

**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA**  
Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial  
Del 3 de abril de 1981



**“LA BULIMIA Y LA INFLUENCIA DEL ENTORNO EN LA FORMACION DE  
HABITOS ALIMENTICIOS QUE TRANSMITEN MADRES PREVIAMENTE  
BULIMICAS A SUS HIJOS”**

**TESIS**

Que para obtener el grado de

**MAESTRA EN COMUNICACIÓN**

Presenta

**PATRICIA EVANGELINA MENDIVIL LOPEZ**

Directora: Dra. Inés Cornejo Portugal

Lectores: Dra. Maricela Portillo Sánchez

Mtra. Sylvia Gutiérrez y Vera

México, D.F.

2011

# INDICE

<u>Tema</u>	<u>Página</u>
Introducción	2
Capítulo 1: Planteamiento del problema	5
• Justificación	5
• Objetivos	8
• Preguntas de la investigación	8
Capítulo 2: Marco Teórico	9
• Introducción	9
• Cultura e imagen corporal	9
• Bulimia	19
• Teorías de comunicación y bulimia	26
• Resumen	36
Capítulo 3: Estado de la Cuestión	37
• Introducción	37
• Bulimia y entorno familiar	37
• Comunicación y desórdenes alimenticios	44
• Resumen	52
Capítulo 4: Metodología	53
• Generalidades	53
• Diseño de la investigación	56
• Hipótesis de la investigación	61
Resultados y análisis	62
Conclusiones	98
Recomendaciones	100
Bibliografía	102
Anexos	106

# INTRODUCCION

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la existencia de episodios compulsivos de ingesta descontrolada (binge o atracón) y exagerada de alimentos, que puede ser de tres mil a diez mil calorías, en periodos muy cortos de tiempo, con la aparición consecuente de episodios que pretenden evitar los efectos de esta ingesta mediante la autoinducción del vómito, el uso de laxantes y diuréticos, la restricción exagerada de ingesta calórica y el incremento de la actividad física.

A pesar de que aparentemente la Bulimia Nerviosa es una enfermedad propia de la modernidad, en realidad data de hace muchos años, ya que existen diferentes referencias históricas sobre las costumbres de distintas épocas en las que se denotan comportamientos bulímicos en distintos grupos sociales.

En cuanto a su reconocimiento como enfermedad, en el año 1797 se incluyó una descripción de bulimia en la Enciclopedia Británica; y más tarde, en 1830, se incorporó el término en un diccionario médico-quirúrgico de Francia. Sin embargo, ambas inclusiones quedaron en el olvido. Posteriormente, a comienzos del Siglo XIX se describe la bulimia como la presencia de apetito voraz seguido de vómito propio de la histeria y del embarazo.

Es hasta 1940 que se le reconoce como Síndrome, y casi 40 años después, entre 1977 y 1979 el Dr. Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad, donde la comenta como una variante de la Anorexia Nerviosa: habla de una ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, acompañada de una sensación de pérdida de control sobre dicha ingesta y de conductas compensatorias como el vómito auto inducido, el abuso de diuréticos, laxantes, ejercicio físico, pastillas adelgazantes, etc. Finalmente, es hasta 1995 que la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó a la bulimia en el manual de psiquiatría como una enfermedad diferente a la anorexia, como se explica en el primer apartado de este documento.

## **La Bulimia hoy:**

Es una enfermedad de difícil diagnóstico porque la enferma se convierte en experta en ocultarla y porque sus consecuencias se manifiestan tras un periodo largo de padecerla. Es muy común que se presente en la adolescencia como inicio pero que persista y se diagnostique hasta diez años después de su inicio. Por ser una enfermedad que se vive en el secreto, se carece de datos epidemiológicos suficientes.

En Latinoamérica y en México se han efectuado realmente pocos estudios al respecto. Es posible que un subregistro por falta de diagnóstico refleje una incidencia menor a la real, tal vez debido a que no se concibe de primera intención, en esta enfermedad. Sin embargo se ha determinado que:

- Al año se reportan 20 mil casos de enfermos con desórdenes alimenticios afectando a un total de dos millones de mexicanos, de acuerdo al Instituto Mexicano del Seguro Social, sin embargo no se desglosa el detalle por cada una de las enfermedades que se engloban en la categoría de desórdenes alimenticios, es decir, no se tiene la información específica de bulimia nerviosa.
- Se ha reportado que tan solo en el Distrito Federal, entre 1997 y 2003 la cantidad de alumnas de bachillerato con este tipo de patologías aumentó de 3 a 9.6, predominando el uso métodos purgativos para bajar el peso. La Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" hablan de un incremento nacional de 1.3% a 3.8% en el mismo periodo.

En realidad existen insuficientes datos que permitan conocer el comportamiento y desarrollo de la enfermedad en la población mexicana. Como se ha citado, hay dos factores principales que dificultan tener un panorama histórico retrospectivo de la Bulimia no solo en México sino en el mundo: El reciente reconocimiento como enfermedad (Oficialmente, entre 1977 y 1995 y en Estados Unidos) y el hecho característico de que es un mal que se vive en silencio, se oculta con maestría y cuyos síntomas se hacen visibles cuando la enfermedad lleva ya varios años siendo parte de la vida del individuo

Aunado a esto es posible citar que las diversas asociaciones creadas para atender este tipo de padecimientos son también relativamente jóvenes en México, su presencia empieza a manifestarse a partir de los últimos años de la década de los noventa.

Existen estudios realizados en Estados Unidos donde se ha demostrado que la incidencia de la patología se debe a que las mujeres fueron educadas con la creencia cultural de que el éxito y la felicidad se obtienen con una figura delgada.

Es decir, a nivel mundial, particularmente desde la década de los años 60, se ha impuesto la idea de que el ideal corporal debe ser la figura esbelta y se ha comunicado que tener este tipo de cuerpo es necesario para tener éxito, amor, admiración, aceptación social y pertenencia.

Los medios de comunicación juegan un papel preponderante en esto: tanto la divulgación masiva del concepto como en establecerlo como un concepto de significado social en diversos grupos a lo largo del planeta. Irónicamente, los medios contribuyen poco a dar el mensaje opuesto: a tener una especie de función social de educación en la cual se promuevan masivamente conceptos adecuados de nutrición y salud, así como de prevención de desordenes alimenticios.

Esto implica que muchas de las personas que padecieron Bulimia en la década de los ochenta, época que se caracterizó por el auge que se le empezó a dar a la imagen física como llave para alcanzar el éxito social y donde surgieron estereotipos corporales que se volvieron "ideales", enfrentaron la enfermedad *prácticamente solas*.

*Si la superaron, fue mayormente por voluntad propia, por decisión o bien con limitadas herramientas (limitadas en fondo y forma) para ayudarlas. Posiblemente no la superaron 100%: viven con secuelas que van y vienen, y hoy son madres de preadolescentes o adolescentes.*

Lo anterior cobra especial importancia, porque el rol de la madre en el desarrollo de los hábitos alimenticios del hijo es indiscutiblemente importante; es la madre quien más influye, mucho más que el padre. Se ha observado que en pacientes bulímicas, predomina un patrón donde la madre o bien presenta obesidad o bien presenta una excesiva preocupación por su aspecto físico (preocupación excesiva por no engordar, realización de dietas y operaciones estéticas).

Otro rasgo que puede motivar bulimia es un carácter sobreprotector en la madre, así como un incrementado nivel de intromisión en la vida privada de sus hijas, específicamente en temas relativos a al peso, la forma corporal, y la comida ingerida. Llega incluso a percibirse cierto sentimiento de celos de las madres hacia sus hijas.

Como factor importante cabe destacar, por otro lado, la atención que se le está dando a la Obesidad en nuestro país recientemente, de manera muy puntal a partir de 2007. La encuesta nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 es el trabajo más reciente que se tiene en cuanto a incidencia de la enfermedad e indica que más del 10% de la población presentaba algún grado de obesidad en dicho año.

Este incremento en los índices de Obesidad y la preocupación que hoy existe al respecto, aunado a una tendencia personal a manifestar una preocupación exacerbada por la apariencia y el peso, pueden contribuir a que las madres que fueron bulímicas ejerzan una educación sesgada a sus hijos e hijas. Esto podría tener dos posibles consecuencias opuestas

- Que los hijos repitan el patrón manifiestan algún desorden alimenticio
- Que se rebelen y desarrollen, al contrario, obesidad.

Asimismo nos enfrentamos en que a nivel cotidiano, la cantidad y calidad de información respecto al tema ha variado significativamente a través de los años. Mientras durante su adolescencia la paciente se enfrentó al hecho de la poca información, hoy como madre puede ser que se enfrente a que existe quizás un poco más de información pero no se reconoce su confiabilidad, no se entiende ni genera una conexión y consecuentemente no apoya a la madre en su rol de educadora.

Se ha sugerido la importancia de la prevención basada en campañas informativas dirigidas a las adolescentes sobre la aceptación de su imagen corporal y sobre los peligros de la enfermedad, sin embargo, su efectividad no se ha probado con éxito debido a que entre otras cosas el focalizarse únicamente en las consecuencias negativas de la delgadez extrema no es lo suficientemente contundente.

La gran mayoría de las campañas preventivas se dirigen a la enferma potencial y no a su entorno; se toca al entorno en esfuerzos de comunicación pensados en personas ya enfermas. Los esfuerzos de la prevención son los más importantes pero deben ser tangibles, accesibles y con posibilidad de competir y reemplazar el mensaje seductor de la delgadez.

El papel de las madres es decisivo para evitar que los hijos desarrollen esta enfermedad. Al día de hoy no existen evidencias en México sobre la forma en que el haber padecido Bulimia predispone a la madre en la educación en hábitos alimenticios que imparte a sus hijos y los mensajes de comunicación que realmente contribuyan a que las madres en su rol de educadoras, puedan aportar elementos de valor a sus hijos

Considerando las repercusiones tanto de la Bulimia como de la Obesidad como reacción alterna, resulta recomendable investigar la dinámica entre madre bulímica-hija adolescente específicamente en el tema de educación y hábitos alimenticios, para promover que esta última desarrolle hábitos correctos que contribuyan a su salud y bienestar, con base en que actualmente sigue prevalenciando un ideal corporal esbelto como socialmente aceptado.

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## JUSTIFICACION

Los Desórdenes de la Alimentación se definen en la Décima Clasificación Internacional de Desórdenes, como una *"serie de desórdenes conductuales asociados a alteraciones psicológicas y fisiológicas, destacando la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y la Alimentación Compulsiva"* (González, 2003; Vega, 2005).

Dentro de los desórdenes alimenticios se encuentra la Bulimia Nerviosa, cuya definición más actual data de 1995 y procede del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV), en donde se le identifica por:

- La presencia de:
  - atracones recurrentes de alimento, considerando un atracón como *la ingesta de una gran cantidad de alimento en muy corto tiempo*, es decir, en cantidades mucho mayores a lo que ingiere la mayoría de las personas en el mismo tiempo.
  - conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso: provocación del vómito, uso de diuréticos, laxantes, enema, ayuno o ejercicio excesivo.
- Estas conductas compensatorias se presentan en promedio al menos dos veces a la semana durante mínimo 3 meses.
- La autoevaluación sumamente influenciada por el peso y la silueta corporal (Nachón, 2003; Villagómez, 2003; Rava, 2004 A; Rava, 2004 B; Yates, 1992; Ruiz, 2002; López Cutiño, 2006).

Por lo general, la bulimia, así como el resto de los desórdenes alimenticios, se han analizado desde el punto de vista de las causas que generan la enfermedad, así como de las consecuencias que tiene sobre la persona.

Sin embargo ha sido poca la exploración que se ha hecho en torno al tema de las consecuencias a largo plazo de estas enfermedades, en particular la bulimia, en el desarrollo fisiológico, psicológico e integral de la persona afectada.

*Considerando que:*

- *la bulimia se relaciona con una personalidad competitiva, que se autoerige y se siente muy demandada por el entorno, que se preocupa por el desempeño que tiene en diversas áreas y que sobre todo afecta los hábitos de comportamiento de algo tan esencial para la vida como es la alimentación,*
- *que el entorno y la cultura que prevalece siguen exaltando la figura esbelta como imagen corporal ideal y que ahora se suma el hecho de que hay más juicio hacia la obesidad.*
- *toma importancia conocer si las enfermas, hayan superado o no la enfermedad, son capaces de desempeñarse adecuadamente como madres en el tema específico de la educación alimentaria.*

Explorar lo anterior cobra importancia hoy día por varios motivos:

- La falta de evidencias en México sobre la forma en que el haber padecido Bulimia predispone a la madre en la educación en hábitos alimenticios que imparte a sus hijos y los mensajes de comunicación que realmente apoyen la labor de educadoras de las madres.
- El incremento de la obesidad en nuestro país:
  - La encuesta EnsaNut de la SSA, realizada por última vez en 2006, detectó niveles de sobrepeso y obesidad de 71.9% en Mujeres y 66.7% Hombres.
  - Desde la edición previa de esta encuesta, realizada en 1999, al día de hoy, la obesidad y el sobrepeso han aumentado como sigue:
    - En niños en edad escolar la prevalencia de obesidad y sobrepeso aumentó diez puntos porcentuales en todo el país; *DF: 25.9% a 35.1%; Región Centro, 17.3% a 26.9%; Región Sur, 13.6% a 22.3%*
    - En adolescentes, la Prevalencia mayor a 30% se ha extendido a toda la República.
    - En Adultos, hay una prevalencia de más de 65% en sobrepeso y obesidad en todo el país.
- El hecho de que la apariencia juega un papel fundamental en la vida de los consumidores mexicanos, donde como en otros sitios del resto del mundo, se le toma como un valor personal siempre presente:
  - Dentro de los motivadores relacionados con la apariencia está el “sentirse bien con uno mismo” y el “control de sí mismo”.
  - La mayoría de la población mexicana considera que el verse bien físicamente afecta considerablemente su estado emocional y si éste no se toma en cuenta, es como no preocuparse por uno mismo.
  - En el caso particular de las mujeres, esta tendencia ha aumentado en los últimos diez años, donde buscan alternativas para verse y sentirse mejor (Cuevas, 2008).
- Los hechos contundentes que se han encontrado en torno al entorno familiar y cultural que favorece el desarrollo de la bulimia y que se caracteriza, entre otros factores, por presentar una preocupación exacerbada hacia la delgadez y la eliminación de todo riesgo que pudiera producir obesidad ( Zamora, 2002).
- Los diferentes estudios que demuestran que a la fecha, se ha posicionado a estas enfermedades como perjudiciales para la salud, sin embargo, los programas de educación han mejorado los conocimientos al respecto, pero no han logrado disminuir la incidencia de los desórdenes alimenticios.
- Las investigaciones provenientes de otras naciones que muestran que las mujeres que padecen bulimia tienen un desarrollo social distinto al de las mujeres que no lo padecen:
  - El matrimonio es menos frecuente en exbulímicas: 29.9% vs 61.4%.
  - Lo mismo sucede con la unión libre: 56.4% vs 73.4%.
  - La maternidad fue 30% menor (Jager, 2004).
- El tema específico de cómo ejerce su maternidad una paciente que tiene o tuvo bulimia se ha investigado realmente poco, a pesar de que puede asumirse que la experiencia de haber vivido esta enfermedad puede tener un efecto en la forma de educar a los hijos en cuanto a salud y nutrición.

**El incremento en los índices de Obesidad y la preocupación que hoy existe al respecto, aunado a la tendencia personal que tiene una exbulímica o bulímica, a manifestar una preocupación exacerbada por la apariencia y el peso, pueden contribuir a que las madres que fueron bulímicas ejerzan una educación sesgada a sus hijos e hijas.**

Esto podría tener dos posibles consecuencias:

- Que los hijos repitan el patrón manifiestan algún desorden alimenticio
- Que se rebelen y desarrollen, al contrario, obesidad.

Considerando las repercusiones tanto de la Bulimia como de la Obesidad como reacción alterna, resulta recomendable investigar la dinámica entre madre bulímica-hija adolescente específicamente en el tema de educación y hábitos alimenticios, para promover que esta última desarrolle hábitos correctos que contribuyan a su salud y bienestar.



## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Encontrar si el concepto de imagen corporal impacta la forma en que madres bulímicas/exbulímicas y madres sin estos padecimientos educan a sus hijos con relación a nutrición y hábitos alimenticios en un entorno cultural donde la esbeltez tiene un significado de valor.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer el padecimiento de la madre bulímica/exbulímica reconstruyendo las diversas etapas de la enfermedad.
2. Identificar los patrones de educación alimentaria que impone la madre en el hogar.
3. Explorar papel de los medios de comunicación masiva (TV, radio, medios impresos) en la difusión de información general sobre la enfermedad, desde la perspectiva de las madres.
4. Determinar cómo se documentan en el tema las madres, si es que lo hacen.
5. Detectar si el concepto de imagen corporal esbelta que prevalece en la sociedad impacta en la madre dependiendo de si padeció o no la enfermedad.
6. Definir si el haber padecido bulimia o no, hace pertinente desarrollar diferentes lineamientos cognitivos y emocionales en la definición de mensajes clave para que las madres sean capaces de impartir una correcta educación en nutrición.

### PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION

1. ¿Cómo fue para la mamá la vivencia de la bulimia a través de las diferentes etapas de la vida?
2. ¿Presta especial atención a la educación en nutrición y hábitos alimenticios que transmite a sus hijos; le preocupan más que otros aspectos de la educación?
3. ¿Cuál es la opinión que tiene en cuanto a la utilidad y pertinencia de la información sobre el tema que se presenta a través de los medios de comunicación y específicamente percibe una diferencia entre los medios del ayer y de hoy?
4. ¿Hay diferencias en la forma en que impacta el concepto de la imagen corporal esbelta a las madres de acuerdo a si han padecido o no la enfermedad?
5. ¿Hay diferencias en la forma de educar en nutrición a los hijos dependiendo del género?
6. ¿Qué contenidos o qué tipo de información emocional y racional es realmente útil para hacer una conexión con la madre de modo que esté más y mejor preparada para contribuir a la correcta educación en nutrición de sus hijos?

# MARCO TEÓRICO

## **Introducción**

*Con base en que el objetivo principal de este trabajo es evaluar el tipo de educación en nutrición que imparten las madres que fueron bulímicas a sus hijas hoy día, en este capítulo se analiza la influencia del entorno cultural vigente, ya que la cultura que prevalece actualmente le da un valor importante a la figura corporal esbelta, por motivos de salud, donde el sobrepeso y la obesidad se condenan, y por motivos de estética, donde el concepto vigente de belleza valora lo delgado.*

*Asimismo se describen las características básicas de la bulimia y, dada la influencia del entorno familiar y ambiental para el desarrollo de este tipo de enfermedades, se exponen las principales teorías de comunicación que sustentan este tipo de influencia, en el entendido de que lo que la madre bulímica transmita en su hogar podría influir significativamente en los conceptos de salud y belleza que se formen sus hijos, tal y como el entorno que ella vivió pudo ser un factor desencadenante de la enfermedad en su vida.*

## CULTURA E IMAGEN CORPORAL

Según Danto (2005), la estética ha analizado el tema de la belleza alternando entre el objetivismo y el subjetivismo; mientras unos centran la belleza en las cualidades del objeto, otros lo hacen en la reacción del sujeto, la cual puede variar: de apreciación, de emoción, incluso de rechazo. Una reacción posible es también considerar al objeto como un ideal a seguir, un ejemplo o un modelo (Danto, 2005).

Thompson (1999) cita que Freedman explica que actualmente el impacto de los medios visuales es diferente del que producía el arte en el pasado. Históricamente, las figuras en las obras de arte se presentaban como un ideal inalcanzable mientras que hoy día las imágenes en los medios de comunicación se presentan como algo alcanzable o imitable, a pesar de que sean imágenes que se modifican para reducir o eliminar defectos (Thompson, 1999).

A pesar de que desde siempre la humanidad ha estado expuesta a diversas imágenes corporales a través del arte, actualmente el nivel de inmediatez y alcance que los medios electrónicos permiten que su influencia sea mucho mayor y que se les considere como un factor clave en la generación de desórdenes alimenticios (Thompson, 1999).

La **imagen corporal** se refiere a la representación mental que se crea del tamaño, la figura y las partes del cuerpo, así como a la percepción que los demás tienen de él. Esta representación no necesariamente coincide con la apariencia física real (Salazar, 2007; Monro, 2005; Halliwell, 2005).

El concepto de imagen corporal incluye actitudes de aceptación y rechazo; diversos estudios señalan que la imagen corporal está íntimamente relacionada con cuestiones de autoestima, donde una imagen "negativa" se puede vincular con los trastornos alimentarios. La dificultad está en descifrar mensajes mediáticos que vinculan la belleza con la aceptación social, el prestigio y el éxito al utilizar palabras e imágenes con significados ocultos o confusos (Danto, 2005; McPhail, 2002).

Actualmente la figura esbelta se ha convertido en un valor central de la cultura popular y su interiorización en la sociedad es indiscutible. Se comparte la idea de que la delgadez corporal se

asocia de algún modo a belleza, elegancia, prestigio, higiene, juventud, autoestima alta y aceptación social, entre otras cosas, por lo cual para muchas personas, el estar esbelto puede ser la forma de alcanzar los valores mencionados: la delgadez se convierte en un fin en sí misma y esto es particularmente importante desde los últimos 50 años del siglo XX (Vega, 2005; Posavac, 2002).

La diseminación masiva de elementos que destacan la figura esbelta como la ideal puede generar un impacto negativo en las mujeres porque puede desencadenar desórdenes alimenticios, disturbios sobre la apariencia de la persona y deseos de cambiar su cuerpo para "mejorar" su imagen. Diversos estudios indican una clara relación de las imágenes sobre la figura esbelta presentada en los medios (sobre todo en revistas) y la generación de sentimientos de insatisfacción hacia el propio cuerpo en las mujeres. Esto se complementa con lo que se ha encontrado en otros estudios que exponen que más que la cantidad de exposición a medios, lo que influye es lo que se ve en los medios (Hu, 2009).

Las teorías socioculturales de imagen corporal sugieren que el descontento con el físico se debe a ideales de belleza irreales transmitidos a través de los medios de comunicación, de la familia, del grupo de pares y del entorno en general. Incluso se sugiere que esto se ha fomentado porque existe un mercado potencial enorme derivado del culto al cuerpo, culto que puede llegar a generar un trastorno emocional y puede interferir en la vida diaria de las mujeres, especialmente en edad adolescente (Salazar, 2007).

La importancia de la apariencia no es privativo de los países desarrollados:

- Estudios efectuados en la antigua Unión Soviética coinciden en la importancia que la mujer joven de dichas latitudes le da a la esbeltez, aunque es menor a la que se presenta en países como EUA y Canadá, en donde sí tiene una importancia elevada (Troop, 2002)
- La esbeltez juega un papel fundamental también en la vida de los consumidores mexicanos, donde se le toma como un valor personal siempre presente. Dentro de los motivadores relacionados con la apariencia está el "sentirse bien con uno mismo" y el "tener control de uno mismo". La mayoría de la población considera que el verse bien físicamente afecta considerablemente su estado emocional, y si ese estado físico no se toma en cuenta, es como no preocuparse por uno mismo. En el caso de las mujeres mexicanas, esta tendencia ha aumentado en los últimos diez años, generando una búsqueda de alternativas para verse y sentirse mejor (Cuevas, 2008).
- En el caso de Latinoamérica se presenta la misma situación; estudios de Uruguay (Zamora, 2002), Colombia (Fandiño, 2007), México (Méndez, 2005) y Costa Rica (Salazar, 2007) hablan del impacto de la figura esbelta como sinónimo de éxito y su efecto en la autoimagen en poblaciones vulnerables.
- Lo mismo se ha encontrado en España y otras naciones europeas (Vega, 2005).

El impacto de la cultura y de los medios en la incidencia de los desórdenes alimenticios se ha documentado ampliamente, encontrando que la autoestima es un factor preponderante en el desarrollo de estas enfermedades. Se sabe que un elemento que contribuye a la autoestima es la aceptación, la inclusión y el sentido de pertenencia que una persona tenga. En este sentido, la cultura del entorno contribuye significativamente a que la persona desarrolle sentimientos de inclusión, pertenencia, aceptación y hasta admiración (Monro, 2005; Halliwell; 2005, Vega; 2005, Troop, 2002; Posavac, 2002).

Se han definido diversas hipótesis en cuanto a que las personas con baja autoestima son más proclives a desarrollar desórdenes alimenticios si además se dan ciertas condiciones en el entorno, como el ambiente familiar, la presión del medio donde se desenvuelva la persona, su acceso a ciertos medios de comunicación; esto, considerando que además la autoestima se compone de múltiples factores de la persona, que van más allá de únicamente la imagen corporal. Complementariamente, se ha encontrado que el nivel de autoestima de una paciente se incrementa cuando logra recuperarse de un padecimiento como la bulimia (Troop, 2002).

Casper (2001) y sus colaboradores buscaron encontrar los factores que hacen que se desencadene una conducta de desorden alimenticio, en el entendido de que no se requiere solo la presión social ni los valores culturales del grupo: debe haber otros factores que en combinación con el entorno, desencadenen el padecimiento. Cita que en una situación de disociación (1), las mujeres con ciertas características desarrollan bulimia ante ciertos eventos de los cuales desean escapar. Aplicando diversos cuestionarios para definir situaciones, sentimientos, emociones y actitudes, analizó mujeres normales, mujeres con conductas bulímicas esporádicas y bulímicas diagnosticadas, y encontró que en todos los casos, una situación que produce disociación genera una conducta alimentaria anormal, que en el caso de las bulímicas esporádicas fue de 59% y en las bulímicas diagnosticadas alcanza 86%. En ningún caso esta conducta se relacionó con aspectos psicopatológicos. El autor concluye que la presión social por una figura esbelta genera frustración en las mujeres que no alcanzan dicho ideal; tal frustración produce una situación disociativa que genera un evento de atracón/vómito o laxativa (Casper, 2001).

*¿De dónde obtiene el sujeto este acceso a objetos que le generan ciertas reacciones? De su entorno, de la sociedad en la que se desenvuelve y de los aspectos que conforman el momento cultural, el contexto de dicho grupo social en un momento dado.*

La importancia de los medios reside en que estos se reconocen como la vía de persuasión de mayor impacto y que con mayor posibilidad pueden influir en las conductas de la sociedad. Los teóricos de los desórdenes alimenticios y los defensores de la postura feminista, indican que las revistas, el cine, la TV y la publicidad fomentan hábitos alimenticios no sanos debido al modelo sociocultural que enfatiza un estándar de figura muy delgada, que no es fácilmente alcanzable por la mujer promedio (Thompson, 1999).

Desde los años setenta, las mujeres han superado mitos que las mantenían en la desigualdad frente al género masculino. Sin embargo, no es claro si el poder que han obtenido es menos real que el poder que los ideales culturales ejercen sobre sus cuerpos, ya que la delgadez en esta sociedad sí parece conferir poder a las mujeres, quienes tienden a creer que *"sólo eres popular y exitosa si eres delgada"*.

Numerosas investigaciones que datan de los años 90, muestran que entre mujeres occidentales trabajadoras, atractivas y exitosas, predomina una noción de belleza que promueve la obsesión por las dietas y el terror frente al envejecimiento y la pérdida de "atractivo físico" (McPhail, 2002).

---

(1) Disociación: mecanismo de defensa o respuesta que se genera como defensa ante un trauma y puede convertirse en un patrón de respuesta ante emociones y diversas situaciones. Se cree que más que mecanismos de defensa carentes de un componente intencional, son reacciones automáticas (González, 2007)

*¿Porqué es posible considerar que una imagen corporal específica es parte de una idea cultural?*

Esto es posible citando el concepto de Transversalidad de la Cultura que cita Giménez (2007), que se refiere a que la cultura no se confina a un sector delimitado de la vida social, porque penetra en todos los aspectos de la sociedad. Es importante analizar el rol de los medios de comunicación en la cultura popular, ya que pueden condensar una situación en específico en hechos concretos, permitiendo la participación de la gente con dicha problemática.

García Canclini (2004) cita tres usos principales del término de Cultura, que tienen pertinencia al tratar el tema del rol de la imagen corporal en la cultura popular:

- La cultura en sentido amplio, como conjunto de procesos sociales de producción, circulación y consumo del significado; como un fenómeno dinámico que se da con la historia. En consecuencia, un grupo social le da significado a ciertos objetos que considera estéticos, y este concepto es entendido como válido por los sujetos del grupo (García Canclini, 2004). *Hoy día se le ha dado significado a la figura esbelta: significado como símbolo de éxito, de belleza, de control y más recientemente, de salud.*
- La cultura entendida como educación y refinamiento, que incluye los conceptos de estética impuestos a través de las Bellas Artes (pintura, escultura, música, literatura), que constituyen la cultura en sentido restringido y exaltan distintas acepciones y formas de la imagen corporal, que imponen conceptos a seguir y definiciones de lo que se debe considerar estético en un momento dado (García Canclini, 2004). *Hoy día, no necesariamente el arte pero sí los medios de comunicación, exaltan la figura esbelta que se toma como el ideal.*
- La cultura como manifestación de la identidad de una sociedad; (García Canclini, 2004) *donde es posible pensar que una sociedad apropia el concepto de esbeltez como imagen corporal aceptada.*

*¿Cómo extrapolar esto al concepto vigente de imagen corporal aceptada?*

- La cultura en sentido amplio, es posible decir que ciertas expresiones artísticas actuales como el cine, la televisión, la moda, han impuesto un patrón corporal esbelto que se generó en el mundo occidental, el cual le dio un significado de valor que se ha extendido hacia otras latitudes donde se adopta también como un concepto de valor y de ideal a alcanzar.  
Este ideal corporal esbelto tiene ya cierta historia: surge con más fuerza a través de las figuras de la moda en los años 60's y 70's y gracias a la tecnología que ahora rodea a la comunicación, se ha expandido hacia diferentes culturas; se "tropicaliza" adoptando características representativas de cada cultural en particular y se ha expandido con fuerza a través del tiempo y de la historia.
- La cultura entendida como educación y refinamiento, dentro de lo cual podemos decir que mientras que antes las imágenes expuestas a través de las Bellas Artes, se observaban como un ideal lejano, ahora se han expuesto como un ideal alcanzable. Más allá, podría decirse que estas imágenes que antes constituían la cultura en sentido restringido, ahora, al estar más al alcance de la población, se convierten en el ideal posible que es altamente deseable para pertenecer a cierto grupo social.
- La cultura como manifestación de la identidad de una sociedad; la esbeltez hoy día se ha ligado a otros valores como lo son la aceptación social, el éxito, la autoestima y la seguridad. Por ello, en un grupo social exitoso, y recientemente, saludable también, parecería que la esbeltez es un requisito de ingreso y de pertenencia.

## EL PUNTO DE VISTA DE CULTURA E IDENTIDAD

La identidad, la reputación, la presión social, los límites, los incentivos al compromiso y el castigo a quienes no cumplan con los estándares impuestos en un grupo social, parecen ser los recursos que necesitan los grupos para mantener la cooperación y la aceptación de sus miembros (Reinhold, 2004).

Con relación a la identidad cultural, el concepto de esbeltez tiene una relación importante. Bajo la óptica del interaccionismo simbólico, la identidad individual se sustenta a partir de la forma en que creemos que los demás nos ven y en consecuencia de lo cual actuamos de una u otra manera (West, 2000; Riffkin, 2000; Clarke, 2008).

La identidad que proyectamos ante una "audiencia" es un rol que desempeñamos o "actuamos" de acuerdo con lo que la audiencia espera de nosotros, siendo posible creernos o no ese papel. Estas actuaciones se regulan por lo que uno cree que los otros esperan de uno, y por las normas de conducta del grupo (West, 2000; Clarke, 2008).

*De esta forma, es posible asumir que si una persona desea lograr el éxito y ser vista por los demás como una persona plena y exitosa, de acuerdo con los cánones del grupo, debe cumplir, entre otras cosas, con una expectativa de imagen corporal.*

Otro concepto interesante del interaccionismo simbólico es el de los roles estigmatizados. Así como la sociedad espera de una persona ciertos roles, de la misma forma hay roles rechazados. Quienes se definan dentro de los roles estigmatizados son rechazados por el grupo: actualmente, en algunos grupos las personas con sobrepeso y obesidad son estigmatizadas y excluidas.

El interaccionismo define ciertos componentes de la identidad adecuados para analizar la imagen corporal (Clarke, 2008):

- *Identidad social, en la que el sujeto adopta características y roles que la sociedad espera de él.* En un mundo donde se cree que la delgadez es sinónimo de éxito, es posible que muchas mujeres creen que la sociedad espera que cumplan con este modelo y busquen alcanzar ese ideal social.
- *Identidad personal y ego, que se refiere al concepto personal que se crea de uno mismo con base en las diferentes interacciones que la persona tiene.* Es pertinente aquí recordar a Berger y Luckmann (Berger y Luckman, 2008) y su definición de socialización primaria y secundaria, ya que estas interacciones (socializaciones), sobre todo la primaria, tienen un efecto importante en la definición del ego. Durante la socialización secundaria, cuando el sujeto se introduce a diversas instituciones de su grupo social, debe ajustarse a las normas de cada institución, obteniendo resultados positivos o negativos que trascienden a su ego. Puede asumirse que si no se cumple con la imagen corporal impuesta por las instituciones, la identidad "ego" puede dañarse (Clarke, 2008).

