no les representa complicación alguna, siempre y cuando se realice de acuerdo a las formas y procedimientos que como grupo conforman su realidad.

REFERENCIAS

- Abramson, E. (1993). *El comer emocional. Una guía práctica de control*. España: Desclée de Brouwer.
- Álvarez, G., Mancilla, J & Vázquez, R. (2000). "Propiedades psicométricas del test de Bulimia (BULIT)". Psicología Contemporánea. 7 (1), 74 – 85.
- Alvarez, G., Nieto, M. L., Mancilla, J. M., Vázquez, R & Ocampo M. T. (2007). "Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas". Psicología y Salud. 17 (2), 251-260.
- Álvaro, J.L. & Garrido, A. (2003). Teoría sociológica y vínculos psicosociales. En: José Luis Álvaro Estramiana (Ed.). *Fundamentos sociales del comportamiento humano*. Barcelona: EDIUOC.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and stadistical manual of mental disorder: DSMIV*. Washington D.C: APA
- Barcia, D. (2000). *Tratado de psiquiatría*. Madrid, España: ARAN Ediciones.
- Baudrillard, J. (1970). *La sociedad de consumo*. Barcelona, España: Plaza y Janés.
- Becker, S. M & McCall, M. M. (1990). *Symbolic interaction and cultural Studies*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Berger, P, & Luckman, T. (1999). *La construcción social de la realidad*. Barcelona: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1967).
- Blumer, H (1982). *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: Hera. (Trabajo original publicado en 1969).
- Britto, L. (1999). La Cultura Light. [En red]. Disponible en: El Nacional. Revista Electrónica. http://www.analitica.com/BITBLIO/britto/cultura_ligth.asp.
- Casullo, M., González, R & Sifre, S. (2000). "Factores de riesgo asociados y comportamientos alimentarios". Psicología Contemporánea. 7 (1), 66 –73.
- Cevera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y bulimia*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Charon, M. (1992). *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

- Contreras, L. (2008). Anorexia y Bulimia ¿Enfermedad o capricho?. [En red]. Disponible en: Revista Electrónica Danza en Español. http://danzahoy.com/pages/member/22_150803/salud.php.
- Coulon, A. (1995). *Etonometodología y educación*, Barcelona. Paidos.
- Duker, M. & Slade, R. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia. Un tratamiento integrado*. México: Limusa.
- Fernández, F., Jiménez, S., Badía, A., Jaurrieta, N., Solano, R & Vallejo, J. (2003). “*Ansiedad y fobia social en anorexia nerviosa: un estudio de casos y controles*”. Psicología Conductual. 11 (3), 517 – 525.
- Flores, V. (2004). “*Anorexia y Bulimia*”. Revista Danza en Letras. 3,19-25.
- Fuster, G & Aguilar, A. (2003). Terapia nutricional en los trastornos del comportamiento alimentario. En: Tinahones. F (Ed.). *Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica*.(pp.125-136). España: Díaz de Santos S.A.
- García, A. (2007). “*La dieta correcta*”. Danza, pasión y movimiento. 1, 30-36.
- García, J. M. (2003). Experiencia en el manejo hospitalario de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Tinahones. F (Ed.). *Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica*. (pp.145-152) España: Díaz de Santos S.A.
- Garner, D., Garfinkel, P., Rockert, W & Olmsted, M. (1987). “*A prospective study of eating disturbances in the ballet*”. Psychotherapy and Psychosomatics, 48 (4), 170-175.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. Nueva York, E.U.A.: Guilford Press.
- Gelder, M., López-Ibor, J. & Andreasen, N. (2003). *Tratado de Psiquiatría. Tomo II*. Barcelona, España: Ars Médica.
- Goldstein, D. J. (1999). *The management of Ealing disorders and obesity*. New Jersey, E.U.A.: Humana Press Inc.
- Goñi, A y Rodriguez, A. (2007). “*Variables Associated with the risk of Ealing disorders in adolescent*”. Salud Mental. 30 (4), 16-23
- Kilbourne, J. (1994). Still killing us softly: advertising and the obsession with thinness. En: P. Fallon, M Katzman & Wooley, S (Eds.), *Feminist perspectivas on Eating disorders* (pp. 395-418). E.U.A: Guilford Press