*Aquí cabe analizar, ¿Hasta qué punto las mujeres que desarrollan desórdenes para cumplir con un ideal corporal, realmente desean tener ese cuerpo "perfecto" o solo lo hacen para cumplir con la sociedad?*

En resumen, la identidad de una persona es fundamental para su desarrollo integral. Se inicia en la familia, donde se le inculcan los valores que la familia y el grupo inmediato (*otros significantes*) practica, muchos de los cuales concuerdan con los del grupo social en el que nace (*otros generalizados*). A lo largo de su vida la identidad se enriquecerá o se dañará con las interacciones que tenga:

- Hacia los valores que han generado las instituciones en las que se desenvuelve.
- Hacia los entes de significado que su grupo acepta. *Uno de estos entes puede ser la figura esbelta.*

## EL PUNTO DE VISTA DE HERMENÉUTICA Y CULTURA

Con base en la idea de Cultura como el *conjunto de procesos y estructuras de significados compartidos y socialmente establecidos*, donde el reto es la interpretación para entender el porqué del significado de ciertos actos/tradiciones/hábitos para ciertos grupos (Giménez, 2007B), la imagen corporal delgada tiene la singularidad de que parece haber sido adoptada, si no universalmente, sí por un importante número de hombres y mujeres en el mundo.

*¿Cómo puede explicarse esta aceptación tan generalizada y extendida de la imagen corporal esbelta?*

Una posible explicación es que la tecnología masificada repercute notablemente en la vida cotidiana y en la acción colectiva. Los nuevos modos de comunicación cambian el modo en que nos vemos y en cómo nos ven los demás; hay una influencia más fuerte y directa en la presentación de la identidad (Reinhold, 2004). La comunicación depende del contexto social en el que se interpreta y se reproduce y la tecnología contribuye significativamente a la divulgación de conceptos socialmente aceptados en un sitio, que se interpretan y aceptan aceleradamente en otro que no necesariamente es geográficamente próximo (Riffkin, 2000).

Esto permite entender que la adopción de la imagen cultural esbelta en el mundo, se debe a un proceso de exotopía (*que un grupo observa, aprecia y adopta valores estéticos de otro grupo social*) que produce un diálogo entre la cultura que genera dicha imagen y la cultura que la adopta. Esto puede concordar con lo que Giménez llama *"la interiorización de la cultura"* refiriéndose a la adaptación de ideas de origen diverso en el entorno propio (Giménez, 2007 A).

## EL PUNTO DE VISTA DE LA HERMENÉUTICA PROFUNDA

Para eliminar la subjetividad de la interpretación de los hechos sociales, se incorporan herramientas de análisis que permiten examinar un hecho para darle una justa representación, entre las cuales destacan el Análisis Histórico Social, el Análisis Interpretativo y la Semiótica:

**Análisis histórico social:** Durante las últimas décadas el impacto de la presión cultural sobre las mujeres, en cuanto a mostrar un cuerpo esbelto se ha incrementado significativamente (Casper, 2001; Vega, 2005). Esta presión aumenta de forma significativa desde 1960 y a partir de los 90 se empieza a hablar de estas enfermedades (los desórdenes alimenticios como bulimia, anorexia, vigorexia) como algo indeseable, evitable y necesario de erradicar (Crowther, 2008).

Se cree que la presión percibida se debe a que la mujer actual piensa que, si no logra el ideal corporal definido socialmente, difícilmente brillará en otras arenas (Casper, 2001; Vega, 2005). Esto, aunado a los factores que generan stress, como son la dinámica de la vida actual, la presión económica y la necesidad de combinar diversos roles (madre, esposa, hija, profesionista), puede canalizarse como conductas obsesivo compulsivas en torno a los hábitos alimenticios (Casper, 2001).

**Análisis interpretativo:** El entorno histórico social, donde se condena la obesidad como factor de riesgo para la salud y como concepto contrario al ideal estético definido por la industria cultural y divulgado a través de los medios de comunicación, genera la idea de que para ser feliz no basta con alcanzar logros profesionales personales o académicos: parecería que es indispensable tener una figura esbelta para que la sensación de logro sea completa.

Además, en años recientes el incremento en la incidencia de obesidad y sobrepeso a nivel mundial (un billón de personas afectadas en 2003, con posibilidad de llegar a 2.1 para el año 2030) (OMS, 2003), el descubrimiento de su relación con enfermedades potencialmente mortales, y el desarrollo de la industria de la moda y del entretenimiento que se inclinan hacia la imagen delgada, contribuyen a la búsqueda de alcanzar el ideal corporal delgado establecido como socialmente exitoso. La presión cultural puede ser aun más fuerte para las mujeres que tuvieron obesidad o sobrepeso en la infancia ya que se ha encontrado que este historial de sobrepeso es frecuente en bulímicas y enfermas de otros desórdenes alimenticios (Yates, 1992).

**Análisis Semiótico:** Los modelos culturales estéticos son menos flexibles para las mujeres que para los hombres porque para las mujeres, la valoración del atractivo físico es un indicador de gran importancia de su autoconcepto, lo que fomenta el cultivo del cuerpo como una forma de éxito y de aceptación social (Salazar, 2007). Entendiendo la semiótica como el estudio del rol de los signos en la vida social, numerosos trabajos evidencian el importante significado que se le da a la imagen corporal esbelta como signo de éxito y felicidad, sobre todo en el mundo occidental:

- Un estudio británico de 2001 reporta que 19% de mujeres de 11 a 17 años decían estar a dieta, 88% decían sentir mucha presión de los medios para "verse perfectas" y 42% sostienen que "su vida sería más fácil si fueran más atractivas" (McPhail, 2002).
- Otro estudio longitudinal de 1989, con 869 adolescentes australianas de 14 y 16 años, reveló que dos tercios se percibían "gordas", aunque sólo 16% tenían sobrepeso; 87% deseaba parecerse a la imagen corporal promovida por los medios y 30% había utilizado alguna medida extrema de control de peso (McPhail, 2002).
- En 1996 la Revista Británica de Psicología Clínica divulgó una investigación con niñas entre 11 y 12 años, que reveló que las niñas con bajos niveles de autoestima eran ocho veces más propensas a desarrollar trastornos alimentarios. Advirtió que los comentarios sobre el peso en la familia podían ser detonadores de dichos trastornos, ya que afectan la autoestima y vinculan la delgadez con la condición de "ser amadas" y "tener éxito en la vida" (McPhail, 2002).
- Estudios de EEUUAA demuestran que el incremento en los desórdenes alimenticios se debe a que las mujeres fueron educadas con la creencia cultural de que el éxito y la felicidad se obtienen con una figura delgada, por lo cual estos mensajes deben evitarse y regularse (Tapia, 1999).
- En EEUUAA, hasta el 90% de la población femenina en edad universitaria ha hecho dieta para perder peso; 40% practican ayuno de un día para lo mismo, y del 50% al 67% experimentan lapsos de atracones y vómito/laxante ocasionalmente (Casper, 2001).
- Se ha determinado que es fácil encontrar una relación entre el incremento de los mensajes en torno al ideal esbelto y el aumento en la incidencia de desórdenes alimenticios: las modelos y actrices que definen el estándar a seguir, tienen índices de masa corporal de 10% a 15% de grasa, mientras que el promedio sano es de 22% a 25%. Es decir, el ideal presentado es muy distinto al promedio real y además, de acuerdo a la Asociación Médica Británica, es un ideal no solo casi imposible y biológicamente inapropiado (Prescott, 2002).



*¿Es posible extrapolar estos estudios a otras naciones, incluso a nuestro país?*

Hoy día varios conceptos culturales entran en la dinámica de la globalización ya que responden a la supraterritorialidad: escapan a la lógica de la distancia y las fronteras territoriales y suceden en tiempo real (Giménez, 2007 C). es decir: lo que sucede en otras latitudes, rápidamente es sabido en otro entorno y con la misma velocidad es adoptado como concepto válido.

La persona interpreta la realidad que vive como "la única realidad", la cual es afectada por fenómenos que no necesariamente suceden aquí y ahora. Su realidad se forma por simbolismos relevantes para sí misma y para sus prójimos, para su contexto específico (Berger y Luckmann, 2001). Esto permite explicar que el ideal de figura esbelta que se genera en EEUUAA ha sido adoptado en muy diversos entornos y culturas: tanto Asia como Latinoamérica, entre otros sitios.

## **EL PUNTO DE VISTA DE LA CULTURA POPULAR**

De acuerdo a la clasificación de Carpitella (Giménez, 2007B), el problema del impacto de la imagen corporal cae en la categoría de la Sociabilidad porque impacta a la familia, la erótica, las relaciones de producción y el control:

- A la familia, porque muchos de los patrones que adquiere el niño y que le indican lo que es socialmente aceptable, se dan a partir de las actitudes que percibe en sus otros significantes (*familia inmediata*), y que después reconoce en los otros generalizados (Berger y Luckmann, 2008).
- A la erótica, porque actualmente en lo general, lo no esbelto y lo obeso no se considera atractivo.
- Al control, porque:
  - cuando el sujeto se enfrente a socializaciones secundarias, deberá desempeñar ciertos roles (de persona esbelta, de persona segura) para los cuales deberá controlarse y aceptar cierto control de los demás (Berger y Luckmann, 2008).
  - en su interacción con los demás, donde de acuerdo con Goffman, deberá desempeñar roles según "lo que se espera" de él, porque "está siendo observado por los demás para cumplir ciertos papeles" (West, 2000; Riffkin, 2000).

De acuerdo a la clasificación de Giménez (2007) para la cultura mexicana, esto es una situación que afecta a la cultura de la vida cotidiana y que se sustenta en instituciones (tanto locales como de alcance mayor).

## **ENTORNO Y CULTURA**

### **HABITOS ALIMENTICIOS – RELACION CON LA CULTURA**

El hombre come por muchas razones aparte del sustento físico. La comida tiene muchos significados y los hábitos alimenticios están íntimamente ligados con su forma de vida. Las ciencias del comportamiento como la antropología, la sociología y la psicología han penetrado en los hábitos alimenticios porque los factores culturales y sociológicos del individuo serán los que a la larga tendrán mayor influencia en su comportamiento con relación a la nutrición (Williams, 1969).

Los hábitos alimenticios son de los aspectos más antiguos y complicados de muchas culturas. El antecedente cultural determina lo que hay que comer, así como cuándo y dónde; los hábitos

alimenticios se basan principalmente en la disponibilidad, en factores económicos y en simbolismo (Williams, 1969). Los principales factores que influyen en la formación de hábitos son:

**El rol de la madre:** La comida es un símbolo de la maternidad. En la familia, la alimentación es el vehículo de gran parte del aprendizaje consciente e inconsciente entre madre e hijo. La madre enseña al hijo lo que es aceptable como comida, cuándo es aceptable y de qué forma es aceptable.

**El rol del entorno familiar:** Los hábitos alimenticios que están más íntimamente ligados con los sentimientos familiares son los que perduran a través del tiempo. (Williams, 1969).

**Los hábitos en el adolescente:** El estilo de vida del adolescente y su ambiente sociocultural, así como los cambios psíquicos propios de la edad lo ponen en riesgo de sufrir alteraciones: desde hábitos alimenticios inadecuados, hasta adicciones dañinas para su nutrición.

Durante la adolescencia, que es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de desórdenes de la alimentación, los cambios en el tamaño y forma corporal alteran la imagen corporal; la inestabilidad emocional puede ocasionar stress y la actividad física puede ser extrema, aumentando la posibilidad de que se adopten modelos de alimentación no tradicionales. Las adolescentes pueden reducir la ingesta calórica para controlar su peso: un estudio de Berkeley en estudiantes de secundaria encontró que el número de niñas que se describieron como "muy gordas" aumentó de 43% a los 15 años, a 56% a los 18; 70% querían bajar de peso aunque solo del 11% al 17% lo requerían (Beal, 1983).

En relación a los hábitos alimentarios de los adolescentes mexicanos, entre 1996 y 1997 se efectuó una encuesta sobre consumo de alimentos y sustancias adictivas entre estudiantes de entre 11 y 18 años de edad; se encontró que:

- el 37% de los entrevistados acostumbraba desayunar "a veces" o nunca;
- 26% realizan una o dos comidas al día únicamente;
- 31% acostumbran comer frente a la TV;
- 13% acostumbran comer solos.

Es decir, hay una carencia importante de hábitos alimenticios adecuados en población en edad adolescente (Casanueva, 2001).

*Con relación a los desórdenes alimenticios*, la educación nutricional es primordial porque ayuda a que el paciente modifique sus actitudes hacia la comida, pierda miedos y construya un patrón de alimentación normal. En el caso de la Bulimia, un programa de este tipo debe reducir la excesiva preocupación por las formas corporales y por el peso y establecer una alimentación regular estructurada pero no rígida, que permita entender la diferencia entre hambre, apetito y saciedad para que la persona sea capaz de controlarlos (Loria Kohen, 2009).

Considerando la relación entre obesidad y desórdenes alimenticios, varios autores recomiendan que los programas de educación en nutrición involucren conceptos de obesidad y de los desórdenes alimenticios, tanto por cuestiones prácticas como por la relación entre conceptos:

- Cuestiones prácticas: no sólo por optimización en el uso de los recursos sino también para evitar que, al implementar programas separados, se manejen mensajes contradictorios o no alineados.
- Relación entre conceptos: debido a la frecuente migración entre enfermedades y de padecimiento simultáneo.

Realizar programas conjuntos parece un reto porque a primera vista, cada programa persigue objetivos distintos: uno, la pérdida de peso y el otro, la ganancia del mismo; sin embargo, en ambos casos se pretende alcanzar y mantener un peso adecuado con hábitos de alimentación sanos. Por ello, para que un programa conjunto sea exitoso, es necesario identificar los factores de riesgo comunes en estos padecimientos, que son prácticamente los mismos y lo que varía es la forma en la que el paciente canaliza tales riesgos (Surgenor, 2000; Neumark, 2005).

Langmesser en 2009 hizo una revisión bibliográfica de 46 estudios para analizar la efectividad de los programas de educación para prevenir la ocurrencia de desórdenes alimenticios y para definir su efectividad. Encontraron un cambio positivo en el nivel de conocimiento sobre la bulimia y los desórdenes en general, pero el impacto en generar cambios conductuales fue menor (Langmesser, 2009).

Loria Kohen y su equipo, en España, evaluó un programa de educación en nutrición con pacientes de anorexia y bulimia que deseaban conscientemente cambiar sus hábitos. Encontraron una mejoría en las actitudes respecto a la comida en todas las pacientes; en las bulímicas disminuyeron los atracones y el vómito, los pensamientos relativos a la comida y la percepción de la presión externa en torno al tema del peso (Loria Kohen, 2009).

Langmesser concluye que es necesario que los programas realicen programas de seguimiento de más largo plazo y más completos, para que sea posible realmente conocer los efectos de los diversos programas (Langmesser, 2009; Rosenvinge, 2004).

# BULIMIA

## CONCEPTO

Los *desórdenes alimenticios* son un problema importante de salud pública en países desarrollados y en vías de desarrollo. Se han definido formalmente en la Décima Clasificación Internacional de Desórdenes, como una *"serie de desórdenes conductuales asociados a alteraciones psicológicas y fisiológicas, destacando la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y la Alimentación Compulsiva"* (González, 2003; Vega, 2005).

La definición más actual de la Bulimia Nerviosa data de 1995 y procede del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV), en donde se le identifica por:

- La presencia de:
  - atracones recurrentes de alimento, considerando un atracón como *la ingesta de una gran cantidad de alimento en muy corto tiempo*, es decir, en cantidades mucho mayores a lo que ingiere la mayoría de las personas en el mismo tiempo.
  - conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso: provocación del vómito, uso de diuréticos, laxantes, enema, ayuno o ejercicio excesivo.
- Estas conductas compensatorias se presentan en promedio al menos dos veces a la semana durante mínimo 3 meses.
- La autoevaluación sumamente influenciada por el peso y la silueta corporal (Nachón, 2003; Villagómez, 2003; Rava, 2004 A; Rava, 2004 B; Yates, 1992; Ruiz, 2002; López Cutiño, 2006).

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A pesar de que existen documentos históricos que describen fenómenos que pueden ser entendidos como episodios bulímicos, tanto en la Roma Antigua como durante el Siglo X, fue hasta su reconocimiento como enfermedad, en 1797 que se incluyó una descripción de bulimia en la Enciclopedia Británica; y en 1830, se incorporó el término en un diccionario médico-quirúrgico de Francia. Sin embargo ambas inclusiones quedaron en el olvido.

Posteriormente, a comienzos del Siglo XIX, se describe la bulimia como apetito voraz seguido de vómito propio de la histeria y del embarazo. La mayoría de los informes de personas que vomitaban después de comer excesivamente datan del siglo XIX, pero se les asociaba a otras enfermedades como depresión, ansiedad y trastornos afectivos: no se le concebía como una enfermedad per se ((Rava, 2004 A; López Cutiño 2006).

En 1907 Janet publicó una descripción detallada de un caso de bulimia y es hasta 1940 que se le reconoce como Síndrome. Inicialmente la bulimia nerviosa era considerada como un trastorno secundario a la anorexia, pero las diferencias entre anoréxicas y bulímicas facilitaron que ésta se considerara una enfermedad distinta. Casi 40 años después, entre 1977 y 1979 el Dr. Russell publicó la primera descripción clínica de la enfermedad (Rava, 2004 A; López Cutiño 2006).

Finalmente se introdujo como categoría diagnóstica en 1980 (Crowther, 2008) y entre 1980 y 1995 la Sociedad Americana de Psiquiatría la incluyó en el Manual de Psiquiatría como enfermedad (Nachón, 2003; López Cutiño 206).

### **PERFIL DEL ENFERMO**

Los principales síntomas de la personalidad detectados en enfermos de bulimia son:

- Pertenecen a sociedades occidentales industrializadas y a niveles socioeconómicos medio y alto, aunque pueden provenir de todas las clases sociales.
- La edad promedio de inicio es de 17 años de edad, aunque algunos autores citan que el perfil de inicio prevalente es de entre los 12 y 13 años de edad (Vega, 2005).
- El 95% de los pacientes que padecen anorexia y bulimia son mujeres.
- Experimentan obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, miedo intenso a subir de peso y depresión.
- En general tienen un peso corporal entre normal y normal alto.
- Proviene de hogares disfuncionales, donde uno de los padres o ambos tienen personalidades sobreprotectoras, exigentes y demandantes, o donde la madre tiene antecedentes de obesidad y/o de algún desorden ella misma.

### **INCIDENCIA Y ALCANCE**

La bulimia es un padecimiento de difícil diagnóstico porque es una condición secreta en la cual la enferma se convierte en experta en ocultarla (Rava 2004 A) y porque sus consecuencias se manifiestan tras un periodo largo de padecerla.

Los reportes epidemiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria indican que la prevalencia fluctúa entre el 0.5% y el 1% de la población, sin que exista un consenso sobre la diferencia en incidencia con la anorexia nerviosa. En realidad no hay consenso sobre su alcance:

- En 1980 se definió que al menos en EEUUAA la bulimia afecta entre 1 y 3% de las mujeres en edad adolescente y hasta universitaria.
- Un estudio cita que entre 1980 y 1990 la incidencia llegó a 13.5 personas por cada cien mil, con una relación mujer/hombre de 3:1 (Rava, 2004 A)
- La Asociación Americana de Psiquiatría estimaba que en 1994 la incidencia en EEUUAA afectaba al 0.5% - 3% de la población total, con una tendencia francamente marcada por el sexo, dando lugar a una relación 3:1 mujeres:hombres (Prescott, 2002)
- En otros estudios la bulimia se cuantifica en hasta 1% - 2% de la población joven, siendo mujeres el 80% (Vega, 2005; Posavac, 2002).
- En Suiza la incidencia de desórdenes es de 8.3% en niñas y 1.5% en niños (Vega, 2005).
- Vega, a partir de una revisión bibliográfica, llega a una incidencia variable de bulimia: del 1% al 3% de la población total. Específicamente en España, determina un riesgo de desarrollo de desórdenes de 12% en adolescentes mujeres y de 3.2% en hombres (Vega, 2005).

En Latinoamérica y en México se han realizado pocas investigaciones al respecto. Un estudio colombiano documenta una muy alta predisposición a desarrollar la enfermedad: 39.7% en universitarios, con una relación mujer:hombre de 2:1 (Fandiño, 2007).

En México los trastornos alimenticios son un problema cada vez más frecuente entre mujeres: se dice que de cada 100 mexicanas, 10 padecen anorexia y de éstas, el 50% mueren (Rangel, 2010). Sin embargo se carece de encuestas que logren una verdadera representación nacional y es posible que un subregistro por falta de diagnóstico refleje una incidencia menor a la real (Rava, 2004; González, 2003):

- Al año se reportan 20 mil casos, de acuerdo al Instituto Mexicano del Seguro Social (Cuevas, 2008), sin embargo no se desglosa el detalle por cada una de los desórdenes alimenticios.
- Méndez Villalobos efectuó una investigación en Guanajuato, con adolescentes de 13 a 16 años y encontró una prevalencia de bulimia de 6.2% en mujeres y 2.7% en hombres (Méndez, 2005).
- El Gobierno del Distrito Federal, la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" reportaron un aumento del 300% en estas patologías en un periodo de tres años (Ley, 2009).
- La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2003 no reportó casos de anorexia, pero para bulimia cita una prevalencia de 1.8% en mujeres de 18 a 29 años (López Cutiño 2006).

**CAMBIOS A TRAVÉS DE LOS AÑOS:** Crowther y equipo investigaron el desarrollo de la enfermedad de 1990 a 2004 para detectar cambios en su evolución, sobre todo considerando que a partir de los años 90, la atención hacia estos padecimientos aumentó significativamente y empezó a fomentarse la prevención. Los autores citan que la incidencia máxima fue entre 1970 y 1990 y desde entonces ha variado; los resultados son preocupantes ya que:

- Se detecta un aumento de 1% a 3.2% de 1980 a 1983 con una posterior disminución de un punto en los siguientes tres años, sin que se identificaran los motivos.
- Volvió a aumentar alrededor de 1992 alcanzando 4.2% y llega a un promedio de 1.5% entre 1992 y 2002 (Crowther, 2008).
- Hay un aumento estable para:
  - las conductas de atracón y vómito: de 7.7% en 1990 a 8.5% en 2004 para los atracones y de 1.8% a 2.3% para el vómito.
  - el uso de laxantes (de 0.9% a 1.6%), de diuréticos (de 0.4% a 2.7) y el ayuno (de 6.5% a 8.1%).
- En todos los desórdenes alimenticios hay una incidencia creciente de principio a fin a través de los 5 periodos bianuales analizados, a pesar de que existan fluctuaciones a través del periodo total.

Estos resultados indican que las campañas de educación en torno a los desórdenes alimenticios han sido poco eficientes (Crowther, 2008).

## LA BULIMIA HOY DIA

A pesar de que la bulimia ha sido reconocida como enfermedad desde los años 80 - 90 (Rava, 2004<sup>a</sup>; Crowther, 2008) y a pesar de que recientemente llama la atención como problema de salud pública, su prevalencia sigue aumentando.

Dado lo anterior, se han realizado esfuerzos para entender qué origina la relación negativa entre una persona y la comida, identificándose cuatro factores principales (Prescott, 2002):

1. De tipo biológico, como la secreción de serotonina, que se relaciona con padecimientos obsesivo compulsivos (Prescott, 2002). Las alteraciones en serotonina y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal afectan la secreción de enzimas que inhiben el apetito. Asimismo, en pacientes con bulimia se han detectado mayores niveles del neuropéptido NPY que estimula el apetito y menores niveles de serotonina, noradrenalina y triptofano (Hernández, 2003).
2. De tipo psicológico, dentro de los cuales se considera la bulimia como una consecuencia de un trauma no resuelto o como trastorno en la personalidad (Prescott, 2002; Orozco, 2008). Adicionalmente, una autoestima disminuida tiende a darle valor a la similitud entre la imagen corporal socialmente venerada y la autopercepción de la propia figura (Monro, 2005; Vega, 2005; Halliwell, 2005).
3. De tipo sociocultural, ya que a partir de cierta edad, las mujeres se sienten insatisfechas con sus cuerpos debido a que el estándar cultural define un ideal corporal difícil de alcanzar (Prescott, 2002; Monro, 2005; Vega, 2005; Halliwell, 2005).
4. De tipo familiar (Prescott, 2002).

La combinación de estos factores da lugar a nueve patrones medulares de pensamiento que han sido documentados por varios autores, entre los que destaca Bauer y colaboradores:

1. *Tener sobrepeso es lo peor que me puede pasar: La gordura es repulsiva y ser gordo es ser un fracaso.*

Esta idea por lo general proviene de haber padecido obesidad o sobrepeso en la infancia y de los estándares de esbeltez predominantes en el entorno, contrarios al haber sido una niña gordita. Es uno de los puntos más difíciles de modificar ya que aunque la paciente tenga un peso adecuado, conserva un miedo a engordar si abandonar las conductas bulímicas (Bauer, 1989).

En México, un estudio cualitativo de López Cutiño encontró que la corporeidad es el motivo identificado de los fracasos intelectuales, emocionales y relacionales en mujeres, citando a la gordura como algo desagradable (López Cutiño, 2006)

2. *Hay alimentos buenos y alimentos malos: Los buenos son los "de dieta" y los malos, los que fomentan el aumento de peso, me hacen una mala persona.*
3. *Tengo que tener control sobre mis actos para mantener mi seguridad: se percibe el Autocontrol como sinónimo de carácter fuerte.*

El control que busca una bulímica se refleja en los hábitos alimenticios y en otros aspectos de la vida cotidiana (Bauer, 1989; Lugli, 2001). Son personas que tienen menos confianza en su capacidad para resolver problemas y tienden a evadir situaciones de conflicto, como si la evasión implicara solución y control (Etringer, 1989).

4. *Tengo que hacer todo perfecto para demostrar mi valor y no sé afrontar fracasos ni caídas.*

La creencia de ser poco eficaces abarca desde las actividades rutinarias hasta la capacidad de tener logros personales y profesionales en el mediano y largo plazo (Etringer, 1989). Por lo general la bulímica se siente ineficaz para desempeñar adecuadamente los roles que la vida le presenta (Sights, 1984; López Cutiño, 2006).

5. *Todos están pendientes de lo que hago.*

6. *Todos tienen que quererme y aprobar lo que hago: Debo mantener a toda la gente contenta, a pesar de mí misma y tiendo a percibirme rechazada.*

Estos dos sentimientos se deben a provenir de familias muy controladoras o muy exigentes, o bien a los altos estándares impuestos por los padres.

7. *La validación externa lo es todo: Los números tienen especial importancia; calorías, kilos, gramos... como un tipo de competencia. Siempre que decido algo tengo que recabar la opinión de una gran cantidad de gente.*

8. *Cuando logre \_\_\_\_\_ (x cosa) podré dejar (Y cosa) negativa.*

Es como aplazar cualquier plan en la vida hasta que no se alcance el peso deseado porque se concibe al peso como factor de valor personal (Etringer, 1989).

9. *Debo ser servil como mi madre, pero agresiva y competitiva como mi padre.*

Para considerarse exitosa, una mujer debe combinar los valores tradicionales esperados en una mujer con una carrera profesional propia del rol masculino. Muchas bulímicas vienen de hogares tradicionales donde la madre fue ama de casa o tenía un trabajo menor y el padre era el del desarrollo profesional y hoy se espera otra cosa de ellas; este mensaje contradictorio resulta conflictivo (Bauer, 1989).

Otras creencias documentadas que prevalecen entre bulímicas, son:

- que la incidencia es de 50%, es decir se le ve como un fenómeno frecuente,
- que no es tan dañina como se dice,
- que se debe a una falta de autoestima y
- que el apoyo de un psicólogo o de las amistades resulta mucho más eficaz en el tratamiento que el internamiento o el uso de medicamentos (Mond, 2008; López Cutiño, 2006).

**RELACIÓN ENTRE OBESIDAD Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS:** Actualmente la obesidad es la enfermedad metabólica más frecuentemente observada en la población general (Villagómez, 2003). Ha llamado la atención mundial por su creciente incidencia; en 2005, la OMS encontró que en todo el planeta hay más de un billón de personas con sobrepeso u obesidad:

- Sobrepeso: 23.5% de gente = 937 millones ( 24% Hombres, 22.4% Mujeres)
- Obesidad: 9.8% de gente = 396 millones (7.7% Hombres, 11.9% Mujeres)

De no cambiar los hábitos alimenticios de la población mundial, la proyección es que para 2030 habrá 2.16 billones de personas con sobrepeso y 1.12 billones obesos (OMS, 2005):



- En EEUUAA la obesidad en niños y adolescentes aumentó 100% y 200% respectivamente entre 1976 y 2000 y se cuantifica que al 2003, 15% de los niños y adolescentes presentaban sobrepeso y un 15% adicional se encontraban en situaciones de riesgo (Neumark, 2005).
- México ocupa ya a nivel mundial el primer lugar en obesidad en adultos y niños; la obesidad y el sobrepeso son la segunda causa de mortalidad. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANut 2006), esto abarca 71.9% de mujeres y 66.7% de hombres afectados. Un factor de especial gravedad es la rapidez con la que estas cifras se han dado: desde 1999 al 2006, la Secretaría de Salud a través de las encuestas ENSANut determinó los siguientes cambios:
  - En Escolares, la prevalencia aumentó 10% en todo el país.
  - En Adolescentes, se alcanzaron prevalencias mayores a 30% en todo el país; en 1999 afectaban solo al Norte y a la Cd. de México.
  - En Adultos, en 1999 ocho Estados presentaban prevalencias mayores a 65% en sobrepeso y obesidad; en 2006 se afecta todo el país (Ensanut, 2006).

Una cuestión importante es que en México, a pesar de la existencia de estas cifras, los esfuerzos realizados para combatir la obesidad han sido ineficientes y el uso indiscriminado de medicinas y dietas crea más problemas porque favorece hábitos nocivos (Villagómez, 2003).

En los últimos años se han reconocido factores que inciden en la obesidad: genéticos, socioculturales psicológicos, lo que ha llamado la atención para su estudio desde el punto de vista de comorbilidad, y con relación a lo bulimia y anorexia. Muchos investigadores consideran que hay una estrecha relación entre obesidad y desórdenes alimenticios porque éstos también se deben a factores emocionales y psicológicos, y porque la anorexia y la bulimia buscan evitar la obesidad (Villagómez, 2003).

En México varios autores proponen incluir a la obesidad como un desorden alimenticio porque hay características psicológicas similares en la personalidad de los pacientes con bulimia, anorexia y obesidad: trastornos de la personalidad, trastorno de control de los impulsos y compulsión hacia la comida, un alto porcentaje del tiempo de vida pasado a dieta, sobrealimentación como respuesta a estados emocionales negativos, bajos niveles de autoestima, y antecedentes ambientales donde se le daba gran importancia al peso o había vulnerabilidad hacia la obesidad.

Existe un estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo en pacientes obesos, que determinó que 53.6% presentaban el atracones sin medidas compensatorias y 20.6% tenían bulimia; ésta última prevaleció entre pacientes con sobrepeso y diversos tipos de obesidad (Villagómez, 2003).

En EEUUAA se ha analizado esta misma relación, encontrando que en niños y adolescentes obesos, 18% de las niñas y 6% de los niños habían sido bulímicos; 76% de las niñas y 55% de los niños habían estado a dieta y se encontró una alta "migración" entre ambas enfermedades: 49% de niñas con bulimia y 31% de niñas comedoras compulsivas habían sido obesas de más chicas (Neumark, 2005).

Estas investigaciones, entre otras, demuestran la relación cercana entre los desórdenes de la alimentación y la obesidad.

## **BULIMIA Y ENTORNO FAMILIAR**

Desde los años cincuentas se inició el estudio de los trastornos alimentarios desde una perspectiva más completa y se reconoció el rol de la familia en el desarrollo de estas enfermedades (López Cutiño, 2006).

Varios investigadores encontraron de forma recurrente que la bulimia se genera en entornos familiares disfuncionales: se trata de familias abiertamente hostiles o distantes que pueden diferir significativamente de las familias "normales" en cuanto a la definición de roles, la expresión de afecto, la dinámica de la relación *per se*, la falta de congruencia en los mensajes y las conductas y la forma de interactuar. A pesar de este entorno aparentemente negativo, se ha encontrado que a las bulímicas se les dificulta independizarse del entorno familiar y desarrollar un sentido propio de individualidad (Prescott, 2002).

Diversos estudios en Estados Unidos, Inglaterra y España permiten establecer que los desórdenes alimenticios se presentan con frecuencia cuando:

- La madre, el padre o ambos tienen una preocupación exacerbada hacia la apariencia física de sus hijas, dándole especial atención a la forma de comer de éstas y a su peso corporal.
- La madre o el padre son extremadamente exigentes, tienden a desaprobare a sus hijos y a establecer comparaciones entre ellos.
- La madre o el padre son sobreprotectores o excesivamente despegados.
- Hay una relación conflictiva entre la bulímica y uno de los padres, y una relación dependiente con el otro.
- El entorno familiar es disfuncional.