- Mares, A. (2006). *La integración educativa desde la perspectiva e los actores sociales encargados de realizarla*. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Mead, G. (1990). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona: Paidós (Trabajo original publicado en 1934).
- Merton, R. K. (1987): *Teoría y estructura sociales*, México: FCE.
- Marc, E. & Picard, D. (1992). *La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación*. Buenos Aires: Paidós.
- Munné, F. (1989). *Entre el individuo y la sociedad. Marcos y teorías actuales sobre el comportamiento interpersonal*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y bulimia*. Barcelona, España: Paidós.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid, España: Morata.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (J., Lopez Ibor, Trad.) Madrid: Meditor. (Trabajo original publicado en 1992).
- Pérez, C. M (2006) *Anorexia y bulimia: un análisis antropológico de las psicopatologías relacionadas con la alimentación*. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México, México.
- Puhl, R. & Brownell, K. D. (2002). Stigma, discrimination, and obesity. En: Fairburn, C y Brownell, K (Eds.), *Eating disorders and obesity*. (pp. 108-112) E.U.A: Guilford Press.
- Raich, R.M., Torras, J. & Figueroas, M. (1996). "Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios". Análisis y Modificación de Conducta, 22, 603-626.
- Ritzer, G. (2005). *Teoría sociológica clásica*. México: Mc Graw Hill.
- Schatzberg, A.F., Nemeroff, C. B & Madero, S. (2006). *Tratado de psicofarmacología*. España: Elsevier.
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1932)

- Solano, L. (2007). Cultura de la comida Light. [En red]. Diponible en: La jornada. <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/09/index.php?section=sociedad&articulo=046n2soc>.
- Stice, E. (2002). Sociocultural influences on body image and Ealing disturbance. En: Fairburn, C. y Brownel, K. (Eds.) *Eating disorders and obesity*. (pp. 103-107) EUA: Guilford Press
- Szmukler, G. I., Eisler, I., Gillies, C & Heyward, M. E. (1985). "The implications of anorexia nervosa in a ballet school". *Journal of Psychiatric Research*, 19,177-82.
- Tolman, D. L. & Dobold, E. (1994). Conflicts of body and image: female adolescents, Desire, and the no-body body. En: P. Fallon, M Katzman y Wooley, S (Eds.), *Feminist perspectives on Eating disorders* (pp. 301-317). E.U.A: Guilford Press
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona, España: Ariel Ciencia.
- Tortajada, M. (2007). "Estudio Comparativo. Voces de estudiantes y bailarines/nas profesionales en México. (Encuentro Internacional de Investigación de la Danza, enero 2007)". *Danza, Pasión y Movimiento*. 3, 17-21.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Ocampo, T. & Mancilla, J. (2000). "Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza". *Psicología Contemporánea*. 7 (1), 56 – 65.

ANEXOS

ANEXO 1

Guía de entrevista

- 1) Conceptuación del trastorno
 - Tipos de conocimiento
 - Definiciones
 - Causas que atribuye
 - Costos y beneficios
 - Valoración ética

- 2) Sintomatología vivenciada
 - Físicamente
 - Psicológicamente

- 3) Implicaciones con otros
 - Familia
 - Amigos
 - Iguales

- 4) Redes sociales
 - Gustos y preferencias
 - Perfiles y patrones de lo adecuado, bello, armonioso

- 5) Superación y realización personal
 - Expectativas (cómo le gustaría que lo vieran)
 - Metas y propósitos

- 6) Percepción de terceros
 - Los que comparten
 - Los contrarios

ANEXO 2



Foto 1. Muestra el salón de danza.



Foto 2. Muestra el salón de danza con posters de bailarinas en la pared

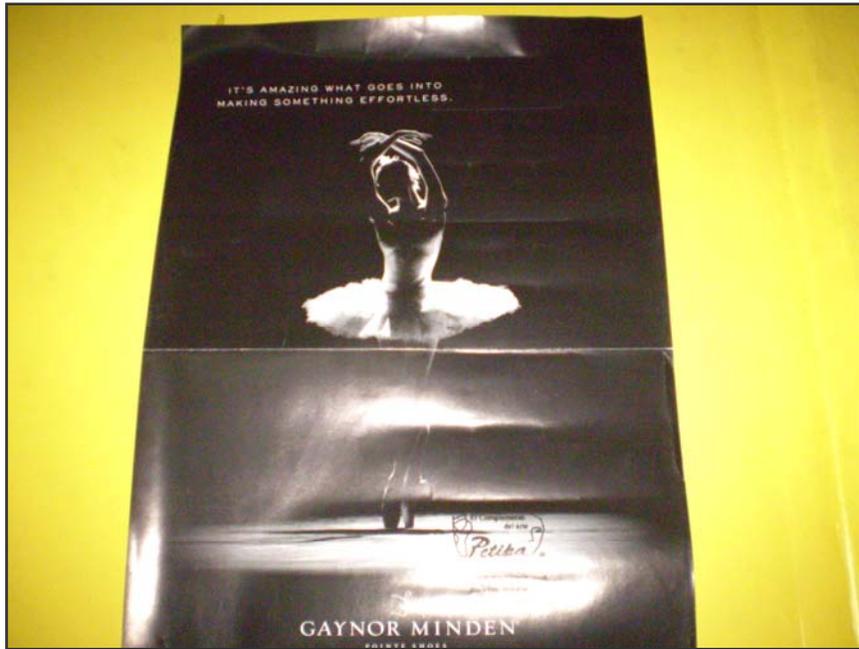


Foto 3. Muestra acercamiento a uno de los posters.



Foto 4. Muestra acercamiento al poster que se ubica en la entrada del salón de danza.