Loth analizó el entorno familiar como factor que predispone a desórdenes alimentarios: trabajó con pacientes en recuperación de bulimia y definió ocho puntos clave que se deberían observar en la familia para evitar el desarrollo de estas enfermedades:

- Incrementar el apoyo que brindan los padres.
- Disminuir el enfoque y las pláticas alrededor del peso y la imagen corporal.
- Fomentar hábitos alimenticios adecuados y patrones de actividad física.
- Impulsar el desarrollo de autoestima independiente de la apariencia.
- Favorecer la adecuada expresión de sentimientos y generar la empatía en la familia.
- Incrementar el conocimiento de los padres en torno a los desórdenes alimenticios.
- No temer pedir apoyo de externos a la familia (Loth, 2008).

## TEORIAS DE COMUNICACIÓN Y BULIMIA

### RELACIÓN ENTRE TEORÍAS DE COMUNICACIÓN Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS: EL IMPACTO DEL MENSAJE

Varios estudios experimentales han encontrado una relación positiva entre la cantidad y la calidad de exposiciones de imágenes femeninas presentadas en los medios de comunicación y la generación de un sentimiento de insatisfacción hacia la propia figura y de un deseo ferviente de alcanzar el ideal esbelto presentado por tales medios. En muchas ocasiones esto se relaciona con el desarrollo de desórdenes alimenticios: hasta en un 43.5% de los casos (Goodman, 2005; Holstorm 2003).

Esto se sustenta en dos teorías:

#### **TEORÍA DE LA COMPARACIÓN SOCIAL DE FESTINGER (Goodman, 2005; Holstorm 2003):**

Dice que los humanos estamos impulsados a compararnos con los demás como una forma de autoanalizarnos, mejorar y desarrollarnos. Al comparar dónde nos encontramos con respecto a los demás, se identifican áreas posibles de mejorar; sin embargo, esta comparación conlleva una carga emocional acorde al resultado de la comparación.

En el caso de la figura esbelta presentada en los medios, dado que esta figura es en general significativamente más esbelta que la mujer promedio en el 95% de los casos, es evidente que casi siempre se saldrá con desventaja en la comparación, lo cual genera una insatisfacción hacia la propia figura y una necesidad de hacer lo que sea necesario para alcanzar la figura ideal.

Además de salir perdiendo en la comparación con la imagen mediática, es factible también perder al comparar con ciertos pares, lo cual crea una percepción de presión social para lograr una uniformidad que favorezca la pertenencia. Esto puede hacer que la persona busque hacer lo necesario para alcanzar el patrón corporal (Goodman, 2005; Holstorm 2003). Como ejemplo es posible citar a:

- Harrison y Cantor, que encontraron en 1997 que la exposición a ciertos mensajes en medios de comunicación es un elemento de predicción significativo del futuro desarrollo de enfermedades en torno a la alimentación ya que contribuye a desencadenar una sensación de insatisfacción corporal.
- Stice y Shaw encontraron que la exposición por ejemplo a la revista Cosmopolitan, cuyas modelos son muy características, generaba insatisfacción hacia el propio cuerpo y se relacionaba con el futuro desarrollo de bulimia.
- Irving en 1990 encontró que los mensajes en torno a la figura femenina esbelta afectaban la autoestima y generaban insatisfacción. Lo mismo demostraron Groesz, Levine y Murnen en 2002 (Goodman, 2005; Holstorm 2003).

## **TEORÍA DEL CONOCIMIENTO SOCIAL (Goodman, 2005):**

Dice que la mayoría de nuestras conductas son aprendidas a partir de la observación de las conductas de nuestros semejantes y de la observación de las consecuencias de estas conductas. Bandura (Goodman, 2005), principal exponente de esta teoría, dice que ya que la gente desea la aprobación de los demás, hay una tendencia a imitar las conductas que se ve producen consecuencias positivas y que son aceptadas y compatibles con los estándares del grupo social.

En este contexto, los medios de comunicación son una de las más importantes fuentes por las que adquirimos conocimientos sociales, por llamarlos de alguna forma. Por ello, si los modelos de comportamiento que nos presentan los medios fortalecen la idea de que la esbeltez es importante para tener aceptación social, se asume que muchas mujeres adoptarán este concepto como válido y practicarán conductas que las ayuden a semejarse a dicho ideal esbelto.

Si una audiencia observa que el modelo esbelto es exitoso, amado, admirado en su grupo, con más razón se refuerza la idea de que es necesario ser delgado para tener todos esos beneficios. La audiencia recibe varios mensajes a partir de los cuales define un ideal a alcanzar e identifica medidas para alcanzarlo: las mujeres aprenden que lo aceptado es ser delgado y que siéndolo se tienen beneficios como amor y éxito (Goodman, 2005)

Stice, Shaw, Stein Thompson, Heinberg y Schupak-Neuberg (Thomposon, 1999) midieron la exposición a los medios y su impacto en el rol del género, el estereotipo de figura corporal aceptado, la insatisfacción corporal y la sintomatología de desórdenes. Encontraron una relación directa entre la cantidad y la calidad de exposición a los medios y el desarrollo de estas enfermedades ya que se genera una internalización de la figura esbelta como el modelo a alcanzar, lo cual produce insatisfacción hacia la propia figura, desatando conductas clásicas de desórdenes en la alimentación.

Waller, Hamilton y Shaw en 1992 encontraron que mujeres con desórdenes alimenticios tienen más disturbios en su percepción corporal tras observar fotografías de modelos delgadas: mujeres con conductas bulímicas reportaron menos autoestima y menos satisfacción con su cuerpo después de ver fotografías de modelos (Thompson, 1999; Waller 1994),

## **RELACIÓN ENTRE TEORÍAS DE COMUNICACIÓN Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS: EL IMPACTO DEL ENTORNO**

Dentro de los factores del entorno es indispensable analizar la relación de las teorías de comunicación pertinentes con el tema. Se consideran varias teorías que tienen relación directa con la dinámica de esta enfermedad;

1. La construcción social de la realidad, de Berger y Luckman
2. La realidad de la construcción social, de John Searle
3. El interaccionismo simbólico de George Herbert Mead

A continuación se inicia con el análisis de los principales puntos de las teorías relativas al concepto de La Realidad: por un lado, la Construcción Social de la Realidad de Berger y Luckman (Berger, 2008) y por otro, la Realidad de la Construcción Social de John Searle (Searle, 1997).

Estas teorías tocan el tema de la realidad de la vida cotidiana y a partir de ellas es posible decir que el desarrollo de la bulimia se favorece bajo ciertos entornos familiares y socio culturales, es decir, por la interacción en una sociedad, sobre todo dada la influencia del entorno familiar y la influencia del ambiente:

### **LA INTERRELACION:**

#### **BERGER Y LUCKMAN: SOCIALIZACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA**

#### **SEARLE: LA CAPACIDAD DE AUTODEFINIRSE MÁS ALLA DEL APRENDIZAJE INICIAL**

El sujeto no nace miembro de una sociedad: nace predispuesto a cierta sociedad a la cual es inducido a participar.

Al nacer una persona dentro de cierta familia, primero pasa por la Socialización Primaria, que se da en la niñez y permite que nos convirtamos en miembros de la sociedad. Suele ser la más importante para la persona. Nacemos en una estructura social donde hay otros significantes encargados de nuestra socialización; la definición que ellos hacen de nuestra situación la asumimos como realidad objetiva.

Implica más que un aprendizaje puramente cognoscitivo y se efectúa en circunstancias de enorme carga emocional: el niño se identifica con los *otros significantes* (sus padres o tutores) en una variedad de formas emocionales. El yo es una entidad reflejada porque refleja las actitudes que primeramente adoptan para él los otros significantes. Esto no es un proceso mecánico ni unilateral, conlleva una dialéctica entre la auto identificación y la identificación que hacen los otros (Berger y Luckmann, 2001).

*Es decir: los otros significantes, los padres o tutores en este caso, transmiten a la persona ciertos esquemas y ciertos conceptos de realidad que la persona adopta como ciertos. Dentro de estos conceptos de realidad se encuentran los valores, los hábitos, las costumbres y por supuesto, los hábitos en torno a la alimentación y el valor que se le da al cuerpo y a los alimentos.*

*Es en la primera infancia cuando la persona construye los cimientos de los que serán sus hábitos todos: de higiene, de obtención de conocimientos, de relación con los demás, así como de alimentación. Considerando además el rol especial de la madre como la principal relación que se tiene en esta etapa, es posible entender que los valores y hábitos que la madre sobre todo y el padre como educadores principales transmiten al niño, se adoptarán sin cuestionamientos, como la realidad.*

*Por ello si la madre o el padre o ambos le dan un especial valor al cuerpo, o a la alimentación, la persona adopta tales conceptos como la realidad única e incuestionable.*

En la socialización primaria no existe ningún problema de identificación, ninguna elección de otros significantes: se nace dentro de un grupo predefinido de otros significantes a los que se debe aceptar como tales.

Hay que aceptar los padres que el destino nos ha deparado; como no hay selección de los otros significantes, hay una inmediata identificación con lo que el destino nos mandó. El niño concibe ese mundo como el único posible, por ello, el mundo internalizado en la socialización primaria se implanta en la conciencia con mucho más firmeza que los mundos internalizados en socializaciones secundarias (Berger y Luckmann, 2001).

*Esto fundamenta el hecho de que los hábitos y el concepto de valor que transmiten los padres, se consideran como la única realidad.*

En la socialización primaria se construye el primer mundo del individuo: su firmeza se atribuye a la inevitable relación del sujeto con los otros significantes del inicio de su vida, el mundo de la infancia conduce a la confianza, no solo en los otros significantes si uno en sus definiciones de la vida cotidiana (Berger y Luckmann, 2001; Searle, 1997)

*Esta confianza de la que se habla puede abarcar incluso los conceptos que la persona se forma en torno a los hábitos de alimentación que debe tener y de la confianza en la identidad personal que debe forjarse. Si la tendencia del entorno ha sido darle un valor exorbitado al cuerpo como base de la identidad, la persona podrá fundamentar parte de su confianza en la figura como elemento clave de su identidad. Es decir, durante la socialización primaria, en la persona se construyen los cimientos clave para sustentar su relación con los demás miembros de la sociedad.*

La socialización primaria termina cuando el concepto del otro generalizado se establece en la conciencia del sujeto, que para este momento ya es miembro activo de la sociedad.

Es clave para definir la forma en que se desarrollen las socializaciones secundarias, siendo éstas cualquier proceso posterior que induce al sujeto socializado a nuevos sectores de su sociedad.

La socialización secundaria se refiere a la relación con los demás, que en conjunto son *el otro generalizado*; se forma dentro de la conciencia cuando el sujeto se identifica con otros concretos y con una generalidad de otros, con grupos sociales (Berger y Luckmann, 2001).

*Así como en la socialización primaria se identifica el rol de los padres en el desarrollo de la capacidad del sujeto para adaptarse a su realidad inicial, durante la socialización secundaria se observa a la persona en su capacidad de interactuar con otros y de aceptar otras realidades posibles. Es decir, mientras que en la primaria se observa el impacto de los padres en su rol de otros significantes, en las secundarias se observa el rol del entorno sociocultural en la construcción de las nuevas realidades de la persona. Mientras que antes solo importaban los procesos significativos inculcados por los otros significantes, en la secundaria impactan los procesos significativos de los otros.*

La socialización secundaria incluye la internalización de submundos institucionales o basados sobre instituciones; es la adquisición del conocimiento específico de roles e implica la adquisición de comprensiones tácticas, evaluaciones y colaboraciones afectivas.

Los procesos de la socialización secundaria presuponen un proceso previo de socialización primaria: se debe tratar con un yo formado con anterioridad y con un mundo internalizado.

Mientras que la socialización primaria no puede efectuarse sin una carga emocional del sujeto con los otros significantes, la mayor parte de la secundaria puede carecer de carga emocional. El sujeto acepta los roles y las actitudes de otros y en el mismo proceso acepta el mundo de ellos (Berger y Luckmann, 2001).

*La persona a través de las socializaciones secundarias, adquiere nuevos conocimientos derivados de las instituciones en las que ahora se desenvuelve; adquiere los valores que dichas instituciones toman como importantes. Si la imagen corporal es un valor importante, el sujeto será susceptible a adoptar tales valores. Y mas aun, cuando en la socialización primaria se le inculcaron valores similares a los que las instituciones de la nueva realidad sostienen.*

Se necesitan fuertes impactos biográficos para desintegrar la realidad masiva internalizada en la primera infancia, pero pueden ser mucho menores para destruir las realidades internalizadas más

tarde. La socialización secundaria adquiere una carga afectiva si la inmersión en la nueva realidad y el compromiso hacia ella se definen como necesarios (Berger y Luckmann, 2001).

*Si no hay convergencia entre los valores inculcados en la socialización primaria y los que se presentan en las socializaciones secundarias, lo común es que prevalezcan los valores inculcados en la infancia, salvo que se presente eventos de alto impacto que puedan desplazar los conceptos inicialmente aprendidos*

*Las socializaciones primarias y secundarias tienen una relación directa con el tema de la capacidad de determinación del sujeto adulto. Berger y Luckman le dan una importancia primordial a la socialización primaria y a lo que el sujeto vive en la niñez; pareciera que esta etapa marcará la capacidad de socialización del sujeto en el futuro y que no importa cual sea la calidad de la socialización secundaria, el impacto de la primaria es insustituible. Searle presenta, al revés, a un sujeto adulto mucho más capaz de decidir y percibir sin influencias tan fuertes del pasado.*

## **LOS SIGNOS Y EL CONOCIMIENTO DE LA VIDA COTIDIANA**

La realidad de la vida cotidiana incluye objetivaciones: de hecho, es factible sólo por ellas. Estamos rodeados de objetos que proclaman las intenciones subjetivas de los semejantes; un caso especial de objetivación es la producción humana de signos y símbolos (Berger y Luckmann, 2001; Searle, 1997)

*En la cultura moderna, particularmente desde los años 70's principalmente, la figura esbelta se ha convertido en un símbolo de éxito, en un ideal impuesto para destacar e incluso para pertenecer, mientras que la obesidad se ha convertido en un símbolo de desidia, de fracaso, de fealdad y por ello se toma como un factor de exclusión. En el tema de la obesidad lo importante es que este rechazo dentro del imaginario social y cultural no se debe tanto a los efectos de la obesidad en la salud, sino principalmente a su contraposición dentro de lo que hoy se considera estética.*

*En el sistema cultural de una sociedad determinada se adoptan elementos de significado que son valorados de una u otra forma y son comunicados y transmitidos a través de los medios de comunicación. La adopción de la imagen corporal esbelta como símbolo de éxito o de pertenencia, se divulga y se promueve a través de los medios de comunicación y permite también traer a la realidad específica de una persona, símbolos diversos que ejemplifiquen este elemento significativo. Esto va en línea con la globalización que actualmente se vive.*

*Es decir: si existe un ejemplo personificado que represente esta imagen corporal ideal y socialmente apreciada, como podría ser una figura pública que proviene de otro entorno e incluso otra temporalidad, al ser plasmado en los medios de comunicación genera que ese símbolo forme parte de la realidad cotidiana de la persona.*

*Si se comprende que los otros significantes así como el conjunto del otro generalizado comparen junto con nosotros un determinado sistema de valores y elementos culturalmente significativos, hacemos estos elementos parte de nuestra realidad.*

## **LA SOCIEDAD COMO REALIDAD OBJETIVA: INTERACCIÓN Y RELACIÓN CON EL OTRO**

Todo desarrollo social del sujeto está precedido por un orden social dado y es transformada por el hombre social, aunque este no siempre proporcione dirección y estabilidad a la mayor parte del comportamiento humano (Berger y Luckmann, 2001; Searle, 1997).

*La interacción y relación con el otro tiene un peso indiscutible en la formación de la persona. Tanto Berger y Luckmann como John Searle concuerdan en la influencia que los demás ejercen en nuestra*

*percepción de la realidad, aunque en el caso de Searle la influencia de los otros no afecta absolutamente todos los hechos de la realidad social sino solo a los hechos institucionales, a las cuestiones donde la autorreferencialidad es importante: la interacción con los demás, según Searle, es primordial para los casos de hechos sociales (institucionales) y particularmente aquellos que tienen carácter colectivo; y también para la asignación de funciones agentivas y funciones de status.*

*Para Berger/Luckman la interacción es fundamental a un nivel tal, que prácticamente no sería posible hablar de una realidad sin interacción; la interacción me ayuda a mí como sujeto a construir mi realidad y sin la interacción con los otros, sobre todo con los otros significantes (aunque los no significantes también tienen importancia) no hay realidad (Berger y Luckmann, 2001; Searle, 1997).*

El periodo en que el organismo se desarrolla hasta su plenitud en interrelación con su ambiente coincide con el periodo en que se forma el yo humano; esta formación debe entenderse en relación con el permanente desarrollo de organismo y con el proceso social en el que los otros significantes median entre el ambiente y el humano. El carácter del yo como producto social abarca la configuración en que el individuo se identifica como él mismo. Es decir, el organismo o el sentido del yo no pueden entenderse si se les separa del contexto social (Berger y Luckmann, 2001; Searle, 1997).

*Este argumento de Berger y Luckman va en línea con lo comentado en el tema de socialización primaria al hablar del impacto del entorno familiar en la formación de la realidad de la persona.*

#### **INSTITUCIONALIZACION:**

Todo acto que se repite crea una pauta de reproducción que es aprehendida como pauta por quien la ejecuta. Las acciones pautadas o habitualizadas son significativas para el individuo aunque los significados que entrañan se incrustan como rutinas en el conocimiento general. La institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas compartidas y accesibles a todos los integrantes de un grupo social, donde la institución misma los tipifica.

*Estos argumentos van en línea con el rol de la socialización primaria en la formación de la realidad cotidiana de la persona y en la formación de hábitos y conductas. Es posible considerar a la institucionalización como un fenómeno al que se enfrenta la persona durante sus socializaciones secundarias. Dentro del entorno cultural actual, la esbeltez es un tema valorado por diversas instituciones.*

Cuando el sujeto reflexiona sobre los momentos sucesivos de su experiencia tiende a encajar sus significados dentro de una estructura biográfica coherente; esta tendencia aumenta a medida que comparte sus significados y su integración biográfica con otros.

*Es decir, la persona, ya sea la madre o la hija, debe aprender a combinar, por decirlo coloquialmente, lo que ha adoptado en su socialización primaria como lo que va conociendo durante sus socializaciones secundarias.*

La conciencia retiene solamente una pequeña parte de la totalidad de las experiencias humanas.; esta parte se retiene y da sentido a su biografía. Si una experiencia es compartida por varios individuos, se sedimenta intersubjetivamente y establece un lazo firme entre ellos.

*A partir de lo anterior podríamos asumir que si dentro del grupo familiar de los otros significantes y, dentro de los diversos grupos a los que nos llevan las socializaciones secundarias, se valoran los mismos elementos de significado, éstos se adoptan como válidos y como compartidos.*



A medida que las objetivaciones se acumulan, un sector de la autoconciencia se estructura de acuerdo a ellas: una parte de la personalidad se objetiviza según las tipificaciones socialmente disponibles. Tal segmento es el yo social que se experimenta subjetivamente como distinto de la totalidad del yo.

Las instituciones se encarnan en la experiencia individual por medio de los roles; al desempeñar diversos roles los sujetos participan en un mundo social y al internalizarlos, el mundo se les vuelve real.

*La madre que fue bulímica, en su rol de formadora de los hábitos de la nueva persona, puede imprimir pautas de comportamiento a pesar de que en los otros roles que desempeñe se desenvuelva de forma contradictoria o distinta a lo que enseña en el hogar. En un padecimiento como la bulimia es importante recordar que la enferma aprende a desempeñar el rol de persona sana.*

El individuo, en virtud de los roles que desempeña, penetra en zonas específicas del conocimiento social de normas, valores y emociones... Los roles pueden aprehenderse, lo cual hace que disminuya la distancia subjetiva que el sujeto define entre él y su desempeño de un rol. Es decir: puede confundir el rol con su esencia real.

Searle denomina "Funciones de Status", a las capacidades o papeles que un sujeto tiene porque alguien con autoridad en la sociedad se lo confiere. Estas funciones de status aplican para individuos e instituciones.

*Aprendemos, en un entorno altamente competitivo, a desempeñar el rol de personas encontradas y exitosas, a pesar de que quizás en el interior no comprendamos esta historia personal. Los padres no reciben el rol de autoridad necesariamente de una institución sino que lo obtienen por el mero hecho de ser padres, sin embargo conforme el sujeto crece y se desarrolla, convivirá con diversos sujetos con autoridad moral o real que transmitan su propio esquema de valores.*

#### **LEGITIMACION:**

Es el proceso que le da un valor adicional a un significado dado. *Podemos decir que los medios, a partir de diversas construcciones, legitiman lo que el sistema cultural de una sociedad valora. Dentro de estos elementos de valor se encuentra la imagen corporal esbelta.*

La socialización primaria internaliza una realidad aprehendida como inevitable. Hay dos tipos de mantenimiento de la realidad: de rutina y de crisis.

*Puede hablarse que en el tema que aquí se estudia, hay dos mantenimientos de crisis: primero, el que vive la mamá cuando debe sobreponerse a haber sido bulímica o a serlo aun, para no llevar los efectos de dicho padecimiento a la educación de sus hijos. Y otro, antes, el que ella debió haber vivido, por sí misma, para sobreponerse a la enfermedad. En ambos escenarios es indispensable comprender que lo aprendido en la socialización primaria (y quizás en algunas socializaciones secundarias) no es lo correcto y que hay que generar nuevos patrones.*

A la inversa los otros significantes pueden causar efecto sobre el ambiente general. La importancia relativa de los otros significantes se aprecia mejor examinando ejemplos de disconfirmación de la realidad subjetiva: una disconfirmación de parte de un otro signifiante tiene más peso que una acción similar de un miembro del resto del grupo. Sin embargo una misma opinión expresada sucesivamente por varios miembros del grupo puede a la larga contrarrestar la opinión de otro signifiante

*Esto fundamenta el porqué la opinión de los padres como otros significantes, llega a ser mucho más importante que las de los otros generalizados*

La realidad subjetiva siempre depende de estructuras de pausibilidad específicas, es decir de la base social específica y de los procesos sociales requeridos para su mantenimiento. Puedo mantener mi autoidentificación solo en un ambiente que confirme tal identidad.

*Este punto confirma el sentido de pertenencia que el ser humano tiene como una necesidad primordial; en una sociedad que concibe la imagen delgada como un requisito obligado para pertenecer a determinado grupo o a cierta clasificación de persona exitosa, los miembros buscarán adecuarse a tal imagen.*

La socialización implica la posibilidad de cambiar la realidad, vivir en sociedad implica un proceso continuo de modificación de la realidad subjetiva. Hay casos extremos, cuando el sujeto permuta mundos: esto se llama *alternación* y requiere procesos de resocialización que se asemejan a la socialización primaria porque radicalmente se tiene que volver a atribuir acentos de realidad con una fuerte identificación afectiva con los efectos socializadores que eran característicos en la niñez. Lo más importante es tener una estructura eficaz que sea mediatizada por otros significantes, con quienes debe haber cierta identificación. Esta estructura será el nuevo mundo del sujeto, desplazando a los anteriores mundos.

*Los párrafos anteriores tienen especial importancia porque hablan de procesos en los que el sujeto deberá deslindarse de sus patrones originales para aprehender patrones y conceptos significativos de otro entorno, que le permitan construir una nueva realidad.*

*En la bulimia, esta construcción de una nueva realidad es necesaria en dos casos: en el de la madre bulímica, que deberá deslindarse de su experiencia previa como enferma para transmitir valores y hábitos distintos a sus hijos, y si esto no fuera posible, serán los hijos los que deberán crear una nueva realidad basada en los entornos externos, a partir de los cuales sean capaces de pasar por una especie de nueva socialización primaria que les permita identificarse con otros valores y conceptos.*

La identidad se forma por procesos sociales. Una vez que cristaliza, es mantenida, modificada o reformada por las relaciones sociales. La identidad es un fenómeno que surge de la dialéctica entre el individuo y la sociedad.

*Con este argumento es posible identificar la importancia que la influencia de la sociedad, del entorno, tienen en la construcción del sentido de identidad de una persona. Los valores que una sociedad considera primordiales y significativos influirán en la formación de dicho sentido de identidad. Si en una sociedad el tener éxito profesional o económico, el tener una figura de tal o cual composición, el ser honesto e íntegro, se consideran símbolos de logro, estos valores que la sociedad identifica y valora, influyen en la formación de la identidad de la persona a través de los procesos de socialización secundaria.*

El organismo pone límites a lo que puede ser socialmente posible y a la vez los factores biológicos limitan al campo de las posibilidades sociales que se abre a todo individuo pero el mundo social, que es preexistente al sujeto, impone limitaciones a lo que resulta biológicamente posible al organismo.

*Es decir, la persona debe saber que a pesar de que socialmente se adopten ciertos parámetros de imagen corporal, esto no significa que tal o cual persona en específico pueda lograr tal figura y mucho menos significa que sea algo correcto y pertinente desde el punto de vista del estado de salud.*

Definitivamente, el ser humano es un ser social que en mucho se define por la interacción que tiene con los demás y por las experiencias que vive, sobre todo, pero no de forma excluyente por aquellas que vive en los años formativos. Sin embargo, el mundo real en el cual el sujeto se constituye por

hechos y objetos que son independientes de la mera interacción humana. Desde este punto de vista, Searle ofrece una teoría valiosa porque le da valor a la sociedad y a los hechos sociales en su conjunto, no solo a la interacción interpersonal.

Por otro lado, a pesar de que la socialización primaria puede tener una influencia básica en el sujeto, a lo largo de la vida pueden tener lugar numerosas experiencias que se den en la socialización secundaria que impacten significativamente la identidad y el desempeño social de una persona. Si nos quedamos con la idea de que solo los hechos vividos en la socialización primaria impactan a la persona y a su futuro de manera significativa, reducimos el valor que tendrán las numerosas interacciones posteriores (socializaciones secundarias) y negamos también la capacidad de una persona para sobreponerse o superar un aprendizaje no del todo adecuado.

### **TEORÍA DE INTERACCIONISMO SIMBÓLICO**

Como su nombre lo dice, habla del efecto de la construcción de la identidad como resultado de la interacción con los demás. Podríamos pensar, que mientras que Berger y Luckman y Searle hablan del resultado de la interacción de una persona con un ente denominado Sociedad, el Interaccionismo Simbólico penetra en cuanto a los resultados de la interacción con diversas personas.

Define al YO como la capacidad de las personas para reflexionar sobre uno mismo desde la perspectiva de los otros; se desarrolla a partir de un tipo especial de adopción del rol:

- Imaginamos lo que les parecemos a los demás
- Imaginamos el juicio que los demás se hacen a partir de esto.
- Nos sentimos dolidos u orgullosos según estos sentimientos sobre nuestra persona.
- Aprendemos sobre nosotros mismos a partir de la forma en que los demás nos tratan.

Esta teoría tiene tres principios básicos:

1. Los humanos actúan hacia los otros basándose en los significados que para ellos tienen esos otros: el comportamiento entre las personas es un lazo; por ello se le da importancia al significado tras el comportamiento. Los significados son producto de la interacción social y expresan nuestro consentimiento a aplicar ciertos significados a símbolos específicos.
2. El significado se crea en una interacción entre las personas: solo existe cuando las personas comparten las interpretaciones de los símbolos que intercambian. Los significados son productos sociales o creaciones que se forman a través de las actividades que definen a la persona al interactuar.
3. El significado se motiva a través de un proceso interpretativo en el que los participantes indican aquello que tiene significado y después evalúan los elementos de significado en un contexto.

## LA IMPORTANCIA DEL CONCEPTO DE UNO MISMO

El interaccionismo simbólico se centra en el concepto de uno mismo, o el conjunto de percepciones, relativamente estable, que las personas tienen de sí mismas. Describe a los sujetos como poseedores de un Yo activo que se basa en las interacciones sociales: los sujetos crean conceptos de sí mismos por medio de las interacciones con los demás:

- Solo a través del contacto con los demás desarrollamos un sentido del Yo.
- Los conceptos de uno mismo son una importante causa del comportamiento: el Yo es un proceso.

## LA RELACIÓN ENTRE INDIVIDUO Y SOCIEDAD

- Las personas y los grupos están influidos por procesos culturales y sociales.
- La estructura social se establece mediante la interacción social: los sujetos pueden modificar las situaciones sociales.

*A partir del Interaccionismo Simbólico podemos entender que el conjunto de valores de significado que prevalecen en una sociedad, influyen en la percepción que una persona tiene de sí misma y que construye a partir de cómo asume que es juzgado o evaluado por los demás.*

*Si, dentro de un grupo social que valora la figura esbelta, una persona presume que no cumple con dicho requisito, es posible que asuma que los demás lo juzgan por el incumplimiento. Y entonces, en un círculo vicioso, su autoestima se afecta, o bien, busca mecanismos para cumplir con el requisito socialmente impuesto. Así podría explicarse el origen de los desórdenes alimenticios: dándole un peso importante a la presión social hacia una figura esbelta.*

## RESUMEN

*Es claro que la imagen corporal esbelta ha adquirido un valor significativo que le da un lugar importante dentro de la cultura que prevalece no solo en México y en el mundo occidental y que se ha fomentado a través de las diversas manifestaciones artísticas y culturales.*

*La difusión masiva de estos conceptos a través de los medios juega también un papel preponderante en que estos valores se arraiguen en distintos grupos sociales.*

*Por otra parte se observa que los desórdenes alimenticios siguen mostrando una incidencia a la alta, a pesar de que se les posiciona ahora como enfermedades. Esta incidencia muy posiblemente se deba a que se les ve como una herramienta para alcanzar una figura esbelta acorde a la valorada culturalmente.*

*Finalmente, lo que un sujeto vive en su entorno inmediato marca definitivamente su vida e impacta la generación de cierto tipo de hábitos.*

*La socialización primaria es la que mayor impacto puede tener y si en esta socialización se le da valor a ciertos factores tales como el estar delgado, el sujeto puede tomar este concepto como válido. Posteriormente se le refuerza este concepto a través de las socializaciones secundarias si éstas mismas valoran la imagen esbelta. Adicionalmente el entorno, las socializaciones secundarias, pueden ejercer determinadas influencias en la persona, para que esta sienta que para ser aceptada en su entorno debe cumplir cierto rol dentro del cual el estar delgada es una necesidad.*

# ESTADO DE LA CUESTION

## INTRODUCCIÓN

*Mientras que en el Marco Teórico se expusieron:*

- *los aspectos sustanciales que fundamental el concepto de bulimia,*
- *el impacto de la cultura en la aceptación de la figura esbelta como patrón a seguir y*
- *las teorías sociales de comunicación que sustentan el impacto de la interacción de un sujeto con los demás (familia, miembros del grupo social) para crear el arraigo de conceptos socialmente aceptados y valorados,*

*En este apartado se expone el resultado de diversas investigaciones y estudios que permiten sustentar los conceptos teóricos antes mencionados.*

*Se profundiza en el rol del entorno familiar, detallando el impacto sustentado en estudios, de diferentes patrones familiares y se presentan las tendencias actuales de comunicación en salud.*

*A modo de contraste se exponen las tendencias vigentes de exposición de imágenes en la comunicación masiva a la que está expuesta la mayor parte de la gente y que tiene un rol en fomentar que cierto concepto adquiera un significado social y forme parte de la cultura en un grupo.*

## BULIMIA Y ENTORNO FAMILIAR

Considerando que el entorno familiar es un factor predisponente para el desarrollo de los hábitos en los niños y sobre todo para el posible desarrollo de alteraciones en la alimentación, a continuación se presentan las diversas evidencias que hay sobre el impacto del entorno familiar en el desarrollo de desórdenes de la alimentación, clasificando cada enfoque o autor por tema:

LA MADRE, EL PADRE O AMBOS TIENEN UNA PREOCUPACIÓN EXACERBADA HACIA LA APARIENCIA FÍSICA DE SUS HIJAS, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LA FORMA DE COMER DE ESTAS Y A SU PESO CORPORAL.

- Laiberte ha estudiado si hay diferencias en el entorno familiar de personas normales y personas con bulimia y anorexia, encontrando que en estos últimos el entorno es más frío, menos expresivo, menos cohesivo y más conflictivo que el entorno familiar de mujeres normales. Profundizó en cuanto a la orientación familiar

hacia la satisfacción corporal, la apariencia física y el enfoque al desempeño: en los grupos de bulímicas y anoréxicas hay una diferencia importante en la forma de conceptualizar y vivir estos conceptos, lo cual genera conductas que influyen en el grado de desarrollo de la enfermedad (Laiberte, 1999).

- Rorty y colaboradores encontraron que las familias de bulímicas tienden a tener padres más entrometidos que las familias de personas sanas; la madre es más entrometida y celosa, ambos padres son presionantes y están muy atentos al peso y a los hábitos alimenticios de las hijas. Este patrón familiar es más fuerte en familias caucásicas que en asiáticas (Rorty, 2000).
- En 66 mujeres con desórdenes alimenticios se analizó el historial de vida, detectándose que en todas prevalecía burla y crítica de los padres hacia la forma de comer de la afectada: se concluyó que la burla y crítica hacia ciertos hábitos y el fomento de la idea de la importancia de la delgadez refuerza el desarrollo de desórdenes alimenticios (Annus, 2000).
- En España, Sienna y colaboradores analizaron la forma en que la preocupación del entorno familiar en cuanto a la apariencia física desencadena desórdenes alimenticios. Los resultados del grupo de pacientes bulímicas arrojaron resultados útiles para predecir oportunamente la potencial aparición de la enfermedad (Sienna, 2007).
- En cuanto a la formación de hábitos alimenticios en la primera infancia como posible origen del desorden alimenticio en la adolescencia, Machan y Waller realizaron un estudio retrospectivo con bulímicas y no bulímicas y sus madres, en torno al manejo de la madre ante el posible rechazo de la hija al alimento. En el grupo de bulímicas las madres recordaron manejar el rechazo al alimento mediante estrategias de recompensa hasta los 5 años, pero después de dicha edad no recuerdan un manejo específico; las madres de no bulímicas no recuerdan ninguna estrategia necesaria a ninguna edad. Los autores concluyen que la actitud de la madre antes de los 5 años, tiene un posible efecto en el desarrollo del desorden alimenticio en la adolescencia de la hija. No se condena que la madre realice ciertas actividades para corregir el rechazo al alimento, sólo se cuestiona si la técnica de recompensa, que fue la prevalente, es la adecuada. Se sugiere realizar el mismo tipo de estudio pero en cuanto a la actitud del padre (Machan, 1993; Waller, 1994).

LA MADRE O EL PADRE SON EXIGENTES EN EXTREMO, TIENDEN A DESAPROBAR A SUS HIJOS Y A ESTABLECER COMPARACIONES ENTRE ELLOS.

- Sights, en EEUUAA, estudió la diferencia de conducta de madres y padres de personas con y sin bulimia: las madres de las bulímicas mostraron un carácter más dominante y controlador que las otras madres, y establecían elevados perfiles de desempeño y expectativas para sus hijas, en comparación con las madres de las personas sanas. Los padres de las bulímicas habían tenido una relación muy cercana con las hijas durante la infancia, pero la relación se había tornado distante, lo cual no se presentó con los padres de las no bulímicas. Se determinó que los padres de las bulímicas son más demandantes y establecen comparaciones entre sus hijos, generando una relación de más stress con sus hijas (Sights, 1984).
- Waller estudió el estilo de crianza en pacientes bulímicas y anoréxicas, las cuales calificaron a sus padres como papás que con más frecuencia las desaprobaban en lugar de aprobarlas, lo que produjo una baja autoestima que a su vez desencadenó el desorden alimenticio (Waller, 1994).

## EL ENTORNO FAMILIAR ES DISFUNCIONAL.

- Pole y Waller, en un estudio con bulímicas y personas normales, encontraron que las madres de las bulímicas tendían a ser poco cálidas y cariñosas (Waller, 1994, Pole, 1988).
- En Uruguay, Zamora y su equipo encontraron un patrón común de madre sobreprotectora, y muy orientada al aspecto físico (Zamora, 2002).
- Meyer y Gillings comprobaron una elevada relación en el desarrollo de bulimia en hijas que percibían a ambos padres como sobreprotectores, con poca confianza hacia ellas y con cierta sobreprotección (Meyer, 2004).
- Calam y colaboradores compararon un grupo de pacientes con anorexia o bulimia con un grupo de personas normales; encontraron que las enfermas consideraban que sus padres habían sido sobreprotectores, sobre todo el padre (Calam, 1994).
- Blissett y otros investigadores realizaron un estudio cualitativo con mujeres que superaron la bulimia, para conocer su percepción del rol de sus padres en su vida. En general todas opinan que antes la relación con el padre o la madre era de rechazo o lejanía pero que hoy día había más cercanía (Blissett, 2006 A, Blissett 2006 B, Blissett 2005).
- Tereno, Soares y Martins estudiaron la crianza de padres y terapeutas de anoréxicas y bulímicas, comparando con un grupo control. Las madres de las enfermas tenían menor seguridad en sí mismas y mayor tendencia a eludir conflictos, además de que las bulímicas percibían mayor apoyo y sensación de aprobación de la madre y menor sobreprotección del padre (Tereno, 2008).
- Lynn Humphrey estudió en EUA el entorno familiar y la relación padre-madre-hija bulímica o anoréxica, comparando con un grupo control y determinó que las mujeres con desórdenes alimenticios tenían patrones familiares de menor apoyo, de mayor conflicto y aislamiento y de menor cercanía (LynnHumphrey, 1986).
- En Nueva Zelanda, Ringer y McKinsey aplicaron entrevistas a mujeres con bulimia y/o anorexia para definir si aplicaban mecanismos de autoprotección: todas aplicaban una cercanía ansiolítica; en todas existía un conflicto no resuelto con la madre; y todas percibían una relación conflictiva entre sus padres. Estos factores detonaban mecanismos de contingencia para atraer la atención de los padres hacia ellas (Ringer, 2007).
- Un estudio cuantitativo de la Universidad de Florida realizado por Scalf-Mciver dio a conocer que la bulimia se dispara con más facilidad cuando el entorno familiar es disfuncional, como por ejemplo, cuando hay una baja manifestación de sentimientos y cuando la madre es muy presionante en cuanto a los hábitos alimenticios de sus hijos (Scalf, 1989).
- Desde 1990 se documentó que pacientes bulímicas perciben su entorno familiar como menos unido y expresivo, más conflictivo, menos tendiente a actividades recreativas en conjunto y con una comunicación nula o deficiente (Shisslak, 1990; Kent, 1992).
- Sights analizó el trabajo de varios investigadores, y encontró que por lo general:
  - La madre de una paciente bulímica tiende a ser dominante y controladora en extremo, rechaza el contacto físico e incluso tiene conflictos de tipo sexual. La actitud controladora genera una relación de conflicto con la hija.



- El padre se manifiesta distante emocionalmente, puede ser depresivo y rígido y a pesar de esto, la relación padre-hija había sido muy buena en la infancia y se tornó distante y ríspida cuando la hija va creciendo.
- En este tipo de padres, es factible una relación conflictiva donde la comunicación no fluye o fluye con dificultad, fomentando que los hijos tiendan a restringir sus emociones y sus necesidades de comunicación, lo cual genera stress, que algunas pacientes canalizan como un desorden alimenticio.
- Sights y su equipo encontraron que la dominación del padre o de la madre es reincidente en familias de bulímicas, excediendo en 10% el patrón de familias sin esta enfermedad. El control que perciben las hijas se debe a las expectativas de desempeño y logro que los padres imponen, y que genera incluso rivalidad entre hermanos (Sights, 1984).
- Kent documentó que las bulímicas tienden a sentir una relación más cercana con el padre que con la madre, quizás como una forma de huir del carácter dominante de la madre (Kent, 1992).

## HISTORIAL DE LA MADRE

Se ha explorado el rol de la madre en el desarrollo de la paciente. Por ejemplo, Prescott, con base en la Teoría del Sistema Familiar, analiza el desorden alimenticio no como algo individual sino dentro de un contexto donde todos: padres, abuelos y hermanos tienen un rol y donde la interacción entre todos es importante.

Profundiza en la posible inconsistencia en el tipo de crianza, enfocándose en un esquema donde hay una parte funcional (por lo general la madre, por su rol protector y de criadora principal) y una parte afectada (la paciente), ésta con una conducta indeseable que la parte funcional desea eliminar.

Prescott propone este esquema con base en hallazgos de diversos estudios que demuestran que es frecuente que las madres de bulímicas llevan al extremo el rol de proteger y a la vez limitar. Determinó que la conducta de la madre cambia cuando detecta la enfermedad en la hija:

- antes de darse cuenta del padecimiento, tiende a reforzar conductas que detonen la enfermedad e impone castigos;
- una vez detectada la enfermedad, las actitudes que pudieran reforzar la conducta de desorden disminuyen y cambia el tipo de castigos, buscando eliminar la enfermedad.
- tras un periodo de aplicar esta estrategia, si no hay resultados, la madre se frustra y adquiere conductas que refuerzan las actitudes del desorden alimentario de la hija.

En cuanto a la comunicación de la madre, las hijas valoran la congruencia mensaje-conducta. Esto es mucho más efectivo que mantener mecanismos de castigo o de refuerzo de determinadas conductas (Prescott, 2002).

No abundan los estudios que reporten el progreso a largo plazo de pacientes bulímicas. Se ha documentado que un 73.8% de las pacientes logran una recuperación total, considerando *"recuperación"* como la capacidad de pasar un periodo de 8 semanas consecutivas sin ningún evento bulímico. Sin embargo, se ha documentado también un porcentaje de recaída pasado este periodo, de hasta 35.3%.

Fairbur efectuó un seguimiento de 5 años post-recuperación, realizando mediciones cada 5 meses con las pacientes y encontró hasta un 30% de recaída.

Otros autores han encontrado niveles de recuperación de 13 a 69% a dos años de la enfermedad. Jager analizó pacientes con de 7 a 9 años "de recuperación", investigando el desarrollo integral posterior y comparando los resultados con los de un grupo de mujeres normales:

- El matrimonio es menos frecuente en exbulímicas: 29.9% vs 61.4%.
- Lo mismo sucede con la unión libre: 56.4% vs 73.4%.
- La maternidad fue 30% menor.
- No hubo diferencias con respecto al empleo.
- El 62.5% de las exbulímicas tenían una recuperación completa. lo que refleja un alto porcentaje de no-recuperación 37.5% (Jager, 2004).

#### HISTORIAL DE LA MADRE: TENDENCIA A DIFERENCIAR EL TIPO DE EDUCACIÓN EN NUTRICIÓN QUE SE IMPARTE A LAS HIJAS DE LA QUE SE IMPARTE A LOS HIJOS.

- Para saber si hay diferencia en el modo de educar a las niñas y a los niños, Blissett y Meyer estudiaron a 114 madres inglesas. Observaron contundentemente que la idea de conservar la delgadez y de evitar ciertos de alimentación está mucho más presente en la comunicación madre-hija que en la comunicación madre-hijo (Blissett y Meyer, 2006).
- Otro estudio de Blissett comprobó la diferente educación que una madre transmite a sus hijos de acuerdo al sexo: Participaron madres de niñas y niños; todas sin antecedentes de desórdenes alimenticios. Las mamás de niñas experimentan con mayor frecuencia sensación de abandono, temor a no cumplir con las expectativas de desempeño, dependencia e incompetencia y pensaban que sus hijas tenían dificultades en la alimentación. Las madres de niños con problemas de alimentación, experimentaban con frecuencia privación emocional y sentimiento de subyugación (Blissett, 2006).
- Agras encontró que las madres de niñas de 2 a 5 años se preocupan más por el peso de sus hijas que el de sus hijos, y esta preocupación es mayor en madres con antecedentes de desórdenes alimenticios, a pesar de que no se encontraron diferencias en índice de masa corporal en los hijos de madres con antecedentes y los hijos de madres sin antecedentes. A pesar de esta mayor preocupación en las madres con antecedentes de bulimia, ellas tienden más a emplear el alimento como elemento compensatorio a buenas conductas (Agras, 1999).

#### HISTORIAL DE LA MADRE: TIENE O TUVO BULIMIA

- Von Soest y Wichstrom documentaron el impacto de la maternidad en el patrón de alimentación de bulímicas. Analizaron a 1,206 mujeres noruegas durante seis años, iniciando antes de que fueran madres, y detectaron que en quienes se convirtieron en madres, los desórdenes alimenticios disminuyeron significativamente y experimentaron un cambio en la importancia que le daban a su apariencia física. Este estudio concluye que la maternidad tiene un efecto positivo en los hábitos alimenticios de personas con bulimia(von Soestst, 2008).
- En Hong Kong se estudió la conducta alimenticia de 1,113 madres bulímicas en el embarazo, y se definió que la mayoría manifestaron patrones alimenticios negativos en el postparto más que en el embarazo; la permanencia de estos hábitos negativos se prolongó hasta 6 meses y aumentó si había una mala relación o poco apoyo de la pareja hacia el bebé; si la madre sentía un lazo afectivo débil con el bebé y si había

depresión postparto. Esto sugiere que en una madre bulímica, la presencia de factores adicionales que generen stress exacerban el desorden alimenticio (Puiyee, 2006).

- Stapleton y Fieder realizaron un estudio cualitativo en el que las participantes (bulímicas ex bulímicas) manifestaron interés en fomentar la socialización y los buenos hábitos alimenticios en sus hijos, pero agregaron que combinar este interés con su propia necesidad de controlar su ingesta de alimentos, es una tarea complicada. Concordaron estar atentas a que sus hijos estuvieran expuestos a buenos hábitos de alimentación y en cuestionarse en cuanto a su capacidad para contribuir a la educación en nutrición de sus hijos (Stapleton, 2008).
- Bryant-Waugh estudió en Inglaterra un grupo de madres bulímicas con hijos de hasta 5 años de edad, para determinar si hay especial preocupación por la creación de buenos hábitos alimenticios en sus hijos. Resultó evidente que sí existe preocupación al respecto, que se manifiesta como una necesidad por contar con mecanismos de apoyo (Bryant-Waugh, 2007 A; Bryant-Waugh, 2007 B).
- En Londres, Inglaterra, Bryant-Waugh y su equipo realizaron un estudio con madres bulímicas con hijos en edad preescolar. Las madres hicieron patente su preocupación en torno a la crianza de sus hijos y manifestaron que el manejo de estas preocupaciones en grupo era positivo y les ayudaba a mejorar su desempeño y su seguridad en el rol (Bryant-Waugh, 2007 A; Bryant-Waugh, 2007 B).
- Agras y su equipo, preocupados por la falta de estudios del desarrollo de la bulímica como madre, estudiaron si hay diferencias en la creación de hábitos alimenticios en sus hijos en comparación con mujeres normales. En el grupo de madres con antecedentes de desórdenes alimentarios, el 50% habían recuperado y el 30% aún sufrían bulimia:
  - Las niñas de madres bulímicas, durante la lactancia succionaban con más velocidad que los niños de madres bulímicas y que los bebés de madres sanas, lo que sugiere un componente genético relacionado con la alimentación compulsiva.
  - Las madres bulímicas o con antecedentes de bulimia mantuvieron la alimentación con biberón 50% más tiempo que las otras madres, en el caso de las niñas.
  - La diferencia en los hábitos alimenticios aumenta en el grupo de edad: de los 2 a los 5 años, cuando hay una mayor preocupación de la madre hacia a la alimentación de las hijas que de los hijos.
  - De acuerdo a Agras, la bulimia como parte de la historia de la madre es importante, ya que el nivel de recuperación y el haber vivido la enfermedad pueden repercutir en la educación que la madre imponga a los hijos y definitivamente influye en la transmisión de hábitos alimenticios a los hijos:
    - en la primera infancia hay mayor avidez en las hijas de bulímicas que en las de no bulímicas y que en los hijos, lo que sugiere una influencia genética ligada al sexo.
    - de los 2 a los 5 años, las madres bulímicas se preocupan más por los hábitos de sus hijas, a pesar de que no existan diferencias significativas con el peso de las hijas de madres no bulímicas.
    - es común usar la comida como recompensa en madres bulímicas (Agras, 1999).

## HISTORIAL DE LA MADRE: TIENE O TUVO SOBREPESO

- Para evaluar la influencia del peso corporal, Yates estudió mujeres bulímicas y un grupo control de mujeres normales: todas con situaciones similares en cuanto a antecedentes familiares de sobrepeso, obesidad y variabilidad de peso en los integrantes del círculo familiar. Su estudio sugiere que el peso e índice de masa corporal de la madre influye en el peso de la hija:
  - Las bulímicas tenían índices de masa corporal mayores que las del grupo control: los padres de las mujeres de ambos grupos no tenían diferencias en índices de masa muscular pero las madres de las pacientes bulímicas tenían índices mayores que las madres del grupo control.
  - En el grupo de bulímicas cuyas madres tenían un índice de masa corporal mayor al del otro grupo, los problemas de control de peso eran mayores (Yates, 1992).
- Zamora y su equipo realizaron un estudio en Uruguay sobre los antecedentes personales y familiares de personas con trastornos alimenticios, encontrando que predominó el caso de la madre con sobrepeso en comparación con el grupo de pacientes control (Zamora, 2002).

## COMUNICACION Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS

### COMUNICACIÓN Y SALUD

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influir en las decisiones individuales y comunitarias que deriven en la mejoría de la salud en un grupo.

Puede contribuir en todos los aspectos de la prevención, incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública, y la diseminación de información relativa a riesgos para los individuos y las poblaciones (Mosqueira, 2003).

En el área de la salud, el objetivo primordial de la comunicación y la divulgación es dar a conocer lo que puede ser útil a la sociedad, desmitificando el conocimiento, eliminando prejuicios y señalando con certeza los alcances y limitaciones de las actividades científicas humanas (Bañuelos, 2006).

Actualmente, la gente está cada vez más expuesta a información de salud a través de los medios de comunicación masiva. Por ejemplo:

- En Estados Unidos por cada persona que recibe información de un médico, 25 personas la reciben a través de los medios.
- En el caso de América Latina y el Caribe, si bien no existen estudios similares, se calcula que sólo cerca del 10% de la información que circula en los medios tiene que ver con salud, mientras que el porcentaje de personas que acuden regularmente a centros de salud es bajo (Mosqueira, 2003).

A nivel internacional el tema de la promoción de la salud está concebido para reducir la vulnerabilidad de las personas a través de una acción fundamental que es la de informar y difundir. Un primer aspecto es que el enfoque de promoción de la salud es entendido igual que el de prevención y es lo que determina y orienta las estrategias de comunicación en la intervención.

En este contexto el sentido de los mensajes ha estado centrado en lo que es enfermedad, muerte y daño, empleando el miedo como un recurso de persuasión para el cambio de comportamiento: Teoría de la persuasión (USAID, 2003).

El uso sistemático de medios de comunicación masivos y mixtos, tradicionales y modernos - como los medios informativos y los multimedia-, es una herramienta de apoyo para el logro de comportamientos colectivos que cumplan los objetivos de los programas de salud pública. La diseminación de información sobre salud entre la población aumenta la concientización sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo (Mosqueira, 2003).

En Latinoamérica la Comunicación para la salud logró posicionarse a principios de los años ochenta, después del establecimiento de la Educación Sanitaria:

- En la 23a. Conferencia Sanitaria Panamericana, en 1990, hubo especial interés en posicionar la comunicación social como una disciplina importante para la formación básica de personas, familias y comunidades.
- Más tarde, entre 1995 y 1998 se planteó la importancia de la información como instrumento del cambio ya que crea el conocimiento que será la base para lograr cambios de actitudes y prácticas (Mosqueira, 2003).

En México, con más de 100 millones de habitantes y con características de culturización diferentes, que impactan los hábitos de lectura y la mediatización, existen alternativas para la comunicación y divulgación de la ciencia a través de medios de comunicación:

- En general el tratamiento de los temas de salud en los medios tiende a ser informativo descriptivo, apelando al enfoque curativo-tratamiento de las enfermedades y al manejo de los datos y cifras en salud (los indicadores, el dato duro). Pocos medios trabajan con un enfoque preventivo y promocional de la salud.
- A pesar de la expansión del Internet, éste aun no es accesible para la mayoría de la población.
- La alfabetización y la culturización son asignaturas pendientes en muchas áreas geográficas.
- La comunicación y divulgación de los conocimientos y avances en materia de salud no siempre responden a verdades objetivas y puede depender de políticas comerciales.
- La radio y TV comerciales se guían por el mercado a pesar de que difundir la actividad científica también tiene beneficios. Aquí surge otra cuestión por resolver: quién debe divulgar la ciencia, y cómo debe hacerlo (Bañuelos, 2006).

**Comunicación y divulgación en medios escritos:** La divulgación de los temas de salud que aquejan a la población y sobre la que es posible incidir se ha subestimado durante mucho tiempo. Mientras en otros países existe el hábito de lectura de artículos médicos o científicos relacionados con la salud, en México es un logro el mero hecho de la divulgación y comunicación de los mismos temas a través de revistas de poco nivel científico o de poca seriedad. La posibilidad de contar con espacios en los diarios de circulación local no se ha concretado, las incursiones en general son limitadas (Bañuelos, 2006).

**Comunicación y divulgación en televisión:** Hay una diferencia en la programación referente a salud que se ofrece por las televisoras: en la TV abierta los temas de salud se programan como infomerciales, y consejos y con periodos cortos en los noticieros. El tiempo disponible que otorgan las televisoras para el tema es menor que en la radio y hay más restricciones editoriales (Bañuelos, 2006).

**Oferta de los Medios de Comunicación en relación a Salud:** Al momento de analizar la oferta de los Medios de Comunicación en relación a la Salud, se deben tomar en cuenta, por ejemplo, la cantidad o el porcentaje de noticias sobre salud que aparece en los medios de comunicación:

- En un estudio de la Red Latinoamericana de Observatorio de Medios sobre la prensa en 8 países latinos, se señala que en el conjunto de noticias recopiladas se nota más atención a temas políticos (43.8%) que a problemas sociales (21.5%), especialmente en Perú (53.4%), Bolivia y Brasil.
- Es decir, lo político parece tener el doble de importancia sobre lo social y la salud no aparece como un tema con perfil propio (aparece dentro o como parte de la problemática social) (Bañuelos, 2006).

Existe un estudio sobre los medios de comunicación en salud, en el que se efectuaron 700 entrevistas y se encuentran tendencias comunes que llegan a tres modelos básicos en los que la comunicación puede apoyar a la salud:

1. La comunicación como herramienta o producto, asumida como un instrumento, un elemento activo de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, que genera actividades y producción de materiales.
2. La comunicación que informa y promueve el cambio de comportamientos. Los medios y estrategias de comunicación cumplen un rol fundamental para que las personas cambien de comportamiento o mejoren sus conductas de salud y es el emisor que determina el modelo a seguir.
3. La comunicación como proceso social. Se desarrollan estrategias que buscan la presencia y participación individual y colectiva, desde una práctica consciente basada en el ejercicio pleno de la ciudadanía con el fin de construir conjuntamente entornos saludables.

**En el caso de los desórdenes alimenticios, ninguna de estas aplicaciones está teniendo lugar en cuanto a comunicar y educar lo que son estas enfermedades realmente. Los medios están sirviendo solamente como un escaparate que impone una imagen corporal ideal pero no están contribuyendo como una verdadera herramienta de comunicación en salud.**

### COMUNICACIÓN, MEDIOS Y DESÓRDENES DE LA ALIMENTACIÓN.

Los medios son la vía de persuasión de mayor impacto y con mayor posibilidad de influir en las conductas de la sociedad, ya que difunden masivamente mensajes que influyen en la conducta humana, y que parece ser son promovidos con fines de lucro más que de cualquier otra cosa (Goodman, 2005; Holstrom, 2003).

La influencia de los medios en la conducta de un sujeto se ve influenciada por motivaciones extrínsecas o intrínsecas pero también por conceptos que hay dentro de cada sujeto y que dependen de sus objetivos, de sus estructuras mentales internas.

Y por otra parte está el *framing* de los medios, que es el proceso por el cual los medios deciden incluir tal o cual información, así como en qué tónica presentarla. Conviven entonces los *frames* de los medios, los conceptos del sujeto, y la motivación del sujeto, que hace que utilice la información de tal o cual forma (Aubrey, 2008).

Analizando específicamente los *frames* o tópicos exclusivamente sobre salud y nutrición, se ha analizado la forma en que estos temas influyen en una persona, de acuerdo a la manera en que le son presentados:

- Como un medio para verse mejor o
- Como un medio para tener más salud,

con base en las siguientes hipótesis:

- La capacidad de objetivar el propio cuerpo es mayor en quienes leen los temas desde el punto de vista de la apariencia y menor en quienes lo leen desde el punto de vista de la salud.
- La generación de sensaciones negativas tipo ansiedad, insatisfacción con el propio cuerpo, etc., es mayor en quienes leen los temas desde el punto de vista de la apariencia.

Se han comprobado estas dos hipótesis y se ha comprobado también que las personas que leían los temas desde el punto de vista de la apariencia tienden a describirse en términos de su apariencia externa o física, mientras que las que leen desde el punto de vista de salud se describen por sus atributos internos y su calidad como personas. Se encontró que la tendencia a verse como objeto es positiva cuando la persona siente que cumple con el estándar cultural (Aubrey, 2008).

Además, se ha visto que el efecto de un mismo mensaje es diferente si incluye o no figuras femeninas esbeltas: si la incluye, hay mayor sensación de depresión, de insatisfacción hacia el propio cuerpo y se incrementa la sintomatología a hacia ciertos desórdenes alimenticios (Aubrey, 2008).

Los temas relativos al peso y al bienestar físico son un tema de conflicto sobre todo en la cultura occidental, ya que por ejemplo, mientras que en EUA se vive una casi epidemia de obesidad, al mismo tiempo se incrementa la incidencia de desórdenes de la alimentación.

Mientras que la recomendación de los expertos es tener una alimentación adecuada y practicar ejercicio con constancia como medidas de salud, la motivación que impulsa a un sujeto a seguir estos consejos indica la relación que este sujeto guarda con su cuerpo, ya que es diferente restringir el consumo calórico con el fin de verse bien que con el fin de tener un peso adecuado para evitar problemas de salud.

Es decir, la motivación puede ser extrínseca, dirigida a cuestiones de apariencia, o intrínseca, dirigida a cuestiones de salud, y esto hace una gran diferencia porque en el primer caso, la persona ve su cuerpo como un mero objeto (Aubrey, 2008).

Como se ha visto con anterioridad, varios académicos, como Cherninck desde 1995, han sugerido que los medios de comunicación al enaltecer figuras esbeltas y posicionarlas como lo que debe considerarse bello, contribuyen a crear una sensación de insatisfacción en las mujeres, la cual puede desencadenar desórdenes alimenticios.

El tema de la figura esbelta se destaca en los medios en un entorno donde se expone la preocupación por la obesidad, y donde otra problemática es la constante competencia por el logro personal de las mujeres (Posavac, 2002; Vega, 2005; Gimenez 2007A).



Se ha demostrado que la imagen femenina que se muestra en los medios es más esbelta al pasar de los años:

- En general las figuras que nos presentan pesan 23% menos que la mujer promedio
- La modelo promedio que aparece en medios mide 5 pies 11 pulgadas y pesa 120 libras, en contraste la mujer norteamericana mide 5 pies 4 pulgadas y pesa 140 libras (Holstrom, 2003),
- Varias modelos unas rayan en el criterio de cuerpo anoréxico; concepto que paradójicamente se ha vuelto el ideal que muchas mujeres desean alcanzar.

Este deseo de alcanzar esta figura se fortalece porque además los medios presentan a estas figuras como sinónimos de logro, éxito, fama, amor y realización.

Un hecho que ejemplifica el impacto de la tecnología en la aceptación de lo esbelto como lo correcto, se puede entender analizando la relación entre los medios de comunicación y la imagen corporal: los medios contribuyen a la representación social del "cuerpo ideal" y lo que es modelo de belleza hoy, no lo era hace décadas.

En un ensayo de 1981 sobre la obsesión por la delgadez, acota Chernin: "*Si fuéramos admiradas por tener cuellos redondos como las mujeres de principios de siglo y pudiéramos tener abdomenes abultados y caderas regordetas, miles de mujeres no estarían vomitando ahora.*" (Danto, 2005, McPhail, 2002; Aubrey, 2008).

Varios estudios experimentales han encontrado una relación positiva entre la cantidad y calidad de exposición a imágenes femeninas muy delgadas y la generación de un sentimiento de insatisfacción hacia la propia figura; esto se relaciona, hasta en un 43.5% de los casos, con el desarrollo de desórdenes alimenticios (Holstrom, 2003; Goodman, 2005).

En este contexto, los medios de comunicación son una de las más importantes fuentes por las que adquirimos conocimientos sociales, porque nos presentan conductas aceptadas y esperadas que es adecuado adoptar para pertenecer.

Por ello, si los modelos de comportamiento que nos presentan fomentan la idea de que la esbeltez es importante para ser aceptado socialmente, puede asumirse que muchas mujeres adoptan este concepto como válido y adquieren también conductas que las ayuden a semejarse a dicho ideal esbelto. Aunado a esto, si al audiencia observa que el modelo o estándar esbelto a la vez es exitoso, amado, admirado en su grupo, con más razón se refuerza la idea de que es necesario ser delgado para tener todos esos beneficios que el ideal esbelto presentado en los medios ya tiene.

Entonces la audiencia recibe varios mensajes que puede relacionar para definir un ideal a alcanzar e identificar medidas y herramientas que la ayudan a alcanzarlo: las mujeres aprenden no solo que lo aceptado es ser delgado y que siéndolo se tienen beneficios adicionales como amor y éxito. Aprenden también qué hacer para lograr este fin (Goodman, 2005; Holstrom 2003).

Varios estudios refuerzan esta idea:

- Un estudio de Nichter indica que las adolescentes conciben que el ideal a seguir es el que se les presenta en los medios de comunicación, que por lo general es descrito como una mujer de 100 libras de peso, de 5 pies 7 pulgadas de estatura, rubia y con ojos azules. Alcanzar tal ideal es poco factible para la mayoría de las mujeres y puede ser incluso peligroso dado que tener una figura como la descrita implica tener un índice de masa corporal que claramente es de tipo anoréxico y cercado al índice en el cual se presenta amenorrea (Thompson, 1999).

- Una encuesta presentada en *Psychology today* indica el impacto significativo que los medios tienen como promotores de un ideal cultural de belleza y esbeltez:
  - 23% de 34-50% mujeres indicaron que la imagen que presentan las celebridades promovidas en los medios inflen la imagen corporal que ellas buscan alcanzar y
  - 22% dicen que las imágenes presentadas influyen significativamente en sus hábitos en cuanto a consumo y moda.
  - Al contrario, solo el 6 a 13% de los hombres se ven influidos por la imagen de los actores protagónicos (Thompson, 1999).
- La organización llamada Niños Ahora, así como la Fundación Kaiser, encontraron que el 71% de las niñas de 16 y 17 años creen que las actrices protagonistas con irrealmente delgadas (Thompson, 1999).
- González, Lavin y Smolak encontraron en 1995 que las niñas que ven mas de 8 horas de TV a la semana reportaron mucho más sentido de insatisfacción corporal que las niñas que ven menos TV. Otros estudios sugieren que mas que la cantidad de horas de exposición a los medios, lo que influye significativamente es el tipo de programas que se ven y de información a la que se accede (Thompson, 1999).
- En EUA, 83% en las adolescentes reportaron pasar al menos 4.3 horas semanales leyendo revistas (Thompson, 1999).
- En dicha nación las mujeres se exponen a diario a entre 400 y 600 comerciales: a los 17 años, ha recibido 250 mil impactos publicitarios (McPhail, 2002).
- Se ha indicado que las revistas promueven un ideal corporal que denota una figura esbelta o sumamente delgada: 70% de las niñas que leen revistas habitualmente las califican como una fuente importante de información sobre belleza y figura (Thompson, 1999).
- En el hogar norteamericano promedio se ve TV en promedio 7 horas diarias; además hay que considerar que en la inmensa mayoría de los programas o anuncios dirigidos a la audiencia femenina se presentan protagonistas que son significativamente más delgadas que la norteamericana promedio (Thompson, 1999).
- Se ha determinado que, en cuanto a los anuncios de juguetes, 50% de los que se dirigían a niñas hablan sobre "atractivo femenino", mientras que ninguno de los que estaban dirigidos a niños lo hacía (McPhail, 2002).
- El 56% de los comerciales de TV dirigidos a mujeres y el 57% en revistas femeninas hablan de la belleza, lo que puede causar que las niñas piensen que su apariencia física es una medida de su valor personal (McPhail, 2002).
- Un análisis de 4.294 comerciales televisivos dio a conocer que 1 de cada 3.8 de ellos incluyen mensajes sobre "atractivo físico": el mismo estudio reporta que el adolescente promedio ve más de 5.260 mensajes al año que definen "lo atractivo." (McPhail, 2002).
- Otro estudio de 1997 reportó 10.5% más anuncios que promueven dietas para bajar de peso en revistas femeninas que en masculinas (McPhail, 2002).
- A través de diversas investigaciones se ha determinado la influencia del modelo corporal delgado en extremo y presentado en la televisión, como un factor que incrementa el deseo de l@s adolescentes de modificar su cuerpo para alcanzar tal modelo (Vega, 2005; Monro, 2005). Por ende es posible decir que los medios de comunicación y la publicidad pueden jugar un rol importante en comunicar y lanzar mensajes en torno a un ideal corporal en extremo delgado, que se expone como sinónimo de éxito (Monro, 2005; Vega, 2005).
- Se ha encontrado que en pacientes femeninos, las revistas tienen un mayor impacto o inducen mas este ideal corporal que la televisión, esto, sin dejar de considerar que este medio también ejerce una influencia importante (Monro, 2005).

- En cuanto a la influencia de la televisión, se ha determinado que la influencia de modelos corporales varía según el tipo de programa que se atienda: las telenovelas incrementan la sensación de insatisfacción con el propio cuerpo de la paciente, los videoclips incrementan la necesidad de enflacar y perder peso en extremo (Monro, 2005).
- En particular en el caso de las imágenes presentadas en las revistas, Monro y su equipo encontraron que la exposición a imágenes idealizadas aumenta la sensación de vergüenza hacia el cuerpo de la persona, sobre todo en personas con la tendencia a autoexigirse o a ser más demandantes consigo mismas. En este tipo de personas, aumenta notablemente la de ansiedad tras haber tenido exposición a este tipo de imágenes.
- Estos investigadores encontraron que no hay relación importante entre el contexto del mensaje en el que se presente el ideal corporal: es decir, no afecta lo que esté anunciando la modelo; afecta la sola presencia de la modelo (Monro, 2005).
- Posavac cita que las mujeres mencionan a los medios de comunicación como la fuente de mayor presión en torno a la importancia de la figura esbelta. Sin embargo, el impacto no es en un solo sentido: depende de las características personales de la paciente, identificándose que a pesar de que una mujer perciba una gran diferencia entre el modelo que presentan los medios y su propio cuerpo, la generación de angustia o el sentimiento de inferioridad dependen de la autoestima de la paciente o del autoconcepto que se haya formado (Posavac, 2002).
- Con el objetivo de saber si el efecto de los medios y de la publicidad está directamente relacionado con la imagen particular de las modelos, Halliwell analizó el impacto del mismo mensaje pero utilizando modelos con cuerpos promedio y modelos con cuerpos muy delgados.
  - Encontraron que el impacto del mensaje *per se* no se afecta de acuerdo al modelo; lo que cambia es el sentimiento de inferioridad que la audiencia desarrolla cuando se presentan modelos muy delgadas o modelos con cuerpos promedio.
  - Esta investigadora sugiere que el empleo de modelos con cuerpos normales puede disminuir la incidencia de desórdenes y de mala autoimagen, sin afectar los fines publicitarios de los anuncios (Halliwell, 2005).
- Salazar hace una revisión bibliográfica al respecto del impacto de la publicidad en revistas, así como una investigación propia. Con relación a la investigación bibliográfica cita que:
  - En España, Toro y Villardel revisaron el 80% de las revistas femeninas y encontraron que el 25% de los anuncios incluidos en ellas invitan directa o indirectamente a perder peso, argumentando, en un 55%, razones estéticas y solo en un 19% razones de salud.
  - Harrison y Cantor, en 1997, analizaron la relación entre desórdenes de la alimentación y medios de comunicación y encontraron que el consumo de medios predijo significativamente la sintomatología de los desórdenes alimenticios en mujeres, sobre todo como consecuencia del consumo de revistas, más que de programas de televisión.
  - Young y colaboradores, en 2001, trabajaron con 120 mujeres de menos de 30 años y encontraron que la influencia de los medios interactúa con la insatisfacción corporal incrementando la posibilidad de una conducta bulímica.
  - En 2004 Hargraves y Tiggermann analizaron el consumo de medios entre jóvenes australianos y encontraron que los comerciales con imágenes corporales idealizadas aumentan la insatisfacción corporal y el mal humor en mujeres, pero no en hombres.
  - A las mismas conclusiones llegaron Birkeland y colaboradores, en la Universidad de Florida, en 2005.
- Por su propio esfuerzo, Salazar analizó una revista femenina (Perfil) de Costa Rica dirigida a un público femenino de entre 18 y 45 años, y encontró que esta revista, a través tanto de la publicidad que incluye, como del mismo contenido editorial, fomenta un patrón estético corporal de mujer delgada y flaca: de cada 1.2 anuncios publicados, uno invita a tener una imagen más bella, por lo que, de manera directa e indirecta, los mensajes señalan la necesidad de modificar el cuerpo para alcanzar el estándar definido por las modelos (Salazar, 2007).

- Estudiosos de EEUUAA se cuestionan si el slogan de diferentes medios de comunicación, específicamente revistas femeninas, realmente es congruente con su contenido:
  - La revista *Self* por ejemplo tiene como slogan "ser lo mejor de ti";
  - La revista *Fitness* tiene el slogan "mente, cuerpo y espíritu".
  - La pregunta es si estos slogans sustentan el contenido editorial y la tendencia que priva en los artículos que incluyen y la publicidad que aceptan (Aubrey, 2008).
- Hamburg, psiquiatra de la Escuela de Medicina de Harvard especula sobre la publicidad como "normalizadora" de cuerpos irreales para estimular un deseo no satisfecho. A pesar de que la mayoría del trabajo de investigación realizado al respecto proviene de EEUUAA y Europa, la tecnología y la multiplicación de un mensaje en todo el mundo, que eliminan la barrera espacio-temporal, explica cómo estos conceptos alcanzan otras latitudes y son aceptados por distintos grupos (Aubrey, 2008).

## RESUMEN

*Como se ha expuesto, el entorno familiar y los medios de comunicación tienen un impacto importante en el desarrollo de desórdenes de la alimentación. Si los padres, ambos o uno, fueron dominantes, si ellos mismos tuvieron sobrepeso y/o obesidad y si los padres le dan un valor preponderante a la figura esbelta, es factible que se desarrolle un desorden en la alimentación.*

*Si además se considera que los medios de comunicación exponen una imagen corporal esbelta que se presenta como el ejemplo y que los mismos medios hacen una prácticamente nula de conceptos de salud y alimentación, es factible concluir que la combinación de todos estos factores puede tener un efecto en la educación que una madre que fue bulímica imparta a sus hijos.*

*Esto es especialmente relevante porque, a pesar de que los medios de comunicación podrían servir también como un medio de educación en salud, actualmente se utilizan muy poco con tal fin y muy pocas veces incluyen información relevante y/o certera.*

*Es decir: nos enfrentamos a los medios de comunicación que han impuesto un ideal corporal esbelto y que logran influir determinadamente en un sector de la población en el cual se combinan además ciertas características psicológicas, sociales y culturales, sin que exista un contrapeso representado por los medios de comunicación como vía de educación en nutrición y en salud.*

# METODOLOGIA

**Tipo de Estudio:** Cualitativo  
**Técnica:** Entrevistas a profundidad

## ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD: DEFINICION

Se definen como entrevistas personales poco estructuradas, donde el entrevistador está capacitado para sondear y obtener respuestas detalladas a cada pregunta (Mc Daniel, 1999):

- Son entrevistas semiestandarizadas, ya que el entrevistador posee una guía de tópicos a cubrir pero carece de un cuestionario formalizado que defina el orden de las preguntas.
- El entrevistador debe tener la capacidad de profundizar en las temáticas no previstas para adentrarse en la subjetividad del entrevistado, siempre en relación al tema de investigación, facilitando las respuestas mediante tácticas de acercamiento interpersonal.
- Además se requiere de un conocimiento previo de los entrevistados o al menos de las características o perfiles que se pretenden (Berganza, 2005)

Sus principales ventajas son:

- Las preguntas abiertas imprimen flexibilidad y permiten respuestas no anticipadas.
- Se fomenta la improvisación y la exploración de nuevas hipótesis alternativas no consideradas por el investigador, lo cual permite descubrir sentimientos, motivaciones y tendencias relevantes (Berganza, 2005)
- Se elimina la presión de grupo.
- El entrevistado tiene toda la atención del entrevistador.
- El entrevistado adquiere una mayor conciencia e involucramiento en el tema.
- La relación uno a uno puede facilitar el flujo de la información.

Sus desventajas son que son mucho más costosas y que pueden ser muy agotadoras para el entrevistador (Mc Daniel, 1999).

La técnica de la entrevista puede considerarse como un arte más que como una habilidad, o como la aplicación de una serie de procedimientos científicos formalizados.

Las funciones que ha de cumplir la entrevista son:

- Obtener información acerca de las entidades comunicativas.
- Facilitar el análisis de las relaciones entre dichas entidades.
- Influir en el conocimiento de la conducta comunicativa que no es fácilmente identificables mediante otras metodologías.
- Ejercer un efecto clarificador en los procesos de inducción y deducción analíticos.

Su éxito depende de que se desarrolle de forma que facilite el intercambio de ideas propio de una conversación pero con la línea de orientación de la búsqueda científica.

Por ello su ejecución y el análisis no se consideran como una ciencia exacta y el conocimiento de sus normas no impide la iniciativa personal ni tampoco los errores que podrían presentarse al realizarla (Berganza, 2005 )

Las fases de la entrevista son:

1. Fase preliminar: se conforma a su vez por los siguientes pasos:
  - a. Comprobación de la pertinencia de uso de la técnica.
  - b. Muestreo: definición de perfiles y características de los sujetos a entrevistar.
  - c. Presentación del entrevistador.
  - d. Preparación de los aspectos contextuales, tales como generación de un clima propicio para el diálogo, aspecto y conducta del entrevistador, contexto ambiental, etc.
2. Fase de desarrollo: Incluye los siguientes pasos:
  - a. Primer contacto con el entrevistado, donde se ratifica la disposición del sujeto para la interacción, la logística para realizar la entrevista, etc. Se inicia con lo que se conoce como "rapport", que es la generación de confianza y apertura entre entrevistador y entrevistado.
  - b. Formulación de preguntas, para lo cual se debe evitar una actitud inquisitoria para evitar que se desvíe la conversación a temas ajenos, evitar la incomprendibilidad de las preguntas, generar preguntas breves y dar tiempo a la reflexión del entrevistado. El tiempo de respuesta y el inicio de una nueva pregunta se delimita a partir de que:
    - i. El entrevistado interrumpa voluntariamente la dinámica y solicite una nueva pregunta.
    - ii. El entrevistador aborte el tema porque no lo considere relevante.
    - iii. El entrevistador aproveche la mención de un tema por parte del entrevistado para formular la pregunta pertinente.
  - c. Registro de datos: que se debe hacer de forma de audio grabación, con el consentimiento previo del entrevistado, y con el apoyo de notas adicionales.

3. Fase de análisis: el resultado de la entrevista es un conjunto de manifestaciones verbales y no verbales que debe estudiarse, analizarse e interpretarse como sigue:
  - a. De forma exploratoria de las cuestiones que suscitan la investigación; la interpretación de los puntos relevantes se hace mediante inducción simple por parte del investigador.
  - b. Por medio del análisis de contenido: la transcripción se codifica en categorías de respuestas y se contabilizan o identifican las frecuencia de temáticas más significativas.
  - c. El contenido textual de las entrevistas se analiza a partir de técnicas y modelos basados en sociolingüística y semiótica (Berganza, 2005).



## DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

### Perfil del entrevistado:

- a) Grupo A: Madres que padecen o padecieron bulimia nerviosa, que tienen entre 35 y 50 años, y que tienen al menos una hija en edad de 8 a 18 años. Que pertenecen a niveles socioeconómicos AB/C+ , de acuerdo a la última metodología de clasificación definida por AMAI (López Romo, 2008). Que residen en la Ciudad de México.
- b) Grupo B: Madres con iguales características que las citadas en el párrafo anterior, pero que NO padecen ni padecieron la enfermedad, con el fin de que operen como grupo Control en el estudio

### Alcance, Cobertura, Plazas:

3 madres que padecieron Bulimia y 3 madres que no la padecieron, en la Ciudad de México y área metropolitana.

### Logística de las entrevistas:

- Todas las entrevistadas se identificarán con documento de identificación oficial: Credencial IFE o pasaporte.
- Todos los documentos de identificación se conservarán en fotocopia.
- Las entrevistas se basan en las Guías de Tópicos que se incluyen en los Anexos 1 y 2.
- Todas las entrevistas serán audiograbadas previo consentimiento del entrevistado, y transcritas.
- La identidad de las entrevistadas se mantiene Confidencial.

## CRITERIOS DE ANALISIS

A. Retomando los conceptos de Giménez para lograr una interpretación objetiva de los hechos sociales, se incorporan herramientas de análisis que son el Análisis Histórico Social, el Análisis Interpretativo y la Semiótica. La relación entre los conceptos encontrados en las entrevistas a profundidad se analizan, como se ha expuesto, con base en las teorías de la comunicación presentadas anteriormente, pero se les enmarca a la luz de estas herramientas de análisis:

**Análisis histórico social:** La presión hacia la imagen corporal esbelta aumenta de forma significativa desde 1960 hasta 1980; de 1980 a 1990 se redujo y a partir de los 90 se empieza a hablar de estas enfermedades (los desórdenes alimenticios como bulimia, anorexia, vigorexia) como algo indeseable, evitable y necesario de erradicar (Casper, 2001; Vega, 2005; Crowther, 2008).

Se cree que la percepción de presión se debe a que la mujer actual piensa que, si no logra el ideal corporal definido socialmente, difícilmente brillará en otras arenas (Casper, 2001; Vega, 2005). Esto puede canalizarse como conductas obsesivo compulsivas en torno a los hábitos alimenticios (Casper, 2001).

El aumento en la incidencia de obesidad y sobrepeso a nivel mundial (OMS, 2003), el descubrimiento de su relación con enfermedades potencialmente mortales, el desarrollo de la industria de la moda y del entretenimiento que se inclinan hacia la imagen delgada, contribuyen a la búsqueda de alcanzar el ideal corporal delgado que se establece como socialmente exitoso (Yates, 1992).

*¿Cómo se relacionará con el material de análisis de este trabajo?*

*Analizando el impacto de estos factores en cada una de las entrevistadas para encontrar si existen diferencias entre las mujeres que tuvieron bulimia de jóvenes y las que no la padecieron.*

**Análisis interpretativo:** El entorno histórico social, donde se condena la obesidad como factor de riesgo para la salud y como concepto contrario al ideal estético definido por la industria cultural y divulgado a través de los medios de comunicación, genera la idea de que para ser feliz no basta con alcanzar logros profesionales personales o académicos: parecería que es indispensable tener una figura esbelta para que la sensación de logro sea completa.

*¿Cómo se relacionará con el material de análisis de este trabajo?*

*Identificando hasta qué grado para cada una de las entrevistadas, de acuerdo a la clasificación primaria de haber padecido o no haber padecido bulimia, la obesidad es un factor de rechazo y la esbeltez, de aceptación.*

**Análisis Semiótico:** Entendiendo la semiótica como el estudio del rol de los signos en la vida social, numerosos trabajos evidencian el importante significado que se le da a la imagen corporal esbelta como signo de éxito y felicidad, sobre todo en el mundo occidental (Salazar, 2007).

*Por ello el análisis semiótico cobra especial relevancia ya que, en este trabajo, permitirá identificar el significado que cada tipo de mujer entrevistada le da a la figura esbelta para sí misma, para sus pares, para sus hijas y para el entorno en general.*

B. Considerando las teorías que se han tomado en cuenta para identificar las influencias del entorno en el desarrollo de la personalidad de la madre, los criterios elegidos a partir de cada teoría y lo que se espera para cada tipo de mamá se exponen en el siguiente cuadro:

<b><u>BERGER Y LUCKMAN/ SEARLE</u></b>	<b>Madre bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
<b>SOCIALIZACION PRIMARIA – Infancia</b>		
Madre bulímica o ex bulímica.	No necesariamente	No necesariamente
Madre obesa o ex obesa.	Muy posiblemente	No necesariamente
Padre o madre dominante.	Si	No
Educación en hábitos adecuados en nutrición.	No	No
Educación en hábitos adecuados en ejercicio.	No: ejercicio como hobbie	No: ejercicio como hobbie
<b>SOCIALIZACION SECUNDARIA- Infancia</b>	<b>Madre bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
Padres definen altos estándares	Si	No necesariamente
Madre o padre atentos al peso de la hija.	Si	No
Madre o padre valoran la figura esbelta.	Si	No necesariamente
Escuela imparte buenos hábitos alimenticios.	No necesariamente	No necesariamente
Escuela fomenta la cultura del deporte.	No necesariamente	No necesariamente
Haber sido niña gordita.	No necesariamente	No
Relación tensa entre los padres.	Si	No necesariamente
<b>SOCIALIZACION SECUNDARIA- Adolescencia</b>	<b>Madre bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
Padres definen altos estándares de desempeño	Si	No necesariamente
Madre o padre atentos al peso de la hija.	Si	No
Madre o padre valoran la figura esbelta.	Si	No necesariamente
Escuela imparte buenos hábitos alimenticios.	No necesariamente	No necesariamente
Escuela fomenta la cultura del deporte.	No necesariamente	No necesariamente
Haber sido niña gordita.	No necesariamente	No
Relación tensa entre los padres.	Si	No necesariamente
Percepción de presión del entorno.	Si	No se percibe
Autoestima	Base: imagen y pertenencia	Basada en la persona integral
Autopercepción corporal.	Mala	Adecuada
Reacción.	Desorden alimenticio	Preocupación normal

<b>SOCIALIZACION SECUNDARIA- Vida adulta</b>	<b>Madre bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
Hábitos de alimentación.	Punto de quiebre hacia la recuperación	Dietas eventuales para perder peso
Autoestima.	Basada en imagen y pertenencia	Basada en la persona
Autopercepción corporal.	Mala	Adecuada
<b>SOCIALIZACION SECUNDARIA- Maternidad</b>	<b>Madre bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
Vivencia del embarazo.	Recaídas en alguno, superación ten alguno	
Enseñanza de buenos hábitos alimenticios.	Énfasis en salud.	Énfasis: un estilo de vida
Cultura familiar del ejercicio como hábito.	Como estilo de vida	Como estilo de vida
Atención al peso de las hijas.	No	Si
Atención al peso de los hijos.	No	No
Hijos: Concepto de autoestima basado en...	Valor por lo que se es	Pertenecer, ser admirados
Entorno: atención a la esbeltez.	Si	Si
Escuela: nutrición y de ejercicio.	Si	Si

<b><u>COMPARACION SOCIAL DE FESTINGER</u></b>	<b>Madre no bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
Competencia con los pares.	Si	No
Entorno: imagen corporal esbelta como ideal	Si. Alto	No necesariamente

<b><u>CONOCIMIENTO SOCIAL</u></b>	<b>Madre bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
Necesidad de aprobación social	Si- bastante	Si. Normal
Conductas para alcanzar la imagen corporal aceptada	Si	No

<u>INTERACCIONISMO SIMBOLICO – roles</u>	Madre no bulímica	Madre no bulímica
<b>Infancia y adolescencia</b>		
Rol percibido: las delgadas tienen éxito	Si	Si
Rol percibido: hay que ser delgada para pertenecer	Si	No
<b>Vida adulta- rol como madre y esposa</b>		
Rol percibido: soy equilibrada por dentro y por fuera: oculto la enfermedad	Si	No necesariamente
<b>Rol como madre:</b>	<b>Madre bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
Rol percibido: soy equilibrada y nunca tuve problemas con los alimentos	Si	
Rol percibido: hijos exitosos	Que destaque en lo que la haga feliz	Hija bonita y admirada. Hijo que sea líder y reconocido.

Otros aspectos del entorno:

- Papel que se les atribuye a los medios de comunicación masiva (TV, radio, medios impresos) en la difusión de información general sobre la enfermedad, desde la perspectiva de cada tipo de madre entrevistada.
- Determinar cómo se documentan en el tema las madres, si es que lo hacen.

## HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION

### HIPÓTESIS NULA

En un entorno cultural donde la imagen corporal esbelta es sinónimo de aceptación, inclusión, admiración y pertenencia, donde esta imagen es promovida por los medios de comunicación masivos y donde se combate la obesidad como un problema de salud pública, *las madres de adolescentes, que durante su juventud padecieron bulimia, son mas susceptibles a tener problemas para inculcar hábitos de alimentación sanos en sus hijos*. Esto, debido a que ellas mismas han tendido a buscar la esbeltez y a evitar el sobrepeso a toda costa.

### HIPÓTESIS ALTERNATIVA

En un entorno cultural donde la imagen corporal esbelta es sinónimo de aceptación, inclusión, admiración y pertenencia, donde esta imagen es promovida por los medios de comunicación masivos y donde se combate la obesidad como un problema de salud pública, *las madres de adolescentes, que durante su juventud padecieron bulimia, están mas capacitadas para inculcar hábitos de alimentación sanos en sus hijos*. Esto, debido a que ellas mismas han tendido a buscar la esbeltez y a evitar el sobrepeso a toda costa.

## RESULTADOS

A continuación se remiten los principales hallazgos de las seis entrevistas en profundidad, relacionados con base en los puntos de análisis que se consideraron en la Metodología. Los nombres de las personas entrevistadas han sido cambiados por motivos de confidencialidad; a continuación se describen sus principales características:

	Nombre	Edad	Hijas	Hijos	Profesión	Trabaja	Edo civil	Imagen paterna en el hogar
No bulímicas	Alejandra	41	1	3	Abogada	Si	Casada en 2as nupcias	Si
	Mayela	43	1	1	Administradora	Si	Casada en 2as nupcias	Si
	Fernanda	49	1	1	Ama de casa	Si	Casada	Si
Bulímicas	Ana	49	1	2	Decoradora	Si	Casada	Si
	Rosario	42	2	0	Abogada	Si	Divorciada	Si
	María	45	1	1	Financiera	Si	Divorciada	Si

### INTERPRETACION OBJETIVA DE GIMENEZ:

- Análisis histórico social: La historia de cada una de las entrevistadas.
- Análisis interpretativo: La idea de la figura esbelta como ideal a seguir, para ellas mismas y para sus hijos.
- Análisis Semiótico: El significado social de la figura esbelta.

#### **NO BULÍMICAS**

##### **ALEJANDRA.**

Es la tercera hija de una familia de cuatro y la segunda mujer. Se formó en una familia de clase media en la cual los padres cumplen con el estereotipo de los años 70's donde la principal ocupación de la madre es el hogar y donde el sustento es responsabilidad cien por ciento del padre. Su padre proviene de una familia de clase media baja y con base en trabajo arduo logró mejorar significativamente su condición socioeconómica, de modo que el ambiente social y económico que les dio a sus hijos fue , muy distinto al que él tuvo.

Los padres de Alejandra se preocuparon por cultivar en sus hijos otros intereses aparte de la escuela y les formaron hábitos de cultura del deporte y del arte desde pequeños.

El hecho de tener un padre muy logrado por sí mismo económicamente parece haber influido en crear en sus hijos, particularmente en Alejandra, la idea de que el talento es multifactorial y no está atado a una sola cosa como pudiera ser el aspecto físico.

Estudió en escuelas privadas: la primaria en una escuela mixta, lo que facilitó su natural desenvolvimiento entre el sexo masculino; posteriormente en secundaria y preparatoria acudido a una escuela de mujeres y terminó cursando la carrera de derecho en la Universidad Iberoamericana del Distrito Federal.

Aunque en su hogar Alejandra nunca se condenó ni el sobrepeso ni la obesidad, tampoco hubo énfasis en recalcar la idea de mantener una figura esbelta. Es importante señalar que en esta familia ningún familiar padeció sobrepeso nunca, por lo cual el tema no fue nunca parte de la dinámica familiar.

Por ello Alejandra creció para ser una mujer muy segura de sí misma de manera integral. A pesar de que durante sus años de adolescencia y juventud temprana, en su entorno ya existía el concepto de esbeltez como algo estético y deseable, ella nunca sintió este tema como algo que le afectara ya que siempre tuvo una figura delgada. Tampoco se percató de que entre sus pares existiera esta presión, a pesar de que ahora sabe que su mejor amiga en ese entonces era bulímica.

El tema del peso como algo que le afectara se dio hasta sus embarazos, al recibir comentarios no muy gratos por parte de su entonces pareja en el sentido de que era importante que recuperara su peso. Sin embargo, y a pesar de que nunca logró recuperar su figura esbelta de la primera juventud, para ella el peso es importante desde el punto de vista Salud.

Alejandra actualmente está casada en segundas nupcias. Tiene dos hijos varones de su primer matrimonio y funge como madre de la hija y el hijo de su segundo esposo. Siendo ahora madre de una niña, se da cuenta de que el entorno juega una presión importante tanto para la niña como para los niños, pero ella se mantiene firme en cultivar en los cuatro niños una cultura de educación en nutrición como un medio para mantener la salud, no como un medio para tener status.

Tanto desde su adolescencia como en la actualidad, Ale pertenece a un nivel socioeconómico alto donde los cuatro hijos acuden a escuelas privadas, católicas. Su marido es el principal sostén del hogar y la contribución económica de ella no es indispensable. Tiene un nivel de vida bastante holgado, con vacaciones fuera de la ciudad al menos dos veces al año y fuera del país, una vez al año.

MAYELA.

Es la más chica de una familia de 6 hijos; la segunda mujer. Como en el caso de Alejandra, en la familia de Maye los padres jugaron los roles tradicionales de madre ama de casa y padre proveedor. Es importante señalar que la madre falleció cuando ella tenía 12 años, lo cual pudo influir en que ella no tuviera una influencia particular en cuanto a la esbeltez como símbolo de belleza por parte de su madre, dado que además, la distancia en edad con su única hermana es bastante.



La familia de Mayela perteneció también a un nivel socioeconómico medio, donde la educación no tuvo énfasis especial ni en cuanto al deporte ni en cuanto a la nutrición. La alimentación era parte de la rutina diaria y no se cuestionaba en cuanto a sus efectos para la salud ni para la figura: se comía lo que se servía, así como parte del día: uno se despierta, se baña, va a la escuela y come.....

En la familia de Mayela se fomentó que todo logro personal y profesional se derivaba del esfuerzo y del trabajo: la seguridad y la autoestima, por ende, se forjaron en torno a esto, de modo que tanto Mayela como su hermana y dos de sus hermanos han tenido logros profesionales y económicos muy importantes.

A pesar de que se casó en primeras nupcias a edad temprana, Mayela siempre cultivó una vida profesional y de trabajo que, más que su físico, cimentaron su identidad y su seguridad personal. Esta situación aumentó una vez casada y ya siendo madre, debido a que se convirtió en el principal sostén económico de su nuevo hogar: el logro profesional fue lo realmente trascendental para ella. Logró que sus hijos estudiaran en escuelas privadas, mantuvo siempre un buen nivel de vida para ellos y siempre con la satisfacción, que ella reconoce, de haber logrado todo esto con base en su capacidad profesional.

El peso nunca fue un tema tampoco: siempre tuvo una figura esbelta y durante sus embarazos tampoco sufrió de una ganancia de peso excesiva. Dentro del entorno laboral, tener una buena imagen tenía importancia pero pensando en una buena imagen completa: de higiene, de arreglo, no de necesariamente de estar delgada.

Actualmente, para sí misma, Mayela tiene una disciplina de alimentación y deporte muy equilibrados pero con el fin de mantener su salud, como parte de una personalidad equilibrada, no con el fin de estar delgada.

Puede decirse que el peso para ella, cobró importancia hasta que tuvo que educar a sus hijos preadolescentes. Madre de una niña y un niño, se percató del aumento de peso en su hija en cierto momento y sí tuvo una conducta rígida para que la niña recuperara una figura esbelta. Parece ser que en este momento, al contemplar el desarrollo social de sus hijos, sí se percata de la presión del entorno y adopta como importante el tener una figura esbelta.

Es hasta este momento en que también se fija más en su propia figura, pero con una visión podría decirse que más holística: para mantenerse sana, para tener un equilibrio personal y para ser un ejemplo para sus hijos. En el caso de la figura del niño, nunca fue una preocupación para ella, no solo porque el niño nunca presentó sobrepeso sino porque ella misma reconoce que no percibe presión hacia el sexo masculino sino hacia el femenino.

Debido a que el peso cobró importancia para Mayela ya que sus hijos fueron adolescentes, no le fue posible inculcar una cultura de nutrición desde edad temprana, sino en un momento en que quizás el mismo momento de vida de la hija: la adolescencia, complicó la transmisión de estos conceptos.

Actualmente Mayela está casada en segundas nupcias y nuevamente es el principal sostén económico de su familia. Hay un giro importante en su vida profesional: su involucramiento con el tema de la salud es tal que ahora su vida profesional está centrada alrededor de esto, pero con una visión muy completa que contempla la salud mental y corporal.

## FERNANDA.

La de mayor edad del grupo de entrevistadas, Fernanda proviene de una familia trabajadora de provincia, de clase media, donde también los padres realizaron los roles tradicionales de mamá avocada al hogar y padre proveedor.

Como en el caso de Alejandra y Mayela, la alimentación durante su infancia y adolescencia era parte de una rutina diaria, era una actividad más que no se cuestionaba y a la cual, además, no se le veían significados más allá del mero hecho de comer y convivir con la familia. Sí recuerda que muchos acontecimientos sociales giraban en torno a la comida, y que los momentos de celebrar dos de las tres comidas del día eran los momentos de principal convivencia familiar. De esta forma la comida era parte de una rutina cálida de convivencia, con un significado familiar emocional muy independiente de la implicación de la comida con la salud y el bienestar.

Fernanda definitivamente siente el tema de la preocupación por la figura como algo totalmente alejado a su realidad cotidiana durante su infancia y adolescencia. No solo porque en su casa nunca fue un tema sino porque ella nunca padeció problemas de sobrepeso. En esto hay una similitud muy fuerte con el caso de Alejandra.

Con Fernanda además sobresale un factor que me parece difícil de encontrar en muchas mujeres: no hay, ni había en su juventud, una competencia con las personas del mismo sexo en cuanto a destacar por el aspecto físico. Fernanda dice que desde la adolescencia se dio cuenta de que había pares con una apariencia más atractiva que la de ella, que quizás llamaban más la atención del sexo opuesto que ella, pero nunca fue un tema incómodo para ella: ella buscó estar bien por y para ella.

Dentro de su familia nuclear, todos los hermanos se han desarrollado profesionalmente cumpliendo, de alguna forma, con el objetivo de los padres trabajadores de impulsar a su descendencia hacia algo más que lo que ellos vivieron. Sin embargo, dentro de su núcleo familiar original parece ser que la persona que destaca por sus logros profesionales es, definitivamente, Fernanda, quien estudió la carrera de Medicina y desde sus primeros años dentro del ámbito laboral ocupó puestos ejecutivos con importante nivel de decisión, primero dentro del servicio público y posteriormente en una empresa trasnacional dedicada a la salud, donde destacó por sus logros comerciales.

Fernanda tiene una vida de pareja muy estable, de casi veinte años. Muchos años su aportación económica fue una contribución indispensable para la familia pero desde hace alrededor de cinco años, no lo es más y su ingreso es totalmente dispensable. Sus hijos estudian en escuelas privadas y como familia tienen un nivel de vida muy cómodo, con diversiones, más de tres periodos vacacionales al año, casa de descanso fuera de la ciudad, etc.

Madre de una niña de 15 y un niño de 18, Fernanda sí se ha dado cuenta de la importancia del peso y de la apariencia en el desarrollo social de una persona. Lo ha vivido más al observar a sus hijos que es su caso personal (a pesar de que ella es una mujer sumamente cuidada, arreglada y pendiente de su bienestar físico y emocional).

Fernanda dice que en el ambiente de su hijo varón, si se critica a los compañeros y compañeras con exceso de peso, quienes tienen dificultad de ingresar a los diversos grupos de amigos característicos

de esa edad. Relata también que a su hijo, por el contrario, lo halagan mucho por ser una persona de figura atlética, derivada de una elevada dedicación al deporte.

Fernanda nota también que en el ambiente de su hija hay presión hacia el peso y aquí sí se fija mucho en el desarrollo que tenga la niña. En su casa siempre ha habido un enfoque de nutrición más que de satisfacción hacia los alimentos, derivado de la formación profesional de Fernanda, pero ahora que los hijos son adolescentes, se evita a toda costa el acceso a alimentos que pudieran dañar la figura, sobre todo, de su hija.

Fernanda reconoce sin ninguna duda que para ella es mucho más importante que su hija se mantenga delgada a que su hijo lo haga. Como en el caso Mayela hay un sesgo importante derivado del género.

## **BULMICAS**

### **ANA**

Ana pertenece a una familia de clase media alta de la ciudad de México, igualmente se trata de una familia con madre dedicada al hogar y padre proveedor. En su plática, aun ante la pregunta expresa, hay poca mención del padre y de los hermanos. Permite interpretar un hogar donde el padre era controlador y dominador en extremo, donde la madre hacía lo que el padre indicaba y eso se esperaba también de los hijos. Además de esta situación de mando fuerte por parte del padre, Ana menciona una relación distante y seca entre sus padres; indica que su madre alguna vez se sinceró con ella diciéndole que su matrimonio era un error; sin embargo los padres siguieron juntos y llevan ya 52 años de casados.

Además de la relación tensa entre los padres, Ana indica que su papá tendía a reprobar las acciones de sus hijos o bien, a exigirles demasiado. Parece ser que definiera parámetros de desempeño muy elevados para los hijos.

Ana acepta, y se percibe en su plática, que tuvo una tendencia fuerte a la depresión. No indica si esto se debe al ambiente de un hogar disfuncional, pero sí habla de varios momentos en su vida en que la depresión alcanzó niveles importantes.

Respecto a los hábitos alimenticios Ana no recuerda ningún tipo de educación en nutrición por parte de su madre; más bien recuerda, como las otras entrevistadas, que la comida era parte de la rutina, algo más que debía hacerse durante el día. La comida no tenía connotación positiva o negativa; era simplemente algo más con qué cumplir y tan era así que no había alimentos buenos o malos.

Durante su adolescencia tardía Ana ingresó a un grupo de teatro. Relata que entre descansos algunas de sus compañeras y ella se aficionaron a una tienda de golosinas que empezaron a frecuentar. Parece ser que esta afición afectó el peso de Ana, de modo que ella recuerda que en un momento dado su madre le hizo notar que "se estaba poniendo gorda" y le dijo que dejara de comer cosas así. El sentido de competencia vs miembros de su mismo sexo se exacerbó a partir de este momento, de modo que Ana empezó a comparar su figura con la de sus compañeras del teatro y es entonces cuando descubre la bulimia (combinando vómito con uso de laxantes) como el remedio perfecto.

A pesar de haber vivido 10 años combinando estas prácticas, Ana en algún momento que no identifica claramente, reconoce que estas medidas no eran nada adecuadas. A pesar de que se convirtió en una maestra para que ni sus compañeros ni sus familiares se dieran cuenta de lo que hacía, empezó a tener consecuencias como acidez, daño a los dientes, etc., que también ocultó a la perfección. Pero algo se detonó en su ser, un sentido de responsabilidad personal que en un momento dado hizo que, a través de la escucha de un programa de radio sobre afecciones de obsesión y compulsión, reconociera su enfermedad y decidiera salir adelante.

Dejó la enfermedad por completo, conoció a su actual marido y se convirtió en madre. Ana no ha ocultado su historia a su esposo; desde novios él sabía y ella reconoce que él nunca ha criticado su figura, la apoya en todo momento y la hace sentir bonita y atractiva.

Como en su familia nuclear, Ana vive una situación económica muy cómoda, quizás incluso superior a la de su niñez. Estudió carrera profesional pero se dedica hoy a las manualidades como negocio propio, cuyo resultado no es indispensable para el ingreso familiar sino que más bien se practica como entretenimiento. Tiene tres hijos, dos niños y una niña, que acuden a escuelas particulares, tienen varias clases extra-académicas que les permiten tener una educación en otros ámbitos como deportes y arte y gozan de entretenimientos y vacaciones en extremo.

Ana se ha documentado en cuestiones de educación en nutrición a partir de su recuperación y ha creado en sus hijos un claro concepto del rol de los alimentos en la salud. Ella cuida el peso de los tres de la misma forma, sin importar el género. Pero más que cuidar su peso, lo que ha cuidado mucho es el sentido de valía y de autoestima que cada uno de sus hijos tiene hacia sí mismo. Está decidida a que ellos sepan que su valor personal va más allá de su figura o apariencia, pero a la vez vigila que ellos aprenda a mantener una adecuada apariencia ni por status o por reconocimiento, sino como un reflejo de un estado de salud.

El peso, sin embargo, sigue siendo una preocupación constante para Ana. Pero ahora lo aborda de una forma totalmente adecuada: vigila con severidad su alimentación y hace mucho ejercicio....sigue siendo todo un tema para ella.

## MARIA

Lo primero que sobresale en la conversación con María es que no hay remembranza hacia figura paterna alguna ni hacia ningún hermano o hermana. Sin decirlo claramente se interpreta que la relación con la madre fue tensa, fue dura, y se aprecia que se trata de un hogar uniparental con una hija única donde la madre desarrolló una relación de control y crítica hacia la hija.

Creció en un nivel socioeconómico medio alto y tuvo acceso a educación en escuelas privadas siempre; desde primaria hasta la licenciatura.

María relata que en su hogar el rol de la alimentación nunca se cuestionó y que, como en el caso de todas las entrevistadas, la comida o el acto de alimentarse tres veces al día era algo que formaba parte de a rutina diaria. Indica que jamás hubo un mensaje de "hay que comer de tal o cual forma para estar sano".

Sin embargo, María menciona que en un determinado momento de su vida encontró en la comida cercanía y calidez accesibles. Bastaba con ir a la cocina y abrir cualquier anaquel para encontrar algo incondicional que le daba satisfacción. Ella misma dice, tal cual, que con la comida podía llenar un hueco que constantemente sentía.

María identifica claramente el momento en que el asunto del peso se volvió un tema para ella. Dice que alrededor de los trece años, ahora interpreta que quizás por un temor de su madre de verla crecer, la madre empezó a presionarla mucho con que no engordara y con que cuidara su alimentación. Dice que en realidad no tenía sobrepeso pero que la madre la sometió a varias dietas de moda, como la de la Luna, y esto se convirtió en una dinámica de relación durante su adolescencia y juventud.

Este hecho hizo que ella creara una imagen corporal de sí misma de mujer gorda, y además, hizo que ella estableciera una especie de competencia con todos sus pares del sexo femenino. Relata que veía a todas sus compañeras delgadísimas aunque quizás no lo fueran, mientras que se concebía a sí misma como una mujer gorda, con sobrepeso.

Hoy día identifica perfectamente cómo se desarrolló la bulimia: se generó en ella la necesidad imperiosa de eliminar la figura obesa que según ella tenía pero no quería dejar la calidez que le brindaba la comida, la comida que era como una amistad incondicional y siempre accesible. Entonces, en un momento en el que vomitó por enfermedad, sacó deducciones y pensó que ése era le método perfecto para no perderse la calidez de la comida pero sin tener consecuencias negativas en su cuerpo.

Se familiarizó tanto con la bulimia que sabía calcular perfecto el tiempo que debe transcurrir entre alimentarse y vomitar, encontró métodos para que ni sus parejas ni sus amigas ni la familia se dieran cuenta de lo que hacía, hasta que pasaron los años y empezó a tener consecuencias graves en su salud: daño a los dientes, ruptura visible de bazo sanguíneos en la cara, uñas frágiles, acidez y gastritis entre otros males son los que relata. Poco a poco entonces hizo conciencia de que esto no era adecuado para su bienestar.

Posteriormente María se casó y tuvo dos hijos (niño y niña) y se divorció. Es una profesionalista muy destacada en su ramo, ha ocupado posiciones de alta jerarquía y decisión y ha tenido roles con responsabilidad internacional. Como madre divorciada comparte la manutención de los hijos, quienes estudian en escuelas privadas y tienen numerosas clases en otros horarios, que complementan su formación extra-académica.

Compartió con su pareja su enfermedad, como algo pasado, pero no siente que él ni la haya apoyado ni tampoco la haya juzgado: fue indiferente ante esto. Manifiesta que en su primer embarazo siguió vomitando, con enorme culpa y con afectación para el bebé.

Un día, encontrándose en una terapia de grupo a la que había acudido para revolver otro tema, alguna compañera relató que era bulímica y María se identificó con ella. Mas que eso: en ese momento decidió terminar la enfermedad y relata que en dicha sesión vomitó, enfrente del grupo, pero que era un "vómito del vómito", una manera de expulsar esas prácticas dañinas para su ser.

Inició una terapia específica para la bulimia, a la par recurrió a nutriólogas que la enseñaron a comer adecuadamente, incorporó el ejercicio a su modo de vida y hoy la comida no es, definitivamente, un tema de preocupación para sí misma. Es importante decir que tiene una figura esbelta y estilizada

Con relación a la educación en nutrición que da a sus hijos, María comparte mucho con Ana: su prioridad es criar niños seguros, que sepan que su valía es por lo que son de manera integral y completa, y que dentro de este concepto de ser humano integral entiendan la sana alimentación como algo que aporta a su bienestar y a su salud. Presta igual atención a los hábitos de ambos hijos, independientemente del sexo, y es notorio el hecho de que lo que más le importa es que la autoestima de sus hijos se forje sobre la idea de ser humano integral.

## ROSARIO

Abogada de 42 años, Rosario creció también en una familia tradicional de clase media alta, donde la madre fue ama de casa dedicada al hogar y el padre fue el sostén de la familia. Rosario fue la mayor de cuatro hermanos y a diferencia de las demás entrevistadas, sí se visualiza como una niñita gordita que de chica sufrió de la burla de compañeros de la escuela por este motivo. La parte del sobrepeso le viene a Rosario por herencia ya que hay varios miembros de su familia, como la madre, que tienen esta característica, pero también por la connotación emocional que en su entorno daban a la comida.

Rosario relata que la comida en su casa era el premio ante un logro, un medio de festejo ante alguna conquista pero también era el consuelo si se vivía un problema o una situación compleja. Es decir: el alimento se le planteó, además de como parte de las actividades diarias a realizar, como el premio adecuado para festejar o consolar.

El haber sido motivo de burla en la infancia generó en ella un impulso que hizo que a partir de secundaria, ella sola empezara a controlar su alimentación y de esta forma se convirtió en una adolescente delgada, muy atractiva físicamente.

Al empezar a crecer y percatarse de su atractivo físico, Rosario empezó a presionarse ella sola con la idea de mantener una figura esbelta. Lo lograba principalmente a base de dietas, sin embargo, someterse a ellas resultaba difícil ya que arrastraba el concepto de la comida como premio. Parece que se trataba de una lucha constante, hasta que, como ella misma identifica, un novio adolescente le dio la solución: el fue quien le sugirió que vomitando evitaba engordar.

De esta forma empezó una rutina que duró años en los cuales Rosario, como Ana y como María, logró vivir con la enfermedad sin que nadie se percatara. Sus parejas de juventud nunca se dieron cuenta, ni tampoco sus amistades cercanas. Rosario no estableció una competencia con sus pares, como sucedió con Ana y con María, ya que siempre se consideró atractiva si se mantenía delgada: su principal competencia siempre fue el ideal que ella creía que podía ser.

Rosario vivió con bulimia alrededor de 10 o 12 años, sin que nadie lo notara, hasta que un día sufrió un desmayo que la llevó al hospital, donde el médico tratante detectó que se trataba de un desorden alimenticio, específicamente de bulimia. Esta cuestión médica llamó la atención de la familia, quien se preocupó por llevarla a la terapia recomendada, con la idea de que esa sería la solución.

Sin embargo, quizás porque la terapia no fue algo voluntario o un deseo que partiera de ella misma, como sucedió con las otras dos enfermas, para Rosario esto no dio resultado y siguió con prácticas bulímicas muchos años. Menciona que su familia y amigos idearon métodos para vigilarla y evitar los vómitos, pero ella fue más creativa ideando, a su vez, métodos para continuar sin que nadie lo notara.

Rosario concluyó su educación profesional en una universidad privada, habiendo estudiado siempre en escuelas privadas bilingües, y se empezó a desarrollar en el mundo laboral como abogado. Se casó y aun ya en una vida de convivencia diaria continuó con las prácticas bulímicas. Al inicio de su vida matrimonial, su entonces marido no supo al 100% de su enfermedad, solo lo sospechaba.

Rosario relata que en su primer embarazo se dio permisos para comer sin límites. Nació su primera hija y debido a que se quedó con sobrepeso, sí se afectó su autoestima y aumentó las prácticas bulímicas.

Menciona con tristeza que incluso alguna vez su hija, siendo muy chiquita, la vio vomitar y aunque ella se sintió mal en el momento, no dejó la práctica bulímica.

Para su segundo embarazo Rosario se cuidó más en su alimentación, pero tuvo recaídas bulímicas que, aunque la llenaban de culpa, no cesaron y continuaron por mucho tiempo.

Al ir creciendo sus hijas, quizás por la herencia familiar, desarrollaron cierto nivel de sobrepeso que evidentemente causaron angustia en ella como madre. Su primera reacción fue un poco similar al de su familia nuclear al inducirla a terapia en contra de su voluntad: con un acercamiento agresivo empezó a limitar y controlar la alimentación de sus hijas y a hacer críticas en cuanto a su figura.

Sin embargo, en un acercamiento con una nutrióloga, se percató del error y cambió radicalmente el tipo de educación que estaba imponiendo: se dio cuenta de que era primordial cultivar primero la autoestima integral de sus hijas.

Este cambio de conducta se derivó tanto de la asesoría dada por la nutrióloga, como también de un momento de vida de la propia Rosario, en el cual se percató que la autoestima es mucho más que el físico y se volcó en evitar a toda costa que sus hijas pasaran por lo que ella pasó.

A partir de entonces se ha dedicado a sembrarles conceptos correctos de lo que es una sana alimentación, del efecto de la comida dentro de su organismo, de la importancia del deporte y de la importancia de cultivar sus propias cualidades como seres humanos. Desarrollándose en un entorno socioeconómico alto muy enfocado a la apariencia física, se ha preocupado porque sus niñas acepten sus cuerpos como son y dentro de eso busquen llegar a lo mejor de sí, pero sin caer en metas imposibles que pudieran ser perjudiciales.

Dentro de la educación que imparte ha eliminado por completo el darle un carácter emocional al alimento: la técnica familiar de premio o consolación ya no existe más en su casa.

El cambio hacia la educación de sus hijas coincidió con un cambio también en su propia conducta. Rosario abandonó toda práctica bulímica y se volcó en el ejercicio. Estar delgada sigue siendo prioritario, pero está consciente de que puede lograrlo con un modo de vida mucho más sano y equilibrado.

## RESULTADO DE LA INTERPRETACION OBJETIVA DE GIMENEZ

A continuación, una vez presentado el perfil de cada entrevistada, se aplica el análisis propuesto por Giménez que, dadas las afinidades que se encuentran por tipo de entrevistada, permite dividirlo con base el haber padecido o no la enfermedad:

**Análisis histórico social: La historia de cada una de las entrevistadas.**

- Dentro del grupo de las NO BULIMICAS sobresale el hecho de que las tres se desarrollaron en entornos donde jamás se le dio una importancia definida a la figura ni al peso; ni a la comida en sí. Mientras que lo primero pudo ser positivo, lo segundo no permitió sentar las bases para una adecuada cultura de alimentación y de nutrición.
  - Pero en estos tres hogares el enfoque de los padres fue definir la autoestima de las hijas en sus características en conjunto, de modo que las tres fueron jóvenes seguras de sí mismas, preocupadas por su desarrollo integral. Es importante destacar que estos tres hogares pueden considerarse como "funcionales" ya que ninguna de las entrevistadas comunica una mala relación entre los padres o de los padres a los hijos ni siente que se le haya exigido o criticado en extremo.
  - Sin embargo, estas tres mujeres no enfermas voltean su atención hacia la figura cuando se trata de sus hijos y ahí sucede todo lo contrario: sí le ven importancia a que conserven una figura esbelta, sobre todo las niñas; sí ejercen cierta presión para que esto suceda y sí imparten una educación que fomente que se mantengan esbeltas.
- En el grupo de las BULÍMICAS se observa lo contrario: en sus hogares sí se le daba importancia a la figura esbelta. En dos de los tres hogares se presenta a algún padre dominante y controlador, en los tres se habla de un entorno familiar más bien tenso y una de las tres entrevistadas tiene el antecedente de haber sido una niña gordita.
  - Estas tres mujeres, desde muy temprana edad percibieron la presión del entorno que les exigía estar delgadas y entablaron una competencia consigo mismas y/o con sus pares.
  - Las tres vivieron con la enfermedad por más de diez años y las tres se convirtieron en maestras del camuflaje porque lograron, durante mucho tiempo, pasar desapercibidas.
  - Una diferencia notable es el origen de la recuperación: en las dos personas en las que la recuperación surge como un deseo propio, el resultado se dio pronto y el acercamiento como madres fue como muy holístico desde la primera infancia de sus hijos.
  - En la entrevistada a la que obligaron a recurrir a terapia el resultado no fue positivo: vivió con la enfermedad durante mucho tiempo, siguió el patrón de presión con sus hijas tal como lo vivió ella de pequeña hasta que un momento personal trascendental la hizo cambiar el camino.



- Estas tres mujeres exbulímicas hoy comparten la idea de que la autoestima de sus hijos debe estar fundada en su concepto integral de personas y no en su aspecto físico. Están muy pendientes de que una sana alimentación sea parte de su vida diaria y sobre todo, de criar seres felices y seguros, que tengan un sentimiento de éxito y de pertenencia por lo que son y no por lo que parecen o deben ser.

**Análisis interpretativo: La idea de la figura esbelta como ideal a seguir, para ellas mismas y para sus hijos.**

- En este aspecto es muy claro el resultado: para las MUJERES NO BULÍMICAS, de jóvenes la figura no era un factor importante para ellas ni percibieron un entorno enfocado a la figura esbelta. Hoy día, ya como madres de familia, sí perciben esto y más que percibirlo, lo han adoptado como propio, de modo que fomentan que sus hijas se adecuen a este concepto, que se mantengan delgadas de modo que se facilite su desarrollo dentro de su grupo social.
- Para las BULÍMICAS, la presión existe hoy como existió hace mucho, con la diferencia de que hoy sí se reconoce y se habla del tema. Pero lo diferente es que para ellas la esbeltez debe conservarse por motivos de salud, la sana alimentación debe ser un componente más dentro de la idea de una vida sana donde estar delgado es consecuencia y no meta; y la seguridad en sí mismos se deriva de un concepto integral de persona.

**Análisis Semiótico: El significado social de la figura esbelta.** Dentro de este punto la diferencia también resulta muy claras:

- Para las NO BULÍMICAS la figura esbelta no fue un símbolo de éxito ni algo primordial durante su juventud pero hoy resulta muy definitivo para facilitar el desarrollo social de sus hijas, principalmente de las niñas.
- Para las BULÍMICAS al revés: antes, para ellas como adolescentes y jóvenes, fue algo trascendental; hoy es la consecuencia de un estilo de vida sano e integral.

## ANALISIS BASADO EN TEORIAS DE LA COMUNICACIÓN

Se inicia con los puntos de Berger y Luckman, que son la parte medular del análisis, y se complementa con las demás teorías expuestas en capítulos anteriores:

### SOCIALIZACION PRIMARIA – Infancia

SOCIALIZACION PRIMARIA – Infancia	Madre bulímica	Madre no bulímica
Madre bulímica o ex bulímica.	No necesariamente	No necesariamente
Madre obesa o ex obesa.	Muy posiblemente	No necesariamente
Padre o madre dominante.	Si	No
Educación en hábitos adecuados en nutrición.	No	No
Educación en hábitos adecuados en ejercicio.	No: ejercicio como hobby	No: ejercicio como hobby

### MADRE BULIMICA O EXBULIMICA/ MADRE OBESA O EXOBESA

En ninguno de los casos la madre de la entrevistada fue bulímica, sin embargo, sí había antecedentes de obesidad en la familia de dos de las tres entrevistadas bulímicas.

### PADRE O MADRE DOMINANTE

Con relación a la alimentación y al ejercicio, en todos los casos: tanto las bulímicas como las madres sanas, la figura del padre casi no se menciona. La madre, en cambio, es una figura dominante para dos de las tres bulímicas.

### EDUCACION EN HABITOS ADECUADOS EN NUTRICION Y/O EJERCICIO

Para las madres sanas, la mamá, con relación a la alimentación aparece como un proveedor de alimentos, sin connotación positiva o negativa.

En todos los casos se declara una nula educación en nutrición. Parece que el acto de alimentarse era una rutina que se seguía en las seis familias, sin cuestionarse y sin analizar su impacto más allá de un momento de gusto o de un momento de convivencia, pero nunca con relación a sus consecuencias fisiológicas.

*"Cuando yo era chica comíamos lo que mi mamá hacía de comer y no importaba que hacía, o sea para nosotros era la comida y yo no tenía un pensamiento de niña acerca de la comida"*

Mayela, sana

En el caso de una mamá bulímica sí se habla de un manejo emocional hacia la comida: como un premio si se hacía bien algo, o un consuelo si algo no salía bien o se experimentaba un momento difícil. Es decir, como una solución a un vacío, una recompensa, con un manejo totalmente emocional a la alimentación.

*"..... todo siempre era en función de la comida, te sientes bien comes bien te sientes mal y también comes, entonces todo era por sentimientos, ¿te sientes bien? vamos a la comida y te traigo el mejor postre, ¿te sientes triste? "no mijito no te preocupes te compro lo que quieras para que te sientas bien" es una relación más que de nutrición emocional con la comida".*

Rosario, exbulímica

En el caso de otra de las madres con bulimia, la comida se tradujo en una fuente de cariño y calidez en su infancia, que llenaba un hueco que dice sentir constantemente:

*"...ahí estaba la comida siempre, incondicional, si yo me sentía triste bastaba ir a la alacena y encontraba algo que me hacía sentir bien"*

María, bulímica

Con relación al ejercicio, no fue inculcado más que en una de las mujeres sanas. Parece como si se hubiera tratado de un entretenimiento que los padres cumplían si la hija manifestaba gusto, pero no se fomentaba como parte de un estilo de vida ni se le relacionaba a la salud.

En el único caso que el ejercicio sí fue parte activa de la vida durante la infancia, tampoco se le inculcó como un hábito de salud sino como una rutina de actividad extraescolar.

*".....¿ejercicio? Mis papás no lo hacían, pero mi mamá desde los seis años nos tuvo en todas las actividades, sobre todo natación"*

Alejandra, sana.

### **SOCIALIZACION SECUNDARIA- Infancia**

<b>SOCIALIZACION SECUNDARIA- Infancia</b>	<b>Madre bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
Padres definen altos estándares de desempeño	Si	No necesariamente
Madre o padre atentos al peso de la hija.	Si	No
Madre o padre valoran la figura esbelta.	Si	No necesariamente
Escuela imparte buenos hábitos alimenticios.	No necesariamente	No necesariamente
Escuela fomenta la cultura del deporte.	No necesariamente	No necesariamente

SOCIALIZACION SECUNDARIA- Infancia	Madre bulímica	Madre no bulímica
Haber sido niña gordita.	No necesariamente	No
Relación tensa entre los padres.	Si	No necesariamente

#### MADRE O PADRE ATENTOS AL PESO DE LA HIJA.

Durante la infancia no se hacen menciones específicas hacia el peso, el deporte ni la figura en ninguno de los seis casos, sin embargo, se continúa hablando de la alimentación como algo que simplemente no se cuestionaba, que tenía lugar como parte de la rutina familiar y que era, sobre todo, motivo de convivencia.

*".....bueno la alimentación era como una cosa implícita en mi casa, pues tienes que comerte lo que te sirvan y ya ¿no? Son tus alimentos y nunca hubo como esa conciencia de... o no al menos no verbalizada de que comes para nutrirte para estar bien..."*

María, bulímica

#### ESCUELA IMPARTE BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS.

No se habla de hábitos inculcados en torno a la alimentación en la escuela en ningún caso. En la escuela no se impartían materias sobre el tema de la alimentación y el acceso a alimentos era principalmente del tipo golosina/botana.

#### ESCUELA FOMENTA LA CULTURA DEL DEPORTE.

Se impartían clases de deporte como una materia más pero con un enfoque de actividad física y no de beneficio a la salud. Mucho menos como hábito.

#### HABER SIDO NIÑA GORDITA.

Las entrevistadas no bulímicas no recuerdan de manera importante su fisonomía de niñas, es decir, no había una conciencia de haber estado delgadas o gorditas, como si el tema fuera irrelevante.

Entre las bulímicas, una se recuerda como niña gordita que era motivo de burlas por parte de los compañeros. Las otras dos bulímicas se califican como niñas siempre delgadas.

*".....si, si yo siempre fui gorda de chiquita y siempre tuve traumas por la gordura y porque todo el mundo me molestaba"*

Rosario, bulímica

## RELACIÓN TENSA ENTRE LOS PADRES.

No parece haber recuerdos específicos sobre la relación familiar ni sobre la relación entre los padres.

### SOCIALIZACION SECUNDARIA- Adolescencia

SOCIALIZACION SECUNDARIA- Adolescencia	Madre bulímica	Madre no bulímica
Padres definen altos estándares de desempeño	Si	No necesariamente
Madre o padre atentos al peso de la hija.	Si	No
Madre o padre valoran la figura esbelta.	Si	No necesariamente
Escuela imparte buenos hábitos alimenticios.	No necesariamente	No necesariamente
Escuela fomenta la cultura del deporte.	No necesariamente	No necesariamente
Haber sido niña gordita.	No necesariamente	No
Relación tensa entre los padres.	Si	No necesariamente
Percepción de presión del entorno.	Si	No se percibe
Autoestima.	Imagen y pertenencia	Persona integral
Autopercepción corporal.	Mala	Adecuada
Reacción.	Desorden alimenticio	Preocupación normal

## MADRE O PADRE ATENTOS AL PESO DE LA HIJA.

Como un rasgo muy característico, en las tres mamás sanas los padres nunca hicieron ningún énfasis positivo o negativo hacia la figura de las hijas ni de los hijos.

Sin embargo, en dos de las tres madres bulímicas sí había cierta atención al aumento de peso durante la adolescencia.

## PADRES DEFINEN ALTOS ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO

Las tres entrevistadas que padecieron bulimia sí percibieron, por parte de sus padres, un estándar alto en cuanto a su figura: sintieron una especial atención a su esbeltez/gordura y a su alimentación.

Ninguna de las entrevistadas sanas percibió esto de parte de sus padres.

Una de las bulímicas recuerda con especial énfasis la exigencia de su madre hacia su estado corporal y la indiferencia de la madre hacia otros problemas que ella vivió en su infancia.

## RELACIÓN TENSA ENTRE LOS PADRES.

Una bulímica recuerda una muy mala relación entre sus padres y ahora razona que quizás esto la hizo buscar un refugio en la comida.

*"la relación ente mi mamá y mi papá jamás ha sido nada buena.... mi mamá me dijo que al otro día que se casó con mi papá supo que no era él..."*

Ana, bulímica

## ESCUELA FOMENTA LA CULTURA DEL DEPORTE.

El tema del ejercicio de la alimentación en la escuela no se percibe diferente al que se vivió durante la infancia.

## PERCEPCIÓN DE PRESIÓN DEL ENTORNO.

Se percibe una diferencia importante entre las madres bulímicas y las no bulímicas en la percepción de presión del entorno por mantener una figura esbelta:

- Las madres no bulímicas en absoluto se percataron de tal presión. Ni siquiera mencionan haber sentido una diferencia importante o notoria entre su fisonomía y la que veían en los medios o la que tenían sus pares. Una sola menciona el cuerpo o el aspecto físico de las compañeras, pero en un tenor de aceptación total: si había compañeras más bonitas o delgadas, se les veía como tal pero sin que esto las colocara a ellas mismas en desventaja.
- Las tres bulímicas siempre sintieron una presión por parte del entorno aunque la situación entre las tres difiere:
  - En un caso se trata de una persona que fue gordita de niña y por ello se sintió siempre rechazada y burlada durante la infancia. Esto fue un disparador para que en la adolescencia, se buscara a toda costa llegar a una figura esbelta, y a mantenerla.
  - En los otros dos casos, las entrevistadas se definen como niñas delgadas que, en un momento dado de su adolescencia, fueron calificadas como "llenitas" o "menos delgadas que antes". Es decir, hubo un "antes y un después": un momento plenamente identificado que disparó una preocupación por el peso. En ambos casos el disparador fue un comentario específico de parte de la madre "estás engordando".

*"....fui gorda de chiquita y siempre tuve traumas por la gordura y porque todo el mundo me molestaba y yo dije nunca más"*

Rosario, bulímica

*"....un comentario de mi mamá fue la diferencia, como un antes y un después: una vez llegando de la secundaria me dijo que estaba engordando y yo así como de "hay sí" yo no, yo no, como que yo nunca me había percatado de eso"*

María, bulímica

*"... mamá (me) decía gordita....decía gorda, párale a la comida...."*

Ana, bulímica

## REACCIÓN.

Fue similar en los tres casos de bulimia el mecanismo por el cual se intentó llegar a la figura esbelta: en una primera etapa se recurrió a dietas y ejercicio.

*"....mi mamá tenía como pues mucho miedo de verme crecer ¿no? Y me puso a dieta..."*

María, bulímica

*".....como con veinte mil dietas..."*

Rosario, bulímica

Posteriormente, de alguna forma se encontró que el vómito podría solucionar el tema de la comida. No solo se vio al vómito como una forma efectiva de no mantener al alimento en el cuerpo y de eliminarlo antes de que causara el incremento del peso: mejor aun, se le vio la ventaja de que permitía disfrutar el alimento, de no tener que abstenerse del placer de comer, sin que hubiera repercusiones en su peso.

Como un círculo vicioso, el comprobar que el vómito permitía comer sin ganar peso, se generó un mecanismo de recurrir a la alimentación compulsiva como un fenómeno imposible de parar en ciertos momentos, que era contrarrestado por medidas extremas: vómito únicamente, o uso de laxantes y diuréticos. Dos de las enfermas utilizaron ambos métodos, otra solamente recurrió al vómito.

*"....ya después fue como "pues sí.... no quiero engordar pero quiero comer".... yo quiero llenar ese vacío que..."*

María, bulímica

*"....un ex novio mío lo vio en un programa de televisión y me lo dijo, me dijo oye ya viste que sí comemos y vomitamos pues no pasa nada..."*

Rosario, bulímica

*"....vomité cinco años y luego laxantes cinco años"*

Ana, bulímica

*"... francamente no recuerdo que alguien me lo haya dicho o simplemente si algún día vomite y de allí se me vino la idea. No recuerdo así con conciencia clara como fue que empezó pero sí lo encontré como una opción. Entonces era así como wow qué padre o sea encontré la solución mágica"*

María, bulímica

*"...vomitar y todo...-todo diuréticos laxantes, todo, es más, yo ya calculaba el tiempo perfecto para vomitar, si te pasabas de una hora ya te dolía mas y no salía todo pero como que pasa a otro nivel la comida, entonces tienes que tomarle como entre otros veinte minutos, media hora allí sale todo perfecto, no te duele tanto y sale casi todo"*

Rosario, bulímica

*....voy a vomitar el postre ¿no? entonces nada mas vomitaba una parte, lo último lo había comido y hasta allí ¿no? pero tenias que tomar muchísima agua, comías y tomabas muchísima agua"*

Ana, bulímica

*".... yo lo escondía muy bien, voy al baño, me encerraba en mi cuarto y vomitaba, lo que pasa es que cuando mi mamá ya supo que lo tenía me era muy difícil porque entonces me seguían al baño entonces lo que tenía que hacer era esperarme quizás un poco más"*

Rosario, bulímica

*"me iba al baño y así, decía "es que me duele la cabeza voy al baño, hay es que me cayó mal voy a baño" vomitaba y a veces, tenía unos guantes para poder vomitar y que no me quedara el olor en la mano y lavarme bien y limpiar donde... y eventualmente si alguien entraba y decía "es que paso que huele raro" no es que me siento súper mal o sea hacia como que algo me pasaba y eso era como una excusa que todos me creían"*

María, bulímica

Como en otro mundo, las madres que no fueron bulímicas nunca se sintieron cercanas a esta sensación: nunca percibieron la presión del entorno, nunca se sintieron en desventaja por su cuerpo y jamás necesitaron recurrir a medidas extremas como resultado de una presión o una auto demanda, sino mas bien como una medida de cuidado en ciertas ocasiones.

Y aun en estos casos, nunca como un motivo de angustia. Las tres madres sanas no recuerdan hacer estado cerca de la enfermedad ni haber escuchado mucho de ellas durante su adolescencia y juventud.

*".....en la prepa podías ver a la chava bonita pero no era tu competencia no era nada..... sí veías que los chavos pues a lo mejor la miraban más.... pero nunca fue algo que quitara el sueño, por lo menos a mi no me quitaba el sueño...."*

Fernanda, sana

*"....que como que no era algo en que te fijaras..."*

Alejandra, sana



## SOCIALIZACION SECUNDARIA- Vida adulta

SOCIALIZACION SECUNDARIA- Vida adulta	Madre bulímica	Madre no bulímica
Hábitos de alimentación.	Punto de quiebre hacia la recuperación	Dietas eventuales para perder peso
Autoestima.	Basada en imagen y pertenencia	Basada en la persona
Autopercepción corporal.	Mala	Adecuada

### HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN.

Durante la vida adulta las bulímicas llegaron a un punto donde fue necesario hacer algo para erradicar la enfermedad. Ya había consecuencias fisiológicas claras (pérdida de pelo, de dientes, etc), sin embargo, esto no había sido suficiente como para dejar la práctica bulímica, sino que sucedió algo más que orilló el cambio:

- En dos casos, fue un momento plenamente identificado en el que se reconoció la enfermedad y se decidió combatirla: coincidentemente, en estos casos el reconocimiento fue por estar cerca de una terapia por otro motivo, lo que desencadenó el reconocimiento de la enfermedad.
- En el otro caso, una consecuencia fisiológica de la terapia motivó que la familia se percatara del problema y llevara a la enferma a una terapia.

*"... yo estaba en el carro y oí a un señor que estaba hablando de comedores compulsivos y hablaban de anorexia y de ahí, no sé como que me empecé a sentir muy identificada con este señor que hablaba y dieron el teléfono.... entonces me paré en la primera caseta y hablé por teléfono y dije "oiga ¿también ven lo de bulimia? Y me dijo "sí ¿Por qué?" y me empezó a dar como una plática para que no me fuera, como para tratar de pescarme y ese mismo día fui, y desde ese momento que llegué al grupo de comedores compulsivos no he vuelto a vomitar"*

Ana, bulímica

*"En una terapia de grupo estuvieron hablando de problemas diversos y entonces empezaron así fue como una lluvia de quiebres.... Estaba yo en un momento también como de mucho movimiento también interno ¿no? Entonces dije "sí, sí tengo un problema" entonces yo allí dije delante de todo el mundo "yo soy bulímica" y así como que nadie se espantó, pero la más asustada creo que fui yo, entonces me dio un ataque de vómito allí sin provocármelo, pero como un vómito al vómito o sea, como ese asco, decir ya estoy cansada de esto, ya, o sea ya no lo quiero...."*

María, bulímica

*"...porque una vez me desmayé y ya eran tantas las vomitadas que perdí el conocimiento, me llevaron con el doctor y el doctor dijo que yo tenía ese problema..... Obviamente acabé con psicólogo, y obviamente a cuidar todas las comidas y me seguían al baño pero luego agarras mañas...."*

Rosario, bulímica

## AUTOESTIMA

Es este un punto mas de coincidencia: en los seis casos las madres definen la autoestima como básicamente, una situación de sentirse bien con uno mismo y seguro de lo que se es, una cuestión mucho más basada en lo interno que en lo externo.

La diferencia, es que las madres sanas parecen darle un peso específico más grande a la esbeltez dentro del componente autoestima, que el que le dan las madres bulímicas.

*"Tener autoestima es aceptarte, quererte y respetarte, osea sin importar nada más. Tú aceptarte tal cual eres, respetarte y amarte, y amarte implica cuidarte en todos los sentidos, emocional, físico, en el espiritual, mental, en todos, cuidarte, cuidarte, cuidar que tú misma no te hagas daño. Para mis hijas yo quiero que tengan autoestima, mucha autoestima porque siento que en el momento en que tengas una autoestima buena, solito pues como parte como de coquetería o algo así te vas cuidando ¿no?"*

Rosario, bulímica

*"para mi ....Uno es parte fundamental para que los hijos adquieran esa autoestima que no es más que seguridad en si mismos, seguridad, seguridad que no los límites a ver si ellos quieren expresarse....., osea que hay una libertad pero con responsabilidad y respeto..."*

Fernanda, sana

*"Autoestima? Pues es como auto aceptación ¿no? Como de verdad ser, no compararte con nadie sino ver que tú eres ese o esa así como con esas características con esas cualidades, con esas virtudes, con esos defectos pero tal cual. Si esa es para mí la auto aceptación...."*

María, bulímica

*"Autoestima es -Amor propio, seguridad, reconocimiento, auto reconocimiento".*

Mayela, sana

## AUTOPERCEPCION CORPORAL

A partir de entonces la recuperación ha sido 100% completa al día de hoy.

- Uno de los casos jamás ha recaído;
- Un segundo caso, donde la enferma decidió combatir la enfermedad ella misma, si hubo un momento de recaída.

- Pero la otra persona ha tenido más recaídas- la persona cuya familia se involucró en la recuperación.
- Es decir: las recaídas ocurrieron en la enferma que no decidió por sí misma dejar la enfermedad.

Sin embargo, en los tres casos hay coincidencia en la decisión de construir hábitos más sanos de ejercicio y de alimentación.

*"...me fui haciendo como experta en, no podría ser como en términos científicos de la nutrición pero bueno tomé talleres de cocina ayurvédica así como para ver el valor nutricional de los alimentos y lejos de verlo así como algo que vomitar o que rechazar era como "quiero todo eso que tenga nutrientes "*

María, bulímica

*"ahora estoy yo disfrutando más la comida porque estoy tratando de cuidarme lo más posible"*

Rosario, bulímica

*"... y hago ejercicio, bastante ejercicio, la caminadora, diario, me levanto a las cinco de la mañana hago cuarenta minutos de caminadora y luego me meto a bañar y etcétera.... en la tarde me voy al club y martes y jueves tomo tres clases cada día, tres y luego el viernes tomo dos horas"*

Ana, bulímica

#### **SOCIALIZACION SECUNDARIA- Maternidad**

<b>SOCIALIZACION SECUNDARIA- Maternidad</b>	<b>Madre bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
Vivencia del embarazo.	Recaídas en alguno, superación en alguno	
Enseñanza de buenos hábitos alimenticios.	Énfasis en salud.	Énfasis: un estilo de vida
Cultura familiar del ejercicio como hábito.	Como estilo de vida	Como estilo de vida
Atención al peso de las hijas.	No	Si
Atención al peso de los hijos.	No	No
Hijos: Concepto de autoestima basado en...	Valor por lo que se es	Pertenecer, ser admirados
Entorno: atención a la esbeltez.	Si	Si
Escuela: nutrición y de ejercicio.	Si	Si

## VIVENCIA DEL EMBARAZO.

En las mamás que tuvieron bulimia el embarazo se vivió de manera diferente en los tres casos:

- La persona que fue llevada a terapia por su familia, durante el primer embarazo se despreocupó del asunto de manera que subió 25 kilos. Debido a que regresar a su peso ideal fue complicado, en el segundo embarazo tuvo episodios bulímicos por el temor de subir como antes.
- Una de las mujeres que decidió terminar con el problema por su voluntad, tuvo episodios bulímicos severos en el primer embarazo, de modo que solo subió 6 kilos. Sin embargo, debido a que esto afectó su salud y la del bebé, después del parto decidió nunca más caer y el segundo embarazo fue normal.
- La tercera enferma se cuidó racionalmente los dos embarazos y no tuvo recaídas.

*"...en el primero me valió gorro, fue como un "ahora estoy embarazada y puedo disimular que es la panza del bebé y subí más de veinte kilos. En el segundo embarazo la verdad me cuidé mucho, vomitaba pero vomitaba por las noches y eso, y trataba de cuidarme lo más posible pero sí, sí vomité con el segundo embarazo, sí vomité porque no quería volver a subir lo que subí..."*

Rosario, bulímica

*"... trece con cada embarazo..."*

Ana, bulímica

*"...durante todo el embarazo tuve bulimia, me causaba una pena humana por decir como la miseria otra vez en mí o sea... no puede ser y que además sabía que estaba embarazada, lejos de subir yo bajaba..."*

María, bulímica

Para las entrevistadas sanas, el embarazo fue una oportunidad para comer todo lo que se quisiera, cuidando el bienestar del niño pero sin que importara subir de más porque se sabía que una vez pasado el parto, se trabajaría en bajar de peso.

*"...Fue un gran alivio poder comer todo lo que en una vida diaria no comes y si alguien preguntaba por qué estaba gorda pues decía que era por el embarazo y es una buena justificación para ganar unos kilos aunque sabes que eso es pasajero, pero bueno decía uno bueno tenías el niño y decías ahora si a bajar todos los kilos que gané por el embarazo y por estar comiendo tanto".*

Fernanda, sana

*"... no me preocupó nada de peso...subí dieciocho kilos pero no importó, el doctor nunca me puso una dieta, me decía que yo debía de comer para dos no por dos"*

Alejandra, sana

*"...de hecho en mi primer embarazo subí... me parece que diez kilos u once kilos, se me notaba muy poco y se me notaba como algo que salía nada más y yo sí quería como que verme un poco más embarnecida"*

Mayela, sana

#### ENSEÑANZA DE BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS.

Con relación a la Enseñanza de buenos hábitos alimenticios en sus hogares, este es un punto donde hay coincidencia entre las seis entrevistadas: en todas hay total conciencia de la importancia de inculcar en sus hijos hábitos alimenticios adecuados desde muy corta edad.

En todos los casos hay conciencia de que el hogar es la principal influencia y de que si los niños se acostumbran desde pequeños a evitar golosinas, a incluir verduras y frutas pero sobre todo a conocer el aspecto funcional de los alimentos y a manejar nociones de nutrimentos y nutrición general, mejores decisiones tomarán respecto a la comida.

*"Diario desayunan, ya saben qué es proteína, que tienen que desayunar una fruta y leche o yogurt y una proteína y a la hora de la comida igual y a la hora de la cena igual y en la tarde regresamos del club y más tarde les llevo una leche o llevo barritas y uno quiere una barrita de all bran y el otro de no sé qué y me la piden de regreso a la casa".*

Ana, bulímica

*"Si, si les digo "mira mi amor esto está bien rico pero luego hay que llevarlo con moderación, o sea hay alimentos que nos nutren hay otros que son ricos y hay otros que no son muy ricos pero nos nutren pero eventualmente hay que comerlos como el pescado" no les gusta pero saben que es nutritivo y si se dejan comerlo una vez a la semana"*

María, bulímica

*"...les dí de comer de todo desde chiquitos... me gustaba mucho prepararles la comida yo pero también compraba mucha comida preparada..."*

Mayela, sana

*"....la alimentación .....ha sido una prioridad siempre, desde bebés...les he inculcado buenos hábitos alimenticios...que les proporcionan la energía suficiente para vivir y hacer sus actividades físicas todos los días y hemos visto aquí en la casa la pirámide nutricional y hoy podemos saber cuáles son los alimentos de mayor valor nutricional hablando y cuáles son los que valen menos..."*

Fernanda, sana

*"...entonces yo por allí se los he manejado, por la salud, la salud, por ejemplo hablo de la insulina aunque no tienen diabetes y si son diabéticas imagínense qué flojera que no van a poder comer cosas dulces entonces por allí más o menos ha sido mi puerta..."*

Rosario, bulímica

#### CULTURA FAMILIAR DEL EJERCICIO COMO HÁBITO.

Este es otro punto de coincidencia. Se tiene una mayor conciencia de la importancia de la práctica del ejercicio como rutina, como parte de un estilo de vida sano que tiene que ser fomentado desde corta edad.

*"...para también educarlos a ellos " tú puedes comer, te puedes comer el pan, te puedes comer este... Lo que quieras pero nada más con medida y haz ejercicio..."*

Alejandra, sana

*".....mi hija la grande está comenzando a correr conmigo, a ella le gusta el softball y yo se los fomento al cien por ciento, trato de llevarlas a nadar, osea tratamos de fomentárselo lo más posible...."*

Rosario, bulímica

*"....Si, Voleibol, natación dos veces a la semana..."*

Fernanda, sana

*"...el niño entrena tres veces a la semana Kick Boxing, le encanta, no, le apasiona..."*

María, bulímica

*"....Es que yo creo que es un hábito que es desde pequeños, entonces si lo tienen desde más pequeños es más hasta les hace falta se sienten mal el día que no lo hacen...."*

Alejandra, sana

#### ATENCIÓN AL PESO DE LAS HIJAS/HIJOS

Respecto a la atención al peso de las hijas/ hijos, también se coincide en que en los seis casos se sabe que es fundamental dar seguimiento a que los hijos, más que mantener una figura esbelta, para que no desarrollen sobrepeso. Sin embargo, aunque el tema "salud" es el principal motivo por el que se desea evitar la obesidad, entre las mamás sanas es mucho más patente también el deseo de pertenencia y admiración y de evitar burlas.

- En dos de las tres madres sanas, es mayor la preocupación por la nutrición de las hijas que la de los hijos.
- Esto no sucede en ninguna de las madres bulímicas.

*"...no tienden a discriminar pero también a veces lo hacen de dos maneras, una como rechazo al gordito o la otra de "hay pobre fulanita"..... y dice "mamá es que no sabes como esta engordando" y yo lo veo y de verdad es que me conmueve tanto..."*

María, bulímica

*"... o sea me preocupa porque pero especialmente por ejemplo con Sebastián porque su papá bueno pues Juan también era... digo ahorita está muy delgado pero era gordo".*

Alejandra, sana

*".....no les digo nada y están bien flaquitos todos, están bien flaquitos y ni les menciono hablo de lo que pasó en frente de ellos y no les digo y no me refiero de una persona como gorda jamás...."*

Ana, Bulímica

*"...No, allí sí ha habido una gran diferencia... como que el niño ha tenido más libertad.... Yo creo que ha habido dos motivos para mí como que la mujer está más obligada a conservar el aspecto físico, el hombre como que se le perdona un poco más que pudiera estar gordo o que no pudiera estar tan bien, soy mucho más estricta con la nutrición de la niña que con la del niño..."*

Fernanda, sana

*"...Le puse más atención a la niña y le di más libertad al niño... con él no me importaba si se comía cincuenta y cinco tacos, tres sopas y diez espaguetis y con ella me fijaba más porque me importaba que fuera aceptada, reconocida, delgada y perfecta, porque él era hombre, fue algo inconsciente, no te sé explicar porqué exactamente...."*

Mayela, sana

#### ENTORNO: ATENCIÓN A LA ESBELTEZ.

Respecto al punto de percibir que en el entorno prevalezca un concepto de imagen corporal esbelta como símbolo de éxito, las seis madres coinciden en que en el ambiente si hay, hoy día, una presión fuerte hacia la figura esbelta, y aunque la atención hacia la obesidad genera que lo delgado se busque supuestamente por motivos de salud, en gran medida también se busca por motivos de estética, de admiración y de pertenencia.

En los seis casos se percibe que la presión es mayor hoy día que cuando ellas fueron adolescentes. Es decir, para las bulímicas, la presión que las orilló a autoerigirse fue motivada tanto por el entorno, como por una cuestión interna de ellas.

*".....hay una niña en el salón de mi hijo mayor que está gordita y todo el mundo la fastidia y yo le digo que no esté... o sea tratar de no reprimir a las personas por su apariencia...."*

Ana, bulímica

*".....no me imagino que el niño ande con una gordita por ejemplo... sí selecciona mucho... las dos novias que yo le he conocido son muy delgadas y sí creo que impacta en su autoestima porque sí se ve mucho al espejo ....la niña usa pantalones a la cadera....no creo que les gustara tener sobre peso y que de todas maneras se amaran igual, creo que tendrían que tomar una clase de autoestima o algo así....."*

Mayela, sana

*"... no hay esa discriminación de "no me llevo contigo por estar gordo" no es más que nada el estético de " porque fulanito está gordito"....., para con las niñas allí sí no se por qué las niñas sí son... esta generación tan terrible en la niñas...entre las niñas sí llega a haber rechazo, entre los niños no"*

Alejandra, sana

*".....yo sé lo que la niña podría sufrir con la críticas de la gente si estuviera gorda, y más en la adolescencia.... yo no quiero que pase por esa etapa tan horrible de críticas, insultos, osea yo no quiero que ella lo viva, entonces digo si yo puedo frenar por acá pues sabes que al menos por aquí cuando llega pues no encuentra muchas cosas así que engorden...."*

Fernanda, sana

*".... yo creo que la apariencia sí te abre muchas puertas por que muchas veces contratan más a lo mejor con una cara bonita a alguien y a lo mejor es menos capaz, y sí te abre muchas puertas pues en lo social con los chavos, con la gente en general, pero yo creo que lo que deberíamos de pensar es que no es todo el físico, pero desgraciadamente sí influye"*

Rosario, bulímica

*".... simplemente la ropa las tallas son chiquitísimas y mi hija es bien delgadita pero aun así de repente le he llevado a comprar pantalones que se los pone y después creció y ya no le cerró tantito y ya por eso se empieza a traumar y digo "no, es normal mi amor estás creciendo" y mi hijo a veces también "mamá es que estoy gordo" "no mi amor no estás gordo, todos los niños... mira ve a todos los niños son así"*

María, bulímica

#### ESCUELA: NUTRICIÓN Y EJERCICIO.

Al tocar el tema del rol de la escuela en la formación de hábitos de ejercicio y de alimentación, no se profundiza sobre el ejercicio: en los seis casos la conversación se centra en la alimentación.

En dos de tres casos en cada tipo de entrevistada, la escuela juega un rol comprometido con la formación de hábitos alimenticios sanos, ya sea mediante la impartición de clases o pláticas sobre el tema, y/o por el poco acceso a alimentos que no aporten realmente a la salud del niño:



*"...y en la escuela han trabajado mucho con esa pirámide y hay allí una cosa creo que le llaman es un plato nutritivo, es como la pirámide pero hecha en forma de plato.... en el lunch nunca les he puesto ni una bolsa de papitas, no quiere decir que no las comamos pero eso como que queda para un día de fiesta..."*

Fernanda, sana

*"la escuela yo creo que sí esta contribuyendo bien por que tratan de tener este como se llama... tratan de tener has de cuenta los chiquitos tienen menú y está hecho por una nutrióloga, no les mandas "lunch" para que ellos te preparen el menú"*

Rosario, bulímica

*"...con lo que he visto que me ha funcionado a mí es hacerle las cosas como atractivas y ricas y tratar como de que tengan sabor y eventualmente ellos empiezan a entrenar su paladar..."*

María, bulímica

*"...En la escuela les dan alguna clase de nutrición y de los grupos que tienen que comer y que tienen que balancear, y me decía que quería comer tal y tal por que tiene, estaba balanceado y sí se la dieron, claro..."*

Ana, bulímica

*"...en la misma escuela les enseña la alimentación balanceada, ya sabes el típico triángulo, la pirámide esta pues como que la revisas y ves las cantidades de cómo mas o menos equilibrarlo y pues así..."*

Alejandra, sana

## COMPARACION SOCIAL DE FESTINGER

COMPARACION SOCIAL DE FESTINGER	Madre no bulímica	Madre no bulímica
Competencia con los pares.	Si	No
Entorno: imagen corporal esbelta como ideal	Si. Alto	No necesariamente

### COMPETENCIA CON LOS PARES.

La comparación con los pares es mucho más presente en las madres bulímicas, que tendieron a estar pendientes de la figura de los demás y aun hoy día en algunas circunstancias esto se vuelve a presentar.

### ENTORNO: IMAGEN CORPORAL ESBELTA COMO IDEAL

Adopción de la imagen corporal esbelta en el entorno: en los seis casos hay consonancia en que el entorno juzga lo gordo/pasado de peso y pugna por la figura esbelta.

En las mamás bulímicas, esto generó internamente la búsqueda de una figura esbelta.

*"...hay una señora en Guadalajara que es flaca, está bonita, la ropa se le ve padrísima, tiene un buen cuerpo y me cae gorda porque es flaca".*

Ana, bulímica

*"...ya sabes que no es suficiente ¿no? no es suficiente nunca es suficiente .... hagas lo que sea no va a ser suficiente, siempre vas a querer más..."*

Ana, bulímica

*"...tal vez me gustaría ser más blanca, era algo que me decían mucho de niña y era como el trauma también de decir "por que no soy blanca como mis amigos" pero después entender que eso es mas allá y que eventualmente eso también va ser como algo atractivo en mí..."*

María, bulímica

*".....si fue como decir yo voy a estar más delgada porque tengo que estar más delgada y nunca más se van a burlar de mí ¿entiendes?"*

Rosario, bulímica

*"...está como esa presión de los estereotipos que todos tenemos en mente de lo que ha hecho justamente la publicidad de tratar de que entremos en un estereotipo que no somos, como mexicanos mentalmente algunas personas tal vez se acerquen más y otras menos o se estereotipan pero ciertamente no lo somos...."*

María, bulímica

*"...actualmente hay como un racismo hacia lo gordo...eso... si tu vez allí dices "hay que no me vaya a atender el gordo, o hay con el gordo no" "hay yo no me quiero sentar junto al gordo"*

Fernanda, sana

### CONOCIMIENTO SOCIAL

CONOCIMIENTO SOCIAL	Madre bulímica	Madre no bulímica
Necesidad de aprobación social	Si- bastante	Si. Normal
Conductas para alcanzar la imagen corporal aceptada	Si	No

#### NECESIDAD DE APROBACIÓN SOCIAL

El tema de la aprobación social varía según el tipo de entrevistada.

- Entre las bulímicas, la aceptación es principalmente respecto a sí mismas: ser aceptadas ellas en la sociedad, y es menor el impacto hacia las hijas, caso en el cual lo que se busca es más protegerlas de posibles burlas.
- Las madres sanas hablan de la aceptación social de sus hijas, no de ellas:

*"además del tema de la de la presión arterial y eso.... me importaba que mi hija fuera aceptada por la sociedad en la que yo vivía, que fuera bonita, que fuera muy guapa, que fuera muy talentosa, que fuera muy exitosa, que fuera todo lo "osa" que podía yo ponerle menos que se viera como osita, o sea no, eso no o sea una hija gorda yo nunca me imaginé, entonces yo me preocupaba, más que a ella ¿eh? Más que a ella....."*

Mayela, sana

*".....en los compañeros de mi hijo que hace tanto deporte, le dicen ¿oye qué estás haciendo? Y él se siente orgulloso de decir "no pues que nado dos horas y media todos los días", oyes es que tiene unos brazos y si hoy quieres usar playeras un poco justas que le resalten los brazos pues es que tiene los brazos grandes por que ha crecido mucho si lo comparas con sus otros compañeros"*

Fernanda, sana

*".....mi hija más grande que es una chava grande, que es una chava con otra complexión, pues sí como que se saca de onda porque todas sus amigas son mini ....."*

Rosario, bulímica

## CONDUCTAS PARA ALCANZAR LA IMAGEN CORPORAL ACEPTADA

Considerando que las bulímicas sintieron la necesidad de aprobación social y por ende, la necesidad de estar delgadas, buscaron mecanismos alternos para lograrlo:

*"...un ex novio mío lo vio en un programa de televisión y me lo dijo, me dijo oye ya viste que pasa esto si comemos y vomitamos pues no pasa nada..."*

Rosario, bulímica

*"...vomité cinco años y luego laxantes cinco años"*

Ana, bulímica

*"... francamente no recuerdo si alguien me lo haya dicho o simplemente si algún día vomite y de allí se me vino la idea. No recuerdo así con conciencia clara como fue que empezó pero sí lo encontré como una opción. Entonces era así como wow que padre o sea encontré la solución mágica"*

María, bulímica

*"...vomitar y todo...-todo diuréticos laxantes, todo es mas yo ya calculaba el tiempo perfecto para vomitar, si te pasabas de una hora ya te dolía mas y no salía todo pero como que pasa a otro nivel la comida, entonces tienes que tomarle como entre otros veinte minutos, media hora allí sale todo perfecto, no te duele tanto y sale casi todo"*

Rosario, bulímica

**INTERACCIONISMO SIMBOLICO – ROLES**

<b>INTERACCIONISMO SIMBOLICO – roles</b>	<b>Madre no bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
<b>Infancia y adolescencia</b>		
Rol percibido: las delgadas tienen éxito	Si	Si
Rol percibido: ser delgada para pertenecer	SI	No
<b>Vida adulta- rol como madre y esposa</b>		
Rol percibido: soy equilibrada por dentro y por fuera: oculto la enfermedad	Si	No necesariamente
<b>Rol como madre:</b>	<b>Madre bulímica</b>	<b>Madre no bulímica</b>
Rol percibido: soy equilibrada y nunca tuve problemas con los alimentos	Si	
Rol percibido: hijos exitosos	Que destaque en lo que la haga feliz	Hija: Que sea exitosa, bonita y admirada. Hijo: que sea líder y reconocido.

ROL PERCIBIDO: LAS DELGADAS TIENEN ÉXITO/ HAY QUE SER DELGADA PARA PERTENCER

En cuanto a desear cumplir cierto rol para ser aceptadas o exitosas, se distinguen dos aspectos importantes:

- Para las mamás sanas, tener o no tener una figura esbelta nunca fue un motivo que consideraran fundamental para ser exitosas ante los demás ni ante nadie. No quiere decir que no cuidaran su peso, simplemente, que lo hacían como algo no agobiante que se buscaba si se consideraba necesario.
- Para las mamás bulímicas se trataba de alcanzar determinado pero para dejar de sentirse gordas: para ser exitosas ante ellas mismas.

*"Mis amigas se casaron, la mayoría de mis amigas a los veintitrés si ya tenían hijas todos ¿no? entonces dije ya "seguramente no voy a encontrar a nadie" ya lo había asumido y de repente apareció Max y muy bien, muy bien."*

Ana, bulímica

ROL PERCIBIDO: SOY EQUILIBRADA POR DENTRO Y POR FUERA: OCULTO LA ENFERMEDAD

La conducta del esposo varió en cada uno de los casos. En uno, siempre ha habido apertura para tocar el tema con las parejas, las cuales no presionan ni aportan para una recuperación. En el otro caso, el esposo ha sido un apoyo total y en el tercero, el esposo actuó con rechazo.

*"..mi ex esposo siempre decía "¿que tienes?" y yo le decía "este tengo... es que me cayó pesado" y decía "otra vez vas a vomitar" y el sabía que vomitaba pero nunca hizo nada ... y él no era de "otra vez igual vas a vomitar" "...nunca se metía nunca jamás en la vida se metía"*

Rosario, bulímica

*"Mi esposo sabe.... desde que éramos novios y el siempre ha estado allí, no me, no me critica, me entiende"*

Ana, bulímica

*"durante mi recaída en el embarazo mi ex marido no se dio cuenta ....lo ocultaba perfecto bueno tenía pánico de que se enterara o sea si se entera capaz que nos divorciamos....años después cuando le conté por primera vez todo sobre la enfermedad, reaccionó muy mal"*

María, bulímica

ROL PERCIBIDO: SOY EQUILIBRADA Y NUNCA TUVE PROBLEMAS CON LOS ALIMENTOS

En ninguno de los casos se tienen pensado hablar de su propia enfermedad con las hijas, con el fin de "no darles ideas" ni argumentos para que ellas lo puedan vivir.

Nunca se trata de ocultar la enfermedad por algún motivo como no dañar la imagen ante los hijos: solo se piensa en no dar argumentos que durante la adolescencia inclinen una situación o una discusión hacia determinada tendencia.

ROL PERCIBIDO: HIJOS EXITOSOS

Cuando se trata de los hijos, las madres sanas parecen tener más adoptado el concepto de que el rol del joven exitoso implica una figura delgada y por ello desean tal para sus hijos. Para las madres bulímicas, el que sus hijos sean delgados no es tan importante para su éxito o aceptación social como lo es el que tengan autoestima.

*"...uno de mis hermanos me acuerdo que le decía a mi hija, como que se burlaba de ella de que estaba un poquito pasada de peso, me empecé a molestar muchísimo ..... me empezó a preocupar, quería ser una madre perfecta que no la molestaran en nada pero me empezó a irritar que ella no se cuidara y la molestaran...."*

Mayela, sana

*" mi hija no quiere estar gorda, nadie de sus amigas es gorda, hoy las burlas en las escuelas a los gordos son fuertes, aunque yo creo que siempre han existido es mas hoy son los rechazados"*

Fernanda, sana

*" adultos y niños sí somos despectivos al gordito, al que está gordo, muchísimo...por salud y por una cuestión de imagen... los niños se dan cuenta de que los niños que están pasados de peso les cuesta mucho trabajo moverse, no son de que puedan estar jugando futbol o voleibol o como que incluso para hacer ejercicio les cuesta trabajo moverse...."*

Alejandra, sana

## OTROS ASPECTOS DEL ENTORNO

### **PAPEL QUE SE LES ATRIBUYE A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA (TV, RADIO, MEDIOS IMPRESOS) EN LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA ENFERMEDAD, DESDE LA PERSPECTIVA DE CADA TIPO DE MADRE ENTREVISTADA.**

Se reconoce en ambos casos que los modelos presentados en los medios no corresponden a un estereotipo sano y que además es lejano al tipo mexicano.

- Las madres no bulímicas perciben esta tendencia en los medios actualmente peor no la percibieron en su juventud.
- Las madres bulímicas, al contrario, si mencionan que desde su juventud la presión de los medios era importante pero ahora la perciben más e incluso mencionan que ha llegado a otros ámbitos, como lo son, por ejemplo, las tallas en la ropa para preadolescentes y jovencitas.

*"...está como esa presión de los estereotipos que todos tenemos en mente de lo que ha hecho justamente la publicidad de tratar de que entremos en un estereotipo que no somos, como mexicanos mentalmente algunas personas tal vez se acerquen más y otras menos o se estereotipan pero ciertamente no lo somos..."*

María, bulímica

Aunque todas las madres coinciden que hoy si se habla del problema de la alimentación, reconocen que:

- Se habla más de la obesidad como un problema de salud
- Se habla poco de los desórdenes alimenticios y por lo general, con una tónica de escándalo: la actriz tal internada por anorexia, Lady Di bulímica, Karen Carpenter muere por anorexia, Anahí habla de su anorexia...

### **DETERMINAR CÓMO SE DOCUMENTAN EN EL TEMA LAS MADRES, SI ES QUE LO HACEN.**

#### **Buenos hábitos alimenticios:**

- Para el tema de la alimentación adecuada sobra información y actualmente el acceso a Internet tiene la ventaja de poner al alcance de todos la información, pero tiene la desventaja de que las madres dicen no poder definir qué fuentes son válidas o no.
- Se dice que se habla mucho de alimentación en revistas, pero éstas carecen de autoridad moral para las seis entrevistadas.
- Se coincide en que en la TV también se habla de lo mismo, pero que es difícil reconocer si la fuente es adecuada o no.
- En la mayoría de los casos se ha recurrido a una nutrióloga para documentarse al respecto.
- Se reconoce que actualmente las escuelas sí hablan enfáticamente de lo que es una sana alimentación y de la importancia del ejercicio.

#### **Desórdenes alimenticios:**

- Se reconoce que falta información formal y seria al respecto.
- Se reconoce también que hoy se habla mas de estos temas, pero no con el fundamento adecuado para concebir el problema como una posibilidad cercana.
- Se coincide en que lo que sí sobra es la información tipo escándalo al respecto.
- Se piensa que el único tema del que se habla como problema real es la obesidad.



**Fuentes adecuadas que reconocerían como necesarias para documentarse en ambos temas:**

- Publicaciones periódicas
- Sitios de internet

► **PERO SIEMPRE** comunicando y avalando la fuente de la que proviene la información.

## RESUMEN

*Tomando como base las historias de vida y analizándolas desde la óptica de la Interpretación objetiva de Giménez y de las Teorías de la construcción de la realidad de Berger-Luckman y John Searle, es indiscutible que las características del núcleo familiar original fueron determinantes en el desarrollo de las entrevistadas y determinaron de manera importante que se disparar o no, más que el desorden alimenticio, la sensación de no estar a la altura de las expectativas y de no cumplir con el ideal corporal esbelto socialmente aceptado.*

*Parece como si las madres bulímicas se hubieran desarrollado en un mundo totalmente diferente al de las madres no bulímicas:*

- *Mientras en un caso hay presión familiar, hay un hogar disfuncional, se percibe presión social y hay un "antes" y un "después" que genera la necesidad de buscar un mecanismo de solución,*
- *En el otro caso la figura no se destaca de forma importante en el entorno familiar ni en el social, y la persona desde pequeña confía en sí misma de manera integral*

*Si hay coincidencia en el rol de la alimentación cuando niñas, como un acto de rutina que ni se cuestionaba, en que se le daba poca importancia al rol de los alimentos en la salud y en que el ejercicio se veía más como un entretenimiento que como algo con repercusiones en la salud.*

*Entre las madres bulímicas y su recuperación hay una diferencia importante de destacar: a recuperación fue mejor y más rápida en quienes decidieron curarse como un acto de voluntad y fue más complicada para la persona cuya familia y entorno buscaron presionar para sacarla de la enfermedad.*

*En el rol como madres hay similitud en todas en cuanto a que la presión social hoy es fuerte y que hay, tanto una especie de discriminación ante los gordos, como una necesidad de cumplir con el ideal esbelto socialmente aceptado.*

*Hay coincidencia en lo que se concibe como autoestima y en su importancia en el desarrollo de los hijos; hay similitud también en la importancia que hoy se le da a inculcar buenos hábitos de alimentación y de ejercicio desde la niñez.*

*Y existe una diferencia primordial entre las madres bulímicas y las no bulímicas: éstas últimas sí presionan más a sus hijos, en especial a las niñas, a conservarse esbeltas como algo mandatario. Las bulímicas están más preocupadas por fomentar la autoestima basada en un ser humano integral.*

*También se coincide en el rol que se le ve a la publicidad hoy día y en la percepción de que se carece de información fidedigna sobre alimentación y sobre todo, sobre desórdenes alimenticios.*

# CONCLUSIONES

**Al comprobarse la Hipótesis Alternativa:**

*"En un entorno cultural donde la imagen corporal esbelta es sinónimo de aceptación, inclusión, admiración y pertenencia, donde esta imagen es promovida por los medios de comunicación masivos y donde se combate la obesidad como un problema de salud pública, las madres de adolescentes, que durante su juventud padecieron bulimia, están más capacitadas para inculcar hábitos de alimentación sanos en sus hijos. Esto, debido a que ellas mismas han tendido a buscar la esbeltez y a evitar el sobrepeso a toda costa".*

los principales puntos que se deben mencionar son:

- Los hallazgos de este trabajo permiten comprobar los puntos de Berger y Luckman en cuanto al impacto de la socialización primaria en el desarrollo posterior de la persona y sobre todo en el impacto sobre las posteriores socializaciones secundarias que tendrá a lo largo de la vida.
  - Al analizar la socialización primaria de cada tipo de madre entrevistada se comprueba que lo vivido en esta etapa repercutido significativamente en el desarrollo posterior de la persona. Los principales factores que marcan una diferencia entre cada tipo de mamá son:
    - Percibir haberse criado en un hogar funcional o no funcional.
    - El rol que los padres daban a la figura en su infancia.
    - El percibir haber tenido padres demandantes o demasiado exigentes.
    - El encontrar un momento en que se les calificó como "gordas" y esto se relacionó como "no amadas" o "no suficientes".
  - Ahora lo importante que las madres no sean un factor negativo como parte de la socialización primaria y secundaria inicial de sus hijas.
- Se comprueba que para las madres exbulímicas, la esbeltez un concepto válido impuesto culturalmente en su entorno y que alcanzar este valor social era primordial para tener aceptación social.
- Destaca el hecho de que las enfermas vivieron la enfermedad por un largo periodo de su vida.
- Destaca que la recuperación es más efectiva cuando parte como un deseo personal más que cuando es una imposición.
- Se comprueba también que para las bulímicas, la competencia con los pares era parte del modo de vida. Las madres sanas en absoluto percibieron esto, ni lo experimentaron.
- Se comprueba que en la experiencia que se vive con los hijos la vivencia se traslapa por completo:

- Las madres exbulímicas no fomentan la competencia en sus hijos, ni tampoco comparan a sus hijos con otros niños, y se preocupan porque sus hijos se valoren como personas completas y le den al aspecto físico un valor acotado.
- Las madres sanas al contrario han comprado por completo el concepto del ideal esbelto como requisito para destacar, ser admirado y pertenecer y buscan esto para sus hijos, muy especialmente para las niñas.
- Se encuentra que de manera similar, se percibe que hoy día hay más presión por tener un cuerpo esbelto y que hay cierta discriminación hacia el sobrepeso.
- Se encuentra también que hoy se sabe más del impacto de la alimentación y del ejercicio en la salud y se busca inculcar buenos hábitos en ambos temas desde la infancia.
- La diferencia en el punto anterior es que si bien ambos tipos de madre buscan esto por un fin de salud, en las madres sanas también se busca como un fin de aceptación social.
- Hay concordancia también en el rol que se le ve a la publicidad y al exceso de información en torno a la alimentación, pero de falta de capacidad para determinar si las fuentes son o no fidedignas como para tomarlas como guía.
- Se concuerda en que en cuanto a los desórdenes alimenticios prevalece la información de tipo amarillista
- Se reconoce la necesidad de contar con información sustentada y avalada.

Parece ser que las madres que fueron enfermas, hoy están más capacitadas para fomentar en sus hijos un concepto más integral de autoestima y valía personal, aunque ambos tipos de mamás parecen estar concientes del rol de una educación en nutrición inculcada desde los primeros años.

Sin embargo, los motivos por lo que esto se considera importante varían significativamente en cada tipo de mamá.

## RECOMENDACIONES

- Destaca el hecho de que hay una necesidad real de contar con información tanto sobre buenos hábitos de alimentación, como específicamente de desórdenes de la alimentación.
- Sobre todo se reconoce que es necesario poner al alcance de las madres, fuentes de información en las que ellas puedan confiar por su seriedad y certeza.
- Se habla de que tanto Internet como la TV, el radio y los medios impresos son de utilidad, pero siempre y cuando la información presentada en ellos provenga de fuentes confiables.
- Ante esto es necesario comunicar qué información es fidedigna, qué fuentes son confiables y qué fuentes no deben tomarse en cuenta.

Al idear mensajes adecuados para alcanzar a cada tipo de madre en el afán de facilitar la educación en nutrición resulta importante lo siguiente:

- Para las madres sanas, que parece ser están mucho más guiadas hacia la esbeltez como símbolo de pertenencia y de inclusión social sobre todo para sus hijos, es importante:
  - Destacar que una autoestima basada en el físico resulta frágil y que es importante resaltar la importancia del ser integral y del valor completo como ser humano.
  - Promover conceptos que ayuden a detectar oportunamente la predisposición para que aparezca un desorden en la alimentación en sus hijos o para detectar oportunamente, tempranamente, el incipiente desarrollo de una enfermedad de este tipo.
  - Comunicar que el tener una alimentación sana y una figura correcta no es exclusivo para el sexo femenino sino que es importante para hijos e hijas: esto se recomienda dada la importancia que estas madres parecen estar dándole a la esbeltez en sus hijos y de forma muy pronunciada en las niñas.
- Para las madres exbulímicas quizás resulte muy importante:
  - Destacar las consecuencias del sobrepeso y de la obesidad en la salud, en la calidad de vida y en la morbilidad en los hijos. Esto, debido a que se percibe en este trabajo que estas madres están preocupadas por no hacer caer a sus hijos en lo que ellas vivieron.
  - A pesar de que se define perfectamente que están preocupadas por inculcar buenos hábitos de alimentación y de ejercicio en sus hijos, es importante que su preocupación por evitarles un desorden en la alimentación no produzca sobrepeso o total desinterés hacia conservar un peso correcto en sus hijos.
- Para los dos tipos de madre, es fundamental.
  - Recalcar todas las consecuencias del sobrepeso y de la obesidad en la salud, en la calidad de vida y en la morbilidad en los hijos.

- Comunicar eficientemente el concepto de Alimentación Equilibrada, en el cual se destaque el rol de cada tipo de nutrimento y la forma de hacer de una alimentación sana, algo que no necesariamente es aburrido.
- Considerando el rol de los alimentos como concepto cultural lleno de significados que van mas allá del aspecto fisiológico, es importante empezar a hacer que la gente entienda que se come para vivir, no se vive para comer, y que dentro de la idea de comer para vivir se puede hacer de esto una experiencia completa e integral: grata pero correcta.

## BIBLIOGRAFIA

- Agras, S., Hammer, L., McNicholas, F. (1999). A PROSPECTIVE STUDY OF THE INFLUENCE OF EATING-DISORDERED MOTHERS ON THEIR CHILDREN. *EUA: John Wiley & Sons.* 253-62
- Annus A et al. (2007) ASSOCIATIONS AMONG FAMILY OF ORIGIN FOOD RELATED EXPERIENCES EXPECTANCIES AND DISORDERED EATING. *Int J of eating disorders.* Vol 40 No 2. 179-186
- Aubrey, J. (2008). LOOKING GOOD VERSUS FEELING GOOD: EFFECTS OF MEDIA FRAMES OF HEALTH ADVICE ON WOMAN'S STATE SELF OBJECTIFICATION. *Conference papers, National communication association; 2008.*
- Bauer, B., Anderson, W. (1989) BULIMIC BELIEFS: FOOD FOR THOUGHT. *Journal of counseling and development.* Vol 67. Pp 416-9
- Bañuelos, D., González, A. (2006). ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE SALUD. LA EXPERIENCIA COLABORATIVA DE UN HOSPITAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *UNIrevista - Vol. 3, n° 1. 1-5- (Julio 2006).*
- Beal Virginia. (1983). NUTRICION EN EL CICLO DE LA VIDA. *Limusa 1ª ed.* 395-7
- Casanueva E. et al. (2001) s. NUTRIOLOGIA MÉDICA. México: Ed Panamericana, 2ª edición. 94-6, 541-2
- Berger P. Luckmann T. (2001). LA CONSTRUCCION SOCIAL DE LA REALIDAD. Buenos Aires: Amorroutu.
- Berger, Luckmann. (2008) LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA REALIDAD. México: Amorroutu editores
- Blisset J, Meyer C. (2006) THE MEDIATING ROLE OF EATING PSYCHOPATHOLOGY IN THE RELATIONSHIP BETWEEN UNHEALTHY CORE BELIEFS AND FEEDING DIFFICULTIES IN A NONCLINICAL GROUP. *Int Journal of eating disorders.* Vol 39 No 8. 763-71 (A)
- Blisset J et al. (2005) MATERNAL CORE BENEFITS AND CHILDRENS FEEDING PROBLEMS. *Int Journal of eating disorders.* Vol 37 No 2. 127-34
- Blisset J et al. (2006) DIFFERENT CORE BELIEFS PREDICT PARENTAL AND MATERNAL ATTACHEMENT REPRESENTATIONS IN YOUNG WOMEN. *Clinical psychology & psychotherapy* Vol 13 No 3. 163-71. (B)
- Bryant-Waugh R et al. (2007). DEVELOPING PARENTING SKILLS AND SUPPORT INTERVENTION FOR MOTHERS WITH EATING DISORDERS AND PRE SCHOOL CHILDREN PART. *Int Journal of eating disorders.* Vol 15 No 5. 350-56. (A)
- Bryant Waugh R et al. (2007) DEVELOPING PARENTING SKILLS AND SUPPORT INTERVENTION FOR MOTHERS WITH EATING DISORDERS AND PRESCHOOL CHILDREN PART 2. PILOTING A GROUP INTERVENTION. *European eating disorders review.* Vol 15 No 6. 439-48. (B).
- Calam R et al. (1990). EATING DISORDERS AND PERCEIVED RELATIONSHIPS WITH PARENTS. *Int J of eating disorders.* Vol 9 No 5. 479-85
- Casper R., Lyubomirsky S., Sousa L. (2001) WHAT TRIGGERS ABNORMAL EATING IN BULIMIC AND NON BULIMIC WOMEN? *Psychology of women quarterly.* 25:223-32
- Clarke, S. (2008). CULTURE AND IDENTITY. *The SAGE Handbook of cultural anylisis.* SAGE. June 2008. 510-29
- Crowther, J. et al. (2008). THE POINT PREVALENCE OF BULIMIC DISORDERS FROM 1990 TO 2004. *International Journal of Eating Disorders* 41:6, 491-7-
- Cuevas Selvas Ma. Inés. (2008) ¿PODEMOS HABLAR DE BIENESTAR EN MEXICO? Datos, diagnósticos y tendencias Jul-Sep 2008, AMAI, Pp 37-43
- Danto Arthur. (2005). EL ABUSO DE LA BELLEZA. LA ESTÉTICA Y EL CONCEPTO DEL ARTE. España: Ed. Paidós. 234
- Etringer, B. Altmaier E., Bowers W. (1989) AN INVESTIGATION INTO THE COGNITIVE OF BULIMIC WOMEN. *Journal of Counseling & development.* Vol 68, 216-9
- Fandiño, A. et al. (2007). FACTORES ASOCIADOS CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN CALI, COLOMBIA. *Colombia Médica,* Vol. 38, No. 4, pp 344-51.
- García Canclini (2004). DIFERENTES, DESIGUALES Y DESCONECTADOS. Buenos Aires: Gedisa. 29-43

- Giménez Gilberto. (2007). CULTURAS PARTICULARES E INDUSTRIALES CULTURALES EN TIEMPOS DE GLOBALIZACION. En: Estudios sobre la cultura y las identidades. México: CONACULTA, 25 – 51. (A)
- Giménez Gilberto. (2007). PROBLEMAS METODOLOGICOS. En: Estudios sobre la cultura y las identidades. México: CONACULTA. 291-307. (B).
- Giménez Gilberto. (2007). CULTURAS PARTICULARES E INDUSTRIAS CULTURALES EN TIEMPOS DE GLOBALIZACION. En: Estudios sobre la cultura y las identidades. México: CONACULTA. , 239-64. (C)
- González Macías L. et al. (2003). PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Salud Mental 26(3):1-8.
- González Vázquez, Anabel (2007). TRASTORNOS DISOCIATIVOS Diagnóstico y Tratamiento. Ediciones Pléyades. Pp 38
- Goodman, JR. (2005). MAPPING THE SEA OF EATING DISORDERS: A STRUCTURAL EQUATION MODEL OF HOW PEERS, FAMILY, AND MEDIA INFLUENCE BODY IMAGE AND EATING DISORDERS. Visual Communication Quarterly. Vol 12 Issue 374, 194-213.
- Halliwell, E., Dittmar, H., Howe, J. (2005). THE IMPACT OF ADVERTISEMENTS FEATURING ULTRA-THIN OR AVERAGE-SIZE MODELS ON WOMEN WITH A HISTORY OF EATING DISORDERS. Journal of Community & Applied Social Psychology , 15: 406–413.
- Hernández Escalante, V. et al. (2003) TRASTORNOS BIOQUIMICOS Y METABOLICOS DE LA BULIMIA NERVIOSA Y LA ALIMENTACION COMPULSIVA. Salud Mental, Vol. 26, No. 3. 48-52
- Holstrom, A. (2003) THE EFFECTS OF THE MEDIA ON BODY IMAGE; A META ANALYSIS. Conference papers. International Communication Association; 2003 Annual Meeting. San Diego, CA.
- Hu, F., Wang, M. (2009) BEAUTY AND FASHION MAGAZINES AND COLLEGE AGE WOMEN'S APPEARANCE RELATED CONCERNS. Conference papers: International Communication Association; 2009 Annual Meeting, Pp 1-23
- Jager, B. et al. (2004). SOCIAL AND HEALTH ADJUSTMENT OF BULIMIC WOMEN 7–9 YEARS FOLLOWING THERAPY. Acta Psychiatr Scand. 110: 138–145
- Kent, J., Clopton, J. (1992). BULIMIC WOMEN'S PERCEPTIONS OF THEIR FAMILY RELATIONSHIPS. Journal of Clinical Psychology Vol. 48, No. 3. 281-92.
- Laiberte M et al. (1999) FAMILY CLIMATES: FAMILY FACTORS SPECIFIC TO DISTURBED EATING AND BULIMIA NERVOSA. Journal of Clinical Psychology. Vol 55 No 9. 1021-40.
- Langmesser, L., Verscheure, S. (2009) ARE EATING DISORDER PREVENTION PROGRAMS EFFECTIVE? Journal of Athletic Training; May-Jun 2009, Vol. 44 Issue 3, 304-5.
- LEY CONTRA ANOREXIA Y BULIMIA EN MEXICO.  
<http://www.desordenesalimenticios.com.mx/unlimitpages.asp?id=23>
- López Romo Heriberto. NUEVO INDICE DE NSE AMAI. Congreso AMAI 2008.
- López Cutiño Berenice, Nuño Gutierrez, Brithalibe Anas Ibañes, Alba Gloria. UNA APROXIMACIÓN FAMILIAR DESDE LA PROPIA SUBJETIVIDAD DE MUJERES CON ANOREXIA Y BULIMIA. México D.F. IMSS, Jun 2006 145p.
- Loria Kohen V. et al. (2009) EVALUACION DE LA UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Nutrición Hospitalaria. 24(5): 558-67.
- Loth K et al. (2008) INFORMING FAMILY APPROACHES TO EATING DISORDER PREVENTION; PERSPECTIVES OF THOSE WHO HAVE BEEN THERE. Int J of eating disorders. 276-347
- Lynn Humphrey L. (1986) FAMILY RELATIONS IN BULIMIC ANOREXIC AND NONDISTRESSED FAMILIES. Int Journal of eating disorders. Vol 5 No 2. 223-32.
- Machan, J., Waller G. (1993) MATERNAL RECALL OF MANAGEMENT OF CHILDHOOD EATING IN ANOREXIC AND BULIMIC WOMEN: MAINTAINING FOOD FUSSINESS. Eating Disorders Review. Vol 1 No 1. 32-40.
- McDaniel Carl, Gates Roger. INVESTIGACION DE MERCADOS CONTEMPORANEA. 4ª edición, Thompson editores, México, pp 128-151. 1999
- McPhail, E. (2002). CUERPO Y CULTURA. Razón y palabra 25: 1-20.
- Méndez, C. (2005) INDICES REALES DE ANOREXIA Y BULIMIA EN LAS Y LOS ADOLESCENTES ESCOLARES EN EL MUNICIPIO DE YURIRA, GTO. Calimed 11(3): 250-7.



- Meyer, C., Gillings, K. (2004). PARENTAL BONDING AND BULIMIC PSYCHOPATHOLOGY: THE MEDIATING ROLE OF MISTRUST/ABUSE BELIEFS. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). Wiley Periodicals, Inc. 229-33
- Mond, J. et al. (2008). MENTAL HEALTH LITERACY AND EATING DISORDERS: WHAT DO WOMEN WITH BULIMIC EATING DISORDERS THINK AND KNOW ABOUT BULIMIA NERVOSA AND ITS TREATMENT? *Journal of Mental Health*. 17(6): 565 – 575
- Monro, F., Huon, G. (2005). MEDIA-PORTRAYED IDEALIZED IMAGES, BODY SHAME, AND APPEARANCE ANXIETY. *Int J Eat Disord*. 38:85–90
- Mosqueira M. (2003) COMUNICACIÓN EN SALUD: CONCEPTOS, TEORIAS Y EXPERIENCIAS. Trabajo presentado en el Congreso de la Organización Panamericana de la Salud, 2003.
- Nachón García MG. et al.(2003) MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES ANOREXICOS Y BULIMICOS DE TIPO COMPULSIVO PURGATIVO. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana* 3(2):17-28
- Neumark, D. (2005). CAN WE SIMULTANEOUSLY WORK TOWARDS THE PREVENTION OF OBESITY AND EATING DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS? *Int J Eat Disord* 38:220–227
- OMS 2003
- Orozco, LF. (2008) NEUROBIOLOGIA DE LA IMPULSIVIDAD Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Rev. Colomb. Psiquiatr*. Vol. 37 No. 2, 207-19
- Pole y cols. (1988) PARENTAL CARING VS OVERPROTECTION IN BULIMIA. *Int J of eating disorders*. Vol 7 No 5. 601-6.
- Posavac S., Posavac H. (2002). PREDICTORS OF WOMEN'S CONCERN WITH BODY WEIGHT: THE ROLES OF PERCEIVED SELF-MEDIA IDEAL DISCREPANCIES AND SELF-ESTEEM. *Eating disorders*, 10:153-60.
- Prescott, M., LePoire, B. (2002) EATING DISORDERS AND MOTHER–DAUGHTER COMMUNICATION: A TEST OF INCONSISTENT NURTURING AS CONTROL THEORY. *Journal of family communication* 2 (2), 59–78.
- Pui-yee B et al. (2006) A LONGITUDINAL STUDY INVESTIGATING DISORDERED EATING DURING THE TRANSITION TO MOTHERHOOD AMONG CHINESE WOMEN IN HONG KONG. *Int Journal of eating disorders* Vol 39 No 4. 303-1.
- Rava F, Silber T.(2004). BULIMIA NERVOSA (PARTE 1), HISTORIA. DEFINICION. EPIDEMIOLOGIA. CUADRO CLINICO Y COMPLICACIONES. *Arch argent pediatr* 102(5):353-63 (A)
- Rava F, Silber T. (2004) BULIMIA NERVOSA (PARTE 2). DESDE LA ETIOLOGIA HASTA LA PREVENCION, *Arch argent pediatr* 102(6):468-477 (B).
- Ruiz Delgado G, Moreno Ford V, Ramírez JM. (2002) PAROTIDOMEGALIA EN BULIMIA NERVOSA: INFORME DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA. *Med Int Mex* 18(1):58-9
- Rangel, V. (2010) DIEZ DE CADA 100 MUJERES PADECEN ANOREXIA EN MEXICO. Nota en radio, 96.9 3 abril 2010
- Reingold, H. (2004). MULTITUDES INTELIGENTES. LA PRÓXIMA REVOLUCIÓN SOCIAL. Barcelona: Gedisa.
- Riffkin, J. (2000). LA ERA DEL ACCESO. La revolución de la nueva economía. Barcelona: Paidós.
- Ringer F. (2007). EATING DISORDERS AND ATTACHEMENT: THE EFFECTS OF HIDDEN FAMILY PROCESSES ON EATING DISORDERS. *European Eating disorders review*. Vol 15 No 1. 112-30.
- Rorty M et al. (2000) PARENTAL INTRUSIVENESS IN ADOLESCENCE RECALLED BY WOMAN WITH HISTORY OF BULIMIA NERVOSA AND COMPARISON WOMEN. *Int J of eating disorders*. Vol 28 No 2. 202-8.
- Rosenvinge, J., Westjordet, M. (2004). IS INFORMATION ABOUT EATING DISORDERS EXPERIENCED AS HARMFUL? A CONSUMER'S PERSPECTIVE ON PRIMARY PREVENTION. *Eating disorders* 12:11-20.
- Salazar, Z. (2007). IMAGEN CORPORAL FEMENINA Y PUBLICIDADES. *Rev Ciencias Sociales* 116: 71-85.
- Scalf Mciver L. (1989) FAMILY CORRELATES OF BULIMIC CHARACTERISTICS IN COLLEGE FEMALES. *J of clinical psychology* Vol 45 No 3. 467-72
- SSA. Ensanut 2006
- Searle J. (1997) LA CONSTRUCCION DE LA REALIDAD SOCIAL. España: Paidós. Caps 1-6.

- Sierra C et al. (2007). EVOLUTION OF SELF CONCEPT DEFICITS IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS: THE ROLE OF FAMILY CONCERN ABOUT WEIGHT AND APPEARANCE. *European eating disorders review*. Vol 15 No 2. 131-8.
- Sights J. (1984) PARENTS OF BULIMIC WOMEN. *Int J of eating disorders*. Vol 3 No 4, 3-13.
- Shisslak, C., McKeon, R., Crago, M. (1990). FAMILY DYSFUNCTION IN NORMAL WEIGHT AND BULIMIC ANOREXIC FAMILIES. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 46. No 2. 185-9
- Stapleton H et al. (2008) MANAGING INFANT FEEDING PRACTICES: THE COMPETING NEEDS OF BULIMIC MOTHERS AND THEIR CHILDREN. *Journal of Clinical Nursing*. 962-1067.
- Surgenor, L. et al. (2000). EDUCATIONAL NEEDS OF EATING DISORDER PATIENTS AND FAMILIES. *Eur. Eat. Disorders Rev*. 8, 59-66
- Tapia Conyer R, Kuri Morales P. (1999). EPIDEMIOLOGIA DE LA OBESIDAD EN MEXICO. *Gac Med Mex*; 135 (5):477-79
- Tereno S et al. (2008) ATTACHEMENT STYLES, MEMORIES OF PARENTAL REARING AND THERAPEUTIC BOND: A STUDY WITH EATING DISORDERED PATIENTS, THEIR PARENTS AND THERAPISTS. *European eating disorders review*. Vol 16 No 1.49-58.
- Thompson, K, Heinberg, L. (1999). THE MEDIA'S INFLUENCE ON BODY IMAGE DISTURBANCE AND EATING DISORDERS: WE'VE REVEILED THEM, NOW CAN WE REHABILITATE THEM? *Journal of social issues*. Vol 55 issue 2, 339-53.
- Troop, N., Tchanturia K., Katzman M. (2002). SAME PIE, DIFFERENT PORTIONS: SHAPE AND WEIGHT BASED SELF ESTEEM & EATING DISORDER SYMPTOMS IN A GEORGEAN SAMPLE. *Eur Eat Disorders review* 10,110-9.
- USAID. (2002). INFORME DE CONFERENCIA COMUNICACION EN SALUD: LECCIONES APRENDIDAS Y DESAFIOS EN EL DESARROLLO CURRICULAR. Noviembre 2002.
- Vega, A et al. (2005). EATING DISORDERS. PREVALENCE AND RISK PROFILE AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 40: 980-7
- Villagómez, L.. (2003) COMORBILIDAD DE LA OBESIDAD CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Revista de Investigación Clínica*. Vol. 55, No. 5. Sep-Oct 2003. 535-45.
- Von Soest T, Wichstrom L. (2008) THE IMPACT OF BECOMING A MOTHER ON EATING PROBLEMS. *Int Journal of eating disorders*. Vol 41 No 3. 215-23
- Waller G.(1994) PERCEIVED PARENTAL STYLE AND EATING PSYCHOPATHOLOGY. *European eating disorders review* Vol 2 No 2. 76-92.
- West, Turner. (2000). COMUNICACION: TEORIA, ANALISIS Y APLICACIÓN. México: Mc Graw Hill.
- Williams R. (1969). NUTRICION Y DIETOTERAPIA. Ed. Pax. 1ª ed. 261-97
- Yates W. (1992) WEIGHT FACTORS IN NORMAL WEIGHT BULIMIA NERVOSA: A CONTROLLED FAMILY STUDY. *Int J of eating disorders*. Vol 11 No 3. 227-34.
- Zamora R, Martínez A, Gazzo C, Cordero S. (2002) ALTERACIONES PERSONALES Y FAMILIARES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Arch Pediatr Urug*. 73(3):129-36

# ANEXOS

## ANEXO 1

### GUIA DE TOPICOS MAMÁS QUE SUFRIERON BULIMIA

#### Su vida hoy

- Actualmente, ¿Cómo define sus propios hábitos en cuestión de salud específicamente en cuanto a alimentación y cultura del deporte?
- Describa un día de la semana y un día de fin de semana en cuanto a sus hábitos alimenticios
- Los hábitos que tiene hoy, usted ¿A qué los atribuye? Es decir, a su propia experiencia de vida, a los hábitos que le inculcaron en la infancia, a las tendencias de la moda, a lo que lee al respecto....
- Actualmente, ¿Cómo define su relación con la comida?
- Esta relación que tiene actualmente, ¿Ha sido siempre así?
- ¿Cómo definiría su relación con la comida y con el ejercicio durante su infancia y su adolescencia?
  - a. ¿Porqué motivos atribuye esta relación?
  - b. Dentro de esta relación, ¿Cuál fue el rol de su padre, madre, amig@s, medioambiente....?
- ¿Qué figura corporal quería alcanzar?
- ¿Porqué deseaba alcanzar esa figura y no otra?
- ¿Qué tan fuerte percibe usted que era la presión por alcanzar esta figura durante su adolescencia y juventud temprana?
- ¿Cómo percibe esta presión hoy día?
- ¿Recuerda cómo fue el inicio de la manifestación de la bulimia en su vida?
  - a. ¿Recuerda cómo vivió la enfermedad: cuántas veces al día vomitaba/se laxaba, cómo lo hacía, cómo lo vivía en el contexto de su familia y su entorno?
  - b. ¿Pensaba que con esas prácticas le sería posible alcanzar la figura corporal que quería?
  - c. ¿Cómo se sentía consigo misma cuando padecía la enfermedad: como irresponsable hacia su salud, como responsable por su figura, cómo carente de control...?
  - d. ¿Cuánto tiempo vivió la enfermedad, en años?
  - e. ¿Cómo hacía cuando convivía días con personas ajenas: amigas, novio?
  - f. ¿Hacía algo especial para que no se notara la enfermedad?
  - g. ¿Cómo decidió dejar esa práctica?
  - h. ¿Decidió terminar con la bulimia por sí misma o por ayuda o intervención de otros?
  - i. ¿Cómo fue el proceso de recuperación?
  - j. Hoy día, ¿Se ha recuperado por completo? Desde su recuperación a hoy ¿Ha tenido recaídas?

#### Su rol como madre

- ¿Cuántos hijos tiene?
- ¿Cómo vivió la preocupación por el exceso de peso durante su embarazo?

- ¿Cómo fue el proceso para recuperar su peso ideal?
- Desde que han nacido sus hijos, ¿Qué tanto y cómo se ha preparado para inculcarles ciertos hábitos alimenticios?
- ¿En qué difieren los hábitos que recibió de su padres en comparación de los que transmite ahora a sus hijos?
- Cuando hablamos de la preocupación por la alimentación de sus hijos:
  - a. ¿A qué se debe la preocupación sobre todo: a cuestiones de salud o de estética?
  - b. ¿Qué tanto piensa que influye la figura esbelta en la autoestima de sus hijos y en la suya propia?
  - c. ¿Imparte los mismos conceptos de alimentación entre sus hijos e hijas?
  - d. ¿En que difiere la forma de construir autoestima que imparte y la que impartieron sus padres hacia usted?
- ¿Cree usted que la publicidad influye en los hábitos alimenticios de sus hijos y en qué difiere de la publicidad que enfrentaba en su adolescencia/juventud temprana?
- ¿Qué tanto influye la cultura y la presión del ambiente en los niños hoy para tener una figura esbelta (Concepto abuelitas)?
- ¿Qué tan preocupada se siente por la posibilidad de que sus hijos engorden?
- ¿Qué tan preocupada se siente por la posibilidad de que sus hijos desarrollen desórdenes alimenticios?
- ¿Cómo monitorea que esto no suceda?
- ¿Cómo percibe el rol de la escuela para evitar que se presenten estos problemas?
- ¿Ud siente que el haber padecido un desorden alimenticio, afecta la manera en la que educa a sus hijos en torno a la salud?
- ¿Cómo cree que lo afecta?
  - a. Hacia darles libertad extrema o
  - b. Hacia controlarlos en demasía cuando se trata de los hábitos alimenticios
- Hoy, ¿Cómo define usted que debe ser una alimentación balanceada?
- ¿Cómo llego a esta conclusión?
- ¿Ud. considera que en su hogar se practica este tipo de alimentación balanceada?
- ¿Cómo se sentiría si alguno de sus hijos desarrollara obesidad?
- ¿Cómo si un desorden alimenticio?
- ¿Sus hijos saben que ud fue bulímica?
- ¿Porque si/no?
- El tema de la comida ¿Llegó a ser motivo de discusión o pleito cuando era hija de familia?
- ¿Lo es ahora con sus hijos?
- En cada caso, ¿Porqué?
- ¿Ud tiene hábitos o prácticas específicos para evitar que sus hijos desarrollen desórdenes alimenticios?
- ¿Cuáles?
- ¿Cuándo cree que se termina la responsabilidad de la alimentación de sus hijos?
- ¿Cómo decidió que esas prácticas eran las correctas para evitar que sus hijas caigan en esto?
- ¿Cuál es el rol del padre de sus hijos?

- ¿Cómo se documenta para evitar los desórdenes alimenticios de sus hijos?
- ¿Qué información sobre el tema le gustaría obtener y como: periódicos, internet, cápsulas?

## ANEXO 2

### GUIA DE TOPICOS MAMAS QUE NO SUFRIERON BULIMIA

#### Su vida hoy

- Actualmente ¿Cómo define sus propios hábitos en cuestión de salud, específicamente en cuanto a alimentación y cultura del deporte?
- Describa un día de la semana y un día de fin de semana en cuanto a sus hábitos alimenticios
- Los hábitos que tiene hoy, ¿A qué los atribuye? Es decir, ¿A su propia experiencia de vida, a los hábitos que le inculcaron en la infancia, a las tendencias de la moda, a lo que lee al respecto....?
- Actualmente ¿Cómo define su relación con la comida?
- Esta relación que tiene actualmente, ¿Ha sido siempre así?
- ¿Cómo definiría su relación con la comida y con el ejercicio durante su infancia y su adolescencia?
- ¿Porque motivos atribuye esta relación?
- Dentro de esta relación, ¿Cuál fue el rol de su padre, madre, amig@s, medioambiente....?
- ¿Qué tan fuerte percibe usted que era la presión por alcanzar esta figura durante su adolescencia y juventud temprana?
- ¿Cómo percibe esta presión hoy día?

#### Su rol como madre

- ¿Cuántos hijos tiene?
- ¿Cómo vivió la preocupación por el exceso de peso durante su embarazo?
- Como fue el proceso de recuperar su peso ideal?
- Desde que han nacido sus hijos, ¿Qué tanto y cómo se ha preparado para inculcarles ciertos hábitos alimenticios?
- ¿En qué difieren los hábitos que recibió de su padres a comparación de los que transmite ahora a sus hijos?
- Cuando hablamos de la preocupación por la alimentación de sus hijos:
  - a. ¿A qué se debe la preocupación sobre todo: a cuestiones de salud o de estética?
  - b. ¿Qué tanto piensa que influye la figura esbelta en la autoestima de sus hijos y en la suya propia?
  - c. ¿Imparte Ud. los mismos conceptos de alimentación entre sus hijos e hijas?
  - d. ¿En que difiere la forma de construir autoestima que imparte y la que impartieron sus padres hacia usted?
- ¿Cree usted que la publicidad influye en los hábitos alimenticios de sus hijos y en qué difiere de la publicidad que enfrentaba en su adolescencia/juventud temprana?
- ¿Qué tanto influye la cultura y la presión del ambiente en los niños hoy para tener una figura esbelta (Concepto abuelitas)?
- ¿Qué tan preocupada se siente Ud. por la posibilidad de que sus hijos engorden?

- ¿Qué tan preocupada se siente Ud. por la posibilidad de que sus hijos desarrollen desórdenes alimenticios?
- ¿Cómo monitorea Ud. que esto no suceda?
- ¿Cómo percibe el rol de la escuela para evitar que se presenten estos problemas?
- Hoy, ¿Cómo define usted que debe ser una alimentación balanceada?
- ¿Cómo llego a esta conclusión?
- ¿Ud. considera que en su hogar se practica este tipo de alimentación balanceada?
- ¿Cómo se sentiría si alguno de sus hijos desarrollara obesidad?
- ¿Cómo si un desorden alimenticio?
- El tema de la comida, ¿Llegó a ser motivo de discusión o pleito cuando era hija de familia?
- ¿Lo es ahora con sus hijos?
- En cada caso, ¿Porqué?
- ¿Ud. tiene hábitos o practicas específicos para evitar que sus hijos desarrollen desórdenes?
- ¿Cuáles?
- ¿Cuándo cree que se termina la responsabilidad de la alimentación de sus hijos?
- ¿Cómo decidió que esas prácticas eran las correctas para evitar que sus hijas caigan en esto?
- ¿Cuál es el rol del padre de sus hijos en estos temas?
- ¿Cómo se documenta para evitar los desórdenes alimenticios de sus hijos?
- ¿Qué información sobre el tema le gustaría obtener y como: periódicos, internet, cápsulas....?





